

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 86 (2015)
Heft: 11: Übergänge : wenn das Leben eine Wendung nimmt

Artikel: Es gilt, auch Seiten des Lebens anzunehmen, über die wir nicht verfügen : selbstbestimmt sterben - aber wie selbstbestimmt?
Autor: Huber, Wolfgang
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-804633>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 05.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Es gilt, auch Seiten des Lebens anzunehmen, über die wir nicht verfügen

Selbstbestimmt sterben – aber wie selbstbestimmt?

Ein genereller Anspruch auf ärztliche Suizidhilfe setzt wichtige Grundsätze des ärztlichen Ethos ausser Kraft. Das gilt aber auch für das Verbot gewissenhafter Abwägung, die sich aus der Teilnahme an der Lebensgeschichte eines Patienten und aus dem intensiven Gespräch mit ihm ergibt.

Von Wolfgang Huber*

Wer im eigenen Leben einem Sterbenskranken beigestanden hat, der wird für den Rest seines Lebens eine Erfahrung nie vergessen: Auf die Empathie mit dem Leidenden kommt es an. Fürsorgliche Pflege ist das Wichtigste, was er braucht. In der Zuwendung zum Kranken spüren Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige, wann es so weit ist, dass die therapeutische Bemühung um die Erhaltung des Lebens übergeht in die Begleitung im Sterben. Zur rechten Zeit konzentriert sich die ärztliche Kunst auf die Linderung des Schmerzes. Der Einsatz kurativer Medizin tritt dahinter zurück. Ein Mensch wird auf der letzten Wegstrecke seines irdischen Lebens so begleitet, dass es friedlich zu Ende gehen kann.



***Professor Dr. Wolfgang Huber** bekleidete von 1994 bis 2009 das Amt des Bischofs der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, von 2003 bis 2009 war er auch Vorsitzender des Rats der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Dem im Jahr 2001 gegründeten Deutschen Ethikrat gehörte Huber bis 2003 an.

Wenn Menschen darauf vertrauen, dass dieser Übergang zur rechten Zeit vollzogen wird, tritt die Angst vor qualvollen Verlängerungen des Leidens zurück. Die Hoffnung, in der vertrauten Umgebung sterben zu können, kann der Sterbephase etwas von ihrer Bedrohlichkeit nehmen. Die Gewissheit, auf der letzten Wegstrecke in einem Hospiz oder auf einer Palliativstation gut aufgehoben zu sein, kann dabei helfen, das Sterben als Teil des Lebens anzunehmen. Das Vertrauen darauf, aus einem Geist der Empathie im Sterben Beistand zu erfahren, kann die Angst mildern, aus der heraus Menschen Hilfe zum Sterben fordern.

Es gibt keine Garantie für ein angstfreies Sterben

Hoffnung, Gewissheit und Vertrauen lassen sich nicht in Paragraphen kleiden, Empathie lässt sich nicht verordnen, der von Ärzten und Pflegekräften erhoffte Sterbebeistand lässt sich nicht in Gesetzesregeln fassen. Doch ebenso wenig sollte der Gesetzgeber die Erwartung wecken, wenn er alles regelt, könnten Menschen angstfrei sterben, ohne auf Hoffnung, Gewissheit und Vertrauen angewiesen zu sein. Die gegenwärtige Diskussion über den ärztlichen Beistand beim Suizid trägt die grosse Gefahr in sich, dass sie solche Erwartungen weckt: eine gesetzliche Garantie dafür zu schaffen, dass wir uns vor dem Sterben nicht mehr zu fürchten brauchen.

Die aktuelle Diskussion fügt sich in eine gesellschaftliche Atmosphäre ein, in der die Tabuisierung des Sterbens abgebaut und die Verfügbarkeit des Sterbens gefordert wird. Während noch vor einigen Jahren das Schweigen über den Tod bedauert wurde, entsteht allmählich eine neue Selbstverständlichkeit des Redens über Sterben und Tod. «Death-Cafés», wie sie in Grossbritannien aus dem Boden spriessen, zeigen die Richtung an. Menschen tauschen sich nicht nur über die Erfahrungen aus, die sie beim Sterben naher Angehöriger gemacht haben. Sie entwickeln auch genaue Vorstellungen davon, wie sie sterben wollen und wann sie die Zeit dafür gekommen sehen.

>>



Alles Irdische ist vergänglich, vergeblich, nichtig: Es entspricht der jüdisch-christlichen Vorstellung, dass die Menschen keine Gewalt haben über das Leben.

Foto: iStock/Gutzemberg

Zwar ist es ein Segen, dass das Tabu aufgelöst und der Tod wieder als ein Teil des Lebens verstanden wird. Doch damit verbindet sich die Gefahr, dass manche als Meister ihres Lebens auch über den Tod verfügen wollen. «Lifecircle» heisst eine neue schweizerische Sterbehilfeorganisation. Der Name ist Programm. Menschen sollen das Recht auf selbstbestimmtes Sterben haben, wenn sie der Meinung sind, ihr Lebenszyklus neige sich dem Ende zu. Ob sich das daran zeigt, dass ihnen die Gartenarbeit schwerer fällt oder schwere Krankheiten sie heimsuchen, ist aus der Sicht der Sterbehelfer zweitrangig. Auf den gemeinsamen Sterbewunsch eines Paares antworten sie mit dem synchronen, ärztlich assistierten Suizid.

Die Parole vom selbstbestimmten Sterben

In diesen Zusammenhang gehört die Parole vom «selbstbestimmten Sterben». Sie beruht auf einer Vorstellung von menschlicher Autonomie, der zufolge der Mensch, weil er über sich selbst nachdenken kann, über sein Leben im Ganzen verfügt. Auch das Sterben wird dem Prinzip der Selbstbestimmung unterworfen. Dabei wird ein wichtiger Charakter menschlicher Selbstbestimmung verkannt. Zu ihr gehört nämlich, auch diejenigen Seiten unseres Lebens anzunehmen und im Mass des uns Möglichen zu gestalten, über die wir nicht verfügen: Zeit und Ort unserer Geburt, die Begabungen, die uns anvertraut sind, die Gelegenheiten, die sich uns bieten, aber auch die Erkrankungen, die uns widerfahren, gehören dazu. Man braucht in diesen Tagen nur das Schicksal von Flüchtlingen mit dem Schicksal derer zu vergleichen, die hierzulande gesichert leben, um sich die kontingenten Bedingungen zu verdeutlichen, unter denen wir uns in unserem Leben um Selbstbestimmung bemühen. Deshalb ist es genauer, von einer Selbstbestimmung im Leben als von einer Selbstbestimmung über das Leben zu sprechen.

Wir verfügen nicht über unseren Tod

Berühmt ist die Frage, wie und wann der Einzelne sterben will. «Plötzlich, aber nicht so bald», heisst eine häufige Antwort. So entschieden sie klingt, lässt sie doch ein Bewusstsein dafür erkennen, dass wir nicht über unseren Tod verfügen. Die Hoffnung, der Tod lasse auf sich warten, kommt in ihr zum Ausdruck, nicht der Anspruch, seinen Zeitpunkt bestimmen zu können. Selbst wer sich vornimmt, im Fall unheilbarer Krankheit seinem Leben ein Ende zu setzen, kann vom Tod mitten im Leben überrascht werden. Oder er kann in eine Lage geistiger oder körperlicher Einschränkung geraten, in der er nicht mehr ausführen kann, was er sich vorgenommen hat. Wir meinen, mit der Erweiterung medizinischer Möglichkeiten erweitere sich auch die Verfügungsgewalt über den Tod. Doch er bleibt ein Geschick, in dem wir unser Leben als endlich und begrenzt erfahren.

Dieser Beitrag erschien zuerst in der «Frankfurter Allgemeinen Zeitung» in der Rubrik «Die Gegenwart».

Es entsteht eine neue Selbstverständlichkeit des Redens über Sterben und Tod.

Die Blindheit für dieses Geschick zeigt sich gegenwärtig in beispielhafter Weise in der naiv anmutenden Debatte darüber, ob mit der verlängerten Lebenserwartung, die wir den Fortschritten von Medizin, Hygiene und Arbeitssicherheit verdanken, die «Unsterblichkeit» in den Blick tritt. Dieser Vorstellung eines unbegrenzten Lebens entspricht auf eine eigentümliche Weise der Gedanke, dem Leben aus eigenem Entschluss eine Grenze zu setzen. Verbunden sind beide Sichtweisen vor allem durch die Furcht, kurative Massnahmen der Maximalmedizin können

ten auch dann noch eingesetzt werden, wenn ein Leben jeden Sinn verloren hat und zur blossen Qual geworden ist. Die Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid hat ihren verborgenen Kern in der Angst vor der therapeutischen Übertreibung, die es Menschen schwer macht, zu sterben, wenn es an der Zeit ist. Weil das Sterben hinausgezögert wird, wünscht man, über den Zeitpunkt seines Todes zu ver-

fügen. Aus solchen Gründen spitzt sich die Debatte darüber, ob das Leben eine Gabe ist, die der Mensch empfängt und wieder an seinen Schöpfer zurückgibt, oder ob es ein Projekt ist, über das der Mensch von der Erschaffung bis zur Beendigung des Lebens verfügt, in Deutschland derzeit am Thema der ärztlichen Suizidassistenz zu.

Der Gesetzgeber hat nicht die Aufgabe, solche gesellschaftlichen Diskurse zu steuern; aber es steht ihm genauso wenig zu, auf der Woge aktueller Deutungen von Leben und Sterben mitzusegeln und das staatliche Recht entsprechend zu modellieren. Der Massstab seiner Entscheidungen in grundlegenden Fragen von Leben und Tod liegt in der Würde und den Rechten des Menschen, im Schutz und der Förderung des Lebens, in der Wahrung der Integrität heilender Berufe. Unter diesen Gesichtspunkten hat der Gesetzgeber zu prüfen, ob er an der gel-

tenden Rechtslage etwas ändern muss, und sich auf das zu konzentrieren, was aus dringenden Gründen der Änderung bedarf.

Weil das Sterben hinausgezögert wird, wünscht man, über den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen.

Selbstbestimmung ist das Resultat vom Kommunikation

Hoffnung und Gemeinschaft waren die beiden Kräfte, auf die sich frühere Generationen stützten, um in Würde zu sterben. Noch heu-

te rührt es an, von einem Sterben im Kreis der nächsten Angehörigen zu hören, die schweigen und beten, Nähe vermitteln und singen. Diese Kultur des Sterbens lässt sich weitergeben, sie lässt sich auch erneuern, sie lässt sich jedoch nicht verordnen. Aber sie lässt sich auch nicht ersetzen durch eine Kultur des Sterbens, die sich allein am Gedanken der Selbstbestimmung orientiert. Ein solcher Kulturwandel kann nicht der Leitgedanke für die Entscheidung des Gesetzgebers darüber sein, wie der Schutz des Lebens angesichts schwerer und tödlicher Krankheit in einer menschenwürdigen Weise verwirklicht werden kann.

In vielen Fällen ist die Rede vom «selbstbestimmten Sterben» durch eine verhängnisvolle Engführung geprägt. Selbstbestimmung wird in solchen Zusammenhängen als «Selbstreflexion», also als eine Art Selbstgespräch, verstanden. Das ist jedoch eine lebensfremde Abstraktion. Gerade am Beispiel von Krank-

heit und Tod zeigt sich, dass unsere Selbstbestimmung immer ein Resultat von Kommunikationsprozessen ist, in denen wir nicht nur mit uns selbst, sondern auch mit anderen im Gespräch sind. Patientenentscheidungen sind dafür eines der deutlichsten Beispiele; sie können sich in angemessener Weise nur aus dem Austausch zwischen Arzt und Patient ergeben. Die grösste Herausforderung für selbstbestimmte Entscheidungen liegt deshalb im Informations- und Kompetenzgefälle, das zwischen Arzt und Patient besteht. Deshalb ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass eine ausdrückliche Einfügung des ärztlich assistierten Suizids in das Handlungsrepertoire von Ärzten dazu führt, dass sie diese Handlungsmöglichkeit auch von sich aus in das Aufklärungsgespräch einfügen. Die Vorgaben des Gesprächs bilden den Rahmen für die Entscheidung des Patienten.

Selbstbestimmung setzt eine «sprechende Medizin» voraus

Die ärztliche Verantwortung für die Entscheidung des Patienten ist gross. Seine freie Willensbestimmung muss den Charakter einer informierten Zustimmung tragen. Die Orientierung an der Selbstbestimmung setzt eine «sprechende Medizin» voraus, die nachvollziehbar über die gesundheitliche Lage und die medizinisch gegebenen Möglichkeiten Auskunft gibt. Wenn eine Einwilligungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, sind deshalb diejenigen Vorsorgemassnahmen der Lebenswirklichkeit am nächsten, in denen eine Vertrauensperson jenes Gespräch mit dem Arzt führen kann, zu dem der Kranke nicht mehr in der Lage ist. Auch der Todeswunsch kann dann am ehesten «freiverantwortlich» genannt werden, wenn er angesichts der verbleibenden medizinischen Handlungsmöglichkeiten geäussert wird. Ärzte haben deshalb die Aufgabe, solche Möglichkeiten aufzuzeigen; ihre Verantwortung kann sich niemals darin erschöpfen, einem solchen Wunsch stattzugeben.

Einer der vier Gesetzentwürfe zum Problem-bereich des assistierten Suizids, die gegenwärtig im Deutschen Bundestag erörtert werden, hebt die Orientierung an der Selbstbestimmung auf besonders markante Weise hervor. Die Gruppe um die Abgeordneten Peter Hintze

(CDU), Carola Reimann und Karl Lauterbach (beide SPD) will einen Anspruch von Patienten auf ärztliche Suizidhilfe im Bürgerlichen Gesetzbuch verankern und die standesrechtlichen Regeln ausser Kraft setzen, die einem solchen Anspruch bisher entgegenstehen.

Fragwürdig ist schon, ob der Bundesgesetzgeber auf diese Weise, nämlich jenseits strafrechtlicher Grenzziehungen, in das ärztliche Standesrecht eingreifen kann. Besonders bemerkenswert ist aber, dass zu diesem Zweck ein neuer Abschnitt in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt werden soll. Er trägt die Überschrift «Selbstbestimmung des Patienten». Für diesen, nach dem Wunsch der Antragsteller letzten Abschnitt im Buch 4 des BGB, das dem Familienrecht gewidmet ist, ist ein einziger Paragraph vorgesehen. Er soll die «ärztlich begleitete Lebensbeendigung» als Ausdruck der Selbstbestimmung des Patienten regeln. Andere Sachverhalte, in denen die Selbstbestimmung

des Patienten zum Ausdruck kommt, begegnen uns in diesem Zusammenhang nicht. Der Vorschlag macht also die frei gewählte Lebensbeendigung zum Paradigma der Selbstbestimmung des Patienten überhaupt. Es entsteht der verzerrte Eindruck, als artikuliere sich die Selbstbestimmung eines Kranken nicht als Bestimmung zum Leben, sondern als Bestimmung zum Tod.

Zwar kann die Selbstbestimmung im äussersten Grenzfall auch jene Tat der Verzweiflung einschliessen, in der ein Mensch sich

das Leben nimmt. In grösster Not mag auch der Beistand eines Arztes für einen Sterbenskranken dahin führen, dass er in freier Gewissensentscheidung, zu der das Bewusstsein der Schuldübernahme stets dazugehört, dem Wunsch des Kranken nach Hilfe bei der Selbsttötung stattgibt. Doch aus dieser Grenzsituation den einzigen Fall zu machen, in dem die Selbstbestimmung des Patienten einer Rege-

lung im Bürgerlichen Gesetzbuch bedarf, verschiebt die Proportionen in verhängnisvoller Weise. Worin zeigt sich die Selbstbestimmung des Patienten? So wird man in Zukunft fragen. Und die Antwort wird heissen: darin, sich – unter Inanspruchnahme kompetenter Assistenz – das Leben zu nehmen.

Patienten vor Selbstschädigung bewahren

Gegen das Vorhaben, im Blick auf ethische und rechtliche Probleme am Ende des Lebens dem Grundsatz der Selbstbestimmung eine derart herausgehobene Stellung zuzuerkennen, sprechen mehrere Gründe. Zunächst ist auf den Diskussionsstand der medizinischen Ethik zu verweisen. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein weitgehender Konsens über vier Prinzipien herausgebildet, die für die medizinische Ethik zentrale Bedeutung haben: Autonomie-Respekt, Nichtschädigung,

Wohltun und Gerechtigkeit. Aus diesen vier Kriterien nur ein einziges, den Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen, herauszuheben und darüber die anderen zu vernachlässigen, ist medizinethisch nicht zu vertreten. So findet beispielsweise der Respekt vor dem autonomen Wunsch eines Patienten stets an der Pflicht zur Nichtschädigung eine Grenze. Deshalb kann ein ärztliches Handeln, das

medizinisch nicht indiziert ist, auch nicht mit dem Verweis auf die Selbstbestimmung des Patienten verpflichtend gemacht werden. Vor selbstschädigendem Handeln müssen Ärzte Patienten auch dann zu bewahren suchen, wenn diese darin einen Ausdruck ihrer Selbstbestimmung sehen.

In der deutschen Debatte wird geltend gemacht, beim «selbstbestimmten Sterben» könne es allein um den freiverantwortlichen Suizid gehen, gegebenenfalls mit ärztlicher Assistenz. Wieder und wieder wird hervorgehoben, die Tötung auf Verlangen solle strafrechtlich verboten bleiben. Doch mit welchem Recht will man die «Tötung auf Verlangen» aus den Handlungsweisen ausschliessen, die unter Berufung auf «selbstbestimmtes Sterben» zuzulassen sind? Dass das strafrechtliche Verbot in der Schweiz oder im amerikanischen Bundesstaat Oregon noch besteht, ist kaum eine zureichende Antwort auf diese Frage. Weiter führt der Blick auf Länder, in denen mit dem as-

>>

**Es rührt an, vom
Sterben im Kreis
der Angehörigen zu
hören, die schweigen
und beten.**

**«Death-Cafés»:
Manche wollen
als Meister ihres
Lebens auch über
den Tod verfügen.**

sistierten Suizid auch die Tötung auf Verlangen zugelassen wurde. In den Niederlanden beispielsweise wird die Tötung auf Verlangen dreimal häufiger praktiziert als der assistierte Suizid. Die Folgerung ist plausibel, dass Patienten, die zwischen beiden Möglichkeiten wählen können, unter Berufung auf ihre Selbstbestimmung mit höherer Wahrscheinlichkeit die Fremdtötung auf Verlangen wählen als die Selbsttötung unter ärztlicher Assistenz.

Man braucht andere Kriterien als nur dasjenige der Selbstbestimmung, wenn man die These verfechten will, dass es nur um den ärztlich assistierten Suizid geht, nicht aber (in einem nächsten Schritt) um die Tötung auf Verlangen. Andernfalls ist eine Entwicklung durchaus vorstellbar, in der sich unter Berufung auf das «selbstbestimmte Sterben» eine breite gesellschaftliche Strömung zugunsten des niederländischen Modells entwickelt. Wenn man einer solchen Entwicklung nicht die Bahn ebnen will, muss man die Verantwortung für das Leben und die ärztliche Pflicht, niemandem zu schaden, als eigenständige Aspekte in den Blick nehmen. Wo dagegen «selbstbestimmtes Sterben» das einzige Kriterium ist, wird mit der Suizidassistenz zugleich die Tür zur Tötung auf Verlangen geöffnet.

Die Berufung auf die Selbstbestimmung von Patienten an der Grenze des Lebens stützt sich auf eine grundsätzliche Trennung zwischen dem Suizidwunsch bei psychischer Krankheit und dem Suizidwunsch bei physischer, in überschaubarer Frist zum Tod führender Krankheit. Im ersten Fall darf nach einer verbreiteten Einschätzung dem Suizidwunsch unter keinen Umständen entsprochen werden, im zweiten Fall gilt es manchmal sogar als eine ethische Pflicht, diesem Wunsch zu entsprechen. Die Unterscheidung der beiden Fallkonstellationen ist idealtypisch von grossem Wert; sie weitet den Blick für die unterschiedlichen Lebenssituationen, in denen Menschen suizidale Gedanken entwickeln. Bei der Anwendung auf den Einzelfall ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht nur psychische, sondern auch schwere physische Erkrankungen psychische Wirkungen auslösen. Die Verzweiflung, die beispielsweise aus dem Verlust der Kontrolle über die Körperfunktionen entstehen kann, ist ein psychischer Zustand, auf den man anders reagieren sollte, als dem Todeswunsch des Verzweifelten nachzugeben.

Die idealtypische Unterscheidung zwischen den beiden Konstellationen umstandslos auf die Beurteilung des Einzelfalls zu übertragen, ist deshalb ein schwerer Fehler mit weitreichenden Folgen. Im Vordergrund muss in jedem Fall die konkrete Situation des Patienten oder der Patientin stehen. Ihr oder ihm soll geholfen werden. Die solidarische Einfühlung in die Situation des leidenden Menschen ist der entscheidende Beitrag zu einer Selbstbestimmung, die diesen Namen verdient.

Die Pflicht, nicht zu schaden, steht immer im Vordergrund

Nicht nur wenn suizidale Gedanken sich aus einer seelischen Erkrankung ergeben, sondern auch, wenn ein solcher Wunsch angesichts einer unheilbaren Krankheit, der mit ihr verbunde-

nen Schmerzen und der Erfahrung von Einsamkeit auftritt, muss sich die ärztliche Entscheidung an der Pflicht orientieren, nicht zu schaden. Im Fall einer körperlichen Krankheit, die nicht heilbar ist, sich mit schwerem Leiden verbindet und in absehbarer Zeit zum Tod führt, heisst deshalb die vorrangige Konsequenz, von der Fortsetzung kurativer Massnahmen abzusehen, medizinisch und pflegerisch alle gebotenen palliativen Massnahmen zu ergreifen und den Kranken, wenn es so weit ist, im Sterben zu begleiten. Das Vertrauen, dass dieser

Übergang zur rechten Zeit vollzogen wird, und die Gewissheit, dass gute palliative Sterbebegleitung für jeden Betroffenen erreichbar ist, sind die wichtigsten Antworten auf die gegenwärtige Suiziddebatte.

Würde dagegen ein allgemeiner Anspruch auf ärztliche Suizidhilfe etabliert oder auch nur das geschäftsmässige Angebot einer solchen Suizidhilfe zugelassen, so wäre dies ein Signal,

das in eine falsche Richtung weist. Selbstbestimmung schliege in Fremdbestimmung um. Der Suizid im Fall unheilbarer Krankheit würde zu einem Teil der gesellschaftlichen Normalität. Rechtzeitig Vorsorge dafür zu treffen, dass man an einem geeigneten Ort aufgenommen und von einem dafür spezialisierten Arzt betreut wird, gehörte dann zu den Vorsorgemassnahmen, die zu treffen sind.

Sterben und Tod müssen frei bleiben von Anreizökonomie

Zu bedenken ist auch: Das geschäftsmässige Angebot ärztlicher Suizidassistenz enthält einen Anreiz dazu, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Geschäftsmässig ausgestaltet, wird die Suizidassistenz in die Anreizökonomie eingefügt, die in vielen Bereichen an die Stelle einer Bedarfsökonomie getreten ist. Das Gesundheitswesen ist von diesem Systemwechsel ebenfalls

betroffen. Sterbehilfe-Angebote fügen sich in diese Anreizökonomie ein, unabhängig davon, ob sie gewerblich oder gemeinnützig organisiert sind. Dem darf nicht stattgegeben werden. Sterben und Tod müssen von dem Sog solcher «Incentives» frei bleiben.

Ein Verbot der geschäftsmässigen Suizidassistenz ist noch aus einem anderen Grund notwendig. Denn durch sie wächst der Druck, zur

Selbsttötungsbereit zu sein, wenn die Belastung von Angehörigen durch eine schwere Erkrankung zu gross wird. Die Tür, die im Namen der Selbstbestimmung des Patienten geöffnet wird, führt zu offener oder versteckter Fremdbestimmung. Ein strafrechtlich sanktioniertes Verbot der geschäftsmässigen Suizidassistenz ist deshalb nicht ein Eingriff in die Selbstbestimmung des Patienten, sondern ein angemessener Schutz vor falschen Anreizen und bedrohlichem Druck. Zu Recht konzentriert sich deshalb die Abgeordnetengruppe um Michael Brand (CDU) und Kerstin Griesse (SPD) in ihrem Gesetzentwurf auf das strafrechtliche Verbot der geschäftsmässigen Förderung der Selbsttötung. Deren Strafbarkeit soll dabei unabhängig davon gelten, ob diese Förderung von Ärzten oder anderen Personen betrieben wird.

In aller Regel besteht ein deutlicher Unterschied zwischen einem Handeln, das die Suizidhilfe zu einem Geschäftsfeld macht, und einem ärztlichen Handeln, das in persönlicher Ver-

**Im Vordergrund
muss in jedem Fall
die konkrete
Situation des
Patienten stehen.**

**Die solidarische
Einfühlung ist der
entscheidende
Beitrag zur
Selbstbestimmung.**

Berater/in im Aussendienst

Anstelle des Ladenverkaufs informieren und überzeugen Sie die Kunden vor Ort.

Selbstständig und in Zusammenarbeit mit dem Team beschaffen Sie sich Marktinformationen und erfassen diese in der Datenbank. Sie knüpfen Erstkontakte, die Sie in gut vorbereiteten Akquisitionsgesprächen vertiefen. Sie informieren über die Logistik- und Verrechnungsprozesse, das Produktesortiment und weitere Dienstleistungen. Letztlich ist es ein Gesamtpaket, das den Unterschied ausmacht. Sie leiten das Projekt bis zum reibungslosen Materialfluss und der vereinfachten Abwicklung der Verrechnung. Patienten erhalten damit eine noch bessere Betreuung und der Direktvertrieb hilft Kosten einzusparen. Die Vielfalt der Tätigkeiten und der Gestaltungsfreiraum zum Wohle des Patienten werden Sie begeistern.

Ihr Lehrberuf ist Drogist/in

Auf Menschen zugehen, rasch den Kontakt herstellen, präzise Kundenwünsche erfassen und kompetent beraten sind Eigenschaften, die Sie seit Lehrbeginn vertiefen und Sie auszeichnen. Sie sind bereit für den nächsten Schritt, suchen eine markante Veränderung, möchten das Gelernte anwenden und Neues hinzulernen. Pharmakennntnisse sind nicht erforderlich, jedoch grosses Interesse am Gesundheitswesen, menschliches Engagement und betriebswirtschaftliches Flair. Sie können sich im Team einbringen und zugleich eigenständig vorgehen. Ihr Beratungserfolg zeigt sich im Gewinn neuer Kunden oder dem Verkauf zusätzlicher Dienstleistungen.

Wenn die Puzzlesteine Ihrer beruflichen Stationen zur beschriebenen Start-up Aufgabe passen, freuen wir uns auf Ihre Bewerbungsunterlagen an info@lutz-personal.ch oder Ihren Anruf für einen ersten telefonischen Informationsaustausch. Rolf Lutz Personalmanagement, Rudolfstrasse 19, 8401 Winterthur, Tel: 052 212 35 00.

Rolf Lutz *Personalmanagement* Kaderselektion, Outplacement
Assessment, Karriereberatung

Anzeige

bindung zu einem Patienten und aufgrund langer und intensiver Begleitung in der konkreten, sich über längere Zeit abzeichnenden Situation dem Wunsch Raum gibt, dass der Tod in aussichtsloser Lage nicht nur durch Zulassen, sondern durch aktives eigenes Tun des Patienten eintritt, gegebenenfalls unter Beistand eines Arztes. Ein solches gewissensbestimmtes Handeln des Arztes im Einzelfall unter Strafe zu stellen, wäre ebenso ein Eingriff in das ärztliche Ethos wie die rechtliche Anerkennung eines allgemeinen Anspruchs auf ärztliche Suizidhilfe. Das eine wie das andere geht über die Abwägung weit hinaus, die Ärzte zwischen spannungsvoll zueinander stehenden medizinethischen Prinzipien treffen müssen. Ein genereller Anspruch auf ärztliche Suizidhilfe setzt wichtige Grundsätze des ärztlichen Ethos ebenso ausser Kraft wie das Verbot einer gewissenhaften Abwägung, die sich aus der Teilnahme an der Lebensgeschichte eines Patienten und aus dem intensiven Gespräch mit ihm ergibt.

Respekt vor dem dringlichen Sterbewillen

Es ist schwer einzusehen, dass eine Handlungsweise, die an sich straffrei ist, dann generell bestraft werden soll, wenn sie von Ärzten ausgeübt wird. Vor allem aber geht eine solche Regelung

über diejenigen Gewissensentscheidungen hinweg, in denen Ärztinnen und Ärzte angesichts eines konkreten Einzelfalls dem Respekt vor dem dringlichen, in seiner Lebenssituation begründeten Sterbewillen eines Patienten Rechnung tragen.

Ärztliche Hilfe liegt diesseits der Selbsttötung

Für eine solche Gewissensentscheidung muss Raum bleiben. Doch dieser Raum kann nicht dadurch geschaffen werden, dass die ärztliche Suizidassistenz zu einem rechtlich geregelten und anerkannten Teil ärztlichen Handelns wird. Aus der gewissensbestimmten Ausnahme eine in der Selbstbestimmung des Patienten begründete Normalität im ärztlichen Handlungsrepertoire zu machen, ist der falsche Weg. Selbstbestimmte Entscheidungen der Patienten sind ein hohes Gut. Doch in sie bringen Ärzte die Mög-

lichkeiten der Hilfe ein, die diesseits der Selbsttötung liegen. Es muss ihnen verwehrt sein, die Suizidassistenz als eine ärztliche Handlungsmöglichkeit neben anderen anzubieten. Der Bundestag sollte sich wieder auf den Ausgangspunkt konzentrieren, der das Gesetzgebungsverfahren ausgelöst hat. Es geht darum, das geschäftsmässige Angebot wie den geschäftsmässigen Vollzug von Suizidassistenz, zu untersagen und zu verhindern. ●

Es geht darum, das geschäftsmässige Angebot von Suizidassistenz zu untersagen.