

Memorandum zu den ethischen Aspekten

Klaus Peter Rippe

August 2018

Beantwortung der Fragen der Kommission Altersfreitod

1

Fragen zur ersten Forderung: erleichterter Zugang zu Natrium-Pentobarbital für alte Menschen

a)

Gibt es ein Recht auf einen assistierten Suizid und welchen Stellenwert nimmt bei der Beantwortung dieser Frage das Lebensalter eines Sterbewilligen ein?

Die erste Frage werde ich bejahen. Allerdings unter etlichen Kautelen. Eindeutiger ist die Antwort auf die zweite Frage: Insofern es ein Recht auf assistierten Suizid gibt, besteht es auch für hochbetagte Menschen, und dies unabhängig davon, ob sie eine spezifische Erkrankung haben.

Erläuterung der Antwort:

Die ethische Diskussion um die Zulässigkeit der Suizidassistenz beschränkt sich aus gutem Grund auf den Suizid von Personen, die zum Tatzeitpunkt urteilsfähig sind. Urteilsfähigkeit bezeichnet freilich nur die Fähigkeit von Personen, in spezifischen Situationen freie und informierte Entscheide zu treffen. Dass sie tatsächlich informiert und reflektiert entscheiden, ist damit nicht gesagt. Letzteres ist aber von zentraler Bedeutung, wie man an Beispielen wie diesem erläutern kann: Geht eine für solche Situationen durchaus urteilsfähige Person gedankenverloren auf ein Mienenfeld zu, haben andere Personen eine moralische Pflicht, sie über diese Gefahr zu informieren, nicht aber jene, ihr einen kürzeren Weg zu zeigen. Und ebenfalls gilt: Will eine urteilsfähige Person, ohne ihre Lebenssituation reflektiert zu haben, Suizid begehen, so ist es die Pflicht anderer, diese Reflexion einzufordern und den Reflexionsprozess durch Information und Widerspruch zu befördern. Eine sofortige Hilfe beim Suizid wäre zu diesem Zeitpunkt nicht moralisch zulässig. Notwendiges Kriterium für die moralische Zulässigkeit der Suizidassistenz ist neben der Urteilsfähigkeit auch, dass es sich um eine reflektierte und informierte Entscheidung handelt.

Dies heisst, dass der einem assistierten Suizid zugrundeliegende Entscheid nicht verkürzt beschrieben werden darf. Eine Verkürzung liegt etwa dann vor, wenn der Suizid charakterisiert wird als Ausweg aus *momentanem* schwersten Leid. Es kann nicht bezweifelt werden, dass momentan schwerstes Leid einen Suizidwunsch auslösen kann. Nur kann in solchen Phasen momentan schwersten Leids selbst das Vorliegen der Urteilsfähigkeit angezweifelt werden. Denn wenn jemand zu einem Zeitpunkt unerträglich leidet oder intensivste Schmerzen hat, so wird man nicht davon ausgehen können, dass sie oder er fähig ist, frei und informiert zu entscheiden. Anders sieht es aus, wenn sich der Suizidentscheid *diachron* auf die Beurteilung einer künftigen Entwicklung bezieht. Angesichts der bisherigen Erfahrungen und auf Grundlage eigener Wertvorstellungen wird in diesen Fällen in Phasen relativer Leidfreiheit eine erwartete Entwicklung beurteilt und eine überlegte Entscheidung getroffen, lieber jetzt in den Tod zu gehen als weiterzuleben. So mag zum Beispiel in einer Krankheit erlebtes Leid eine Person zum Beschluss bewegen, den weiteren Krankheitsprozess und damit verbundenes Leid nicht erleben zu wollen, sondern lieber sofort in den Tod zu gehen. Auch hier geht es um schweres und unerträgliches Leid, aber der Entscheidungsprozess wird nicht auf den Moment verkürzt, in dem das Entrinnen aus dem momentan als unerträglich erlebten Leid im Vordergrund steht.

Es ist freilich eine Sache, einen nach reiflicher Überlegung erfolgten und somit auf einem dauerhaften Willensentscheid aufbauenden Suizid zu respektieren, eine vollkommen andere jedoch, einen solchen Suizid durch Rat und Tat zu unterstützen. Dies ist wohl nur dann zulässig, wenn die assistierende Person der erwarteten Entwicklung selbst aus guten Gründen heraus eine hohe Eintrittswahrscheinlichkeit zuschreibt und sie die negative Bewertung nachvollziehen kann (oder weniger rational gesprochen, sie die diachrone Leidenssituation empathisch mitfühlt und die Einschätzung des Betroffenen für plausibel hält).

Ob nicht-organisierte Suizidbegleitungen besser unter dem Begriff der Achtung vor der Autonomie, dem des Freundschaftsdiensts, der Fürsorge oder mehreren dieser Begriffe zu fassen sind, soll hier nicht interessieren. Dem Entstehungskontext dieses Textes geschuldet beschränke ich mich auf jene Form der organisierten Suizidbegleitung, welche nur Vereinsmitglieder assistiert. Damit werde ich auch nicht näher ausführen, warum ich dem Gedanken eines allgemeinen Rechts auf Suizidassistenz, also einem Recht eines jeden gegenüber jeder anderen Person, skeptisch gegenüberstehe.

In der organisierten Suizidbegleitung erfolgt die Hilfe zum Freitod im Gedanken der Solidarität. Vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Werthaltung besteht eine wechselseitige Hilfsverpflichtung, die dann von durch die Solidargemeinschaft finanziell unterstützten Mitarbeitenden ausgeführt wird. In Sterbehilfeorganisationen besteht die geteilte Werthaltung in der Einforderung eines Rechts auf Selbstbestimmung. Zudem umfasst die Solidarität die Unterstützung anderer Vereinsangehöriger bei der Durchsetzung ihres Rechts auf Selbstbestimmung. Exekutiv getragen wird sie von einem gemeinsam finanzierten Mitarbeiterstab, welcher sich ebenfalls an dem Wertkonsens zu orientieren hat. Suizidassistenz geschieht hier vernünftigerweise auf Grund gewisser Kriterien. Ist dies der Fall, so haben alle Organisationsmitglieder, bei denen diese Kriterien erfüllt sind, gegenüber der Vereinigung ein Recht auf Suizidbegleitung. Das Recht auf Suizidhilfe ist also auf einen spezifischen Adressatenkreis beschränkt und besteht nur insofern, als gewisse Kriterien erfüllt sind, die von der Organisation vorgegeben sind.

Interessieren muss in diesem Memorandum nicht, welche Kriterien derzeit angelegt werden, sondern welche Kriterien gelten sollten. Bereits genannt habe ich die Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Suizids, und um wirklich von Suizid sprechen zu können, auch das Vorliegen der Handlungsfähigkeit (Tatherrschaft). Wichtiger sind in diesem Kontext freilich die anderen Kriterien. Ebenfalls aufgeführt wurde oben die Wohlüberlegtheit der Entscheidung. Es geht um einen Willensentscheid und einen dauerhaften Willen (und nicht um einen blossen Sterbewunsch). Aus den Eingangsbemerkungen sollte ferner klar sein, dass sich der Willensentscheid, Suizid zu begehen, auf einen diachronen Prozess bezieht. Bisherige Erfahrungen und bestehende Wertannahmen werden in Betracht bezogen, um eine sich abzeichnende künftige Entwicklung zu beurteilen. Wird von „schwerstem (unerträglichem) Leid“ gesprochen, bezieht sich dies vorwiegend auf das zu erwartende Leid.

Um momentane oder phasenweise Not- und Krisenzeiten auszuschließen, ist weiterhin sinnvoll, ein zusätzliches Kriterium einzuführen. Denn es wäre fragwürdig, jemanden beim Suizid zu helfen, der mittelfristig neue Projekte aufnehmen wird und dann neuen Lebenswillen entwickelt. Ob die übliche Rede von Hoffnungslosigkeit, irreversiblen Prozess oder verzweifelter Situation sinnvoll ist, kann bezweifelt werden. Gemeint ist, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Besserung in Sicht ist und dass möglichen Therapien oder Hilfsangeboten nur eine geringe Erfolgswahrscheinlichkeit zugesprochen wird bzw. sie vom Betroffenen aus anderen Gründen als unzumutbar angesehen und somit abgelehnt werden. So mag für Menschen mit psychischen Störungen, die bereits mehrere Therapieangebote wahrnahmen, durchaus noch eine Therapieoption bestehen. Aber auf Grund der bisherigen Erfahrungen mag die Erfolgsaussicht gering sein oder die Therapie mag selbst so sein, dass sie vom Betroffenen abgelehnt wird. Etliche Aspekte müssten noch weiter ausgeführt werden. Einige Begriffe bedürften der näheren Klärung: was heißt „hohe Wahrscheinlichkeit“, was „schweres Leid“? Zudem wäre ausführlicher zu klären, inwiefern Erwartungen gewissen objektiven Kriterien genügen müssen. Aber diese Skizze genügt, um die hier zu diskutierenden Fragen zu beantworten.

Ein wohlüberlegter Suizid erfolgt auf Grund einer Abschätzung möglicher Optionen. Grundlage der Entscheidung ist die Beurteilung der Qualität der einen erwartenden künftigen Lebenswochen -monate oder -jahre. Ob, und wenn ja, welche physischen oder psychischen Ursachen vorliegen, ist relevant für die empirische Einschätzung der künftigen Entwicklung, also etwa für die Frage, wie wahrscheinlich künftiges Leid zu erwarten ist oder wie hoch die Chancen auf eine erfolgreiche Therapie sind. Suizidhilfe wird jedoch nicht zulässig, weil eine Person etwa Krebs oder eine andere Erkrankung hat. Sie ist dann zulässig, wenn eine Person, für die keine erfolgsversprechenden Besserungsmöglichkeiten bestehen, mit Blick auf künftiges weiteres schweres Leid reflektiert zur Entscheidung kommt, Suizid zu begehen. Dass das zu erwartende Leid durch Krebs oder eine andere Ursache erzeugt wird, ist für die Frage der Zulässigkeit der Suizidhilfe irrelevant. Eine Beschränkung der Freitodhilfe auf bestimmte Erkrankungen, wäre so stets fraglich und instabil. Denn wenn die relevanten Gründe und Kriterien erfüllt sind, ist eine Ausdehnung über diese Bereiche hinaus nicht – wie bei Betreten einer schlüpfrigen Ebene - zu bedauern, sondern sie wäre logisch und moralisch gefordert.

Diese Überlegung verbietet auch eine allgemeinere Beschränkung auf physische oder physische und psychische Erkrankungen. Alter muss nicht mit Leid verbunden sein. Aber der Alterungsprozess kann einzelne durchaus in eine Situation bringen, in welcher die

genannten Kriterien erfüllt sind. Gemeint ist dabei freilich nicht das chronologische Lebensalter, sondern die Folgen des unaufhaltsamen und unwiderruflichen degenerativen biologischen Prozesses des Alterns. Wenn auch in individueller Ausprägung zeigen sich gewisse Veränderungen auf Ebene der Moleküle, Zellen, Organe und des Gesamtorganismus. Insgesamt hat sich im Vergleich zum Erwachsenenalter die Körperkraft reduziert, die Schnelligkeit und Beweglichkeit hat abgenommen, ebenso die Atemkapazität. Bei Zellteilungen kommt es häufiger zu Fehlern, was das Regenerationspotential verringert, Riech- und Schmeckstörungen treten auf, da sich auch sensorische Organe, Nervenbahnen oder Projektionsareale altersbedingt ändern, es zudem aber auch zu altersbedingten Veränderungen kognitiver Funktionen kommt. Alter ist in diesem Sinne kein soziales Konstrukt, sondern ist unabhängig von sozialen Konventionen. Die biologische Alterung kann je nach Lebensführung, Beruf oder Umweltbedingungen früher oder später auftreten. Aber hier weitaus relevanter:

Auch dieser physiologische Alterungsprozess kann eine Situation bedingen, bei der keine erfolgsversprechenden Verbesserungsmöglichkeiten besteht und (weiteres) Leid zu erwarten ist. Das hohe Lebensalter unterscheidet sich dabei grundsätzlich von in früheren Lebensphasen auftretenden Krisensituationen. Kann man dort nämlich auf mögliche künftige neue Projekte und das Erwachen neuen Lebensmuts verweisen, so ist dieser Verweis auf eine bessere Zukunft bei einem hochbetagten Menschen von 105, 100 oder 90 doch fast zynisch. Dies widerspräche auch der Lebenswirklichkeit alter Menschen. Das Wissen, dass der größte Teil des eigenen Lebens hinter einem liegt, dass die eigene Lebenszeit begrenzt und mit den eigenen Kräften haushälterisch umzugehen ist, ändert in der Regel die Einstellung zu neuen Projekten

Sind Menschen, die auf Grund ihres (hohen) Lebensalters leiden und künftiges Leid zu erwarten haben, urteilsfähig und hätten sie über ihre Situation reflektierend den Suizid gewählt, wären genau die Kriterien erfüllt, auf Grund derer Suizidhilfe moralisch zulässig ist. Eine Ausdehnung des Kreises zulässiger Suizidhilfe ist dann nicht nur moralisch zulässig, sie ist moralisch gefordert.

Ist dies korrekt, kann das Lebensalter für ein Recht auf Selbstbestimmung relevant sein. Besteht für Mitglieder einer Selbstbestimmungsvereinigung gegenüber dem Verein ein Recht auf Suizidhilfe, gibt es keinen Grund, dieses hochbetagten Menschen abzusprechen. Sind die relevanten Kriterien erfüllt, sollte eine Suizidhilfe auch dann erfolgen, wenn keine schwerwiegende physische Erkrankung vorliegt.

b)

Ist es ethisch gerechtfertigt, bei betagten Menschen ohne tödliches Leid den Zugang zum Natrium-Pentobarbital gegenüber Jüngeren zu erleichtern und Lebenssattheit als wesentliches (oder gar alleiniges) Kriterium für die Zustimmung zu einer Freitodbegleitung zu akzeptieren?

Lebenssattheit kann richtig verstanden, Grund für die Zustimmung zu einer Freitodbegleitung sein. Allerdings wäre dies kein zusätzliches Kriterium, sondern folgte aus der konsequenten Anwendung der gebotenen Kriterien.

Erläuterung der Antwort:

Ich lese den ersten Satz im Folgenden so, dass die Erleichterung für betagte Menschen darin liegen soll, Lebenssatttheit als zusätzliches oder alleiniges Kriterium für die Zulässigkeit einer Freitodbegleitung zu verstehen. Zudem verstehe ich die Rede vom tödlichen Leid so, dass sie sich auf das durch eine unheilbare Krankheit erzeugte Leid bezieht.

Die Schwäche der Metapher von der Lebenssatttheit ist, dass Satttheit selbst kein unangenehmer Zustand ist. Aber hier darf es ja nicht um das Moment der Satttheit gehen, sondern es muss eine diachrone Sicht gewählt werden. Bleiben wir bei der Metapher, so ist klar: Ab einem gewissen Punkt der Sättigung wird die Option, weiter essen zu müssen, für eine Person zu etwas Schlechtem und irgendwann zu etwas Qualvollem. Zudem wird ein vorher für gut befundenes Gericht nur noch fade schmecken. Genauso ist die Metapher von der lebenssatten Person wohl zu verstehen. Sie wird jeden weiteren Tag, den sie leben muss, als etwas Schlechtes ansehen, und ab einem bestimmten Punkt wird ihr das Weiterleben genauso unzumutbar anmuten wie es für einen satten Menschen irgendwann unzumutbar ist, weiter essen zu müssen.

Ob es Lebenssatttheit gibt und wie häufig dieses Phänomen empirisch ist, ist eine phänomenologische und empirische Frage. Gehen wir im Folgenden als Prämisse davon aus, dass dieses Phänomen der Lebenssatttheit in der beschriebenen Weise existiert und es sich nicht auf kurze Krisen beschränkt. Sehr gut nachvollziehbar ist dann, dass Menschen, die in diesem Sinne lebenssatt sind, leiden und sie weiteres Leid erwartet. Und ebenfalls nachvollziehbar ist, dass einige der Betroffenen aus diesem Grunde lieber Suizid begehen wollen als weiterzuleben.

Ein zusätzliches Kriterium wäre Lebenssatttheit dann freilich nicht. Das, was hier Lebenssatttheit genannt wird, verursacht Leid. Aber die für die Suizidbegleitung relevanten Kriterien beziehen sich ja gerade nicht auf die Ursache des Leides. Neben formalen Kriterien (Urteilsfähigkeit, Wohlüberlegtheit,..) und der Plausibilität der Folgenabschätzung ist die künftige Lebensqualität von Relevanz, also das zu erwartende Leid. Das heißt freilich auch, dass die Ausdehnung der bisherigen Gruppen begleiteter Personen auf die Gruppe lebenssatter Personen moralisch genauso gefordert wäre wie jene von den physisch Erkrankten auf Menschen mit psychischen Störungen. Voraussetzung ist nur, dass es Lebenssatttheit im oben beschriebenen Sinne gibt und sie im Einzelfall vorliegt.

c)

Liesse sich im Alter zusätzlich eine Entmedizinalisierung (konkret: Bezug von Natrium-Pentobarbital ohne Arztrezept) der Freitodbegleitung ethisch begründen?

Eine Bevorzugung Hochbetagter ließe sich nicht begründen. Sehr wohl aber ist darüber nachzudenken, ob und wenn ja, wie Ärztinnen und Ärzte in der Suizidhilfe einbezogen werden. Medizinalisierung als Übertragung der Verantwortung auf Ärztinnen und Ärzte wäre abzulehnen.

Erläuterung der Antwort:

Im Vorgespräch wurde betont, dass das Memorandum zu den ethischen Aspekten – um Überschneidungen mit dem Memorandum zu den rechtlichen Aspekten zu vermeiden – nicht von der jetzigen Regelung der Suizidbegleitung ausgehen, sondern „rein ethisch“ argumentieren soll. Es wäre zu diskutieren, ob eine solche strikte Trennung rechtlicher und ethischer Überlegungen möglich und wenn ja sinnvoll ist. Aber um dem Auftrag zu genügen, werde ich die spezifischen rechtlichen Rahmenbedingungen der Schweiz außen vorlassen.

Dass bei so gefährlichen Mitteln wie Natrium-Pentobarbital (NaP) gewisse Schutzmassnahmen gegen Missbrauch notwendig sind, muss kaum ausgeführt werden. Die Frage ist nur, ob es notwendig des Einbezugs von Ärzten bedarf. Missbrauch könnte auch dadurch verhindert werden, dass Apothekerinnen und Apotheker eine Gatekeeper-Rolle übernehmen. Ja, denkbar wäre auch, dass einer Organisation die Weitergabe des Mittels anvertraut würde und sich diese auf Sorgfaltspflichten verpflichtet, deren Einhaltung in unangekündigten Besuchen durch staatliche Stellen kontrolliert würde.

Ein Einbezug von Ärztinnen und Ärzten ist dann notwendig, wenn medizinisches Wissen, klinische Urteilskraft oder praktisches ärztliches Können (oder mehrere diese Kompetenzen) für das Erfüllen einer Aufgabe erforderlich sind. Nimmt man die oben genannten Kriterien, unter denen Suizidhilfe zulässig ist, gibt es mehrere Punkte, auf Grund derer ein Einbezug von Ärztinnen und Ärzten sinnvoll, ja notwendig ist. Die ärztliche Prognose etwa ist relevant, um zu prüfen, welche künftige Entwicklung zu erwarten ist. Medizinisches Wissen ist erforderlich, um Therapieoptionen zu bestimmen. Und medizinisches Wissen und klinische Urteilskraft können erforderlich sein, um bei der Überprüfung der Urteilsfähigkeit das Vorliegen psychischer Störungen auszuschließen. Selbst wenn Sterbehilfeorganisationen Natrium-Pentobarbital in Eigenverantwortung weitergeben könnten, müssten sie auf Grund ihrer Verantwortung Mediziner einstellen oder beauftragen. Apothekerinnen und Apotheker könnten sie nicht ersetzen.

Bleiben wir bei der (praktisch unrealistischen) Idee einer Natrium-Pentobarbitalabgabe durch die Sterbehilfeorganisation selbst. Würde es dann zulässig sein, bei der Suizidbegleitung hochbetagter Menschen auf den Einbezug von Ärztinnen und Ärzten zu verzichten? Dies wäre nur der Fall, wenn keiner der drei eben genannten Gründe hier relevant wäre. Aber kann man dies sagen? Der Suizidwille hochbetagter Mensch fusst ebenfalls auf einer Abschätzung möglicher Folgen, die empirisch von falschen Voraussetzungen ausgehen könnte. Auch wenn Alter nicht therapierbar ist, mag die Medizin Optionen bereitstellen, mit den Folgen der Alterung besser fertig zu werden. Das Vorliegen psychischer Störungen kann auch bei hochbetagten Menschen nicht ausgeschlossen werden. Für die Überprüfung der Urteilsfähigkeit bedürfte es vielleicht nicht immer, aber doch oft medizinischen Wissens und klinischer Urteilskraft. Ein Einbezug von Ärztinnen und Ärzten bliebe sehr oft erforderlich. Eine in dem Sinne erfolgende Sonderbehandlung von hochbetagten Menschen ohne unheilbare Erkrankung, dass keine Ärztinnen und Ärzte einbezogen werden, wäre so nicht zu rechtfertigen.

Ein Einbezug von Ärztinnen und Ärzten ist aber genauso wenig eine Medizinalisierung einer Praxis wie der Einbezug von Juristinnen und Juristen in die Baubegleitung den Bau eines Gebäudes juridifiziert. Es ist eine Frage der Klugheit, welche Expertisen in ein Verfahren einbezogen werden. Zu kritisieren wäre im hypothetischen Falle nur, wenn die Verantwortung vollständig an Ärztinnen und Ärzte übertragen würde. Sie tragen eine

Verantwortung für ihren jeweiligen Part. Aber die Gesamtverantwortung läge nicht bei ihnen, sondern bei der Sterbehilfeorganisation.

Ist aber selbst im Fall einer eigenverantwortlichen Natrium-Pentobarbital-Abgabe der Einbezug von Ärztinnen und Ärzten erforderlich, warum sollte man ärztliche Dienste nicht nutzen, wenn das NaP der Rezeptpflicht unterliegt? Die Befürchtung ist hier wohl, dass hochbetagte Sterbewillige ohne tödliche Grunderkrankung keinen Zugang zu NaP hätten. Aber es muss unterschieden werden zwischen der Furcht, keine Ärztinnen und Ärzte zu finden, und dem Gedanken, dass ein Einbezug von Ärztinnen und Ärzten moralisch unzulässig ist. Für den für ein ethisches Memorandum im Vordergrund stehenden zweiten Aspekt gilt: Ein Einbezug von Ärztinnen und Ärzten wäre auch hier legitim, und dies nicht nur dann, wenn man auf den notwendig tödlichen Ausgang der Alterung verwies. Die Gründe hierfür sind die folgenden:

Auch wenn Alter keine Krankheit ist, gehören altersbedingte physiologische Veränderungen durchaus in das legitime Tätigkeitsfeld von Ärztinnen und Ärzten. Augenärztliches Tun ist wohl das paradigmatische Beispiel. Der Grund dafür ist, dass es eine begründungsbedürftige Ungleichbehandlung wäre, wenn Menschen, die den Geschmacksinn für Saures auf Grund von Krankheit oder Unfall verloren haben, ärztliche Beratung verdienen, nicht aber der Hochbetagte, bei dem dieselbe physiologische Veränderung der Geschmacksnerven auf Grund der Alterung aufgetreten ist. Folgen der Alterung zu besprechen, sie wenn möglich abzumildern und Menschen in ihrem Alterungsprozess zu begleiten, ist seit jeher Teil der ärztlichen Praxis.

Unabhängig davon wäre es zudem ein Irrtum, legitimes ärztliches Tun auf die Prävention, Diagnose und Therapie von Krankheiten beschränken zu wollen. Selbst Gerichts- oder Versicherungsgutachten sind mit einem solchen engen Professionsverständnis unvereinbar. Man denke ferner an die ärztliche Beteiligung an religiösen Beschneidungen oder Abtreibungen. Für beides gibt es in der Regel keine medizinische Indikation. Dennoch ist eine Gesellschaft gut beraten, wenn sie diese Tätigkeit in ärztliche Hand gibt. Denn im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen (also Beschneidungen bzw. Abtreibungen durch medizinische Laien) bestehen geringere Risiken. Genau dieselbe Gatekeeperfunktion nehmen Ärztinnen und Ärzte bei der Verschreibung von NaP ein. Auch hier gibt es selbst bei physischen Erkrankungen keine medizinische Indikation. Aber Sterbehilfeorganisationen und die Gesellschaft im Ganzen tun dennoch gut daran, durch das Festhalten an einer Rezeptpflicht Ärztinnen und Ärzten eine Gatekeeperrolle zu geben.

Es wäre fragwürdig, wollte man dies aus standesethischen Gründen als illegitim abtun. Mediziner haben ein breites Wirkungsspektrum. Auch ärztliche Rezepte ziehen zudem allgemeine Lebensumstände in Betracht. So kann es sehr wohl legitim sein, dem grippekranken Examenskandidaten ein schnell wirkendes, aber risikobehaftetes Mittel zu verschreiben. Die Rezeptur fördert nicht die Gesundheit des Patienten, aber hilft, auf möglichst risikoarme Weise einen gefassten Willen zu verwirklichen. Soll ärztliches Tun das Beste für den Betroffenen im Auge haben, so müssen Ärztinnen und Ärzte die allgemeine Lebenssituation und künftige allgemeine Lebensqualität der Patienten berücksichtigen. Eine Beschränkung des Blicks allein auf Krankheitsursachen verstößt selbst gegen den professionellen Ethos.

Alles in allem sollte es also eher darum gehen, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die das NaP- Rezept für hochbetagte Menschen ausstellen, als darum, Wege zu suchen, wie NaP ohne Einbezug von Ärzten bezogen werden kann.

d)

Ist es für EXIT ethisch zu verantworten, sich öffentlich für eine grundsätzlich bejahende Einstellung gegenüber dem Alterssuizid einzusetzen?

Sofern sich die Frage auf Alterssuizide im Rahmen der organisierten Suizidhilfe bezieht, würde ich sie bejahen. Geht es allgemein um Alterssuizide, wäre sie zu verneinen.

Erläuterung der Antwort:

Die Rede von Alterssuizide umfasst Appellsuizide, Suizide in Not- und Krisensituationen wie wohlüberlegte Suizide. Sollte die Frage darauf abzielen, dass gegenüber all diesen Suiziden eine grundsätzlich bejahende Einstellung bestehen soll, ist die Antwort ein

„Nein“. Bei Appellsuiziden besteht genauso wie bei Suiziden in Not- und Krisensituationen eine moralische Verpflichtung, sie zu verhindern. Bei Appellsuiziden ist dies ja gerade das Ziel des Suizidanten. Sein Ruf nach Hilfe sollte gehört werden und diesen Hilfesuchenden sollte genau diese Hilfe angeboten werden. Auch bei Suiziden in Not- und Krisensituationen wäre eine Bejahung dieser Handlung falsch. Die betroffenen Personen bedürften Rat und Hilfestellungen, wie sie die Not abschwächen oder überwinden bzw. wie sie langsam neuen Lebenswillen schöpfen und neue Projekte anfassen können.

Bezieht sich die Frage allein auf jene auf einer reflektierten Entscheidung aufbauenden Suizide, bei denen Suizidhilfe zulässig ist, so ist die Frage zu bejahen. Es ist eine Frage der Integrität, öffentlich für das einzustehen, was man für richtig hält. Zudem ist es eine Frage der Transparenz, öffentlich darzustellen, was man tut und was nicht. Nur so wird jenes Vertrauen aufgebaut, auf das auch Sterbehilfeorganisationen angewiesen sind.

Eine bejahende Einstellung gegenüber dem Alterssuizid wäre im letzteren Falle eine bejahende Einstellung zum Recht auf Selbstbestimmung. Alterssuizide überhaupt zu thematisieren, kann Anlass – wenn auch nicht Ursache – sein, dass hochbetagte Menschen nicht-urteilsfähig und unreflektiert selbst Suizid begehen, ist nicht ausgeschlossen. Aber wahrscheinlicher als selbst Hand an sich zu legen, wäre wohl, dass die Betroffenen sich an die Sterbehilfeorganisation wenden und sich dort einen sicheren und sanften Suizid erhoffen. Genauso wie bei der Öffnung der Suizidhilfe für Menschen mit psychischen Störungen kommt bei der transparenten Öffnung für hochbetagte Menschen auf die involvierte Sterbehilfeorganisation so ein erhöhter Beratungsanteil hinzu, in dem die Organisation auch Aufgaben der Suizidprävention übernimmt. Auch dies wäre Teil eines verantwortungsvollen Umgangs mit dem Thema des Alterssuizids und folgte zudem aus der geteilten Werthaltung.

Fragen zur zweiten Forderung: Organisierte Freitodbegleitung ohne behördliche Legalinspektion

a)

Gibt es ethische Gründe für die Durchführung einer Legalinspektion?

Es gibt ethische Gründe für die Durchführung einer Legalinspektion. Allerdings ist es fraglich, ob es sich im Falle der Suizidhilfe durch Sterbehilfeorganisationen um schwerwiegende ethische Gründe handelt. Bestünde Grund, den Tätigkeiten dieser Organisationen zu vertrauen, so sprechen überwiegende ethische Gründe gegen eine Legalinspektion.

Erläuterung der Antwort:

Schon von der Formulierung her handelt es sich um eine rechtsethische Frage. Eine Abgrenzung dieses Memorandum zu jenem zu den rechtlichen Aspekten wird hier nicht ganz möglich sein.

Es gibt Gründe, die für die Legalinspektion sprechen. Anhänger unterschiedlicher ethischer Positionen unterscheiden sich hier dadurch, welche Gründe genannt und im Vordergrund stehen. Aber wohl keine Position würde keine Gründe sehen. Konsequentialistische Ethiktheorien etwa, die sich allein auf die Folgen von Regelungen beziehen, würden die Abschreckungswirkung hervorheben. Die Furcht vor Legalinspektion mag Tötungsdelikte bis hin zu Tod durch Vernachlässigung verhindern. Für deontologische Ethiktheorien, gemäss derer etwas unabhängig von den Folgen gut oder schlecht sein kann, würden betonen, dass eine gerechte Strafe bei Aufdeckung von Strafdelikten direkt (und nicht nur indirekt aus Abschreckungsgründen) moralisch gefordert ist.

Freilich ist nicht allein relevant, ob es ethische Gründe für die Legalinspektion gibt, sondern auch, erstens wie schwerwiegend diese Gründe sind, und zweitens, ob diese Gründe jene überwiegen, welche gegen eine Legalinspektion sprechen. Einige Spielformen konsequentialistischer Theorien würden auf das damit verbundene höhere Leid der Angehörigen und Freunde verweise, deontologische Theorien zusätzlich auf die Achtung vor der Privatsphäre oder die Achtung der Pietät. Es ist also auch zu prüfen, wie schwerwiegend die Gründe für die Legalinspektion sind und ob sie die Gründe gegen eine Legalinspektion überwiegen.

Bei Therapieabbrüchen besteht ebenfalls die Möglichkeit einer unterlassenen Hilfestellung, ja, vielleicht sogar der Tötung durch Unterlassung. Auch hier bestehen also ethische Gründe für eine Legalinspektion. Nur würde man wohl sagen, dass diese Gründe nicht schwerwiegend seien. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass sich hinter einem solchen Todesfall ein Delikt verbirgt, ist so gering, dass Legalinspektion nicht die Regel sein darf. Es bedürfte hier besonderer Verdachtsmomente. Ansonsten überwiegen die Gründe gegen die

Legalinspektion. Übertragen wir dies auf Suizidhilfe durch Sterbehilfegesellschaften, würden schwerwiegende Gründe für eine Legalinspektion vorliegen, wenn der Staat Grund hat, solchen Organisationen zu misstrauen. Gibt es aber keinen Grund, solchen Organisationen zu misstrauen, sondern ist es sogar so, dass er auf Grund bisheriger Erfahrungen von deren sorgfältigen Vorgehen überzeugt ist, so müsste hier analog zum Tod nach Therapieabbruch gehandelt werden. Eine Legalinspektion hätte zu unterbleiben.

Allerdings selbst wenn Gründe bestehen, dass der Staat (gewissen) Sterbehilfeorganisationen vertrauen kann, so heißt dies nicht, dass dieses Vertrauen besteht oder eingefordert werden kann.

b)

In welcher Weise müsste eine ethisch legitimierte Legalinspektion ausgestaltet sein, um die Forderungen der Angehörigen nach Respekt ihrer Privatsphäre besser zu schützen im Vergleich zu der heute gehandhabten Praxis?

Voraussetzung für eine bessere Praxis ist, dass Sterbehilfeorganisationen vertraut werden kann. Regelkonformität, Verbindlichkeit des eigenen Handelns, Transparenz und der Aufbau eines internen Kontrollsystems ist einerseits wichtig, um dieses Vertrauen aufzubauen. Andererseits ermöglicht dies Kontrollen durch Behörden, welche weitgehend ohne Legalinspektion auskommen.

Erläuterung der Antwort:

Wenn man die Gründe pro und contra einer Legalinspektion nimmt, wäre die bestmögliche Option jene, welche sicherstellt, dass Missbrauchsfälle im Bereich der Suizidhilfe soweit es geht reduziert, dennoch eintretende Missbrauchsfälle aufgedeckt und schließlich die Zahl der Fälle, wo Amtsärzte eine Leichenschau durchführen, aus Respekt vor den Angehörigen und aus Pietätsgründen auf ein Minimum beschränkt werden.

All dies kann nur erreicht werden, wenn die einbezogenen Sterbehilfeorganisationen selbst Verfahren haben, Missbräuche zu verhindern. Entscheidungsprozesse müssten klar beschrieben sein, Verfahren genannt sein, die sicherstellen, dass die Kriterien einer zulässigen Sterbehilfe eingehalten werden, und es bedürfte klarer Regeln, wie bestehende Dissense über die Richtigkeit einer Freitodbegleitung aufgelöst werden. Es ist sprachlich heikel, hier von einem Qualitätsmanagement zu sprechen. Aber dessen Grundgedanken - wie eine klare Definition von Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen, detaillierte Prozessbeschreibungen, geschlossene Feedbackschleifen, Dokumentation und regelmässige internen Prüfungen - mögen durchaus übertragbar sein.

Sind die internen Verfahren angemessen und verbindlich, können Missbrauchsfälle verhindert werden. Staatliche Behörden würden allerdings ihre Verantwortung nicht wahrnehmen, wenn sie in einem solch heiklen Bereich einfach den Organisationen vertrauten. Hierfür sind Transparenz und

sogar Beteiligungsmöglichkeiten bei Entwicklung der Verfahren erforderlich. Zudem dürfen sie die Verantwortung nicht gänzlich an die Sterbehilfeorganisation abtreten. Sie müssen daher unangemeldete Kontrollen des Vereins durchführen und stichprobenmässig müssten auch Legalinspektionen erfolgen.

Der Aufbau eines verbindlichen Systems für alle internen Prozessen wäre auch ein Weg, sich jenes Vertrauen zu erarbeiten, welches für eine Reduktion der Legalinspektionen notwendig ist.