

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in Monika Bobbert (ed.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung*. It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Bobbert, Monika

Ein freier, informierter und dauerhafter Wille zum assistierten Suizid? Psychologische und ethische Fragen

in: Monika Bobbert (ed.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung*, pp. 323–373

Baden-Baden: Nomos 2022 (Ethik und Recht in der Medizin 45)

<https://doi.org/10.5771/9783748934974-323>

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of Nomos: <https://www.nomos.de/en/copyright-notice/>

Your IxTheo team

---

Liebe\*r Leser\*in,

dies ist eine von dem/der Autor\*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Monika Bobbert (Hg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung* erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor\*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Bobbert, Monika

Ein freier, informierter und dauerhafter Wille zum assistierten Suizid? Psychologische und ethische Fragen

in: Monika Bobbert (Hg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung*, S. 323–373

Baden-Baden: Nomos 2022 (Ethik und Recht in der Medizin 45)

<https://doi.org/10.5771/9783748934974-323>

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags Nomos publiziert:

<https://www.nomos.de/urheberrecht/>

Ihr IxTheo-Team

**Aus: Bobbert, Monika (Hrsg.), Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit: wissenschaftliche Erkenntnisse und offene Fragen im interdisziplinären Dialog, Baden-Baden 2022, 323-376.**

**Ein freier, informierter und dauerhafter Wille zum assistierten Suizid?  
Psychologische und ethische Fragen**

Monika Bobbert

Das menschliche Phänomen Suizid hat viele Dimensionen, die es wahrzunehmen gilt. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es zu diesem Phänomen und welche disziplinären Erkenntnisse sind insbesondere für die Voraussetzung der „Freiverantwortlichkeit“ und für Wege ihrer Absicherung bedeutsam?

Aus der Perspektive der Ethik wird im Folgenden versucht, einschlägige wissenschaftliche Erkenntnisse aus anderen Wissenschaften zu identifizieren und auf die Frage der „Freiverantwortlichkeit“ im Zusammenhang mit einem assistierten Suizid anzuwenden. Im Rahmen des vorliegenden Beitrags werden als empirisch arbeitende Wissenschaften die Psychiatrie und Psychologie konsultiert. Weiterhin wären die Soziologie und die Politikwissenschaften, die Sozialarbeit und die Sozialpädagogik einschlägig, doch würde eine Einbeziehung entsprechender Erkenntnisse den Rahmen dieses Beitrags sprengen.

Wenn es darum gehen soll, dass die freie Willensentscheidung – wie das BVerfG fordert – auf der Grundlage einer „realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider“<sup>1</sup> erfolgt, wird die Pluralität von Autonomieverständnissen und Lebensdeutungen relevant.

Die bislang vorliegenden Regelungsvorschläge weisen Defizite auf, weil sie das Phänomen Suizidalität und die damit verbundene Lebensdeutung lediglich aus einer engen kognitiven Perspektive betrachten. Mit Blick auf die aktuell vorliegenden Gesetzesentwürfe wird durch die Heranziehung relevanter Erkenntnisse aus Psychologie und Ethik aufgezeigt, warum sich eine Beratung nicht auf Informationsvermittlung beschränken kann, sondern als Beratungsprozess zu konzipieren ist, der – je nach Problemkonstellation – von professionellen Berater:innen aus unterschiedlichen Disziplinen bzw. Berufsgruppen durchgeführt werden sollte. Zudem wird

---

<sup>1</sup> BVerfG (26.06.2020), S. 45, Rn. 240.

plausibel gemacht, warum – abgesehen von Härtefällen – eine Wartezeit von mindestens einem Jahr erforderlich ist, die individuell oder gruppenbezogen bei Unklarheit oder Unsicherheit noch verlängerbar sein sollte.

## **1 Das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Februar 2020: erste Problemanzeigen**

### **1.1 Zum juristischen Recht auf selbstbestimmtes Sterben**

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben vom 26.02.2022 hat den § 217 StGB aus dem Jahr 2015 für nichtig erklärt: Der Staat dürfe sich nicht in das Recht auf selbstbestimmtes Sterben einmischen. Dieses Recht beinhalte die Freiheit, sich das Leben zu nehmen und zu diesem Zweck Angebote Dritter in Anspruch zu nehmen. Der Zugang zu einem tödlichen Medikament dürfe keine zu hohen Hürden enthalten und auch nicht von einer schweren, zum Tode führenden Erkrankung abhängen. Mit dem Ausschluss des letztgenannten Kriteriums hat das Bundesverfassungsgericht Deutschland weltweit in eine liberale Sondersituation gebracht – auch wenn ein Schutzkonzept gefordert wird, um dem Grundrecht auf Leben Rechnung zu tragen.

Von unterschiedlichen Seiten wird eine Überhöhung des Selbstbestimmungsrechts kritisiert und dagegen vorgebracht, dass die Spannung zwischen dem Grundrecht auf Leben und auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nicht zu Lasten eines der Grundrechte aufgelöst werden darf.<sup>2</sup> Hinzu kommt, dass sich angesichts des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 schwierige Umsetzungsfragen abzeichnen. Die ausdrückliche Ablehnung materialer Bedingungen (wie z.B. einer schweren, zum Tod führenden Erkrankung) in Bezug auf die Assistenz beim Suizid führt zu einer großen Ausdehnung der Anwendungsfälle.

Zugleich bedeutet diese Ausweitung des Rechts auf assistierten Suizid, dass sehr viel von der zentralen Voraussetzung der Freiverantwortlichkeit desjenigen Menschen abhängt, der den Wunsch nach Unterstützung beim Suizid äußert. Was ist mit dem Begriff

---

<sup>2</sup> Vgl. u.a. *Höfling*, Sterbehilferecht in Aufruhr – eine Nachbetrachtung zum Grundsatzurteil des BVerfG zu § 217 StGB, in: *Gesundheitsrecht 2021*, S. 351-356; *Lobinger*, Ein Recht auf Suizid? Zur Rechtskreation des Bundesverfassungsgerichts, in: *Uhle/Wolf* (Hrsg.), *Entgrenzte Autonomie? Die assistierte Selbsttötung nach der bundesverfassungsgerichtlichen Entscheidung vom 26. Februar 2020*, Münster 2021, S. 46-86; *Windhöfel*, Ein Grundrecht auf assistierten Suizid? Anmerkungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, in: *Böhr/Rothhaar* (Hrsg.), *Anthropologie und Ethik der Biomedizin*, Wiesbaden, 2021, S. 229-262, bes. S. 246ff. Vgl. zudem die Beiträge von *Sigrid Graumann*, *Dietmar Mieth* und *Jean-Pierre Wils* im vorliegenden Band.

Freiverantwortlichkeit gemeint, für den die Annahme der individuellen Autonomie bzw. Selbstbestimmung in empirische Kriterien überführt werden muss?

In Anlehnung an *Kant* können wir als Vernunftwesen nicht anders als unter der Idee der Freiheit handeln. Doch kann die Annahme der Willensfreiheit nicht Gegenstand unserer Erfahrung sein, weil gerade diese Willensfreiheit von der Möglichkeit der Person abhängt, kausal auf die Welt einzuwirken.<sup>3</sup> Wir können also niemals positiv wissen, dass wir frei sind. Vielmehr ist die Willensfreiheit für unsere menschliche Praxis konstitutiv. Gleiches gilt für die Selbstbestimmung bzw. Freiverantwortlichkeit. Wenn aus moralischen oder rechtlichen Gründen also nach empirischen Kriterien zur Bestätigung oder Verneinung gesucht wird, ob ein Mensch freiverantwortlich ist, wird es sich immer um Festlegungen handeln, die gesetzt werden. Wann äußerer Zwang oder innere Unfreiheit vorliegen, bzw. ob jemand freiverantwortlich handeln kann, wird sich also nicht abschließend klären lassen.

Für die Regelung des assistierten Suizids sind jedoch angesichts des Rechts auf Schutz des Lebens und des Rechts auf Hilfe in einer Lebenskrise Vorsichtskriterien aufzustellen. Auf welche Weise soll also die Bedingung „Freiverantwortlichkeit“ empirisch abgesichert werden? Gibt es mehr oder weniger geeignete Verfahren, kann professionelle Expertise hierzu einen Beitrag leisten und wie sicher kann dann im Ergebnis eine Außenbeurteilung der Freiverantwortlichkeit sein? Zudem muss gewährleistet sein, dass soziale Probleme, etwa Arbeitslosigkeit, Überschuldung oder Vereinsamung angesichts vieler Single-Haushalte nicht individualisiert durch Suizid „gelöst“ werden.

## **1.2 Interdisziplinärer Dialog als methodische Voraussetzung für eine rechtliche Regelung zum assistierten Suizid**

Der Wunsch, sich selbst zu töten, betrifft die gesamte Existenz des Menschen. Wissenschaftlich befassen sich die Sozialwissenschaften und die Kriminologie als Fachgebiet der Rechtswissenschaft, insbesondere aber die Psychologie, die Soziologie, die Politikwissenschaften und die Psychiatrie als Fachgebiet der Medizin mit inneren und äußeren Einflüssen eines solchen Wunsches. Philosophie, Theologie und teilweise die Geschichtswissenschaften deuten mit analytischen und hermeneutischen Methoden menschliche Erfahrungen und die mithilfe empirischer Methoden gewonnenen Erkenntnisse über den Menschen. Ethik und Recht, sofern sie sich auf der normativen Ebene bewegen, müssen dann, wenn es um Anwendungsfragen geht, interdisziplinär arbeiten, um relevanten

---

<sup>3</sup> Vgl. *Kant*, Kants gesammelte Schriften. Hrsg. von der königlich-preußischen Akademie der Wissenschaften Bd. IV, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten [1785], Berlin 1900 ff, Bd IV, 448; 455.

Sachverstand aus anderen Disziplinen einzuholen. Das Bundesverfassungsgericht hat im Vorfeld der Urteilsfindung Sachverständige vor allem aus dem Fachgebiet der Psychiatrie befragt. Disziplinen wie die klinische Psychologie oder die Soziologie, Philosophie oder Theologie waren wenig bzw. nicht vertreten. So basiert das Bundesverfassungsurteil einerseits auf einem reichhaltigen Wissensbestand der Psychiatrie, weniger jedoch auf Erkenntnissen aus der psychologischen Suizidforschung mit ihren unterschiedlichen Theorien und aus der klinischen Psychologie; nicht vertreten sind Disziplinen wie Philosophie und Theologie, die sich mit Deutungsfragen befassen. Dass so genannte Fakten und empirisches Wissen immer auf bestimmten theoretischen Vorannahmen beruhen und auch als „Erkenntnisse“ gedeutet werden müssen, ist Reflexionsgegenstand der anwendungsbezogenen philosophischen und theologischen Ethik.

Der folgende Beitrag bietet einige ausgewählte Überlegungen aus psychologischer und ethischer Sicht, um die öffentliche und rechtspolitische Diskussion um den assistierten Suizid zu ergänzen und aufzuzeigen, welche Fragen noch offen oder schwer zu beantworten sind.

### **1.3 Erste Problemanzeigen aus ethischer und psychologischer Sicht**

Suizidale Menschen sind besonders verletzlich, da sie sich in einer Notlage befinden, aus der sie keinen anderen Ausweg mehr sehen, als sich das Leben zu nehmen. Die große Mehrzahl der Menschen mit einem Suizidwunsch bedarf professioneller Unterstützung durch Institutionen und psychotherapeutische und soziale Berufsgruppen, die für den schwierigen Komplex der Suizidalität speziell geschult sind. Auch die Sorge und Unterstützung durch das nahe Umfeld ist zur Überwindung einer solchen lebensbedrohlichen Phase erforderlich.

#### **1.3.1 Suizid im Zusammenhang mit psychischer Krankheit oder akuter Krise**

In mehr als 90 Prozent der Fälle steht ein Suizid im Zusammenhang mit einer psychischen Krankheit oder einer akuten Krise.<sup>4</sup> Sehr viele Suizident:innen weisen laut psychologischen Autopsien eine psychische Erkrankung auf, an erster Stelle eine Depression, an zweiter Stelle eine Suchterkrankung oder eine schizophrene Psychose. Doch neben psychischen Erkrankungen tragen auch noch andere Faktoren zum Phänomen Suizidalität bei. Eine Studie

---

<sup>4</sup> Vgl. *World Health Organization*, Preventing Suicide – a global imperative, 2014; vgl. zudem den einschlägigen Überblick von *Forkmann/Teismann/Glaesmer*, Diagnostik von Suizidalität, Göttingen 2016; vgl. auch *Wolfersdorf*, Suizidbeihilfe bzw. ärztlich assistierter Suizid. Eine psychiatrische Position. *Nervenheilkunde* 6, 2015, S. 451-458, hier S. 452; *Arsenault-Lapierre, Kim, Turecki*, Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta analysis, *BMC Psychiatry* 4, 37, 2004, <http://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>; *Bertolote/Fleischmann/De Leo et al.*, Psychiatric Diagnosis and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 2004; 25(4), S. 147-155; *Joiner, /Buchman-Schmitt/Chu*, Do undiagnosed suicide decedents have symptoms of mental disorder? *Journal of Clinical Psychology* 73, 2017, S. 1744-1752.

aus den USA weist Beziehungsprobleme, Belastungen am Arbeitsplatz und finanzielle Sorgen als Faktoren aus, die in den untersuchten Kohorten erheblich zu einem Suizid beigetragen haben.<sup>5</sup> Die Weltgesundheitsorganisation fasst in ihren Empfehlungen zur Suizidprävention wissenschaftliche Erkenntnisse über externe Risikofaktoren zusammen: Suizidalität steht in signifikantem Zusammenhang mit niedrigem Einkommen, Krieg, Katastrophen<sup>6</sup>, Belastung durch Akkulturation, Diskriminierung, Isolation, Erfahrung von Missbrauch und Gewalt. Zu den individuellen Risikofaktoren zählen neben psychischen Erkrankungen, chronischen Schmerzen und höherem Lebensalter extern mitbedingte Faktoren wie finanzielle Krisen, konflikthafte Beziehungen und familiäre Suizidvorbilder.

Diesen Menschen gegenüber, die sich aus psychopathologischen oder bekannten externen Risikofaktoren heraus töten möchte, besteht die moralische und rechtliche Pflicht zur Hilfeleistung im Fall von Krankheit und Not sowie die Pflicht zur Lebensrettung.

### **1.3.2 Ambivalenz von Sterbe- und Todeswünschen**

Zudem ist die Frage, wann eine Selbsttötung das Ergebnis einer freien, selbstbestimmten Überlegung und Handlung sein kann. Denn überlebte oder abgebrochene Suizidversuche werden in 80 bis 90 % der Fälle nicht wiederholt.<sup>7</sup> Es gibt meist Phasen der Ambivalenz, des Appells und der inneren Zerrissenheit zwischen „So-nicht-leben-Können“ und Lebenswunsch. Häufig liegt also eine komplexe Motivstruktur und kein eindeutiger Todeswunsch vor.<sup>8</sup>

Die Schwierigkeit angesichts der rechtlichen Voraussetzung eines freiverantwortlichen assistierten Suizids besteht nun darin, die vergleichsweise kleine Gruppe der Menschen mit einem freiverantwortlichen Suizidwunsch von der großen Mehrheit suizidaler Menschen, die fachliche und zwischenmenschliche Hilfe brauchen, möglichst zuverlässig zu unterscheiden. Denn die Interessen einer kleinen Gruppe, die sich auf die Selbstbestimmung beruft, um Assistenz beim Suizid in Anspruch nehmen zu können, sollten nicht dazu führen, dass eine sehr große, zudem äußerst vulnerable Gruppe suizidaler Menschen das Nachsehen hat.

### **1.3.3 Methodische Anfragen an Studien**

---

<sup>5</sup> Vgl. u.a. *Stone/Simon/Fowler et al.*, Vital signs: trends in state suicide rates – United States, 1999-2016 and circumstances contributing to suicide – 27 states. *MMWR Morb Mortal Ekly Rep* 2018, 67, S. 617-624.

<sup>6</sup> In Deutschland stieg beispielsweise nach der Flutkatastrophe im Ahrtal die Suizidrate vor Ort im Folgejahr erkennbar an.

<sup>7</sup> Vgl. u.a. *Wolfersdorf*, Suizidbeihilfe bzw. ärztlich assistierter Suizid. Eine psychiatrische Position. *Nervenheilkunde* 6, 451-458, 2015 hier S. 454.

<sup>8</sup> Vgl. Ebd.

Angesichts der psychologischen Studien, nach denen die überwiegende Zahl von Menschen mit Suizidwunsch angesichts einer Notlage verzweifelt und hilfebedürftig ist, und einer kleinen Minderheit, bei der unter Umständen von Freiverantwortlichkeit ausgegangen werden kann, ist neuerdings ein Disput um die Methodik und Aussagekraft der vorliegenden Studien entstanden.<sup>9</sup>

Zur Nachuntersuchung erfolgter Suizide wird meist die Methode der psychologischen Autopsie eingesetzt. Dieses empirische Verfahren wurde in verschiedenen Kulturkreisen angewendet und führte epidemiologisch zur Stabilisierung der Hypothese, dass ein überwiegender, in westlichen Industrienationen etwa bei 90 Prozent liegender Teil der Suizident:innen zum Zeitpunkt des Suizids an einer psychischen Erkrankung litten.<sup>10</sup> Besonders häufig waren affektive Störungen (v.a. Depression), Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, aber auch posttraumatische Belastungsstörungen vertreten.

Für eine psychologische Autopsie werden retrospektiv biografische, anamnestische und soziale Daten der Suizident:innen zusammengetragen sowie Personen aus dem Umfeld befragt. Methodenkritisch wird von den empirisch Forschenden vor allem vorgebracht, dass ein Bias durch die rückblickende Deutung bestehe.<sup>11</sup> Auch wenn es naheliegend ist, dass Befragte rückblickend zu einer zu stark pathologisierenden Deutung neigen, muss diese These noch näher untersucht werden – u.a. in Bezug auf Nahestehende, Laien und Professionelle. Zudem kann die Methode der psychologischen Autopsie angereichert und durch experimentelle Forschungsdesigns ergänzt werden.<sup>12</sup> Die Methodenkritik und -reflexion muss jedenfalls umfassender ausfallen als lediglich auf der Ebene eines konkreten Forschungsdesigns.

Denn darüber hinaus ist relevant, welches Verständnis von psychischer Krankheit zugrunde gelegt wird, welche psychosozialen Faktoren als suizidrelevant erachtet und welche Daten und Hintergrundinformationen entsprechend gesammelt werden. So zählen in den USA beispielsweise Suchterkrankungen nicht zu den psychischen Erkrankungen. Ein medizinisch-psychiatrisches Verständnis von Suizidalität vorausgesetzt werden andere Daten gesammelt, als wenn ein psychosoziales bzw. soziologisches Verständnis von Suizidalität überwiegt. So

---

<sup>9</sup> Vgl. z.B. Beiträge von *Brieger/Menzel*, Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? Kontra, in: *Psychiatrische Praxis* 47, 2020 S. 177-178 und *Wolfersdorf*, Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? Pro. *Psychiatrische Praxis* 47, 2020 S. 176-177.

<sup>10</sup> Vgl. *Forkmann/Teismann/Glaesmer*, Diagnostik von Suizidalität, Göttingen, 2016, S. 23f; *Wolfersdorf* (2015), S. 452.

<sup>11</sup> Vgl. z.B. *Liu/Miller*, Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 34, 2014 S. 181–192; *Hjelmeland/Dieserud/Dyregrov et al.*, Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud* 36, 2012 S. 605-626; *Pouliot/De Leo*, Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and life-threatening behavior* 36, 2006 S. 491-510.

<sup>12</sup> Vgl. z.B. das Forschungsdesign von *Liu/Miller* (2014) und deren Ausblick auf weitere Forschung S. 188f.

gründet beispielsweise die Kritik an bestehenden Studien durch die soziologisch ausgerichtete Studie von *Brieger/Lohmann et al.*<sup>13</sup> darin, dass weniger psychopathologische als vielmehr psychosoziale und gesellschaftliche Faktoren zu einem Suizid führen können<sup>14</sup> und daher die Suizidprävention stärker gesamtgesellschaftlich und weniger „psychiatrielastig“ ausfallen müsse.

### **1.3.4 Innere und äußere Faktoren von Suiziden und Selbsttötungswünschen**

Was die Frage der Psychopathologie und Fragen der psychosozialen Risikofaktoren anbelangt, ist die Studienlage durch jahrzehntelange Forschung zu Suizid und Suizidprävention reichhaltig und in der Zusammenschau auskunftreich.<sup>15</sup> Für die Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland ist Suizidalität – unabhängig von psychischer Erkrankung ein „psychiatrischer Notfall“.<sup>16</sup> Denn unter suizidpräventivem Aspekt wird davon ausgegangen, dass innere und äußere Faktoren Menschen zu suizidalem Denken und Handeln bringen können, und sie in einer solchen Situation Therapie und soziale Unterstützung benötigen.

Im öffentlichen und rechtspolitischen Streit um den Anteil vulnerabler Patient:innen, deren Freiverantwortlichkeit nicht gegeben ist oder starken Zweifeln unterliegt, und derjenigen Gruppe, bei der sich weder eine psychische Erkrankung noch eine akute Lebenskrise feststellen lässt, ist zwar von ethischer und rechtlicher Relevanz, letztlich ist jedoch nicht entscheidend, wie viele Prozentpunkte die Minderheit, die freiverantwortlich einen assistierten Suizid anstrebt, umfasst. Wohl aber stellt es ein Forschungsdesiderat dar, die Gruppe derer näher zu untersuchen, bei der mit den bisher eingesetzten empirischen Methoden und Kriterien keine psychische Auffälligkeit oder deutliche Faktoren einer psychosozialen Notlage festgestellt wurden – und die daher als Gruppe derer gilt, die sich freiverantwortlich selbst töten.

## **2 Der assistierte Suizid in der öffentlichen Debatte**

### **2.1 Von Schirachs Theaterstück „Gott“**

---

<sup>13</sup> Vgl. *Brieger/Kaps/Lohmann*, Wer nimmt sich das Leben? Ergebnisse einer psychologischen Autopsiestudie im Allgäu basierend auf Polizeiakten. *Psychiatr Prax*, 47, 2020 S. 79-87.

<sup>14</sup> Vgl. *Brieger/Menzel*, Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? *Kontra. Psychiatrische Praxis* 47, 2020 S. 177-178.

<sup>15</sup> Vgl. die oben bereits genannte Literatur, insbesondere das Überblickswerk von *Forkmann/Teismann/Glaesmer* (2016); *World Health Organization* (WHO) (2014), Preventing suicide – a global imperative. [www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/World\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/World_report_2014/en/).

<sup>16</sup> Vgl. *Wolfersdorf*, Suizidbeihilfe bzw. ärztlich assistierter Suizid. Eine psychiatrische Position. *Nervenheilkunde* 6, 2015, S. 451-458, hier S. 452.

Von Schirachs Theaterstück „Gott“, das auch verfilmt wurde, lässt sich als „pars pro toto“ für die öffentliche Debatte in Deutschland heranziehen. Der 78-jährige ehemalige Architekt Richard Gärtner möchte seinem Leben ein Ende setzen, nachdem seine Frau Elisabeth gestorben ist. Seine Hausärztin soll ihm ein todbringendes Präparat besorgen. Herr Gärtners Anfrage wird exemplarisch vor einem „Ethikrat“, wie *von Schirach* es nennt, diskutiert, in dem unterschiedliche Positionen – relativ holzschnittartig – zu Wort kommen. Von besonderem Interesse ist hier die Gestaltung der Figur des Betroffenen:

„Vorsitzende: Was hat sich mit dem Tod Ihrer Frau für Sie geändert? Herr Gärtner: Alles. [...] Wir sind zusammen ins Konzert gegangen, ins Theater, zu Einladungen. Wir sind viel gereist, sie wollte die ganze Welt sehen. Das alles habe ich aufgegeben. Alleine kann ich es nicht. Sie fehlt mir. [...] Sie fehlt mir bei allem, was ich tue, was ich sehe. Sie ist weg und ich bin noch da. Das ist nicht richtig.“<sup>17</sup>

„[...] das Leben bedeutet mir nichts. Nichts mehr. Und ich will nicht irgendwann ins Krankenhaus, ich will nicht an Schläuchen hängen, ich will nicht aus dem Mund sabbern, und ich will nicht dement werden.“<sup>18</sup> „Es gibt dieses Medikament, das mein Leben ruhig beenden könnte, wann und wo ich das will. Jede Moral, jede Religion und jede Weltanschauung, die mir das verbieten will, ist falsch.“<sup>19</sup>

Die fiktive Figur Herrn Gärtners ist typisch für viele persönliche Äußerungen von Menschen mit Suizidwunsch in Video- oder Schriftform: Herr Gärtner ist festgelegt und wiederholt sich in seiner Forderung. Innere Ambivalenzen, Ängste oder erfahrene Verletzungen werden nicht erzählt. Vielmehr gilt es, den Anspruch auf Selbsttötung gegen alle Anfragen und Widerstände durchzusetzen und keine Zweifel aufkommen zu lassen. Psychotherapie oder Seelsorge als Hilfsmöglichkeiten kommen nicht vor; denn unter Umständen würde dies eher als Zeichen von Schwäche als von Entschiedenheit interpretiert.

In Deutschland wurde die relativ trockene, den Vortragsstil des Theaterstücks entsprechende Verfilmung des Stücks durch den Regisseur Lars Kraume von knapp vier Millionen Bürger:innen verfolgt. Von den über eine halbe Million Zuschauer:innen, die sich an der anschließenden online-Abstimmung beteiligten, waren zwei Drittel dafür, dass Herr Gärtner das tödliche Medikament erhalten solle.

---

<sup>17</sup> *Schirach von*, Gott. Ein Theaterstück, München, 2020 S. 16.

<sup>18</sup> Ebd., S. 17f.

<sup>19</sup> Ebd., S. 110.

## 2.2 Berichte über einen vollzogenen assistierten Suizid in der Schweiz

In den Medien gibt es zahlreiche Berichte über Menschen in der Schweiz, die sich vor ihrem vollzogenen assistierten Suizid über ihre Beweggründe äußern. Eine Analyse der Medientexte würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Es fällt jedoch auf, dass in den Texten oft relativ starke Wertungen enthalten sind, die implizit an die Zustimmung der Leser:innen appellieren.

Beispielhaft soll auf die „persönlichen Worte“ von Friedbert Scharfetter eingegangen werden, die dieser nach der Begleitung seines Bruders, der nach einer längeren Krankheit einen assistierten Suizid begangen hat, veröffentlichte: Christian Scharfetter, selbst Psychiater, hatte an einem rasch fortschreitenden Gallengangkarzinom gelitten. Die Alternative, so der Bruder, wäre gewesen

„dumpfduldend das Ende geschehen zu lassen. Wer aber bemüht war, sein Leben zu gestalten, wird auch am Ende gestalten wollen.“<sup>20</sup>

Entscheidungs- und handlungsunfähig zu werden und damit ausgeliefert zu sein, wird mit einer starken Tendenz zur Verallgemeinerung negativ bewertet.

„Sie gleiten, manchmal ihnen selbst nicht mehr bewusst, in einen Zustand ab, in dem Entschluss und Tatkraft entschwunden sind, in dem sie geschehen lassen müssen, was andere bestimmen. Sie verlöschen in Pflegeheimen, Hospizen, Palliativstationen, zuweilen unter der wohltuenden Wirkung von Medikamenten in einer Art Dämmerzustand.“<sup>21</sup>

Der Bruder Christian wollte

„nicht mehr erleben müssen, wie Körper und Geiste verfallen, und er wollte handeln, bevor ihn die drohende Schwächung übermannte.“<sup>22</sup>

Das Narrativ, dass es nur die Alternative zwischen einem qualvollen Tod durch eine Erkrankung oder Altersgebrechen oder einen gewaltvollen (Schienen)-Suizid auf der einen Seite und einen heroischen Freitod auf der anderen Seite gibt, wird derzeit häufig herangezogen, verzerrt aber die die Sicht auf das menschliche Sein. Sterbewünsche sind widersprüchlich und ändern sich häufig. Lebensdeutungen fallen nicht nur dann positiv aus, wenn die Betroffenen „bis zuletzt“ selbst bestimmen und nicht von anderen abhängig sind, denn die Unabhängigkeit

---

<sup>20</sup> Scharfetter/ Friedbert, Persönliche Worte zu Krankheit und Sterben von Christian Scharfetter. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*; 165 (2), 2014, S. 64-68, hier S. 65.

<sup>21</sup> Ebd., S. 66.

<sup>22</sup> Ebd., S. 67.

von anderen Menschen ist gesellschaftlich wie individuell eine Verkenntung der Lebens- und Gesellschaftsbedingungen.

### 2.3 Ein Irrtum: Assistenz beim Suizid verhindert gewaltsame Suizide

Sowohl im Bericht des Bruders *Friedbert Scharfetter* als auch im Theaterstück *von Schirach* wird eine weit verbreitete, jedoch irrtümliche Auffassung wiedergegeben, dass die Möglichkeit des assistierten Suizids die Betroffenen davor bewahre, sich gewaltsam, etwa durch einen „Schienensuizid“ zu töten. Die Zahlen aus der Schweiz zeigen, dass es sich um unterschiedliche Gruppen handelt, so dass die Selbsttötungszahlen zu addieren sind.<sup>23</sup> „Das emotional stark wirkende Argument, dass Menschen sich vor den Zug stellen oder erhängen, wenn sie von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt keine Suizidhilfe erhalten, ist falsch.“<sup>24</sup>

### 2.4 Werther-Effekt beim assistierten Suizid als künftiges Problem?

Der so genannte Werther-Effekt bezieht sich auf die Nachahmungssuizide nach dem Erscheinen von Goethes Briefroman „Die Leiden des jungen Werthers“. Die Diskussion über die Berichterstattung über Suizide und ihre Wirkungen wird bis heute geführt. Seit den 1970er Jahren befassen sich die Psychologie und die Medienethik mit dem Phänomen medial vermittelter Nachahmungs-Suizide. Nach intensiver Berichterstattung über den Suizid öffentlich bekannter Personen in den öffentlichen und soziale Medien, aber auch bei Suiziden in Filmen oder Serien steigt die Selbsttötungsrate teils an, wenn die Berichterstattung detailliert auf die Suizidumstände eingeht, die Berichterstattung heroisiert und dramatisiert und den Suizid als logische Konsequenz oder letzten Ausweg darstellt.<sup>25</sup> Es gibt unterschiedliche

---

<sup>23</sup> Vgl. *Zimmermann*, Gott. Theologisch-ethischer Kommentar zu einem verfilmten Theaterstück, in: *Lesch, Walter, Leininger, Markus* (Hrsg.), *Fragen von Leben und Tod. Medizin und Ethik im Film*, Marburg, 2022, S. 195-206, hier S. 200. Vgl. zur Unterschiedlichkeit der Gruppen auch den Beitrag von *Bernd Röhrle* im vorliegenden. Band. Vgl. *Zimmermann* zudem für einen ausführlichen Kommentar zur Verfilmung des Theaterstückes „Gott“.

<sup>24</sup> *Zimmermann* (2022), S. 201.

<sup>25</sup> Vgl. u.a. *Fink/Santaella-Tenorio/Keyes*, Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US, 2018. *PLoS ONE* 13, e191405; *Niederkrothentaler/Braun/Pirkis et al.*, Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2020 m575 (<https://doi.org/10.1136/bmj.m575>); *Niederkrothentaler/Arendt/Till*, Predicting intentions to read suicide awareness stories. The role of depression and characteristics of the suicidal role model. *Crisis* 36 (6), 2015, S. 399-406. (<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000344>); *Niederkrothentaler/Fu/Yip et al.*, Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66 (11), 2012, S. 1037-1042; Schäfer/Quiring, Gibt es Hinweise auf einen „Enke-Effekt“? Presseberichterstattung über den Suizid von Robert Enke und die Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland. *Publizistik* 58 (2), 2013, S. 141-160 (<https://doi.org/10.1007/s11616-013-0172-2>); *Stack* (2005), Suicide in the media: A quantitative review of studies based on nonfictional stories. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35 (2), S. 121-133 (<https://doi.org/10.1521/suli.35.2.121.62877>); *Till/Niederkrothentaler*, Medien und Suizid: der aktuelle Forschungsstand zum Werther-und Papageno-Effekt – eine Übersichtsarbeit. *Psychotherapie Forum* 23 (3-4), 2019, S. 120-128 (<https://doi.org/10.1007/s00729-019-00125-a>).

psychologische Erklärungsversuche: soziale Identifikation, Lernen am Modell oder negative Impulse, die vor allem auf vulnerable, insbesondere suizidgefährdete Menschen wirken.

Zum Werther-Effekt in Bezug auf den assistierten Suizid gibt es bislang lediglich eine – schon etwas ältere – Studie aus der Schweiz, die die Auswirkungen auf den assistierten Doppelsuizid eines bekannten Paares durch Exit untersucht hat.<sup>26</sup> Direkt nach der Berichterstattung waren zumindest bei Frauen über 65 Jahren die assistierten Suizide angestiegen; weitere Effekte waren nicht eindeutig. Die Zeitungsberichte, die größtenteils gegen die heute von den öffentlichen Medien konsentierten Suizid-Präventionsrichtlinien verstoßen hatten,<sup>27</sup> hatten den assistierten Suizid in einem sehr positiven Licht gezeichnet, die Motive ergreifend beschrieben, den Suizid als einzigen Ausweg dargestellt und die Selbstbestimmtheit der Entscheidung hervorgehoben.<sup>28</sup>

Der Werther-Effekt beschreibt faktisch erfolgte Suizide oder Suizidversuche. Ebenso liegt jedoch nahe, dass die Einstellung der Bürger:innen zum assistierten Suizid durch Medienberichte und filmische Inszenierungen mitgeprägt wird. Daher bedürfen die öffentliche Debatte, die Medienberichterstattung und künstlerische Inszenierungen einer kritischen Reflexion. Verkürzungen oder verklärende Darstellungen müssen benannt und die fehlenden Differenzierungen in die Debatte eingebracht werden.

## **2.5 Anfragen an die öffentliche Debatte über das Phänomen Suizidalität**

Derzeit überwiegen Berichte in den Medien, die den assistierten Suizid befürworten. In den dokumentarischen oder fiktiven Schilderungen scheinen die Suizidwilligen meist sehr klar in ihrem Willen. Zweifel oder Überlegungen in Bezug auf eine Änderung der Umstände werden kaum artikuliert. Die geschilderten Lebensumstände und das Motiv, sich assistiert töten zu wollen, sind überschaubar. Von einer Komplexität der Einflussfaktoren, die in die ausweglose Lebenssituation geführt haben, ist meist nicht die Rede. Nahezu durchgängig stellt es sich – wie

---

<sup>26</sup> Vgl. *Frei/Schenker/Finzen u.a.*, The Werther effect and assisted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33 (2), 2003, S. 192-200.

<sup>27</sup> Vgl. *Bohanna/Wang*, Media Guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. *Crisis* 33 (4), 2012, S. 190-198; Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), Suizide, Suizidversuche und Suizidalität. Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien. Nationales Suizidpräventionsprogramm, 2010; Deutscher Presserat, Pressekodex. Ethische Standards für den Journalismus, Richtlinie 8.7 – Selbsttötung, 2022 (<https://www.presserat/pressekodex.html>; zuletzt aufgerufen am 20.08.2022); *Etzersdorfer/Sonneck*, Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research* 4 (1), 1998, S. 67-74; *Markiewitz/Arendt/Scherr*, Verantwortungsvolle Berichterstattung über Suizide. Forschungsüberblick und Empfehlungen für die journalistische Praxis. *MedienJournal* 44 (3), 2021, S. 50-68; *World Health Organization (WHO)*, Preventing suicide: A resource for media professionals, 2017 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1088186/retrieve>).

<sup>28</sup> Vgl. *Frei/Schenker/Finzen u.a.*, The Werther effect and assisted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33 (2), 2003, S. 192-200.

in der oben erwähnten Rede von Scharfetter – als gutes Leben bzw. Sterben dar, bis zum Schluss selbst bestimmen zu können und sich einem Geschehen nicht auszuliefern.

Autonomie bzw. Selbstbestimmung als das Ausüben von Kontrolle bis zuletzt gilt unhinterfragt als einzig richtige Form der Lebensführung und des Sterbens. Die „Selbstbestimmung“ hat als Wert oberste Priorität und das Äußern von Zweifeln oder das Anbieten von Deutungs- und Handlungsalternativen wird tendenziell als Übergriff und Einschränkung der individuellen Souveränität erachtet. Gesamtgesellschaftlich wird akzeptiert, dass es Menschen gibt, die mit ihrem Leben „fertig“ sind und keine positive Perspektive mehr haben. Gemäß den eigenen Wünschen und im Alltag „unabhängig“ von anderen zu leben, führt zu einer individualisierten Perspektive auf Probleme und Lebenshindernisse. Die Betroffenen selbst deuten ihre Erfahrungen und die Gesellschaft folgt der Aufforderung, die individuellen Deutungen und Bewertungen nicht zu hinterfragen.

Ein die eigenen Wünsche reflektierendes Autonomieverständnis, bei dem Wünsche erster und zweiter Ordnung in eine stimmige Hierarchie gebracht werden, also ein Ringen um die eigenen „authentischen“ Wünsche, ein Verständnis von relationaler Autonomie, in dem sich der Mensch in Beziehung zu anderen erfährt, deutet und auf die Fürsorge Anderer vertraut, oder Autonomie als moralische Selbstverpflichtung im Sinne Kants sind nicht vertreten.<sup>29</sup> Damit wird der öffentlich favorisierte Autonomiebegriff nicht nur als individuelle Selbstverwirklichung eingeführt, sondern tendiert auch dazu, als vorgestellte individuelle Vorstellung vom guten Leben und Sterben übergeordnete Gültigkeit zu suggerieren. Denn es werden implizite Wertungen in Bezug auf das Gelingen des Lebens vorgenommen, die über subjektive Deutungen hinausgehen. Die Berichte bewirken bei den Adressat:innen eher Affirmation, seltener Distanzierung, da sie eine Identifikation mit den Betroffenen nahelegen.

Zwar haben für die Adressat:innen allgemein angstbesetzte Lebenssituationen wie beispielsweise der Tod eines geliebten Menschen, Einsamkeit im Alter, eine erworbene Behinderung, eine fortschreitende Krebserkrankung oder eine unheilbare neurologische Erkrankung hohe Plausibilität, insbesondere dann, wenn die Lebenssituation als „unerträgliches Leiden“ charakterisiert wird. Doch führen weithin geteilte Befürchtungen und Wertungen nicht

---

<sup>29</sup> Vgl. ausführlicher zu unterschiedlichen Autonomieverständnissen *Bobbert/Werner*, Autonomie / Selbstbestimmung im Humanexperiment, *Lenk/Duttge/Fangerau* (Hrsg.), Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen, Berlin, 2014, S. 105-114; *Bobbert*, Keine Autonomie ohne Kompetenz und Fürsorge. Plädoyer für die Reflexion innerer und äußerer Voraussetzungen. In: *Mathwig/Meireis/Zimmermann* (Hrsg.), Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege, Zürich, 2015 S. 69-92. Vgl. im vorliegenden Band den Beitrag von *Sigrid Graumann* zu relationaler Autonomie sowie den Beitrag von *Dietmar Mieth* zu Selbstbestimmung und freier Verantwortung.

zur „Objektivität“ dieser Wertungen, da Urteile über das Gelingen oder Misslingen eines Lebens, darüber, für wen ein Leiden unerträglich ist, immer partikular bleiben.

Durchgängig bleibt unthematisiert, dass die „Unerträglichkeit“ immer nur subjektiv, d.h. aus der Betroffenenperspektive formuliert werden kann. Das Leiden eines Menschen ist Außenstehenden prinzipiell unverfügbar. In der Begegnung mit einem leidenden Menschen können Mitmenschen Mitleid empfinden und einfühlsam auf das Leiden anderer reagieren. Ebenso können sie sich aber auch distanzieren, indem sie z.B. ein Leiden als nicht gravierend, „selbstgemacht“ oder vorübergehend erachten.

Doch dieses Leiden ist ebenso das eigene, wie das Leiden der anderen Person das ihre ist.<sup>30</sup> Der in der Schweiz lehrende theologische Ethiker *Frank Mathwig* fasst zusammen, was für religiöse wie für nicht religiöse Menschen relevant ist:

„Dem Leiden einer anderen Person zu begegnen, setzt die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, ihr das eigene Leiden zu lassen. So trivial das klingt, gehört es wohl zu den grössten [sic!] Herausforderungen einer aktiven, stets um die Bewahrung der Souveränität des Subjekts bemühten Gesellschaft, sich die eigene Ohnmacht gegenüber dem anderen Leiden einzugestehen.“<sup>31</sup>

Hier greift, so *Frank Mathwig* weiter,

„die kategoriale Differenz zwischen dem Leiden einer Person und den ‚objektiven‘ Bedingungen, die als Ursachen von Leidenszuständen dem Handeln Dritter zugänglich sind.“<sup>32</sup>

Schließlich ist in Bezug auf die öffentliche Debatte zu beobachten, dass die vielfältigen Deutungs-, Begleitungs- und Therapiemöglichkeiten von Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge in Medienberichten kaum vorkommen. Es bleibt offen, ob die Suizidwilligen niemals Erfahrungen mit diesen helfenden Berufen gemacht haben oder ob sie diese ablehnen, da sie in ihrem Selbstverständnis das Annehmen von Unterstützung als negativ erachten.

---

<sup>30</sup> Vgl. hierzu ausführlicher *Mathwig*, Luxus STERBEN? Zur aktuellen Kontroverse um Suizidhilfe und Sterbebegleitung, Vortrag Spitex-Dienste, Dietlikon, 2009.

<https://www.yumpu.com/de/document/read/51774356/dr-frank-mathwig-luxus-sterben-schweizerischer-> (zuletzt aufgerufen am 18.08.2022), 1-10. Vgl. zu Leiden und Mitleid auch *Bobbert*, Suizidwunsch und die Perspektive der Anderen: Zur Problematik impliziter Vorannahmen und der Hilflosigkeit Nahestehender. *Ethik Journal* (4) 2, 2017 S. 1-51, hier S. 31-36.

<sup>31</sup> *Mathwig* (2009), S. 5.

<sup>32</sup> *Mathwig* (2009), S. 5.

### 3 Anfragen an das Bundesverfassungsgerichtsurteil und die im Deutschen Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfe

Die fraktionsübergreifenden, im Juni 2022 diskutierten Gesetzesentwürfe unter der Federführung von *Castellucci*, SPD, *Helling-Plahr*, FDP, und *Künast*, Bündnis 90/Die Grünen, haben zwei Gemeinsamkeiten, die auf die Begründung des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom Februar 2020 zurückgehen:<sup>33</sup> Freiverantwortlichkeit und Beratungspflicht sind die zentralen Voraussetzungen für einen assistierten Suizid. Im Folgenden werden die Kernaussagen des Bundesverfassungsgerichts dargelegt und anschließend die Regelungsvarianten der aktuellen Gesetzesentwürfe skizziert. Auch wenn die Gesetzesentwürfe voraussichtlich noch abgewandelt oder zusammengeführt werden, bieten sie doch verschiedene Varianten der Umsetzung in die Praxis. Das Ziel der folgenden Ausführungen besteht weniger darin, die vorliegenden Gesetzesentwürfe im Einzelnen zu diskutieren, als vielmehr darin, die wesentlichen Regelungselemente aufzuzeigen und zu erörtern.

#### 3.1 Freiverantwortlichkeit als zentrale Voraussetzung

Das Bundesverfassungsgericht führt zu den Voraussetzungen einer freien Willensentscheidung aus:

„Ein Suizidentschluss geht auf einen autonom gebildeten, freien Willen zurück, wenn der Einzelne seine Entscheidung auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider trifft.“<sup>34</sup>

Dies setze zunächst die Fähigkeit voraus,

- „seinen Willen frei und *unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung*“ zu bilden.
- Des Weiteren müsse der Entscheidungsträger *Handlungsalternativen* zum Suizid erkennen, die jeweiligen Folgen bewerten und seine Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen treffen.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Vgl. *Deutscher Bundestag*, Drucksache 20/904. Gesetzesentwurf der Abgeordneten Dr. *Lars Castellucci u.a.* (Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung) vom 07.03.2022, online abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf> (zuletzt aufgerufen am 12.07.2022); *Deutscher Bundestag*, Drucksache 20/2293. Antrag der Abgeordneten *Renate Künast u.a.* (Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze) vom 17.06.2022, online abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf> (zuletzt aufgerufen am 10.08.2022); *Deutscher Bundestag*, Drucksache 20/2332, Antrag der Abgeordneten *Katrin Helling-Plahr u.a.* (Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe), 21.06.2022, online abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf> (zuletzt aufgerufen am 10.08.2022). Der am 20.04. 2021 im Bundestag diskutierte Gesetzesentwurf des Bundesgesundheitsministerium (mit *Jens Spahn* als Minister) ist nicht mehr Gegenstand der Debatte.

<sup>34</sup> Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Urteil vom 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, S. 45, Rn. 240.

<sup>35</sup> Vgl. BVerfG (26.02.2020), S. 46, Rn. 242.

- Weiterhin dürfte er *keiner unzulässigen Einflussnahme oder Druck* ausgesetzt sein.<sup>36</sup> Auch sonstige Formen der Einflussnahme, insbesondere psychosoziale Aspekte und die Interaktion zwischen dem Suizidwilligen und seinem Umfeld sowie soziologische Faktoren könnten eine reflektierte, abwägende Entscheidung, orientiert am eigenen Selbstbild, verhindern und eine suizidale Entwicklung bedingen.
- Schließlich müsse der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer *gewissen „Dauerhaftigkeit“ und „inneren Festigkeit“* getragen sein.<sup>37</sup>

Wer nun kann bzw. soll eine *akute psychische Störung ausschließen*? Im Gesetzesentwurf von *Catellucci* u.a. wird eine zweimalige Untersuchung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Abstand von drei Monaten gefordert. In den Gesetzesentwürfen von *Künast* und *Helling-Plahr* ist keine fachärztliche Untersuchung vorgesehen; vielmehr soll eine zugelassene Beratungsstelle bescheinigen, dass keine Zweifel bestehen. In diesen Beratungsstellen können, müssen jedoch keine Ärzt:innen oder Professionelle aus Psychologie oder Sozialarbeit konsultiert werden, sondern es sollen Ehrenamtliche und sonstiges Personal tätig sein, das zuverlässig über hinreichend fachliche Kompetenz in Bezug auf die Beratungsziele verfügt. Es solle sichergestellt sein, dass im Einverständnis mit der beratenen Person erforderlichenfalls kurzfristig (fach)ärztliche, psychologische, sozialpädagogische, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkräfte hinzugezogen werden können.

Bei so genannten *Härtefällen – damit sind Menschen mit einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Erkrankung gemeint* – muss es nach *Castellucci* u.a. lediglich eine einmalige fachärztliche Untersuchung geben, nach *Künast* u.a. zwei Arzttermine (ohne Festlegung der fachärztlichen Ausrichtung). Nach *Helling-Plahr* u.a. bedarf es keiner ärztlichen Untersuchung, wohl aber muss der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin auf alternative Behandlungsmöglichkeiten hinweisen und diese mit der suizidwilligen Person erörtern. In der Regel beziehen sich die Härtefallregelungen auf eine schwere somatische Erkrankung. Nach dem Gesetzesentwurf von *Helling-Plahr* u.a. ist allerdings im Einzelfall auch denkbar, dass eine psychische Erkrankung oder eine Demenzerkrankung darunterfällt.

Die *Dauerhaftigkeit bzw. Festigkeit des Willensentschlusses* soll durch Beratungsabstände bzw. Wartezeiten gewährleistet werden. Der Gesetzesentwurf von *Castellucci* u.a. sieht insgesamt eine Wartezeit von mindestens drei Monaten plus zwei Wochen vor, der Entwurf von *Künast* u.a. zwei Monate und der Entwurf von *Helling-Plahr* u.a. 10 Tage. Der Entwurf von *Künast* u.a. sieht zwei Beratungstermine bei einer Beratungsstelle vor, die mindestens zwei Monate

---

<sup>36</sup> Vgl. BVerfG (26.02.2020) S. 46, Rn. 243.

<sup>37</sup> Vgl. BVerfG (26.02.2020), S. 46, Rn. 244.

auseinanderliegen. Aufgrund der längeren Wartezeiten bei *Castellucci* u.a. und *Künast* u.a. werden dort die Härtefälle gesondert geregelt: vor allem bestehen kürzere Wartezeiten, bei *Castellucci* verbunden mit nur einer Beratung (statt zwei Beratungen); bei *Künast* u.a. entfällt die Beratung bei einem „medizinischen Notfall“, und es besteht keine Wartezeit.

### 3.2 Beratung als zentrale Voraussetzung

Das Bundesverfassungsgerichtsurteil fordert, um die im Zusammenhang mit der Freiverantwortlichkeit genannten Voraussetzungen sicherzustellen, Beratung für den Fall eines Wunsches nach assistiertem Suizid:

- „Eine freie Entscheidung setzt daher zwingend eine *umfassende Beratung und Aufklärung* hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen voraus, um sicherzustellen, dass der Suizidwillige nicht von Fehleinschätzungen geleitet, sondern tatsächlich in die Lage versetzt wird, eine realitätsbezogene, rationale Einschätzung der eigenen Situation vorzunehmen. Nur auf diese Weise wird sichergestellt, dass sich der Betroffene – in Kenntnis aller relevanten Umstände – für den eigenen Tod entscheiden kann.“<sup>38</sup>

Der Gesetzesentwurf von *Castellucci* u.a. sieht neben zwei fachärztlichen Terminen eine individuell angepasste Beratung vor, die nach Maßgabe des untersuchenden Facharztes bzw. der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt. Einen multiprofessionellen Ansatz verfolgend kann es sich dabei um eine:n weitere:n Arzt bzw. Ärztin, einen Psychotherapeuten bzw. eine Psychotherapeutin, eine psychosoziale Beratungsstelle, eine Suchtberatung oder eine Schuldenberatung handeln. Die Gesetzesentwürfe von *Helling-Plahr* u.a. und *Künast* u.a. sehen eine von der Person mit Suizidwunsch direkt zugängliche, eigens für den Zweck der Pflichtberatung von einer staatlichen Behörde zugelassene Beratungsstelle vor. Das ehrenamtliche oder sonstige Personal in diesen Beratungsstellen muss eine „fachgerechte Beratung“<sup>39</sup> bzw. eine „hinreichende fachliche Kompetenz zur Durchführung der Beratungsziele“<sup>40</sup> bieten. Der Entwurf von *Helling-Plahr* u.a. präzisiert darüber hinaus, dass sichergestellt sein müsse, dass – im Einvernehmen mit der beratenen Person – kurzfristig eine Fachkraft aus Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik, Sozialarbeit oder Recht<sup>41</sup> hinzugezogen werden könne.

Im Unterschied zu den anderen Entwürfen ist nach dem Gesetzesentwurf von *Künast* u.a. nach der Beratung eine schriftliche Erklärung der sterbewilligen Person erforderlich, über die eine

---

<sup>38</sup> BVerfG (26.02.2020), S. 46, Rn. 246.

<sup>39</sup> Vgl. *Helling-Plahr* u.a. 2021, S. 5.

<sup>40</sup> *Künast* u.a. 2021, S. 5.

<sup>41</sup> Vgl. *Helling-Plahr* u.a. 2021, S. 6.

nach Landesrecht zuständige Behörde entscheidet. In dieser Erklärung müssen unter anderem die Ursachen des Sterbewunsches „glaubhaft“<sup>42</sup> dargelegt sein, aber auch die Frage beantwortet werden, „warum staatliche und private Hilfsangebote nicht geeignet sind, den Sterbewunsch zu beseitigen“<sup>43</sup>.

Die Beratungsziele werden eher indirekt angesprochen. In jedem Fall soll eine Person mit Suizidwunsch Informationen über Handlungsalternativen und über die sozialen Folgen eines Suizids erhalten. Zudem soll über Unterstützungs- und Beratungsangebote informiert werden – ohne dass diese in den vorliegenden Gesetzesentwürfen im Einzelnen erläutert würden. Aus der Nennung professioneller Gruppen, die in einer Beratung tätig werden oder auf Wunsch der Betroffenen hinzugezogen werden können, lässt sich indirekt erschließen, dass durch Sozialarbeiter:innen z.B. Arbeitslosigkeit oder finanzielle Probleme bearbeitet werden könnten oder durch Psychotherapeut:innen Beziehungsprobleme oder Trauerprozesse. Lediglich gemäß dem Entwurf von *Castellucci* u.a. verweist ein Facharzt bzw. eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in einem individuell angepassten Beratungsgespräch einer Person mit einem Suizidwunsch gegebenenfalls an eine psychosoziale Beratungsstelle, Suchtberatung oder Schuldnerberatung.

#### **4. Suizidwunsch in unterschiedlichen Lebenssituationen**

Menschen können in individuell-existentieller Hinsicht, biologisch-medizinischer Hinsicht, individuell-existentieller und psychosozialer bzw. gesellschaftlicher Hinsicht in eine Notlage oder Lebenskrisen geraten. Je nach Situation spielen eher innere oder eher äußere Faktoren eine Rolle.

##### **4.1 Einfluss individueller und gesellschaftlicher Faktoren auf Suizid und Suizidalität**

Folgende Beispiele sollen andeuten, dass ein Suizid durch zahlreiche äußere Faktoren bedingt oder zumindest mitbedingt ist, d.h. dass mit Suizidprävention und Suizidbehandlung immer auch soziale und sozialpolitische Aufgaben einhergehen.

Ein ehemaliger KZ-Häftling – so etwa der Philosoph Jean Améry – nimmt sich Jahrzehnte nach der erlebten Traumatisierung das Leben. Eine von sexualisierter Gewalt betroffene Frau, Mitte 30, will sich töten. Eine junge Frau mit der Diagnose „Multiple Sklerose“ kann sich nicht vorstellen, so durch das Leben zu gehen. Ein Mountain-Biker ist nach einem schweren Unfall

---

<sup>42</sup> *Künast* S. 5§ 4, Abs (2).

<sup>43</sup> *Künast* S. 5§ 4, Abs (2).

an allen vier Gliedmaßen gelähmt (Tetraplegie) und will, nachdem er nach längerer Sedierung wieder zu Bewusstsein kommt, sterben. Ein 55-jähriger Mann verliert seine Arbeit und findet keine Neuanschließung. Ein Bewohner des Ahrtals hat in der Flutkatastrophe sein Unternehmen und sein Wohnhaus verloren.

#### **4.2 Ethisch relevante Erkenntnisse aus der Sozialpsychiatrie: soziale Risikofaktoren**

Bei den Risikofaktoren, die auf die Auftrittswahrscheinlichkeit suizidalen Erlebens und Verhaltens Einfluss nehmen, lässt sich zwischen demografischen, psychosozialen, krankheitsbezogenen und biografischen Faktoren unterscheiden. Allgemeine Risikofaktoren wie Krieg und Katastrophen, Belastung durch Akkulturation, Diskriminierung und auf das Individuum bezogene psychosoziale Risikofaktoren wie soziale Einsamkeit, Erfahrung von körperlicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch sowie höheres Alter sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Ebenso korrelieren existenzielle finanzielle Krisen, chronischer Schmerz, konflikthafte Beziehungen und familiäre Modelle für Suizid mit höheren Suizidraten.<sup>44</sup>

Als Schutzfaktoren, die mit einem statistisch geringeren Suizidrisiko einhergehen, wurden u.a. soziale Eingebundenheit, zu versorgende Kinder, Problemlösungskompetenzen, ein positiver Deutungsstil, Religiosität, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und ein gutes Selbstwerterleben identifiziert.<sup>45</sup>

#### **4.3 Gesellschaftliche Einflüsse ernst nehmen: Zwischenfazit in Bezug auf die im Deutschen Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfe**

Die Willensbildung eines Individuums erfolgt in Wechselwirkung mit seinen individuellen Lebensumständen und gesellschaftlichen Bedingungen. Selbstbestimmung, die lediglich als „Abwesenheit äußeren Zwangs“ i.S. unmittelbarer, konkreter Einflussnahme verstanden wird, übersieht gesellschaftliche Einflüsse, die sich auf die Willensbildung eines Menschen mit Suizidwunsch und auf die von ihm für realistisch erachteten Lösungswege auswirken. Das Bundesverfassungsgericht sieht zwar diese Problematik, insbesondere auch die Gefahr sozialer Pressionen gegenüber älteren Menschen,<sup>46</sup> zieht daraus jedoch keine Konsequenzen.

In den Gesetzesentwürfen von *Helling-Plahr* u.a. sowie von *Künast* u.a. sind psychosoziale Notlagen und die damit verbundenen Unterstützungserfordernisse nicht ausreichend

---

<sup>44</sup> WHO 2014; Forkmann/Teismann/Glaeser 2015, S. 22-28. Vgl. zu diesem Abschnitt auch den Beitrag von Wilfried Gaul-Canjé im vorliegenden Band.

<sup>45</sup> Vgl. Forkmann/Teismann/Glaeser 2015, S. 27f.

<sup>46</sup> BVerG (26.02.2020), S. 46ff, Rn. 247, 259.

berücksichtigt. Es lässt sich zudem fragen, wie es sich vermeiden lässt, dass z.B. Menschen in höherem Alter, Menschen aus einer gesellschaftlichen Randgruppe oder mit einem Stigma, die ausgegrenzt werden, gesellschaftliche Probleme individualisiert durch Selbsttötung „lösen“.

## **5 Ethisch relevante Erkenntnisse aus Psychiatrie und Psychologie**

### **5.1 Ausschluss einer psychischen Störung**

In Bezug auf Freiverantwortlichkeit müssen akute psychische Erkrankungen oder Störungen, die die Willensbildung beeinflussen, erkannt werden. Üblicherweise sind Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder klinische Psycholog:innen hier einschlägig. Sie beziehen sich dabei auf die international üblichen Klassifikationssysteme „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“ (DSM-5) und „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-10 bzw. 11).<sup>47</sup>

Psychische Störungen sind nicht so selten wie häufig angenommen: Epidemiologische Studien haben ergeben, dass die Lebenszeitprävalenz eines Menschen, im Laufe seines Lebens psychisch zu erkranken, je nach Land zwischen 25 und 43 Prozent liegt.<sup>48</sup> Es handelt sich dabei um leichtere und schwerere psychische Störungen. Nicht alle psychischen Störungen werden als solche erkannt und teilweise gehen die Krankheitsepisoden ohne Behandlung wieder vorüber. Am häufigsten sind affektive Störungen, wozu auch depressive Störungen zählen.

Wie zuverlässig können nun Fachleute zwischen psychischer Krankheit und Gesundheit unterscheiden bzw. im engeren Sinne zumindest solche akuten psychischen Störungen, die sich auf die Willensbildung auswirken können, diagnostizieren? Ein Großteil psychischer Symptome liegt allein im Erleben der Betroffenen und muss durch Kommunikation zugänglich gemacht und erschlossen werden. Die Identifikation einer psychischen Erkrankung ist also auf das Narrativ der betroffenen Person angewiesen. Zudem wird eine Krankenakte angelegt, die die behandelnden Ärzt:innen und Psycholog:innen fortschreiben, so dass vor deren Hintergrund

---

<sup>47</sup> Vgl. *American Psychiatric Association*, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, Göttingen, 2. Aufl. 2015; *Schmidt/Mombour/Dilling* (Hg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien, Göttingen, 10. Aufl. 2015 bzw. die seit 1.1.2022 in Kraft getretene, aber noch nicht in den klinischen Alltag eingeführte neue ICD-11, *World Health Organization (WHO)*, International classification of diseases and related health problems (<https://icd.who.int/en>; zuletzt aufgerufen 20.08.2022).

<sup>48</sup> Vgl. *Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V.*, Report Psychotherapie, Berlin, 2021 hier S. 12-13. ([https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder\\_und\\_Dokumente/Wissensdatenbank\\_oeffentlich/Report\\_Psychotherapie/DPtV\\_Report\\_Psychotherapie\\_2021.pdf](https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf); zuletzt aufgerufen 20.08.2022).

eine Diagnose im Verlauf bestätigt oder verworfen werden kann.<sup>49</sup> Selbst in Bezug auf ein klinisches Setting weist jedoch der Psychiater Skuban-Eiseler darauf hin, dass die Krankheitskonzepte der Psychiatrie zuverlässig nur bei ausgeprägten psychischen Störungen greifen.<sup>50</sup> Im Graubereich zwischen psychischer Gesundheit und Erkrankung sei eine psychiatrische Beurteilung schwieriger. Zudem sind in operationalisierten Diagnosesystemen diagnostische Schwellen vorgegeben, die durch Festlegung gelten.

Die jahrzehntelangen Reflexionen über den Krankheitsbegriff sind auch von Belang für den Begriff der psychischen Erkrankung.<sup>51</sup> Der Begriff stellt keine Beschreibung eines Faktums dar, sondern ist Ergebnis eines Interpretationsprozesses, der sich an individuellen und gesellschaftlichen Normvorstellungen psychischer Gesundheit bzw. individuellem und sozialem Funktionieren und Interagieren orientiert.

Die Ausgangslage bei Menschen mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid ist völlig anders als im Behandlungskontext: Die Person mit Suizidwunsch möchte psychisch möglichst nicht auffallen und vermutlich auch nur wenig von ihrer Innenperspektive erzählen. Eine Krankenakte gibt es nicht, so dass die Deutung bzw. Diagnose der Fachleute aus einer offenen Situation heraus getroffen werden muss. Wenn Ausgangspunkt weniger die vom Betroffenen berichteten Symptome sind als vielmehr die kritische Außenperspektive der Expertin bzw. des Experten, ob eine akute psychische Störung vorliegt, die die Willensbildung beeinflusst, ist offen, ob diese:r alle Diagnosen ausschließen muss, die den Willen beeinträchtigen könnten, oder ob lediglich auf augenscheinliche Auffälligkeiten zu achten ist. Die Person mit Suizidwunsch wird sich in der Regel als freiverantwortlich wahrnehmen, da sie ansonsten ihren eigenen Willen bezweifeln müsste. Zudem halten Fachleute eine Momentaufnahme allein für nicht aussagekräftig. Erst im zeitlichen Verlauf können sich Vermutungen bzw. Hypothesen verstärken oder verflüchtigen.

## **5.2 Das psychische Phänomen der Übertragung als Herausforderung für helfende Berufe und für Nahestehende**

Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen kennen das von Sigmund Freud beschriebene Phänomen der „Übertragung“ und „Gegenübertragung“, selbst wenn sie sich nicht der

---

<sup>49</sup> Vgl. ausführlicher dazu den Beitrag von *Barbara Schneider* im vorliegenden Band.

<sup>50</sup> Vgl. *Skuban-Eiseler*, Der Graubereich zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung – ein zu weites Feld?, in: *Ethik in der Medizin* 33 (2021) S. 352-368, hier S. 355.

<sup>51</sup> Vgl. u.a. *Schramme* (Hg.), *Krankheitstheorien*, Frankfurt/M. 2012; *Bobbert*, Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluß an die Moralphilosophie von Alan Gewirth. *Ethica*, 8 (4), 2000 S. 405-440, hier S. 401-418; 2000; *Canguilhem*, *Das Normale und das Pathologische*, München, 1974.

psychoanalytischen Richtung zurechnen. Dieses Phänomen besteht darin, dass in der Beziehung zwischen einer professionellen Helferson und der Klientin oder dem Klienten Erfahrungsinhalte und Bewertungen übertragen werden.<sup>52</sup>

So machte etwa *Aaron T. Beck* in seiner Kognitiven Therapie der Depression auf Übertragung und Gegenübertragung aufmerksam. Eine typische Schwierigkeit im Umgang mit einem depressiven Klienten bestehe beispielsweise darin, dass der Therapeut beginne, die ständig negativen Selbsteinschätzungen und die Einschätzung der Lebenssituation seines Klienten für wahr zu halten. Statt die negativen Interpretationen des Patienten als Hypothesen zu betrachten, die an der Realität überprüft werden müssten, nehme der Therapeut unter Umständen an, dass diese negativen Kognitionen den Tatsachen entsprächen und wegen ihrer Evidenz akzeptiert werden könnten. Aus diesem Grund könne der Therapeut den Patienten schließlich für einen geborenen Verlierer halten oder glauben, er sei unausweichlich in eine unmögliche reale Situation verstrickt. Dabei erkenne er nicht, dass der Patient von seiner pessimistischen Auffassung und selbstkritischen Einschätzung so überwältigt sei, dass er aus diesem Grund nur negative Beobachtungen und fehlerhafte Verallgemeinerungen berichte.<sup>53</sup>

Nicht nur Therapeut:innen, sondern insbesondere auch Angehörige und Menschen im Umfeld eines Menschen mit einer Depression tendieren dazu, im Sinne einer „Übertragung“ die negative Sicht des Betroffenen zu übernehmen.<sup>54</sup> So entwickeln ca. 50 Prozent der Partner:innen depressiver Patient:innen in akuten Belastungszeiten auch eine Depression oder haben Mühe, sich von deren Passivität, Unentschlossenheit und Negativität und Emotionen wie Aggression und Aversion zu distanzieren. Aus Überforderung heraus kann unter Umständen sogar der Wunsch entstehen, dass das Leben des anderen enden sollte. Insofern scheint es fast naheliegend, dass Menschen aus dem näheren Umfeld einer Einschätzung der Alternativlosigkeit beipflichten und selbst keine Kraft mehr haben, weitere Alternativen zu erschließen und anzubieten. Hinzu kommt, dass angesichts eines „Tunnelblicks“ der Betroffenen, der den Eindruck eines festen Willens erweckt, meist professionelle Interaktionen über einen längeren Zeitraum hinweg erforderlich sind, um Veränderungen anzuregen.

---

<sup>52</sup> Vgl. im Sinne eines allgemeinen Phänomens für die kognitive Verhaltenstherapie *Beck et al.*, Kognitive Therapie der Depression. München-Weinheim, 1986; und aus moderner psychoanalytischer Sicht *Bettighofer*, Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess, Stuttgart, 6. Aufl. 2022. Vgl. zur Übertragung auch *Bobbert*, Suizidwunsch und die Perspektive der Anderen: Zur Problematik impliziter Vorannahmen und der Hilflosigkeit Nahestehender, in: EthikJournal 4. Jg. / Nr. 2, 1-51., 2017 ([https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user\\_upload/ethikjournal/Texte\\_Ausgabe\\_2017\\_2/Bobbert-Suizidwunsch\\_und\\_die\\_Perspektiven\\_der\\_Anderen\\_EthikJournal\\_4\\_2017-2.pdf](https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_2017_2/Bobbert-Suizidwunsch_und_die_Perspektiven_der_Anderen_EthikJournal_4_2017-2.pdf); zuletzt aufgerufen am 20.08.2022)

<sup>53</sup> Vgl. *Beck et al.* (1986), S. 95.

<sup>54</sup> Vgl. *Epstein/Amador*, Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist, Reinbek, 2002.

Psychotherapeut:innen werden in Ausbildung und Supervision darin geschult, solche Übertragungsphänomene zu erkennen – und erfahren gleichwohl das Phänomen immer wieder als eine Herausforderung der Unterscheidung von Erfahrungen und Perspektiven. Laien und Mitgliedern anderer Berufsgruppen fehlt in der Regel dieses Selbstreflexions- bzw. Unterscheidungsvermögen.

### **5.3 Ausschluss einer akuten psychischen Störung: Zwischenfazit in Bezug auf die im Deutschen Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfe**

Zwei der im Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfe sehen keine Konsultation von Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder von klinischen Psycholog:innen vor, sondern halten die Verschreibung eines tödlichen Medikaments durch Allgemeinmediziner:innen und eine Beratung durch nicht näher ausgeführte „multidisziplinäre“ Berufsgruppen oder durch „fachgerecht“ arbeitende Beratungsstellen mit teils Ehrenamtlichen, die vorab Fortbildungen durchlaufen sollen, für ausreichend.

Zunächst ist festzuhalten, dass mit der Frage der Freiverantwortlichkeit zum einen der Ausschluss einer akuten psychischen Störung, die die Willensbildung beeinflusst, verbunden ist und zum anderen die Information über Lösungswege, um die Selbsttötung zu vermeiden. Es handelt sich damit um zwei unterschiedliche Erfordernisse, für die verschiedene Berufsgruppen kompetent sind.

Angesichts der von den Gesetzesentwürfen anvisierten Optionen stellt sich zum einen die Frage, wie viel Unsicherheit in Bezug auf die Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit tolerabel ist. Normalerweise sind weder Allgemeinmediziner:innen und noch weniger Laien in der Lage, psychische Erkrankungen zuverlässig zu erkennen. So zeigen z.B. Studien, dass Suizident:innen in den Wochen davor häufiger ihren Hausarzt bzw. ihre Hausärztin aufsuchen. Doch diese sind häufig nicht geschult und haben Angst, das Thema Suizid anzusprechen.<sup>55</sup> Auch die forensischen Psychiater *Cording* und *Saß* schreiben in Bezug auf die Freiverantwortlichkeit beim assistierten Suizid, dass es hinlänglich bekannt sei, „dass psychische Störungen und Beeinträchtigungen der freien Willensbildung für psychiatrische Laien oft nicht erkennbar sind.“<sup>56</sup> Insgesamt verfügen Allgemeinmediziner:innen nicht per se

---

<sup>55</sup> Vgl. *Gießelmann*, Suizidprävention: Bei Verdacht ansprechen. Deutsches Ärzteblatt 113, 37, A 2016, S. 1584-1586, hier S. 1584f; ähnlich aus der Expert:innenanhörung referierend das BVerfG (26.02.2020), S. 46, Rn. 245. Dort bleibt allerdings offen, ob Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie ausgenommen oder inbegriffen sind.

<sup>56</sup> Vgl. *Cording/Saß*, Die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. Ein Diskussionsbeitrag aus forensisch-psychiatrischer Perspektive. NJW 37, 2020, 2695-2697, hier S. 2696. *Cording* und *Saß* interpretieren das Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 mit Verweis auf Rn. 249 und 338 dahingehend,

über psychiatrisches Diagnosevermögen und psychotherapeutisches Wissen. Vielmehr sind sie ebenso wie Laien oder Mitglieder anderer helfender Berufsgruppen nicht vor dem oben erwähnten psychischen Phänomen der Übertragung gefeit – insbesondere dann, wenn sie ihre Patientin oder ihren Patienten schon lange kennen.

Um der Freiverantwortlichkeit entgegenstehende psychische Einschränkungen wenigstens einigermaßen abklären zu können, muss den einschlägigen Berufsgruppen der Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, den klinischen Psycholog:innen oder psychologischen Psychotherapeut:innen eine Schlüsselfunktion zugewiesen werden. Die Begutachtung in Bezug auf die Frage der Freiverantwortlichkeit muss also regelhaft durch einschlägige Expert:innen erfolgen, und diese dürfen nicht dahingehend überfordert sein, dass sie bereits nach einem ersten Gespräch eine Einschätzung abgeben – zumal diese nicht für eine Behandlung, sondern in Bezug auf eine geplante Selbsttötung entscheidend ist.

Die Begrenztheit psychiatrischer und psychologischer Expertise sollte öffentlich kommuniziert und das Verfahren der Abklärung der Freiverantwortlichkeit sollte entsprechend gestaltet werden. Denn selbst dann, wenn auf die Expertise von Psychiater:innen und klinischen Psycholog:innen gesetzt wird, gibt es Grenzen im Hinblick auf das zuverlässige Erkennen einer akuten psychischen Störung, die die Willensbildung beeinflussen kann. Daher sollten um einer größeren Sicherheit der Abklärung willen mehrere Gesprächstermine stattfinden. Auch ein Vier-Augen-Prinzip könnte die Expertise und Erfahrung anreichern. Bei Unsicherheit sollten die Expert:innen für Psychiatrie oder klinische Psychologie die Wartezeiten flexibel verlängern können.

## **6 Wartezeit als formale Bedingung mit inhaltlichen Implikationen**

### **6.1 Komplizierte Trauer**

In den vorliegenden Gesetzesentwürfen variiert die Wartezeit zwischen 10 Tagen und drei Monaten. Die beiden Entwürfe mit den längeren Wartezeiten enthalten Härtefallregelungen für Menschen mit einer schweren unheilbaren Erkrankung. Die davon abgesehen unterschiedlichen Zeitfenster beinhalten, was die weiter unten behandelte Frage der „Wohlüberlegtheit“ und

---

dass eine fachärztliche Untersuchung vorgegeben sei. Beide Stellen scheinen der Verfasserin des vorliegenden Beitrags diesbezüglich jedoch nicht eindeutig zu sein.

Vgl. ausführlicher dazu auch den Beitrag von *Norbert Nedopil* im vorliegenden Band.

„Festigkeit“ des Willens anbelangt, ohne es zu wollen Entscheidungen über unterschiedliche Gruppen von Menschen mit Suizidwunsch.

So berücksichtigen alle drei Gesetzesentwürfe nicht Menschen in großer Trauer, z.B. weil ein nahestehender Mensch gestorben ist, weil eine Liebesbeziehung zerbrochen ist oder weil durch Unfall oder Krankheit eine Behinderung bleiben wird. Vielmehr scheinen die Entwürfe anzunehmen, dass eine *vorübergehende Lebenskrise* nach spätestens 10 Tagen bzw. zwei oder drei Monaten überstanden ist. Denn das BVerfG schreibt zur Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches:

„Das Kriterium der Dauerhaftigkeit ist auch nach Ansicht der sachkundigen Dritten geeignet, die Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches nachzuvollziehen und sicherzustellen, dass er nicht etwa auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht.“<sup>57</sup>

Die psychologische Forschung ist uneins, wie lange „normale“ Trauer anhält – derzeit gehen die einen von 6 Monaten und die anderen von 12 Monaten aus.<sup>58</sup> Hintergrund dieser Kontroverse ist die Frage, ob es eine psychiatrische Diagnose „Komplizierte Trauer“ geben sollte.<sup>59</sup> Neuerdings kommt eine „anhaltende Trauerstörung“ im ICD 11 vor, der nach seinem Inkrafttreten im Januar 2022 in den nächsten Jahren in die klinische Praxis umgesetzt werden wird. Eine „anhaltende Trauerstörung“ könne ab sechs Monaten nach einem Todesfall diagnostiziert werden, wenn die Trauer nicht mehr den kulturellen Gewohnheiten entspreche und die Alltagsbewältigung stark beeinträchtigt sei. Als Merkmale einer solchen Trauerstörung werden u.a. tiefer Seelenschmerz, überwältigende unerfüllte Sehnsucht nach dem Verstorbenen und Schwierigkeiten, dessen Tod als wirklich zu begreifen, Schwierigkeiten, sich auf Beziehungen einzulassen, sozialer Rückzug, Schuldvorwürfe angegeben.

Eine allgemeine Lebensweisheit besagt, dass man nach dem Tod eines geliebten Menschen ein Trauerjahr durchlaufen muss, bis man einigermaßen „über den Berg“ ist. Jeder Trauerprozess beinhaltet depressive Phasen und teils kommt der Wunsch auf, selbst sterben zu wollen. Trauer gilt zu Recht nicht generell als psychische Störung, da sie unweigerlich zum Leben gehört. Allenfalls kann in Zukunft, wenn der ICD-11 umgesetzt werden wird, „komplizierte Trauer“, die länger als 6 Monate anhält, wie oben erwähnt als psychische Störung diagnostiziert werden. Trauernde Menschen laufen also Gefahr, sich freiverantwortlich zu töten, wenn keine akute

---

<sup>57</sup> BVerfG (16.02.2020), S. 46, Rn. 244.

<sup>58</sup> Vgl. *Wagner*, Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Trauer als diagnostisches Kriterium in der ICD-11 und im DSM-5. *Psychotherapeutenjournal* 3, 2016, S. 250-255: Das WHO-Klassifikationssystem ICD-11 veranschlagt 6 Monate, das nordamerikanische Klassifikationssystem DSM-5 12 Monate.

<sup>59</sup> Vgl. dazu ausführlich *Wagner*, *Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*, Berlin 2013.

psychische Störung vorliegt. Auch wenn Trauernden meist so „rational“ sind, selbst darauf zu setzen, dass mit der Zeit Wunden heilen, möchten liberale Befürworter:innen des assistierten Suizids die Entscheidung, ob jemand nach einem schwerwiegenden Verlust weiterleben möchte, den Betroffenen selbst überlassen.

Anders der Rechtswissenschaftler *Kurt Schmoller*, der anlässlich des Urteils des österreichischen Verfassungsgerichtshofs vom 11.12.2020 zur generellen Strafbarkeit der „Mitwirkung am Selbstmord“ auf das Phänomen „temporärer Autonomie“, wie er es nennt, eingeht. Es dürfe insbesondere nicht vernachlässigt werden, [...] dass ‚autonome‘ Entschlüsse sehr stark von der jeweiligen Situation abhängen, in der sich die betreffende Person gerade befindet.“<sup>60</sup> Vorstellungen und Wünsche eines Menschen könnten je nach Lebenssituation auch wechseln. „Was heute der autonome Wille einer Person ist, kann sich ein oder fünf Jahre später substantiell geändert haben.“<sup>61</sup> Der Strafrechtler erachtet es für notwendig, Menschen vor „temporärer Autonomie“ zu schützen. Die Rechtsordnung solle der „temporären Autonomie“ keinen zu starken Vorrang einräumen, sondern im Hinblick auf die Möglichkeit einer künftigen gegenteiligen (autonomen) Entscheidung die Umsetzung „temporärer Autonomie“ begrenzen. Davon abzugrenzen sei die „finale Autonomie“, bei der zum Entscheidungszeitpunkt das gesamte weitere Leben hinreichend überblickt werden könne, etwa wenn bei einer schwerkranken Person der Zeitraum bis zum Tod absehbar sei und sich der Zustand schweren Leidens bis zum bevorstehenden Tod nicht mehr verbessern werde.<sup>62</sup>

## **6.2 Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, Traumatisierungen, Naturkatastrophen**

Manche Menschen haben hohe Problemlösungskompetenzen, andere weniger. Für manche Problemlagen gibt es rasch wirkende oder leicht zu organisierende Lösungen, andere wiederum brauchen Zeit und bedürfen möglicherweise professioneller Unterstützung. Die Festlegung einer längeren oder kürzeren Wartefrist impliziert, dass sich bestimmte Probleme, deren Lösung einen längeren Weg erfordert, nicht lösen lassen. Insofern wird auch das Vorschlagen oder Suchen von Alternativen in einer Beratung stark von der Dauer der Wartefrist bestimmt werden.

## **6.3 Längere und darüber hinaus flexible Wartezeiten: Zwischenfazit in Bezug auf die im Deutschen Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfe**

---

<sup>60</sup> *Schmoller*, Sterbehilfe und Autonomie – Strafrechtliche Überlegungen zum Erkenntnis des VfGH vom 11.12.2020. Juristische Blätter L43, I47-156 (2021) S. 152. (<https://doi.org/10.33196/jbl202103014701JBl202r.147>).

<sup>61</sup> Ebd.

<sup>62</sup> Vgl. ebd., S. 154.

Die Wartezeiten von 10 Tagen, zwei oder drei Monaten sind nicht ausreichend, um eine kurzfristige Lebenskrise auszuschließen bzw. sie in dieser Zeit zu überwinden. Um psychosozialen Veränderungen und persönlichen Entwicklungen eine Chance zu geben, sollte eine Wartezeit von mindestens einem Jahr vorgesehen werden und zwar in Verbindung mit der Wahrnehmung von Therapieoptionen.<sup>63</sup> In der Medizin werden trotz oft eindeutiger Patient:innenwünsche z.B. Wartezeiten von einem Jahr oder mehr schon vor Wahleingriffen wie einer Magenverkleinerungs-Operation bei Adipositas oder einer Transsexualitäts-Operation erwartet. Die Ausführungen weiter oben zu Trauer und gestörter Trauer aus der Psychologie wie auch zahlreiche Erkenntnisse aus der Rehabilitationspsychologie und der Lebensqualitätsforschung bestätigen die allgemeine Lebenserfahrung, dass Anpassungsprozesse nach einem schwerwiegenden Verlust oder einer Krise mindestens ein Jahr, meist sogar länger brauchen.

Außerdem ist die Vorgabe einer einzigen Wartefrist, die bei Unsicherheit oder bei einer komplexen Problemlage nicht verlängert werden kann, problematisch. Menschen können aus sehr unterschiedlichen Gründen den Wunsch nach einem assistierten Suizid entwickeln. Eine Beratung, die wirklich Alternativen erschließen will, muss die Wartezeit in die Überlegungen mit einbeziehen. Je nach „Gruppe“ oder individueller Situation muss die Wartezeit auch verlängert werden können.

#### **6.4 Beratung durch beruflich kompetente Personen**

Ebenso wie die Abklärung der Frage, ob bei einem Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid eine akute psychische Störung vorliegt, die den Willen beeinflusst, erfordern Beratungsgespräche in diesem Zusammenhang eine hohe und spezifische berufliche Kompetenz.

Der in einer Schweizer Klinik tätige psychologische Therapeut André Böhning arbeitet heraus, dass die Frage des Selbstwerts zentral für Menschen ist, die den Wunsch haben, zu sterben oder sich selbst zu töten.<sup>64</sup> Unsere Selbstwerteinschätzung steht nicht nur mit gesellschaftlichen Erwartungen und Wertungen in Zusammenhang, sondern auch damit, welche eigenen Maßstäbe wir uns setzen. Wenn ein Mensch sehr anspruchsvollen Maßstäben genügen möchte – etwa durchgängig Gesundheit, mentale und körperliche Mobilität oder soziale Anerkennung – führen eine schwerwiegende medizinische Diagnose oder Altersgebrechen u.a. zu einer

---

<sup>63</sup> Vgl. hierzu den Beitrag von *André Böhning* im vorliegenden Band.

<sup>64</sup> Vgl. ausführlicher dazu den Beitrag von *André Böhning* im vorliegenden Band.

großen Kluft zwischen Ideal-Selbst und Real-Selbst. Je größer der Unterschied, desto defizitärer fallen Selbstwert und Sinnempfinden aus.

Anpassungsprozesse führen zu einer Angleichung der inneren Maßstäbe an die Situation, doch dazu bedarf es einer gewissen Lebensoffenheit und Flexibilität. Zwischenmenschliche Begleitung und professionelle Beratung können dabei unterstützen, Maßstäbe neu zu setzen, Handlungsalternativen zu erschließen und neue positive Erfahrungen zu machen. Solch ein Veränderungsprozess umfasst weit mehr als lediglich ein „Informieren“ über Alternativen. Menschen, die Einbrüche erfahren, deren Leben nicht erwartungsgemäß verläuft und die an ihren hohen Maßstäben verzweifeln, können sich mithilfe professioneller Unterstützung Lebenssinn neu erschließen.

Die Rehabilitationspsychologie beispielsweise vermag Wege der Bewältigung einer Lebenskrise, die durch eine erworbene Behinderung oder diagnostizierte chronische Erkrankung bedingt ist, aufzuzeigen.<sup>65</sup> So gehen mit einer bleibenden Beeinträchtigung Trauerreaktionen, Motivationsverlust und teils auch Angst und Vermeidungsverhalten einher. Aus der Lerntheorie weiß man, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen Verhaltensziele neu bestimmen und durch Verhaltensänderungen positive Erfahrungen machen können. Die sozialkognitive Lerntheorie, die vom Zusammenhang zwischen Kognition, Emotion und Motivation ausgeht, kann mit ihren Therapieformen dazu beitragen, Erfahrungen des Kontrollverlusts zu überwinden und dem Schicksalsschlag oder der Erkrankung eine persönliche Bedeutung zu geben. Angesichts von gesellschaftlicher Stigmatisierung und angesichts eines durch den Verlust stark reduzierten Selbstwertgefühls können Trainings zur sozialen Kompetenz und zur Selbstwertperspektive hilfreich sein. Bewältigung als Prozess zielt auf die Annäherung an die neue Realität, auf den Erwerb neuer Kompetenzen und Verhaltensweisen sowie auf die Nutzung verbliebener Ressourcen. Für die von Behinderung oder krankheitsbedingten Einschränkungen Betroffenen kann professionelle psychologische Unterstützung das Herantasten an die neue Situation erleichtern. Hinderliche Bewältigungs“stile“ wie antizipatorisches Grübeln oder Selbstentwertungsgedanken können in eine produktive Auseinandersetzung und Problemlösung umgeleitet werden.

---

<sup>65</sup> Vgl. *Bengel/Mittag* (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation*, Berlin 2. Aufl.2020; *Strubreither/Neikes/Stirnemann et al.*, *Klinische Psychologie bei Querschnittslähmung. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Folgen*, Wien 2014; *Lude/Strubreither*, *Psychologische Theorien zur Bewältigung*, in: *Strubreither/Neikes/Stirnemann et al.*, *Klinische Psychologie bei Querschnittslähmung. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Folgen*. Wien, 2014 S. 184-222; *Wolf-Kühn/Morfeld*, *Rehabilitationspsychologie*, Wiesbaden, 2016.

## **6.5 Aufzeigen von Alternativen durch psychosoziale und therapeutische Beratung: Zwischenfazit in Bezug auf die im Deutschen Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfe**

Psychotherapeutische Fachleute können in den Beratungsgesprächen Angebote zur Veränderung von Kognition, Emotion, Volition und damit auch Handeln detailliert und auf der Basis ihrer beruflichen Erfahrungen überzeugend erläutern. Sozialpsychiatrisch versierte Sozialpädagog:innen und Sozialarbeiter:innen können Wege zur Lösung sozialer Probleme aufzeigen und mithilfe ihrer beruflichen Erfahrung veranschaulichen. Allerdings wird ein einmaliges Beratungsgespräch in der Regel nicht genügen, um eine komplexe und sehr hoffnungslose Situation zu analysieren und einem Menschen mit Suizidwunsch verständlich zu vermitteln. Zudem sind mehrere Beratungskontakte erforderlich, damit eine Vertrauensbasis entstehen und sich Veränderungen entwickeln können.

Die Gesetzesentwürfe wollen die innere Festigkeit und Dauerhaftigkeit des Willens durch Beratung und Wartezeit absichern. Die Pflichtberatung soll die „Qualität“ der Suizidwunsches mittels Information verbessern und zur Reflexion des Für und Wider der Selbsttötung beitragen. Damit wird das Bild eines vollkommen rationalen Menschen, dessen einziges Problem das nicht ausreichende Informiertsein über Hilfsangebote und Alternativen sein könnte, gezeichnet. Es scheint so, als ob der Wunsch, sich selbst zu töten, im Falle der erst einmal zu unterstellenden „Freiverantwortlichkeit“ relativ unabhängig von äußeren und inneren Faktoren ist, die sich wandeln können oder die sich verändern ließen. Eine solche Vorstellung wird Menschen, die zum letzten und für ihr Leben gravierendsten Mittel der Selbsttötung greifen möchten, nicht gerecht, weil die Überprüfung des Suizidwunsches nicht nur aus einem Abgleich von Informationen bestehen kann, sondern aus einem Reflexionsprozess und einem Prozess des Handelns und Ausprobierens, in dem noch Veränderungsmöglichkeiten erfahren werden können.

Insgesamt muss eine Beratung bei Suizidalität, die vielfältige Ursachen haben kann, professionelle Problemlösungskompetenzen beinhalten und für die erforderlichen Veränderungen auf die Kompetenz einschlägiger Berufsgruppen zurückgreifen. Derzeit besteht in Deutschland ein chronischer Mangel an Psychiater:innen, Psycholog:innen und den damit verbundenen Psychotherapiemöglichkeiten,<sup>66</sup> so dass eine rechtliche Regelung auf einen bestehenden faktischen Mangel aufsetzen würde.

---

<sup>66</sup> So ergab z.B. eine Umfrage des Rundfunk Berlin-Brandenburg (rbb|24) im Jahr 2021 bei bundesweit 124 psychotherapeutischen Praxen ergab, dass mehr als 50 Prozent der Patient:innen mehr als vier Monate nach dem ersten Kontakt auf eine psychotherapeutische Behandlung warten mussten. Auf dem Land war die Wartezeit Land sehr viel länger als in der Stadt. Diese Wartezeiten bestätigen mehrere frühere Untersuchungen, die ebenfalls

Schließlich – und dies wurde bislang zu wenig bedacht – muss für all diejenigen, bei denen aufgrund einer akuten psychischen Störung oder aber aufgrund einer psychosozialen Notlage Unterstützung und Begleitung erforderlich sind, fachgerechte Hilfe verfügbar sein. Die Expert:innen aus Psychiatrie und Psychologie müssen auf ein umfassendes Hilfesystem zurückgreifen können, denn ansonsten würden sie ihrer Pflicht, Leben und Gesundheit dieser Menschen zu schützen, nicht gerecht werden können. Eine Erweiterung des Blicks auf Ursachen und Lösungen, der nicht bei der individuellen Betrachtung Halt macht, sondern soziale und strukturelle Bedingungen einbezieht, wird zwar als Gefahr artikuliert,<sup>67</sup> doch fehlen in den Gesetzesentwürfen konstruktive Maßnahmen zur Gefahrenabwehr für Menschen, die bereits einen Suizidwunsch entwickelt haben.

## **7 Erkenntnisse der anwendungsbezogenen Ethik, der philosophischen Beratung und der Seelsorge**

Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020, in der öffentlichen Debatte und in den Gesetzesentwürfen ist das Verständnis von Selbstbestimmung durch das im Medizinrecht und in der Medizinethik vorherrschende Konzept der Informierten Zustimmung geprägt. Dieses beruht traditionell auf einem libertären Autonomieverständnis: Die betroffene Person muss über Entscheidungsfähigkeit verfügen und über die geplante ärztliche Behandlung ist zu informieren, Alternativen müssen aufgezeigt und verstanden werden, und es dürfen weder Zwang noch Manipulation durch Dritte vorliegen.<sup>68</sup> Doch mit der informierten Zustimmung im medizinischen Kontext werden im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung anlässlich einer Diagnose oder möglicher Therapien Abwägungen vorgenommen. Es geht darum, das Wohl einer kranken Person zu verbessern oder Schaden zu verhindern – gegebenenfalls unter Inkaufnahme von Nebenwirkungen. Zur Norm der Informierten Zustimmung der Patient:innen

---

gezeigt haben, dass Patient:innen oft Monate auf den Beginn einer Psychotherapie warten müssen. Vgl. Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut:innen“, 29. März 2021 ( [https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeitenbei-](https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeitenbei-psychotherapeutinnen/?cookie-state-change=1661338456897)

[psychotherapeutinnen/?cookie-state-change=1661338456897](https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeitenbei-psychotherapeutinnen/?cookie-state-change=1661338456897); zuletzt aufgerufen am 20.08.2022)

<sup>67</sup> Vgl. u.a. das BVerfG (26.02.2022), S. 46ff, Rn 247ff.

<sup>68</sup> Vgl. für die Medizinethik das Standardwerk von *Faden/Beauchamp*, *A history and theory of Informed Consent*, New York 1986 sowie *Marckmann/Bormuth*, *Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis: Einführung und Textauszüge von Medizinethikern aus dem deutschsprachigen und angelsächsischen Raum*. In: Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch, Stuttgart, 5. Aufl.2020, S. 95-128, und für das Medizinrecht *Katzenmeier* (2021), *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*. V. Aufklärungspflicht und Einwilligung Rn.1-7, München, 8. Aufl. sowie *Spickhoff/Greiner*, *Medizinrecht*. Beck'sche Kurzkommentare, München, 3. Aufl., 2018, BGB §§ 823-839 Rn. 200-207.

tritt die ärztliche Behandlungshoheit, die sich auf die medizinische Indikation und das Wahrnehmen ärztlicher Verantwortung bezieht.

Die Entscheidung für einen assistierten Suizid geht jedoch über den Rahmen der Informierten Zustimmung hinaus, was den Anlass, die Reichweite der Entscheidung einer Person mit einem Suizidwunsch, die Ziele der Medizin und die Verantwortung des Arztes anbelangt.

### **7.1 Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts und Vorgaben der im Deutschen Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfen**

Dass die Entscheidung für einen assistierten Suizid über das medizinethische Konzept der Informierten Zustimmung hinausgeht, zeigt sich in der Begründung des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom Februar 2020 und ebenso in den Gesetzesentwürfen: Es wird eine gewisse Festigkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Willens gefordert; außerdem soll ein Abwägen von Alternativen gewährleistet sein. So formulierte z.B. das Bundesverfassungsgericht:

„Ein Suizidentschluss geht auf einen autonom gebildeten, freien Willen zurück, wenn der Einzelne seine Entscheidung auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider trifft.“<sup>69</sup>

Mit ihrer Forderung einer gewissen Wartezeit von 10 Tagen bis zu 3 Monaten versuchen die Gesetzesentwürfe eine gewisse „Wohlüberlegtheit“ bzw. Beständigkeit des Willens im Sinne eines kleinsten Nenners zu operationalisieren, wobei die Frage, wodurch der kleine Nenner begründet ist, weder gestellt noch beantwortet wird. Willkür bzw. bloße Setzung ist dem Ernst der Frage nicht angemessen.

### **7.2 Unterschiedliche Autonomieverständnisse und ihre Relevanz für die Debatte über den assistierten Suizid**

Des Weiteren bleibt unthematisiert, auf welches Verständnis von Selbstbestimmung bzw. Autonomie abgezielt wird. Diese Unklarheit kann aber nicht bestehen bleiben, da sich die Bestimmungsmerkmale der Freiverantwortlichkeit durchaus unterschiedlichen Autonomiekonzepten der Ethik zuordnen lassen. Diese werden im Folgenden skizziert, um anschließend zu erläutern, warum bei einer Pflichtberatung explizit festgelegt werden muss, welches Autonomieverständnis sie zugrunde legt und welche Ziele damit verbunden sind.

---

<sup>69</sup> BVerfG (26.02.2020), S. 45, Rn. 240.

*Libertäre Autonomiekonzepte* gehen von einem präferenzorientierten Handlungssubjekt aus, das in seinem Freiheitsrecht nicht eingeschränkt werden darf, es sei denn, andere Personen würden in der Ausübung ihres Freiheitsrechts eingeschränkt. Entsprechend den eigenen Vorstellungen und Überzeugungen soll ein Mensch zwischen verschiedenen Möglichkeiten wählen können.<sup>70</sup> Charakteristisch für libertäre Autonomiekonzepte ist, dass sie sich kaum mit der Frage befassen, wie Entscheidungen eines Individuums zustande kommen, d.h. welche inneren und äußeren Faktoren jenseits von offensichtlichem konkretem Zwang eine Rolle spielen.

Dieses Autonomieverständnis herrscht in der Öffentlichkeit und auf weite Strecken im Urteil des Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 vor.

*Autonomie als „Wohlüberlegtheit“* nimmt innere Überlegungsprozesse in den Blick. Bei dem so genannten hierarchischen Autonomiekonzept<sup>71</sup> ist wichtig, dass eine Entscheidung oder Handlung in Übereinstimmung mit wichtigen Wünschen und Zielen, letztlich mit dem Selbst steht. Hauptanliegen ist die Stimmigkeit subjektiver Präferenzen. Ein Individuum muss also zur Wahrnehmung der eigenen Wünsche und zur Reflexion widersprüchlicher Regungen und Wünsche fähig sein und vielschichtige persönliche Wünsche ordnen und abwägen. Autonomie ist nur dann gegeben, wenn sie sich eine Person mit ihren Wünschen, Werten und Zielen identifiziert und sagen kann: „Es ist meins.“<sup>72</sup>

Wenn die bestehenden Präferenzen eines Menschen nicht nur in ihrer Hierarchie bzw. individuellen Bedeutsamkeit geordnet, sondern mit Vorstellungen vom gelingenden Leben in Verbindung gebracht werden, legt sich dem Philosophen *Hans Krämer* folgend ein Verständnis von *Autonomie als Stimmigkeit mit dem eigenen Lebensentwurf* nahe.<sup>73</sup> Dieser Lebensentwurf ist jedoch nicht durch Präferenzordnungen oder einen Beschluss festgelegt, sondern ein Handlungssubjekt setzt wiederholt und teils neu Lebensziele. Im Verlauf der Lebenszeit entwickeln sich Ziele, und eine Person erschließt Mittel und Wege, um diese zu erreichen. Freiheitsräume sind zu erschließen und zu erproben. Eine Lebensdeutung als Gesamtbilanz im Singular ist nicht denkbar, da sich Ziele und Interpretationen wandeln.

---

<sup>70</sup> Vgl. z.B. *Harris*, Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik, Berlin, 1995.

<sup>71</sup> Vgl. zur Unterscheidung von Autonomiekonzepten auch *Bobbert/Werner*, Autonomie / Selbstbestimmung im Humanexperiment. In: *Lenk/Duttge/Fangerau* (Hrsg.), Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen, Berlin, 2014, S. 105-114.

<sup>72</sup> Vgl. z.B. *Dworkin*, The Concept of Autonomy, *Christman* (Ed.), The inner citadel. Essays on individual autonomy, New York, 1989 S. 54-62, bes. S. 60, sowie *Frankfurt*, The freedom of the will and the concept of a person. *Journal of Philosophy* 68 (19), 1971 S. 5-20.

<sup>73</sup> Vgl. z.B. *Krämer*, Integrative Ethik, Frankfurt/M., 1995.

Auch der Philosophen *Charles Taylor* geht von dem sich selbst interpretierenden Menschen aus. Für ihn bilden Situation, Empfindung, Deutung und Sprache einen hermeneutischen Zirkel.<sup>74</sup> Ähnlich wie *Hans Krämer* versteht *Charles Taylor* *Autonomie als Frage des guten Lebens*. Das moderne Selbst sehe sich in einen moralischen Raum gestellt, in dem es in Wechselwirkung mit den Auffassungen und Werten der anderen stehe. In einer pluralistischen Gesellschaft müsse sich der Mensch für eine orientierungsstiftende Identität gegenüber den Werten der anderen positionieren und entsprechend seiner Entwicklung, Gemeinschaft und Kultur einen Standpunkt einnehmen.

Dieses Verständnis ist im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 vertreten, wenn angezielt wird, dass „der Einzelne seine Entscheidung auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider trifft.“<sup>75</sup>

*Autonomiekonzepte mit sozialem Fokus* fragen, welche Beziehungen im Nahbereich, im weiteren Lebensumfeld und welche gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen grundlegend für das Autonomievermögen sind.<sup>76</sup> Denn ein Mensch ist nur insoweit autonom, als ihm äußere Freiheitsspielräume zur Verfügung stehen, die er gestalten kann. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, soziale Praktiken und Erwartungen sind nicht nur Beiwerk, sondern diejenigen grundlegenden Faktoren, die hinderlich oder förderlich für Wünsche, Handlungsabsichten und Lebenserfahrungen eines Individuums sind. Insgesamt wird bei Autonomiekonzepten mit einem sozialen Fokus der Blick auf die äußeren Umstände gerichtet, die Menschen die Ausübung ihrer Selbstbestimmung erlauben und fördern oder aber einschränken.<sup>77</sup> Außerdem wird der Blick auf die Befähigung zur Autonomie gelenkt. Zu den autonomierelevanten Fähigkeiten zählen hier Kompetenzen der Introspektion, der Analyse und der Willensbildung.

Abschließend soll noch auf *Autonomie als moralische Selbstverpflichtung* im Sinne *Immanuel Kants* eingegangen werden.<sup>78</sup> Ein autonomer Wille darf nicht durch vorgängige Festlegungen, z.B. persönliche Vorlieben oder Neigungen, bestimmt sein, sondern muss sich am

---

<sup>74</sup> Vgl. *Taylor*, Quellen des Selbst, Frankfurt/M., 1996.

<sup>75</sup> BVerfG 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, Rn. 240.

<sup>76</sup> Vgl. hierzu auch *Bobbert*, Keine Autonomie ohne Kompetenz und Fürsorge. Plädoyer für die Reflexion innerer und äußerer Voraussetzungen. In: *Mathwig/Meireis/Porz et al.* (Hrsg.), Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege, Zürich, 2015, S. 69-92, hier S. 81ff.

<sup>77</sup> Vgl. z. B. *Friedman*, Autonomy, Gender, Politics, Oxford 2003; Meyers, Self, society and personal choice, New York, Oxford 1989; *Graumann*, Assistierte Freiheit: Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte, Frankfurt/M. 2009 sowie den Beitrag von *Sigrid Graumann* im vorliegenden Band.

<sup>78</sup> Vgl. u.a. *Kant*, Kants gesammelte Schriften. Hrsg. von der königlich-preußischen Akademie der Wissenschaften Bd. IV, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten [1785], Berlin 1900 ff, Bd. IV, S. 385-464.

Kategorischen Imperativ orientieren: Der Mensch als Vernunftwesen darf nur nach Grundsätzen handeln, die ein Subjekt vernünftigerweise als allgemeine praktische Gesetze für das Handeln aller Vernunftwesen akzeptieren könnte. Moralische Selbstverpflichtung im Sinne Kants bedeutet, dass Entscheidungen oder Handlungen aus ethisch-normativer Sicht vertretbar sein müssen, d.h. dass eine Entscheidung nur dann autonom ist, wenn sie sich mit den begründeten Rechten anderer Menschen in Einklang bringen lässt. Subjektive, auf das Individuum bezogene Wünsche oder Handlungen, die Neigungen und Vorlieben folgen, entsprechen nach kantischem Verständnis nicht der Vernunft und sind daher heteronom. Für dieses kantische Autonomieverständnis bedarf es einer ethisch-normativen Reflexion, welchen Bedürfnissen und Interessen aus ethischer Sicht Rechnung zu tragen ist.

Je nach Autonomieverständnis – auch eine Mischung wäre denkbar – werden Inhalt und von den Berater:innen geforderte Kompetenzen unterschiedlich ausfallen. Um zu verdeutlichen, warum eine Beratung von Menschen mit einem Suizidwunsch auf jeden Fall mehr sein muss als eine bloße Informationsdarbietung, soll im Folgenden auf zwei Beratungsformen, die Fragen der Selbstinterpretation und der Lebensdeutung fokussieren, kurz eingegangen werden. Beide haben keinen therapeutischen oder sozialpädagogischen Anspruch. Sie sind auch nicht als Ersatz für professionelle psychotherapeutische Beratungsformen gedacht. Vielmehr zeigen sie, dass man Menschen, die ihrem Leben keinen Sinn mehr beimessen, im Hinblick auf verschiedene Dimensionen Gesprächsangebote machen sollte.

### **7.3 Erkenntnisse aus der philosophischen Beratung**

Die Philosophen *Hans Krämer* und *Charles Taylor* verstehen Autonomie als hermeneutischen Prozess der Selbstausslegung. Danach kann es keine eindeutige, einzige Lebensdeutung, etwa im Sinne einer „Lebensbilanz“ geben, sondern vielfältige subjektive Erzählungen. Der Anspruch einer erschöpfenden und abschließenden Selbstsicht und Selbstdeutung lässt sich also nicht erfüllen. Die beiden Philosophen, die sich mit dem Gelingen des Lebens befassen, können deutlich machen, dass autonome Entscheidungen und eine autonome Lebensführung nicht allein auf der Rezeption von Informationen oder von konkreten Handlungsalternativen beruhen, die in ihrem Für oder Wider gegeneinander abgewogen werden.

Nach *Hans Krämer* zielt Autonomie im Sinne innerer Selbstaufklärung auf das ab, was für ein Individuum das Gute ist, da es zu seinem Gewollten und Erstrebten passt. Philosophische Beratung biete Unterstützung, um zur richtigen Lebensführung zu finden. Die These von der Beratungsbedürftigkeit des Menschen rühre daher, dass es generelle Formen der Gehemmtheit oder Gebrochenheit praktischer Subjektivität gebe wie etwa die folgenden:

- „a) Klar wollen und selbst können, aber von außen gehemmt sein
- b) Klar wollen, ohne (selber) zu können
- c) Unklares Wollen
- d) Nichtwollen auf Grund unbewusster Hemmungen [...]

Gehemmt ist stets die Subjektivität selbst, die dadurch affiziert und modifiziert wird und sich in demselben Maße auch verfehlen kann, und zwar nach ihren emotiven, volitiven und kognitiven Aspekten.“<sup>79</sup>

*Krämer* plädiert für eine dialogische Form von Bildung und Unterstützung der auf das gute Leben ausgerichteten Autonomie. Autonomie als Selbstreflexion bzw. innere Selbstaufklärung ist zwar auch als innerer Dialog denkbar, doch in einem realen Dialog tritt ein hermeneutischer Blick von außen hin und bringt reflektierte Erfahrung ein.

#### **7.4 Erkenntnisse aus der Seelsorge**

Die Frage nach dem Sinn und dem Gelingenden des Lebens hat auch eine religiöse Dimension. Der Schweizer Moralthologe *Adrian Holderegger* deutet den Suizidwunsch als Ausdruck einer unbewältigten Sinnfrage angesichts zwischenmenschlicher Probleme: „Gibt es einen Menschen, der zuverlässig zu mir hält? Gibt es ein menschliches Du, das mich versteht?“<sup>80</sup> Geborgenheit und Gemeinsamkeit fehlten lt. *Holderegger* oft.

Die Seelsorge bzw. pastorale Begleitung ist professionalisiert, was Formen der Gesprächsführung und Supervision anbelangt und theologisch gebildet, was unterschiedliche Theologien, Gottesbilder und die Freiheit des Menschen in seiner Beziehung zu Gott anbelangt. Reflexionen über Können und Sollen, Verantwortung und Gewissen sind seit Dekaden Gegenstand ethisch-theologischer Debatten über den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen.<sup>81</sup>

Zum einen stehen aus theologisch-anthropologischer Sicht angesichts der Liebe Gottes zum Menschen die Verdanktheit des Lebens, die Individualität und Würde jedes Menschen und angesichts seiner Geschöpflichkeit auch seine Begrenztheit und Irrtumsfähigkeit im Zentrum. Zum anderen bietet die christliche Tradition anthropologische und christologische Deutungen

---

<sup>79</sup> *Krämer* (1995), S. 233.

<sup>80</sup> *Holderegger*, Recht auf den freigestellten Tod?, Fribourg 2002, S. 86.

<sup>81</sup> Vgl. u.a. *Sautermeister/Hilpert* (Hrsg.), Selbstbestimmung auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid, Freiburg/Br.2015; *Holderegger* (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg i.Ue.1999; *Zimmermann-Acklin*, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung, Freiburg i.-Ue.1997.

des Leidens in der Welt.<sup>82</sup> Dabei geht es nicht, wie der politische Theologe *Johann Baptist Metz* kritisiert, um eine falsch verstandene Sündentheologie oder um christlichen Masochismus, wie die feministische politische Theologin *Dorothee Sölle* es nennt. In ihrer Monografie „Leiden“ führt sie anthropologisch-existentiell aus, dass Leiden eine Bejahung der Realität verlangt:

„Jede Annahme des Leidens ist die Annahme dessen, was ist. Die Verweigerung jeder Form des Leidens kann eine Derealisation zur Folge haben, in der der Kontakt mit der Realität immer dünner, immer bruchstückhafter wird. Es ist unmöglich, sich dem Leiden vollständig zu verweigern, es sei denn, man verweigere (sic) sich dem Leben überhaupt, man ginge keine Verhältnisse mehr ein, man mache aus sich einen Unverwundbaren. Schmerzen, Verluste, Amputationen sind auch im glattesten Lebenslauf, den man sich denken, nicht wünschen mag, gegeben [...]. Je stärker wir die Realität bejahen, je mehr wir in sie eingetaucht sind, desto tiefer werden wir von diesen und umgebenden und in uns eindringenden Prozessen des Sterbens berührt.“<sup>83</sup>

Seelsorgliche Begleitung kann als geschulte Gesprächsführung, die sich auf die Situation und die Nöte des Gegenübers konzentriert, Anteil nehmen und Beistand leisten. Ein am Du orientiertes Zuhören kann Selbstklärung unterstützen. Auf der religiösen Ebene können Trost und Hoffnung durch eine christliche oder andere religiöse Deutung erfahren werden. Insofern sollte für Menschen mit Suizidwunsch, wenn sie sich als religiös verstehen, eine Beratung die spirituelle Dimension in die Selbstreflexion und Lebensdeutung miteinbeziehen können.

## **7.5 Autonomie bzw. Selbstbestimmung und Formen der Beratung: Zwischenfazit in Bezug auf die im Deutschen Bundestag diskutierten Gesetzesentwürfe**

### **7.5.1 Autonomie als moralische Selbstverpflichtung**

Die Diskussion, ob und wenn ja, welche ethisch-normativen Argumente gegen eine Selbsttötung oder gegen eine assistierte Selbsttötung sprechen, würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Nach *Kant* ist die Selbsttötung für den Menschen als Vernunftwesen selbstwidersprüchlich. Zudem sollten keine soziale Pflichten gegenüber anderen verletzt werden.

Die Frage der Beeinträchtigung Dritter, etwa Familienangehöriger oder professioneller Helfer:innen wie Pflegekräfte in Heimen sollte zumindest nicht völlig ausgeblendet werden,

---

<sup>82</sup> Vgl. für die Deutung der Theodizeefrage *Metz*, *Memoria Passionis*. Ein provozierendes Gedächtnis in pluralistischer Gesellschaft, Freiburg/Br.2006.

<sup>83</sup> *Sölle*, *Leiden*, Stuttgart, 1973, S. 87.

selbst wenn sich daraus kein Verbot der Selbsttötung begründen lässt. Aus Studien weiß man mittlerweile um potentielle Belastungen des Umfelds.<sup>84</sup> So zeigen empirische Studien, dass sich Familienangehörige u.U. in „Vertraute“ und „Ausgeschlossene“ aufspalten oder dass sie sich über die Frage entzweien, ob der assistierte Suizid richtig war. Professionelle Helfer:innen, z.B. Pflegekräfte in Heimen, fragen sich, ob ihre Versorgung nicht gut genug war oder warum sich die betroffene Person nicht wenigstens von ihnen verabschiedet hat.

### **7.5.2 Selbstaufklärung, Selbst- und Lebensdeutung als hermeneutischer Prozess**

Angesichts der offenen Fragen in Bezug auf soziale Umstände und die letztlich begrenzten Möglichkeiten innerer Selbstaufklärung und einer dem „Selbst“ entsprechenden Willensbildung sowie der Einsicht, dass eine Selbstdeutung im Grunde keine abschließende „Lebensbilanz“ sein kann, sondern eine immer wieder neu zu vollziehende und sich weiterentwickelnde Interpretation, wird deutlich, dass ein Mensch sein Recht auf Leben und sein Recht auf Selbstbestimmung durch Irrtum und „voreilige“ Entscheidung selbst verletzen kann.

### **7.5.3 Grenzen der Kontrolle und der Vermeidung von Leid**

Aus philosophisch-anthropologischer und ethisch-theologischer Sicht ist die starke Fokussierung auf die individuelle Kontrolle über Leben und Sterben insofern zu hinterfragen, als wir Menschen geboren werden, krank werden, uns Ereignisse und Schicksalsschläge widerfahren und wir in einer Zeit und Gesellschaft Entscheidungen treffen, die bedingt und kontingent sind. Das Bild eines selbstbestimmten Akteurs drängt uns sehr in die Rolle des Tuns und wenig in die Haltung des Geschehenlassens. Anthropologisch können wir unsere menschlichen Wesenszüge übergehen und etwas, das nicht gelingen kann – beispielsweise eine starke Kontrolle über das eigene Leben – verfolgen wollen.<sup>85</sup> Doch solche auf die Anthropologie bezogenen Überlegungen betreffen die Ebene des guten Lebens und damit partikulare Erfahrungen, Lebensmodelle und Beratungsmöglichkeiten und nicht die Ebene ethisch-normativer Argumentation.

---

<sup>84</sup> Vgl. in Bezug auf Angehörige u.a. *Gamondi/Schmidhauser/Oriani et al.*, Family member's experiences of assisted dying: a systematic review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 2019 S. 1-15 (DOI:10.1177/0269216329857630); *Gamondi/Pott/Forbes/Payne*, Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: A qualitative study. *British Medical Journal Supportive & Palliative Care* 0: 2013, S. 1-7. (doi:10.1136/bmjspcare-2013-000483); vgl. für Problemschilderungen aus der Perspektive der Seelsorge *Morgenthaler/Plüss/Zeindler* (2017), Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen, Zürich, 2017.

<sup>85</sup> Vgl. für die Frage nach dem Zusammenhang von Anthropologie und Ethik *Wimmer*, Zum Verhältnis von Anthropologie und Ethik. In: *Holderegger/Wils* (Hrsg.), *Interdisziplinäre Ethik. Grundlagen. Methoden, Bereiche*, Fribourg i.Ue.2001, S. 32-52.

#### **7.5.4 Bloßes Informieren verfehlt „Wohlüberlegtheit“**

Im Hinblick auf die aktuelle rechtspolitische Debatte zur Frage der Freiverantwortlichkeit sind die anspruchsvolleren Verständnisse von Autonomie, die das gelingende Leben anbetreffen, von besonderem Interesse. Denn ein rein libertäres Verständnis von Autonomie bzw. Selbstbestimmung lässt sich offenbar in Bezug auf die Selbsttötung nicht durchhalten. Sowohl das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Februar 2020 als auch die Gesetzesentwürfe implizieren Autonomieverständnisse, die sich zumindest in gewisser Weise auf ein anspruchsvolleres Autonomiekonzept und letztlich auf das Gelingen des Lebens beziehen, wenn man wie das Bundesverfassungsgericht unter einem autonom gebildeten, freien Willen versteht, dass „der Einzelne seine Entscheidung auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider trifft.“<sup>86</sup> Auch die Vorgabe einer Wartefrist, wie die Gesetzesentwürfe sie fordern, impliziert in gewisser Weise „Wohlüberlegtheit“, da über einen Zeitraum hinweg der Wille überdacht werden kann. Zugleich bleiben die vorliegenden Gesetzesentwürfe jedoch in der Umsetzung hinter der implizit etablierten Autonomievorstellung zurück, wenn ein Abwägen des Für und Wider in Bezug auf das Selbstbild lediglich durch ein „Informieren“ über Alternativen erreicht werden soll.

#### **7.5.5 Unterstützung von Reflexions- und Deutungsprozessen**

In der öffentlichen Debatte und in den Gesetzesentwürfen besteht die Tendenz, Prozesse der Selbstdeutung, dialogische Beratungsprozesse und moralische Selbstverortungen auszublenden und stattdessen davon auszugehen, dass ein Mensch mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid einen in gewisser Weise feststehenden „ontologischen“ Willen mitbringt, der lediglich noch durch ein knappes Verfahren auf „Festigkeit“ und Informiertheit hin zu überprüfen ist. Reflexions- und Deutungsprozesse zu unterstützen, ist nicht vorgesehen. Dieses Bild vom Menschen macht eine rechtliche Regelung zwar leichter, wird dem Menschen in seinen vielfältigen Dimensionen jedoch nicht gerecht. Da es um Sinnfragen und daraus resultierend um Leben oder Tod geht, ist eine verkürzte Sicht des Menschen in diesem Zusammenhang problematisch.

Ein die eigene Lebensgeschichte und Selbstinterpretation reflektierender Beratungsprozess, in dem sich ein Mensch mit Suizidwunsch um seines „Selbst“ willen hinterfragt, sich wieder eine gewisse Offenheit für Entwicklung und Neudeutung gestattet und Alternativen nicht nur

---

<sup>86</sup> BVerfG (26.02.2020), S. 45, Rn. 240.

kognitiv betrachtet, sondern unter Umständen auch im Handeln und Erleben erprobt, ist nicht vorgesehen. Dabei könnte gerade das Vorhalten einer Beratung, die solchen Zielen folgt, sei es eine philosophischen Lebensberatung, eine psychotherapeutische Krisenintervention oder eine seelsorgliche Begleitung, die neben Selbstreflexion auch Anteilnahme, Trost und Hoffnung beinhaltet, dazu führen, dass sich Lebensalternativen zur Selbsttötung erschließen lassen.

#### **7.5.6 Relationale Autonomie bzw. Autonomie mit sozialem Fokus nicht nur als Rhetorik**

Schließlich ist festzuhalten, dass Autonomie im Verständnis relationaler Autonomie oder als Autonomie mit sozialem Fokus zwar im Bundesverfassungsgerichtsurteil Erwähnung findet:

„Menschliche Entscheidungen sind regelmäßig von gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren beeinflusst; Selbstbestimmung ist immer relational verfasst.“<sup>87</sup>

Doch hat dieses Verständnis von Autonomie keine konkreten Auswirkungen – weder im Urteil des Bundesverfassungsgerichts noch in den vorliegenden Gesetzesentwürfen. Gerade deshalb, weil das Selbstbestimmungsrecht als individuelles Recht nicht geschmälert werden darf, müssen seine sozialen und strukturellen Voraussetzungen und möglichen Beeinträchtigungen mit wissenschaftlichen Mitteln intensiv ausgeleuchtet werden.

## **8 Schluss**

### **8.1 Keine Gefährdung vulnerabler Menschen durch die Gesetzgebung**

Die Hauptperspektive muss aufgrund der hohen Vulnerabilität suizidaler Menschen, die nicht freiverantwortlich aus dem Leben scheiden wollen, auf deren Schutz und deren Unterstützung in einer Lebenskrise liegen. In Bezug auf die Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit müssen hohe professionelle Qualitätsansprüche erfüllt werden, um all diejenigen suizidalen Menschen, bei denen nicht von Freiverantwortlichkeit ausgegangen werden kann, zu erkennen und ihnen nach allen Regeln der Kunst und allen mitmenschlichen Möglichkeiten zu helfen.

Aus ethischer Sicht ist dem Vorsichtsprinzip Rechnung zu tragen, da die Normen des Lebensschutzes, der Selbstbestimmung und des Nicht-Schadens auf dem Spiel stehen. Ein Mensch mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid muss um derjenigen vulnerablen Menschen willen, die nicht freiverantwortlich sind, die daher vor einem Suizid bewahrt werden und die auf vielfältige Weise unterstützt werden müssen, akzeptieren, dass Verfahrensschritte zu

---

<sup>87</sup> BVerfG (26.02.2020), S. 45, Rn. 235.

durchlaufen sind. Ein Mensch mit Wunsch nach einem assistierten Suizid sollte aber auch um seiner selbst willen vielleicht etwas aufwändige Verfahrensschritte gutheißen, denn auch er selbst kann sich nicht sicher sein und sollte eigene Unsicherheiten zum Zug kommen lassen. Schließlich sind absichernden Verfahrensschritte für alle anderen Beteiligten, insbesondere die Nahestehenden und diejenigen, die Assistenz im engeren oder weiteren Sinne leisten, wichtig. Denn niemand möchte übersehen haben, dass Hilfe notwendig gewesen wäre und irrtümlich von Freiverantwortlichkeit ausgegangen worden ist.

## **8.2 Beachtung des Vorsichtsprinzips und Flexibilität in Bezug auf die Wartezeit**

Die teils nicht ausräumbaren Unsicherheiten in Bezug auf die Diagnostizierbarkeit psychischer Störungen, die die Willensbildung beeinflussen, lassen sich zumindest etwas reduzieren, wenn Fachleute eingesetzt werden. Fachleute aus Psychiatrie und Psychologie können zumindest besser als Mitglieder anderer Berufsgruppen oder als Laien psychische Störungen erkennen. Ihre Expertise sollte in jedem Fall Bestandteil des Verfahrens sein.

Für die Betroffenen (vgl. Grenzen und Irrtümer der Introspektion) und für die untersuchenden und beratenden Fachleute muss es Schutzvorkehrungen geben, die sich auf Irrtumsmöglichkeiten richten. Zum Schutz der Betroffenen und mit Blick auf unterschiedliche Kontexte und Situationen muss es die Möglichkeit zur individualisierten Verlängerung der Beratung und Wartefrist bei Unsicherheit geben.

## **8.3 Multiprofessionelle Beratung auf der Basis professioneller Ausbildung und Erfahrung**

Eine Schlüsselstellung kommt der Beratung zu. Nur durch mehrere Beratungstermine mit Fachleuten aus einem multidisziplinären Team können Selbstdeutungen angereichert oder verändert werden und faktische Alternativen erschlossen werden. Hermeneutische Gespräche und nicht nur Gesprächstechniken, existentielle Reflexionen und nicht nur Informationen, einflussnehmende soziale Strukturen und nicht nur persönliche Lebensführung müssen vertreten sein. Beratung kann, wenn es sich um ein Sprechen über Leben und Tod handelt, nicht als einmaliges Informationsgespräch angelegt sein, sondern als Prozess, der die Möglichkeit von Veränderung erst eröffnet. Beratung sollte als Prozess angelegt sein und regelhaft eine psychosoziale Analyse und soziale Unterstützungsangebote beinhalten.

## **8.4 Interdisziplinärer Diskurs zur Ausleuchtung der Dimensionen von Menschen mit Suizidwunsch in der Gesellschaft und zur stärkeren Wissensbasierung**

Menschen sind zugleich frei und vulnerabel. Sie sind durch zahlreiche Dimensionen gekennzeichnet, die angesichts des Wunsches nach einer assistierten Selbsttötung berührt sind.

Eine isolierte Betrachtung nur als Individuum und nicht zugleich als Teil einer Gesellschaft und ihrer Strukturen, eine Engführung auf Kognition und nicht zugleich auf Emotion, Volition und Geschichtlichkeit wird Menschen generell und auch Menschen mit einem Suizidwunsch nicht gerecht.

Die vorliegenden Gesetzesentwürfe bedürfen einer stärkeren Wissensbasierung. Das Bundesverfassungsgericht hat den verfassungsmäßigen Rahmen aufgezeigt, innerhalb dessen sich der Gesetzgeber bei der Regelung des assistierten Suizids bewegen muss. Um diesen Rahmen verantwortlich auszugestalten, ist ein Diskurs zu führen, in den die einschlägigen Erkenntnisse der Psychiatrie, Psychologie und anderer Sozialwissenschaften, aber auch der philosophischen und theologischen Ethik einzubinden sind. Gegenwärtig liegt noch zu wenig Wissen vor – über positive und negative Einflüsse auf das Kriterium der Freiverantwortlichkeit und über die Möglichkeiten Außenstehender, den Wunsch nach Assistenz beim Suizid verantwortungsvoll zu beurteilen. Zwei unterschiedliche Perspektiven sind normativ und empirisch einander noch stärker anzunähern: Die Betroffenen fordern im Sinne des Selbstbestimmungsrechts, „in dubio pro libertate“ zu entscheiden. Doch die Personen oder Institutionen, die Beihilfe leisten sollen, stehen vor einer Entscheidung über Leben und Tod, die einen anderen Menschen betrifft. Sie dürfen sich nicht irren und müssen gegebenenfalls „in dubio pro vita“ entscheiden.

## Zitierte Rechtsprechung

BVerfG 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association*, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, Göttingen, 2. Auflage, 2015.
- Arsenault-Lapierre/Kim/Turecki*, Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta analysis, in: *BMC Psychiatry* 4, 37., 2004; <http://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>.
- Beck et al.*, Kognitive Therapie der Depression. München-Weinheim, 1986.
- Bengel/Mittag* (Hrsg.), Psychologie in der medizinischen Rehabilitation, Berlin 2. Auflage, 2020.
- Bertolote/Fleischmann/De Leo et al.*, Psychiatric diagnosis and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis* 2004; 25(4), S. 147-155.
- Bettighofer*, Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess, Stuttgart, 6. Auflage, 2022.
- Bobbert*, Der mutmaßliche Wille als problematische Argumentationsfigur bei Behandlungsurteilen für nicht mehr entscheidungsfähige Patient:innen, in: *Fuchs/Hähnel/Simmermacher* (Hrsg.), Der Patientenwille und seine (Re-)Konstruktion, Berlin, 2023, 103-128.
- Bobbert*, Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluß an die Moralphilosophie von Alan Gewirth, in: *Ethica*, 8 (4), 2012, S. 405-440.
- Bobbert*, Keine Autonomie ohne Kompetenz und Fürsorge. Plädoyer für die Reflexion innerer und äußerer Voraussetzungen. In: *Mathwig/Meireis/Zimmermann* (Hrsg.), Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege, Zürich, 2015, S. 69-92.
- Bobbert*, Suizidwunsch und die Perspektive der Anderen: Zur Problematik impliziter Vorannahmen und der Hilflosigkeit Nahestehender, in: *Ethik Journal* (4) 2, 2017, S. 1-51.
- Bobbert/Werner*, Autonomie/Selbstbestimmung im Humanexperiment. In: *Lenk/Duttge/Fangerau/Heiner* (Hg.), Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen, Berlin, 2014, S. 105-114.
- Bohanna/Wang*, Media Guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness, in: *Crisis* 33 (4), 2012, S. 190-198.

- Brieger/Kaps/Lohmann*, Wer nimmt sich das Leben? Ergebnisse einer psychologischen Autopsiestudie im Allgäu basierend auf Polizeiakten. *Psychiatr Prax*, 47, 2020, S. 79-87.
- Brieger/Menzel*, Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? *Kontra. Psychiatrische Praxis* 47,2020, S. 177-178.
- Canguilhem*, Das Normale und das Pathologische, München, 1974.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention*, *Suizide, Suizidversuche und Suizidalität*, Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien. Nationales Suizidpräventionsprogramm, Freiburg i. Br., 2010.
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V.*, Report Psychotherapie, Berlin, hier 12-13. ([https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder\\_und\\_Dokumente/Wissensdatenbank\\_oeffentlich/Report\\_Psychotherapie/DPTV\\_Report\\_Psychotherapie\\_2021.pdf](https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf); zuletzt aufgerufen 20.08.2022).
- Deutscher Bundestag*, Drucksache 20/904, Antrag des Abgeordneten Castellucci et al. (Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung) vom 07.03.2022, online abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf> (zuletzt aufgerufen am 12.07.2022).
- Deutscher Bundestag*, Drucksache 20/2293. Antrag der Abgeordneten Renate Künast u.a. (Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze) vom 17.06.2022, online abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf> (zuletzt aufgerufen am 10.08.2022).
- Deutscher Bundestag*, Drucksache 20/2332, Antrag der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr u.a. (Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe), 21.06.2022, online abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf> (zuletzt aufgerufen am 10.08.2022).
- Deutscher Presserat*, Pressekodex. Ethische Standards für den Journalismus, Richtlinie 8.7 – Selbsttötung, 2022 (<https://www.presserat/pressekodex.html>; zuletzt aufgerufen am 20.08.2022).
- Dworkin*, The concept of autonomy, in: Christman (Ed.), *The inner citadel. Essays on individual autonomy*, New York, 1989, S. 54-62.
- Epstein/Amador*, Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist, Reinbek, 2002.
- Etzersdorfer/Sonneck*, Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996, in: *Archives of Suicide Research* 4 (1), 1998, S. 67-74.

- Faden/Beauchamp*, A history and theory of Informed Consent, New York, 1986.
- Fink/Santaella-Tenorio/Keyes*, Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US, in: PLoS ONE 13, 2018, e191405.
- Forkmann/Teismann/Glaesmer*, Diagnostik von Suizidalität, Göttingen, 2016.
- Frankfurt*, The freedom of the will and the concept of a person, in: Journal of Philosophy 68 (19), 1971, S. 5-20.
- Frei/Schenker/Finzen u.a.*, The Werther effect and assisted suicide, in: Suicide and Life-Threatening Behavior 33 (2), S. 192-200.
- Friedman*, Autonomy, gender, politics, Oxford, 2003.
- Gamondi/Pott/Forbes et al.*, Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: A qualitative study, in: British Medical Journal Supportive & Palliative Care 0, 2019, S. 1-7. (doi:10.1136/bmjspcare-2013-000483).
- Gamondi/Schmidhauser/Oriani et al.*, Family member's experiences of assisted dying: a systematic review with thematic synthesis. Palliativ Medicine, 2019, S. 1-15 (DOI:10.1177/0269216329857630).
- Gießelmann*, Suizidprävention: Bei Verdacht ansprechen. In: Deutsches Ärzteblatt 113, 37, A, 2016, S. 1584-1586.
- Graumann*, Assistierte Freiheit: Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte, Frankfurt/M., 2009.
- Harris*, Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik, Berlin, 1995.
- Hjelmeland/Dieserud/Dyregrov et al.*, Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? Death Stud 36, 2012, S. 605-626.
- Höfling*, Sterbehilferecht in Aufruhr - eine Nachbetrachtung zum Grundsatzurteil des BVerfG zu § 217 StGB, in: Gesundheitsrecht 2021, S. 351-356.
- Holderegger* (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg i.Ue., 1999.
- Holderegger*, Recht auf den freigewählten Tod?, Fribourg 2002.
- Joiner/Buchman-Schmitt et al.*, Do undiagnosed suicide decedents have symptoms of mental disorder? Journal of Clinical Psychology 73, 2017, S. 1744-1752.
- Kant*, Kants gesammelte Schriften. Hrsg. von der königlich-preußischen Akademie der Wissenschaften Bd. IV, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten [1785], Berlin 1900 ff, Bd IV.
- Katzenmeier*. In: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht. V. Aufklärungspflicht und Einwilligung Rn.1-7, München, 8. Auflage, 2021.

- Krämer*, Integrative Ethik, Frankfurt/M. 1995.
- Liu/Miller*, Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review, *Clinical Psychology Review* 34,2014, S. 181–192.
- Lobinger*, Ein Recht auf Suizid? Zur Rechtskreation des Bundesverfassungsgerichts, in: Uhle/Wolf (Hg.), *Entgrenzte Autonomie? Die assistierte Selbsttötung nach der bundesverfassungsgerichtlichen Entscheidung vom 26. Februar 2020*, Münster, 2021, S. 46-86.
- Lude/Strubreither*, Psychologische Theorien zur Bewältigung, in: *Strubreither/Neikes/Stirnemann et al.* (Hrsg.), *Klinische Psychologie bei Querschnittslähmung. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Folgen*. Wien, 2014, S. 184-222.
- Marckmann/Bormuth*, Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis: Einführung und Textauszüge von Medizinethikern aus dem deutschsprachigen und angelsächsischen Raum, in: *Wiesing* (Hrsg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*, Stuttgart, <sup>5</sup>2020, S. 95-128.
- Markewitz/Arendt/Scherr*, Verantwortungsvolle Berichterstattung über Suizide. Forschungsüberblick und Empfehlungen für die journalistische Praxis. *MedienJournal* 44 (3), 2021, S. 50-68.
- Mathwig*, Luxus STERBEN? Zur aktuellen Kontroverse um Suizidhilfe und Sterbebegleitung, Vortrag Spitex-Dienste, Dietlikon, 2009, <https://www.yumpu.com/de/document/read/51774356/dr-frank-mathwig-luxus-sterben-schweizerischer-> (zuletzt aufgerufen am 18.08.2022), S. 1-10.
- Metz*, *Memoria Passionis. Ein provozierendes Gedächtnis in pluralistischer Gesellschaft*, Freiburg/Br., 2006.
- Meyers*, *Self, society and personal choice*, New York, Oxford 1989.
- Morgenthaler/Plüss/Zeindler*, *Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen*, Zürich 2017.
- Niederkrothentaler/Arendt/Till*, Predicting intentions to read suicide awareness stories. The role of depression and characteristics of the suicidal role model. *Crisis* 36 (6),2015, S. 399-406. (<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000344>).
- Niederkrothentaler/Braun/Pirkis et al.*, Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2020, m575 (<https://doi.org/10.1136/bmj.m575>).

- Niederkröthenthaler/Fu/Yip et al.*, Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66 (11), 2012, S. 1037-1042;
- Pouliot/De Leo*, Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36, 2006, S. 491-510.
- Sautermeister/Hilpert* (Hrsg.), *Selbstbestimmung auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*, Freiburg/Br., 2015.
- Schäfer/Quiring*, Gibt es Hinweise auf einen "Enke-Effekt"? Presseberichterstattung über den Suizid von Robert Enke und die Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland. *Publizistik* 58 (2), 2013, S. 141-160 (<https://doi.org/10.1007/s11616-013-0172-2>).
- Scharfetter F.*, Persönliche Worte zu Krankheit und Sterben von Christian Scharfetter. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*; 165 (2), 2014, S. 64-68.
- Schirach von*, Gott. Ein Theaterstück, München, 2020.
- Schmidt/Mombour/Dilling* (Hrsg.), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Göttingen, 2015.
- Schmoller*, Sterbehilfe und Autonomie – Strafrechtliche Überlegungen zum Erkenntnis des VfGH vom 11.12.2020. *Juristische Blätter* L43, 147-156 (2021), S. 152. (<https://doi.org/10.33196/jbl2021030147>).
- Schramme* (Hg.), *Krankheitstheorien*, Frankfurt/M., 2012.
- Skuban-Eiseler*, Der Graubereich zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung – ein zu weites Feld? *Ethik in der Medizin* 33 (2021) 352-368.
- Sölle*, Leiden, Stuttgart 1973.
- Spickhoff/Greiner*, *Medizinrecht. Beck'sche Kurzkommentare*, München, 3. Auflage 2018, BGB §§ 823-839 Rn. 200-207.
- Stack*, Suicide in the media: A quantitative review of studies based on nonfictional stories, in: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35 (2), 2005, S. 121-133 (<https://doi.org/10.1521/suli.35.2.121.62877>).
- Stone/Simon/Fowler et al.*, Vital signs: trends in state suicide rates – United States, 1999-2016 and circumstances contributing to suicide – 27 states. *MMWR Morb Mortal Ekly Rep* 2018, 67: S. 617-624.
- Strubreither/Neikes/Stirnimann et al.*, *Klinische Psychologie bei Querschnittslähmung. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Folgen*, Wien, 2014.
- Taylor*, *Quellen des Selbst*, Frankfurt/M., 1996.

- Till/Niederkrothentaler*, Medien und Suizid: der aktuelle Forschungsstand zum Werther- und Papageno-Effekt – eine Übersichtsarbeit, in: *Psychotherapie Forum* 23 (3-4), 2019, 120-128 ([https:// doi.org./101007/s00729-019-00125-a](https://doi.org/101007/s00729-019-00125-a)).
- Wagner*, Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie, Berlin 2013.
- Wagner*, Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Trauer als diagnostisches Kriterium in der ICD-11 und im DSM-5, in: *Psychotherapeutenjournal* 3, 2016, S. 250-255
- Wimmer*, Zum Verhältnis von Anthropologie und Ethik. In: *Holderegger/Wils* (Hrsg.), *Interdisziplinäre Ethik. Grundlagen. Methoden, Bereiche*, Fribourg i.Ue., 2001, S. 32-52.
- Windhöfel*, Ein Grundrecht auf assistierten Suizid? Anmerkungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020. In: *Böhr/Rothhaar* (Hrsg.), *Anthropologie und Ethik der Biomedizin*, Wiesbaden, 2021, S. 229-262.
- Wolfersdorf*, Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? Pro. *Psychiatrische Praxis* 47, 2020, S. 176-177.
- Wolfersdorf*, Suizidbeihilfe bzw. ärztlich assistierter Suizid. Eine psychiatrische Position. *Nervenheilkunde* 6, 2015, S. 451-458.
- Wolf-Kühn/Morfeld*, *Rehabilitationspsychologie*, Wiesbaden, 2016.
- World Health Organization (WHO)*, Preventing suicide – a global imperative, 2014, [www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/World\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/World_report_2014/en/).
- World Health Organization (WHO)*, Preventing suicide: A resource for media professionals, 2017 ([https://apps.who.int./iris/rest/bitstreams/1088186/retrieve](https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1088186/retrieve)).
- Zimmermann*, Gott. Theologisch-ethischer Kommentar zu einem verfilmten Theaterstück. In: *Lesch/Leininger* (Hrsg.), *Fragen von Leben und Tod. Medizin und Ethik im Film*, Marburg, 2022, S. 195-206.
- Zimmermann-Acklin*, *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*, Freiburg i.-Ue., 1997.

## **Autor:innenverzeichnis**

MONIKA BOBBERT, Dr. theol. Dipl.-Psych., Professorin für Moraltheologie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, E-Mail: m.bobbert@uni-muenster.de

ANDRÉ BÖHNING, Dr. theol. Mag. Phil., Supervisor, Psychotherapeut Psychiatrische Klinik St. Gallen Nord, Wil, E-Mail: info@andre-boehning.com

GERHARD DANNECKER, Dr. iur. Dr. h.c., Seniorprofessor für Strafrecht und Strafprozessrecht an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, E-Mail: dannecker@jurs.uni-heidelberg.de

WILFRIED GAUL-CANJÉ, Dipl.-Päd., bis 2021 Geschäftsführer im Vorstand des Bundesfachverbandes CBP, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. sowie des Zweckverbands der katholischen psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen, Neuss, E-Mail: gaulw@me.com

SIGRID GRAUMANN, Dr. rer. nat. Dr. phil., Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum, E-Mail: graumann@evh-bochum.de

CHRISTOPH KNAUER, Dr. iur., Honorarprofessor für Wirtschaftsstrafrecht und strafrechtliche Revision an der Ludwig-Maximilians-Universität München, E-Mail: knauer@ufer-knauer.de

HANS KUDLICH, Dr. iur., Professor für Strafrecht, Strafprozessrecht und Rechtsphilosophie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, E-Mail: hans.kudlich@fau.de

DIETMAR MIETH, Dr. theol., emeritierter Professor für Theologische Ethik unter Berücksichtigung der Gesellschaftswissenschaften an der Eberhard Karls Universität Tübingen; derzeit Fellow und Leiter der Meister-Eckhart-Forschungsstelle, Max-Weber-Kolleg für kultur- und sozialwissenschaftliche Studien an der Universität Erfurt, E-Mail: dietmar.mieth@uni-erfurt.de

NORBERT NEDOPIL, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bis 2016 Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, E-Mail: Norbert.Nedopil@med.uni-muenchen.de

STEPHAN RIXEN, Dr. iur., Professor für Öffentliches Recht mit dem Schwerpunkt Staatsrecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht sowie Leiter der Forschungsstelle für das Recht des Gesundheitswesens, Universität zu Köln, E-Mail: stephan.rixen@uni-koeln.de

BERND RÖHRLE, Dr. phil., emeritierter Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg, E-Mail: roehrle@staff.uni-marburg.de

PETER SCHABER, Dr. phil., Professor für Angewandte Ethik, Universität Zürich, E-Mail: schaber@philos.uzh.ch

KLAUS SCHONAUER, Dr. med. Dr. phil., Privatdozent, Lehrbeauftragter für klinische Psychologie an der Universität Konstanz, Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, E-Mail: praxis-schonauer@t-online.de

BARBARA SCHNEIDER, Dr. med., Chefärztin in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der LVR-Klinik Köln, E-Mail: B.Schneider@lvr.de

TOBIAS TEISMANN, Dr. phil., Privatdozent, geschäftsführender Leiter des Zentrums für Psychotherapie (ZTP), Ruhr-Universität Bochum, E-Mail: Tobias.Teismann@ruhr-uni-bochum.de

JEAN-PIERRE WILS, Dr. theol., Professor für Politische Philosophie und Kulturphilosophie an der Radboud-Universität Nijmegen, E-Mail: jean-pierre.wils@ru.nl