

Michael Coors, Sebastian Farr (Hg.)

# Seelsorge bei assistiertem Suizid

Ethik, Praktische Theologie und  
kirchliche Praxis

TVZ



**Seelsorge bei assistiertem Suizid**  
*Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis*

**T V Z**



Michael Coors,  
Sebastian Farr (Hg.)

# *Seelsorge bei assistiertem Suizid*

Ethik, Praktische Theologie  
und kirchliche Praxis

**T V Z**

Theologischer Verlag Zürich

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur  
für die Jahre 2021–2024 unterstützt.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen  
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung

Layout: Simone Ackermann, Zürich

Abbildung: Kohle, Erde, Sand © Simone Ackermann

Satz und Layout

Claudia Wild, Konstanz

Druck

CPI books GmbH, Leck

ISBN 978-3-290-18457-5 (Print)

ISBN 978-3-290-18458-2 (E-Book: PDF)

DOI: <https://doi.org/10.34313/978-3-290-18458-2>

© 2022 Theologischer Verlag Zürich

[www.tvz-verlag.ch](http://www.tvz-verlag.ch)

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotografischen und audiovisuellen Wiedergabe, der elektronischen Erfassung sowie der Übersetzung, bleiben vorbehalten.



Creative Commons 4.0 International

# Assistierter Suizid im Spital

## Klinisch-ethische Perspektiven

Tanja Krones und Settimio Monteverde

### 1. Einleitung

Dieser Beitrag widmet sich dem assistierten Suizid aus der Perspektive der klinischen Ethik. Das Attribut «klinisch» bezeichnet dabei weniger den Ort der Ethik, hier die Klinik, als vielmehr die Materialität der Kontexte, in denen das ethische Reflektieren im Umgang mit Gesund- und Kranksein oft direkte Zukunftsfolgen für die Betroffenen hat. Diese Differenzierung hat weitreichende normative Implikationen bezüglich der «Verortung» der Debatte innerhalb des ethischen Diskurses: Erstens wird über die moralische Legitimität der Suizidhandlung per se diskutiert (individual- und sozialetische Ebene), zweitens über die Tragweite des Konzeptes der Assistenz durch Fachpersonen, wie sie vor allem die ärztliche und pflegerische Profession prägen (professionsethische Ebene), und drittens über den Ort der Suizidhandlung angesichts der Tatsache, dass Menschen mit Sterbewunsch mittels Suizid diesen in Kontexten stationärer Versorgung, z. B. Spital, Alters- und Pflegeheim oder andere Einrichtung erwägen, aushandeln oder ausführen möchten (organisationsethische Ebene).

Die Klinische Ethik zeichnet sich durch eine direkte Involvierung in existenzielle Situationen und die damit unausweichlich verbundene Verantwortungsübernahme aus. Sie wurzelt daher – was aus unserer Sicht zu wenig explizit gemacht wird – in Denktraditionen, welche der direkten Verortung im *Klinischen* (d. h. in der Praxis) eine normative Bedeutung zumessen, in welcher der unmittelbare Kontext zum zentralen Text wird, der gelesen und verstanden werden muss. Die Disziplin hat dadurch einen etwas anderen Blick als die im öffentlichen Diskurs und der Akademie meist vertretenen Ansätze im Umgang mit ethischen Problemen und Dilemmata. Daher beginnt dieser Beitrag mit einem kleinen metaethischen Exkurs. Darin gehen wir auch auf die eng verbundenen Disziplinen der klinischen Ethik und der Klinikseelsorge ein. Hier sehen wir aufgrund des Berufsfeldes ein vergleichbares Spannungsfeld zur theologischen Ethik, wie dies die klinische Ethik in Bezug auf die Moralphilosophie kennzeichnet.

Im zweiten Abschnitt werden anhand der klinischen Fallkonstellationen, die im Spital auftreten können, die Vielschichtigkeit und Vieldeutigkeit der Fragestellungen in der Praxis verdeutlicht und der assistierte Suizid in den Kontext individu-

eller Entscheidungen am Lebensende gestellt. Wie letztlich im Einzelfall gehandelt wird, hängt auch von den Rahmen- und Kontextbedingungen auf verschiedenen Ebenen ab. Diese unterscheiden sich zwar in einigen Punkten in Bezug auf die deutschsprachigen Länder, sind jedoch zwischen der Schweiz und Deutschland erstaunlich weniger different, als häufig dargestellt wird. Abschliessend formulieren wir mit den Worten einer Krankenhauseelsorgerin den Wunsch nach einer Debatte, die die Situation der Betroffenen stärker ins Zentrum rückt, Moralisierung vermeidet und in diesem Sinne Demut übt auf der Suche nach einem sensiblen, hilfreichen Umgang mit menschlichem Leben und Leiden.

## 2. Ist Klinische Ethik angewandte Moralphilosophie?

«Ethik», so schreibt Dieter Birnbacher als ersten Satz der Einleitung zu einem seiner Grundlagenbücher zur Bioethik, «ist nach üblichem Verständnis die Gesamtheit der theoretischen Beschäftigungen mit den Phänomenen der Moral und der moralischen Normen, soweit diese nicht den Charakter empirischer Theorien haben».<sup>1</sup>

«Ethics», so meinen dagegen John C. Fletcher, Edward M. Spencer und Paul A. Lombardo in ihrer Einleitung zur Klinischen Ethik, «is a practical discipline that deals with ‹real world› problems and practices».<sup>2</sup>

In diesen beiden Zitaten kommen nicht nur verschiedene Denktraditionen der anglo-amerikanischen und der deutschsprachigen kontinentaleuropäischen Philosophie zum Ausdruck, sondern auch unterschiedliche Perspektiven. Diese betreffen sowohl die theoretische Beschäftigung mit Ethik als auch die direkte Involvement und Mitverantwortung von Akteurinnen und Akteuren in komplexen Problem- und Dilemmasituationen.

Was passiert, wenn man sich als philosophische Ethikerin oder, wie John C. Fletcher, als Theologe, aus dem universitären Seminarraum tatsächlich in ein Besprechungszimmer eines Krankenhauses begibt, hat Jonathan Moreno treffend beschrieben:

The social character of bioethics is closely associated with its institutional functions. To see this it is necessary to distinguish bioethics from the traditional humanistic disciplines in another way. Humanistic professors may – and argue –

---

1 Dieter Birnbacher: *Bioethik. Zwischen Natur und Interesse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2006, 29.

2 John C. Fletcher, Edward M. Spencer, Paul A. Lombardo: *Introduction to Clinical Ethics*. Hagerstown: University Publishing Group <sup>3</sup>2005, 3.

bly should – leave their students in a state of doubt about some great human issues [...]. The Socratic tradition renders this view of humanistic pedagogy more than respectable. Bioethicists, too, may adopt the posture of the perpetual critic, but only insofar as they occupy the role of professor. Put bluntly, those who leave the seminar room for the hospital conference room either drastically change their professional role or soon find themselves unwelcome or ineffective in the latter setting. Raising hard questions is important work, as is challenging prejudices and preconceptions and «speaking truth to power» but when action is required, as it is in virtually all the contexts in which medicine functions, the critical posture is simply not enough. Perhaps the most striking personal effect of bioethics on those who, like me, have undergone the transformation from humanities professor to bioethicist, is the way it forces those who might otherwise remain perpetual critics to «cash out» their views and take a position.<sup>3</sup>

Tatsächlich wird nicht nur der Akteur durch den Wechsel des Kontextes, sondern auch – und dies seit wir Wissenschafts- und Philosophiegeschichte schreiben – die theoretische Ebene durch die Erfahrungen mit der Praxis nicht nur erklärt oder ausgelegt, sondern regelrecht affiziert. Es gehört aus sozialwissenschaftlicher Sicht nicht zu einer guten normativen Praxis, sondern zu den Mechanismen von Macht und Geltung, zur Wissenschaftspolitik und zum Herrschaftsanspruch, eine Theorie als von den jeweiligen sozial-historischen Kontexten unabhängig, für alle Zeiten und an allen Orten allgemeingültig und im genuinen Sinne wahr zu beschreiben, in der Regel mit Verweis auf «die Tradition», «die Natur» oder einen «grossen Denker»<sup>4</sup>, und sich als deren Vertreter oder Vertreterin zu installieren. Dies gilt nicht nur, aber insbesondere für den Bereich des Sozialen.<sup>5</sup>

3 Vgl. Jonathan D. Moreno: Bioethics is a Naturalism, in: Glenn McGee (Hg.): *Pragmatic Bioethics*. Nashville, London: Vanderbilt University Press 1999, 14.

4 In der deutschsprachigen Philosophie und Theologie kommt man dabei nicht an Immanuel Kant vorbei, denn «wenn man uns Deutsche nach der Eintrittskarte ins demokratische Zeitalter fragt, haben wir zwar keine Französische, keine Amerikanische und auch keine Englische Revolution vorzuweisen, aber – Kant sei Dank! – Immanuel Kant» (Ulrich Beck, Anthony Giddens, Scott Lash: *Reflexive Modernisierung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2003, 77).

5 «[P]hilosophisch betrachtet, mögen die Dinge anders liegen, vom Standpunkte der Gesellschaftswissenschaften ist jedes historische, weltanschauliche, soziologische Wissen – auch wenn es die absolute Richtigkeit und Wahrheit selbst sein sollte – eingebettet und getragen vom Macht- und Geltungstrieb bestimmter Gruppen, die ihre Weltauslegung zur öffentlichen Weltauslegung machen wollen» (Karl Mannheim: Die Bedeutung der Konkurrenz im Gebiete des Geistigen, in: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) (Hg.): *Verhandlungen des 6. Deutschen Soziologentages vom 17.–*

Seit dem Positivismusstreit Anfang des letzten Jahrhunderts haben wir uns in den sogenannten harten Wissenschaften wie der Physik von der Vorstellung verabschiedet, die Wissenschaft beruhe auf einem festen Grund.<sup>6</sup> In Teilen der akademischen Ethik ist das Bewusstsein dafür, dass auch ethische Theorien und Prinzipien einen sozial-historischen Anker haben und von prinzipiell falliblen Menschen erdacht wurden, um den Bereich des Guten und Richtigen zu beschreiben, nicht immer hinreichend hervorgehoben.<sup>7</sup>

Die Standard-Moral-Architektur der angewandten Ethik, dass moralische Theorien, durch Fakten informiert, die Praxis direkt und zuverlässig ethisch beurteilen, hierbei zwar Passungen zwischen den unteren Ebenen (auf Fallebene und den Prinzipien der mittleren Ebene) in der Abwägung zulassen, die untere Ebene die jeweils obere Ebene (Fälle die Prinzipien, Prinzipien die Moraltheorien) jedoch nicht beeinflusst, hat James Lindemann Nelson als «lineares Modell der Ethik» beschrieben, welches er dem pragmatistischen Modell der Ethik gegenüber stellt.<sup>8</sup> Aus Sicht einer pragmatistischen Philosophie sind Moraltheorien wertvolle

*19. September 1928 in Zürich. Vorträge und Diskussionen in der Hauptversammlung und in den Sitzungen der Untergruppen. Tübingen: Mohr Siebeck 1929, 35–83).*

- 6 «So ist die empirische Basis der objektiven Wissenschaft nichts «Absolutes»: Die Wissenschaft baut nicht auf Felsenrund. Es ist eher ein Sumpfland, über dem sich die kühne Konstruktion ihrer Theorien erhebt; sie ist ein Pfeilerbau, dessen Pfeiler sich von oben her in den Sumpf senken, aber nicht bis zu einem natürlichen «gegebenen» Grund. Denn nicht deshalb hört man auf, die Pfeiler tiefer hineinzutreiben, weil man auf eine feste Schicht gestoßen ist: Wenn man hofft, daß sie das Gebäude tragen werden, beschließt man, sich vorläufig mit der Festigkeit der Pfeiler zu begnügen.» (Karl Popper: *Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr Siebeck 1994, 75f)
- 7 Dies gilt nicht nur für die theoretische, sondern auch für die angewandte Ethik, wenn sie der hier beschriebenen Moralarchitektur von Birnbacher folgt. Ein pragmatistisches, oder, mit Richard Rorty gesprochen, liberal ironisches Ethikverständnis (vgl. Richard Rortys Auseinandersetzung mit seinem Freund Jürgen Habermas, in Richard Rorty: *Kontingenz, Ironie und Solidarität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2018, zuerst: *Contingency, irony, and solidarity*, Cambridge University Press 1989) versteht normative Theorien als sozial-geschichtlich verortete Hypothesen, die sich in der Praxis immer wieder neu bewähren müssen. So haben sich der Philosoph Tom Beauchamp und der Theologe James Childress, wie beispielsweise auch der Ökumeniker Joseph Houldsworth Oldham, mit «mittleren Axiomen» zwar von ihrem obersten «unbegründeten Glauben» – Beauchamp vom Utilitarismus, Childress von der Deontologie – gelöst. Die Prinzipien der mittleren Ebene, auf welche sie die Prinzipienethik gründen, beruhen jedoch auf einer dann doch als allgemeingültig postulierten «common morality», als einer nicht von der Praxis direkt affizierte normative Basis. Aus Sicht von Rosi Braidotti unterliegt dem Humanismus insgesamt diese fehlerhafte Denkfigur. Vgl. Rosi Braidotti: *The Posthuman*. Cambridge/UK und Malden, Mass./USA 2013: Polity Press.
- 8 Vgl. James Lindemann Nelson: Moral teachings from Unexpected Quarters. Lessons from the Social Sciences and Managed Care, in: *The Hastings Center Report* 30 (2000), 4–5.

Ansätze, Instrumente, die helfen können, in schwierigen Problem- und Dilemmasituationen Lösungen zu finden.<sup>9</sup> Hierbei ist es auch die Motivation, bestmögliche Abwägungen in Dilemmasituationen zu ermöglichen und bei ethischen Problemen das Richtige zu tun. Es geht aber vor allem darum, Hypothesen zu generieren, die hilfreich sind, die menschlichen Widersprüche und Tragödien, die wir als ethische Fragestellungen klassifizieren, sensibel ein Stück weit besser zu verstehen, für die direkt Betroffenen verstehbar, erträglich und dadurch besser handhabbar zu machen und angesichts drohender Handlungsunfähigkeit das moralische Handlungsvermögen (moral agency) wiederherzustellen. Hierbei hilft auch das platonische Konzept der *episteme*, Logik und Erkenntnis, aber vor allem die aristotelische *phronesis*, die praktische Klugheit in der Interaktion mit den Betroffenen. Darin verbinden sich theoriegestützte Hypothesen, lebenspraktische Erfahrung und rationaler Nachvollzug, was unter anderem exzellente kommunikative Fertigkeiten verlangt. Die ethische Reflexion und Beurteilung wurzelt im philosophischen Pragmatismus nicht in der Theorie, sondern in der Praxis. Die Vorannahmen werden nicht zuvor gewählt und angewendet, sondern entwickeln sich in der Praxis des Experimentierens in einem Forschungs- und Handlungsprozess, der dazu führen kann, dass auch Theorien reflexiv modifiziert werden. Anders gesagt: Die Theorie wird nicht zuvor (wie bei vielen Moralphilosophen und Moralphilosophinnen als «unbegründeter Glaube»),<sup>10</sup> als ein nicht weiter hinterfragtes Vorgegebenes gewählt und in der Anwendung die Praxis auf die Theorietauglichkeit geprüft, indem die theoretischen Annahmen verteidigt werden, und man sich über das Vollzugsdefizit wundert, wenn die Akteure die gut erarbeiteten Vorschläge partout nicht umsetzen. Theorien werden vielmehr, in Kenntnis ihrer hohen Relevanz, als Hypothesen auf den Handlungsvollzug angewandt. In der gemäss einer pragmatischen Ethik und Logik bestehenden Wechselwirkung (nicht: linearen Kausalkette in der einen [top-down] oder anderen [bottom-up] Richtung) zwischen Theorie und Praxis) geht es nicht um die Interpretation der Praxis aus einer bestimmten Sichtweise (den apriorischen Voraussetzungen des jeweiligen Wissenschaftlers oder der jeweiligen Wissenschaftlerin) heraus, sondern um die offene Prüfung der Stringenz und Nützlichkeit der Theorie für die Interpretation von Handlungselementen und die Generierung von Lösungsvorschlägen und auch neuen Theorien in konfliktären neuen Situationen. In dieser Perspektive beschreibt beispielsweise

---

9 Verbunden mit den Überlegungen von William James, Charles Sanders Peirce, John Dewey, Rosemary Tong und Richard Rorty in der Klinischen Ethik siehe zum Beispiel Franklin G. Miller, Joseph J. Fins, Matthew D. Bacchetta: *Clinical Pragmatism: John Dewey and Clinical Ethics*, in: *Journal of Contemporary Health Law & Policy* 13 (1996), 27–51.

10 Vgl. dazu Anm. 7–9.

Steven Fesmire, in Anlehnung an John Dewey,<sup>11</sup> das Aktionsfeld der Ethik als «moral imagination» und die darin handelnde Person als «moral artist».<sup>12</sup> Vor diesem Hintergrund misst sich die Brauchbarkeit von Theoriegebäuden im Wesentlichen auch am Handlungsvollzug und nicht einzig an der logischen Passung in ein bestimmtes, immer auch ideengeschichtlich-historisch verortbares, moralphilosophisches Konstrukt. Zudem können im Sinne einer pragmatistischen Logik auch neue Hintergrundtheorien induktiv und abduktiv generiert werden, wodurch auch die Prinzipien der obersten Ebene einer prominenten, lange Zeit hilfreichen Theorie durch die Praxis des Experimentierens auf lange Sicht modifiziert werden. Ansätze, die einer pragmatistischen Auffassung von Ethik nahestehen, sind beispielsweise die narrative Ethik und die Kasuistik, beides Ansätze, die auch in der theologischen Ethik auf fruchtbaren Boden gestossen sind.

Dass aber der Nexus von Theorie, Hypothesenbildung und Erfahrung im Verständnis klinisch-ethischer Fragen auch anders gesehen werden kann, belegt der Ethiker Axel W. Bauer im Rückgriff auf Giovanni Maio:

Nur dann können moralische Urteile überhaupt überparteilich und universalisierbar sein, wenn sie eben nicht nur von den sich selbst als «betroffen» Bezeichneten gefällt werden. So sehr eine individualistische Sichtweise psychologisch nachvollziehbar sein mag, den Begriff von Ethik als einer normativen Disziplin verfehlt sie gänzlich. In Bezug auf die klinische Ethikberatung hat Giovanni Maio mit Recht darauf hingewiesen, dass Ethikberatung nicht mit Psychotherapie verwechselt werden dürfe. Moralische Konflikte lassen sich nicht auf Kommunikationsprobleme oder interpersonelle Konflikte reduzieren, denn sonst resultiert die von Paulus Liening so bezeichnete «Wohlfühl-ethik», bei der die meist unbequeme rationale Argumentation durch eine Art therapeutische Balint-Gruppe der sich selbst für betroffen Erklärenden ersetzt wird.<sup>13</sup>

Angesichts dieser als notwendig postulierten starken Abgrenzung der normativen Ebene von derjenigen des Erlebens und des kommunikativen Umgangs unter dem Begriff der Wohlfühl-Kommunikation stellt sich die Frage, ob zum angemessenen Verständnis ethischer Probleme und Dilemmata im klinischen Alltag normative

---

11 Vgl. Anm. 9.

12 Steven Fesmire: *John Dewey and moral imagination. Pragmatism in ethics*. Bloomington: Indiana University Press 2003.

13 Vgl. Axel W. Bauer: Wissenschaftliche Ethik als Demoskopie der Alltagsmoral? Kritische Anmerkungen zur Begründungsfrage in der Medizinischen Ethik, in: Marcus Düwell, Josef N. Neumann (Hg.): *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?* Paderborn: Mentis 2005, 140.

Theorien tatsächlich direkt handlungsleitend sein sollten, um so reale Konflikte der tatsächlich unmittelbar Betroffenen, der Patientinnen und Patienten sowie der direkt verantwortlichen Ärzte und Ärztinnen und Pflegefachpersonen durch «unbequeme rationale Argumentation» unabhängig von der Komplexität der Situation und den Gefühlen und Beziehungen der Beteiligten autoritativ zu regeln.

Diese Auffassung beruht aus (gesellschafts-)philosophischer, pragmatistischer Sicht auch auf der Sehnsucht nach einem sicheren Boden in ambivalenten, komplexen Situationen:

[I]n morals, a hankering for certainty, born of timidity and nourished by love of authoritarian prestige, has led to the idea that absence of immutably fixed and universally applicable ready-made principles is equivalent to moral chaos.<sup>14</sup>

Nach unserer Erfahrung ist die Vorstellung, auf die direkte Interaktion und den Perspektivenwechsel zur Nahbeziehung im klinischen Alltag verzichten zu können und zu fordern, das ethisch Richtige einzig auf der allgemeinen Ebene der «zwischen uns geltenden» normativen Erwägungen zu lokalisieren, von Grund auf verfehlt und fügt, mit Judith Butler gesprochen, im schlimmsten Fall den betroffenen Subjekten «ethische Gewalt»<sup>15</sup> zu. Die Probleme sind zudem sehr häufig tatsächlich auch Kommunikationsprobleme. Wer klinische Ethikberatung in einer Form der distanzierten «Ethik des Fremden» betreiben möchte, muss sich die Frage stellen, wie er oder sie deren Wirksamkeit im Alltag der Betroffenen messen möchte. Auch in der Klinischen Ethik gilt: Rationale Argumente, Gerechtigkeitsperspektiven und Rechts- und Pflichtenethik sind wichtig, gelten aber beileibe in klinischen Situationen nicht absolut und sind auch nicht primär handlungsleitend. Entscheidungen werden in der Praxis nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt durch Behandlungsteams aufgrund rationaler Erwägungen gefällt. Entscheidungen werden vielmehr in einem gemeinsamen, manchmal konfliktären Prozess auf der Basis verschiedener Argumente, Emotionen und wechselnder situativer Umstände von verschiedenen Beteiligten errungen – darunter auch Entscheidungen über und zwischen Leben und Tod. Ziel in realen, lebensweltlichen klinischen Konfliktsituationen ist es, diese tatsächlich in Wohlgefallen, weitestgehend im Sinn- und Interessenshorizont der direkt betroffenen Person aufzulösen und nicht durch unbequeme rationale (d. h. in der realen hochemotionalen Situation des Krankseins oder Sterbens wenig hilfreiche oder gar konfliktträchtige) Argumentationen zu verschärfen. Die Gefühle, Hilflosigkeiten, den manchmal vorhandenen Zeitdruck, die persönliche

14 Vgl. John Dewey: *A Common Faith*. New Haven: Yale University Press 1934, 27.

15 Vgl. Judith Butler: *Kritik der Ethischen Gewalt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2007.

Lebensgeschichte der Patienten und Patientinnen sowie des Behandlungsteams, die menschlichen Unzulänglichkeiten und Fehler müssen zentral berücksichtigt werden, um den direkt betroffenen Menschen gerecht zu werden.<sup>16</sup> Es gibt auch in der Theologie die Spannung zwischen theologischer Ethik und Sozialethik, resp. zwischen Moral- und Pastoraltheologie. Diejenigen, die eher zur Auseinandersetzung mit abstrakteren fundamentalen Fragen neigen, mögen eher ersterer zugewandt sein. Diejenigen, denen es um den Auftrag der Kirchen in der je individuellen Lebenswelt der Menschen geht, zur zweiten. Und, die Bemerkung erlauben wir uns, dies sind eher Frauen, dort, wo es ihnen denn erlaubt ist. Diese werden dann vielleicht eher Klinikseelsorgerinnen als Trägerinnen eines höheren geistlichen Amtes oder Lehramts wie etwa Bischöfinnen oder Universitätsprofessorinnen.

Die Spannung zwischen diesen zwei Ebenen der Auseinandersetzung scheint uns auch für die in diesem Sammelband beschriebene, in Fachkreisen und teils auch medial ausgetragenen aktuellen Debatte um den assistierten Suizid von Bedeutung zu sein, wenn beispielsweise Peter Dabrock und Wolfgang Huber<sup>17</sup> in ihrer Replik auf den «Stein des Anstosses», den Artikel von Reiner Anselm, Isolde Karle und Ulrich Lilie für assistierten professionellen Suizid in der FAZ, Fronten beschreiben, die aus ihrer Sicht nicht «falsch» in einem von ihnen als gemeinsam definierten Innen, im «sicheren Ort der Diakonie», sondern gegen das nicht-kirchliche (hier auch gemeint ökumenisch-christliche) Aussen, die «eigenwillige Auffassung des (Bundesverfassungs-)Gerichts von Selbstbestimmung» mit einem «unhintergehbaren Horizont» gesetzt werden müssen. Hält man diese Front nicht aufrecht, so drohe gemäss Dabrock und Huber eine «Erschütterung des Berufsethos» nicht nur der Seelsorgenden, sondern auch aller Gesundheitsberufe.

---

16 Zu den philosophischen und wissenschaftstheoretischen Grundlagen der pragmatistischen, kontextsensitiven und klinischen Ethik siehe z. B. den Sammelband Markus Christen, Carel van Schaik, Johannes Fischer, Markus Huppenbauer, Carmen Tanner (Hg.): *Empirically Informed Ethics: Morality between Facts and Norms*. Cham: Springer 2014. Zu den Grundlagen der Klinischen Ethik vgl. Tanja Krones: *Kontextsensitive Bioethik-Wissenschaftstheorie und Medizin als Praxis*. Frankfurt a. M., New York: Campus 2008.

17 Wolfgang Huber, Peter Dabrock: Selbstbestimmt mit der Gabe des Lebens umgehen, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (24.1.2021), 6.

### 3. Assistierter Suizid als Sterbewunsch und Sterbep Praxis: Die Vorder- und die Hinterbühne

Die Sterbehilfe im Allgemeinen und der assistierte Suizid im Besonderen gehörten in vielen Ländern sowohl auf nationaler wie auch auf institutioneller Ebene zu den ersten Themen, die in der sich nach dem Zweiten Weltkrieg neu als Disziplin etablierenden Medizinethik innerhalb und ausserhalb der Ärzteschaft in Form von Leit- und Richtlinien aufgegriffen wurden.

Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hatte sich 1976 erstmals aus ethischer Sicht mit dem Thema Lebensende befasst und hierzu eine Richtlinie erarbeitet, die auch das Thema des assistierten Suizids umfasste.<sup>18</sup> Bis zur ersten Revision 2004 wurde darin die Auffassung vertreten, dass die «Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe» sei. Die Inklusion des assistierten Suizids als eine nach dem ärztlichen Standesethos in Einzelfällen vertretbare Handlung in der neu gefassten Richtlinie «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» wurde nach Veröffentlichung intensiv diskutiert, 2005 jedoch von der Assoziation der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, der FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum), in die ärztliche Standesordnung aufgenommen.

Auch die deutsche Bundesärztekammer hat sich seit Ende der 1970er-Jahre in Richtlinien, später Grundsätze genannt, zur ärztlichen Sterbebegleitung geäussert. Die Formulierung in der ersten Fassung, nach welcher die «Mitwirkung des Arztes dem ärztlichen Ethos widerspreche», wurde erst in der Revision 2011 durch die Formulierung, die die SAMW bis 2004 verwandt hatte, ersetzt, nach welcher die «Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe» sei. Damit, so der damalige Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe in der Präambel zur Neufassung, würden die «verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt, ohne die Grundausrichtung und die grundlegenden Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung infrage zu stellen».<sup>19</sup> Jedoch täuscht diese Formulierung darüber hinweg, dass die rechtswirksamen Berufsordnungen und das Standesrecht in Deutschland nicht durch die Bundesärztekammer, sondern durch die Landesärztekammern der Bundesländer erlassen werden. Diese haben in Bezug auf den assistierten Suizid nicht alle dieselbe Haltung. Einige sahen bereits seit vielen Jahren

18 Vgl. SAMW-Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe», online unter [https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm\\_saez/de/saez.2014.03112/e9a5e461eabc97155b74291e811ab81b054cf30e/saez\\_2014\\_03112.pdf/rsrc/jf](https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/de/saez.2014.03112/e9a5e461eabc97155b74291e811ab81b054cf30e/saez_2014_03112.pdf/rsrc/jf), Zugriff am 10.9.2021.

19 Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011), A346–348.

die Suizidassistentz, analog zu den neueren SAMW-Richtlinien, als eine auch durch Ärzte und Ärztinnen ethisch gerechtfertigte Handlung im Einzelfall an. Nach unserem Wissen wurde letztlich keine ärztliche Fachperson aufgrund der Beihilfe zum Suizid in Deutschland berufsrechtlich die Approbation entzogen. Die deutsche Rechtsordnung sah, anders als diejenige der Schweiz (Art. 115 StGB im Schweizer Strafrecht), bis 2015 die Beihilfe zum Suizid insgesamt nicht als strafbare Handlung an. Es existierte kein Gesetzesartikel im Strafgesetzbuch, sodass die deutsche Rechtslage faktisch liberaler war als diejenige in der Schweiz. Paradoxerweise wird die Schweiz jedoch international oft als das Land genannt, welches *rechtlich* in Bezug auf die Beihilfe zum Suizid extrem liberal sei. Durch die Subsumption des assistierten Suizids als Form des *assisted dying* wird zudem immer wieder die Mutmassung geschürt, in der Schweiz sei auch aktive Sterbehilfe möglich, obwohl diese ja gesetzlich explizit unter Strafe gestellt ist. Ausserhalb der Schweiz ist auch wenig über das Phänomen des «Röstigrabens» bekannt: die französischsprachige Schweiz vertritt in vielen gesellschaftspolitischen Fragen eine etwas liberalere Haltung und bildet andere Praxen aus als die Deutschschweiz, so etwa in der Zulassung von assistiertem Suizid durch die sogenannten Sterbehilfeorganisationen auch in Heimen und Spitälern. Die Durchführung eines assistierten Suizids wird so an den Universitätsspitalern von Genf und Lausanne in den Räumlichkeiten explizit ermöglicht, während in den Universitätsspitalern der Deutschschweiz bis heute Patientinnen und Patienten verlegt werden, wenn sie assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten.

Was sich tatsächlich stärker als in Deutschland und anderen Ländern gesellschaftlich etabliert hat bzw. prominenter wahrgenommen wird, ist die sogenannte organisierte Sterbehilfe, d. h. die vor allem in der Deutschschweiz tätigen Vereine und Organisationen, die ihren Mitgliedern im Falle der Bitte um Suizidassistentz diese nach den geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen und den Richtlinien der SAMW gewähren. Warum dies so ist, ist unseres Erachtens eine soziologisch spannende Frage.

Auch am Universitätsspital Zürich (USZ) war die erste USZ-weit geltende ethische Richtlinie, die die 2006 neu am Universitätsspital und der Universität Zürich etablierte Klinische Ethik<sup>20</sup> erarbeitet hatte, diejenige zur «Suizidbeihilfe im Spital». Die am 8. März 2007 herausgegebene Medienmitteilung trug den Titel «Suizidbeihilfe im Spital – Universitätsspital Zürich lehnt Suizidbeihilfe in eigenen Räum-

---

20 Zuvor gab es mehrere Modellprojekte einer Zusammenarbeit des USZ mit dem Institut Dialog Ethik auf der neonatologischen Intensivstation und zwei weiteren Intensivstationen, die bis 2011 weitergeführt wurden.

lichkeiten grundsätzlich ab».<sup>21</sup> Die wesentlichen Aspekte der dort publizierten Weisung waren die Folgenden:

- 1) In den Räumlichkeiten des USZ soll *grundsätzlich keine Suizidbeihilfe* geleistet werden, weder durch Angestellte des USZ noch durch andere sich in den Räumlichkeiten des USZ aufhaltende Personen.
- 2) Der *Besuch* von Patienten durch *Mitarbeiter von Sterbehilfeorganisationen* ist im Rahmen des allgemeinen Besuchsrechts *erlaubt*.
- 3) Patienten, die sich mithilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen möchten, haben wie andere Patienten auch das *Anrecht* auf einen Bericht, der über die medizinischen Fakten wie Diagnose, Prognose und vorgenommene Abklärungen Auskunft gibt. Das Ausstellen eines solchen Berichtes bedeutet in keiner Weise Beteiligung am Suizid.
- 4) Dem *allfälligen Anliegen* eines Patienten bei Austritt, eine bereits liegende *Verweilkanüle nicht zu entfernen*, soll entsprochen werden.
- 5) Bei entsprechender Hilfe wird eine Verlegung praktisch immer möglich sein. Sollte es sich herausstellen, dass jemand längerfristig nicht in Lage ist, das Spital zu verlassen, bemüht sich das USZ, mit dem Betroffenen eine *Lösung auf individueller Basis* zu suchen.
- 6) Auch wenn sich ein Patient ausserhalb des Spitals das Leben nimmt, kann das *für diejenigen, die den Patienten im USZ betreut haben*, mit erheblichen Belastungen verbunden sein. Diesen Mitarbeitern sollen Möglichkeiten zur *Aussprache und Verarbeitung des Geschehenen* angeboten werden.
- 7) Im USZ sollen ab jetzt die *Erfahrungen* in diesem Bereich unter Einschaltung des oder Bericht an den klinischen Ethiker systematisch *gesammelt und ausgewertet* werden.

Im Fliesstext der Weisung wird weiter ausgeführt, dass in besonderen Einzelfällen, in welchen es unzumutbar ist, Patientinnen und Patienten mit Suizidwunsch aufgrund einer zu grossen klinischen Instabilität zu verlegen, menschlich individuelle Lösungen gefunden werden müssen. Dies kann (und soll) so ausgelegt werden, dass das «grundsätzlich» in der obigen Formulierung zwar gilt, die Möglichkeit der Suizidbeihilfe in den eigenen Räumen aber doch in einer Ausnahmesituation ermöglicht werden kann. Hierdurch kann jedoch eine grosse Spannung entstehen, welche die Nationale Ethikkommission der Schweiz (NEK) 2005 in ihrer Stellungnahme Nr. 9 «Beihilfe zum assistierten Suizid» offen adressierte, ohne hierfür eine

---

21 Medienmitteilung des USZ, Hervorhebungen im Original. Archiv USZ Unternehmenskommunikation.

wirkliche Lösung anzubieten. In der NEK-Stellungnahme von 2005 finden sich folgende beiden Zitate:

Akutspitäler: Jede Institution soll klar festlegen, ob sie für ihre Patienten die Möglichkeit des assistierten Suizids zulassen will oder nicht.

Der wohl erwogene persönliche Entschluss zum Suizid soll nicht an den Regeln einer Institution, dem persönlichen Gewissensentscheid eines einzelnen Arztes oder einer einzelnen Betreuungsgruppe scheitern müssen. Es sollte die Möglichkeit gewährt werden, auf Wunsch einem anderen Arzt zugewiesen oder in eine andere Institution verlegt zu werden.

2009 hatte wir, Tanja Krones zunächst allein, ab 2015 dann in Co-Leitung mit Settimio Monteverde und seit 2020 zusätzlich mit Isabelle Karzig, die Kernaufgaben der Klinischen Ethik am USZ – assoziiert am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich – von Georg Bosshard übernommen. Gemeinsam mit dem Klinischen Ethikkomitee und den Ethikverantwortlichen der Kliniken sind wir für die Unterstützung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Behandlungsteams und Spitalleitung im Bereich ethischer Fragen auf Einzelfall- und organisationsethischer Ebene zuständig und haben seitdem auch das Monitoring der Fallsituationen durchgeführt. Seit einigen Jahren ist die Klinische Ethik in etwas über 1000 Fallsituationen involviert, die wir für die Jahresberichte nach Fallkonstellationen aufschlüsseln. Fragen zum assistierten Suizid werden hierbei auf Basis der Weisung von 2007 gesondert aufgeführt (siehe Abbildung 1).

Wie die Abbildung zeigt, ist die Palette der Fragestellungen, die an die Klinische Ethik herangetragen werden, recht divers und reicht von den häufigsten Fragestellungen «Umgang mit Patientenverfügungen / Advance Care Planning» und Problematiken im Umgang mit vulnerablen Patientengruppen bis zu den selteneren Fragen nach Schweigepflicht und Übertherapien. Die Konstellationen, die unter «assistiertem Suizid» codiert werden, machen ca. 3% aller Fallsituationen aus, umfassen jedoch nicht allein die Anfrage von Patientinnen und Patienten an das Behandlungsteam, Suizidassistenz zu leisten.

Fragestellungen, die wir in diesem Rahmen sehen, sind zum Beispiel:

1. Verwechslung einer Mitgliedschaft in einer Sterbehilfeorganisation wie Exit und Vorliegen einer Exit-Patientenverfügung mit einem Sterbewunsch mittels assistiertem Suizid
2. Interpretation von Sterbewünschen bei schwerstkranken Menschen mit Wunsch z. B. nach Beendigung lebenserhaltender Therapien mit Suizidalität inkl. mehrfachem Einbezug von Psychiatern und Psychiaterinnen

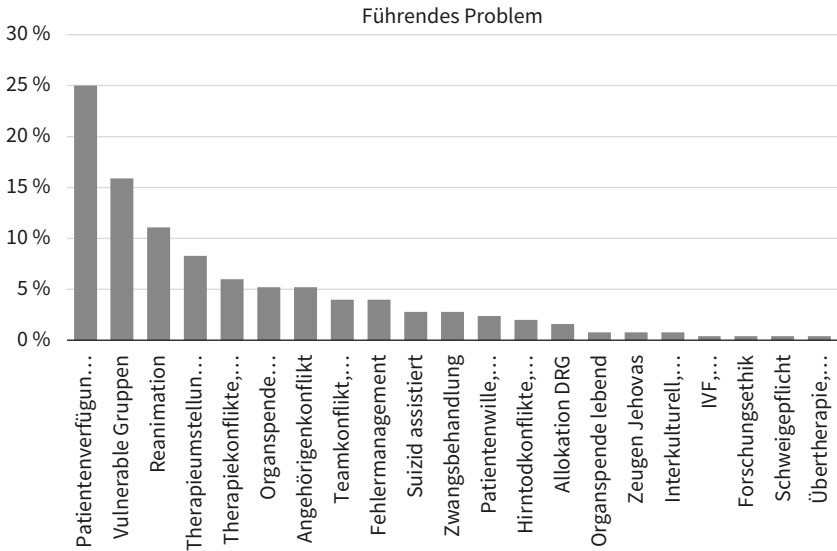


Abbildung 1: Fallkonstellationen der Klinischen Ethik, Auszug aus dem Jahresbericht 2018

3. Anfragen von Menschen – nicht nur aus der Schweiz – zur Möglichkeit von assistiertem Suizid und nachfolgender Organspende
4. Wunsch von stationären Patientinnen und Patienten nach Information und Kontaktaufnahme zu Exit und die Frage, ob die Vermittlung von Kontaktdaten schon eine Form der Assistenz sei
5. «Fit für Exit»: Dialysebehandlung schwerkranker Patienten und Patientinnen mit Sterbewunsch mittels assistierten Suizids zur Wiederherstellung der Urteilsfähigkeit als Voraussetzung für dessen Durchführung, meist ohne dass im Rahmen einer Vorausplanung darauf hingewiesen wurde, dass das Sistieren der Dialyse zu einem Versterben innerhalb weniger Tage führt, was palliativ gut begleitet werden kann
6. Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung von Behandlungsteams bei urteilsfähigen Patientinnen und Patienten mit Wunsch nach Sterben mithilfe einer Sterbehilfeorganisation
7. Mangelnde Informationen von Patienten und Patientinnen über Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Sterbehilfeorganisationen «auf die Schnelle» und bei Urteilsunfähigkeit, so etwa im Falle rapider Verschlechterung des klinischen Zustands

Direkte Anfragen von Patienten, Patientinnen oder Behandlungsteams, eine Suizidbegleitung durch Exit in Anspruch zu nehmen, die bis zu uns gelangen, liegen bei 2 bis 5 Fällen pro Jahr.

Die ethische Fragestellung der Suizidassistenz, die wir auf der Vorderbühne des öffentlichen und des akademischen Diskurses seit Jahrzehnten intensiv aushandeln, ist also im Vergleich zu anderen Fragestellungen auf der Hinterbühne der Praxis sehr selten. Was aus ethischer Perspektive selbstverständlich nicht heisst, dass die Fragestellung nicht relevant ist. Dennoch stellt sich die Frage, ob die Vehemenz des Diskurses über die Suizidassistenz der Bedeutung des Themas wirklich gerecht wird, und inwiefern sich deren moralische Komponente der ethischen Problemstellung stark von den ethischen Problemen unterscheidet, die mit anderen Formen der Sterbebegleitung verbunden sein können. Möglicherweise geht es bei diesem Diskurs auch um etwas anderes, das aber selten explizit deklariert wird: nämlich um den Rekurs auf genuin religiöse, typischerweise christlich geprägte Glaubensvorstellungen, mit der Forderung nach Deutungshoheit einer vermeintlich eindeutigen Hermeneutik des «absoluten Textes» (oder um die Geltungsansprüche vorherrschender Lehrmeinungen und ihrer Vertreter und Vertreterinnen)<sup>22</sup>.

Im Kern geht es bei diesen und anderen existenziellen Fragestellungen, so scheint es uns, *inhaltlich* um das Ringen darum, ob man, wenn «Gott das Leben gegeben hat, man es auch zurückgeben kann», was nach Ansicht einiger Positionen «aus christlicher Perspektive gesehen eindeutig mit nein» beantwortet werden muss, ohne dass eine andere ethisch vertretbare Auslegung christlich wie nicht christlich geprägten Menschen zugestanden wird.<sup>23</sup>

---

22 Einige der wunderbarsten Formulierungen zum Kampf um Geltungsmacht und Deutungshoheit in philosophischer und theologischer Ethik und Moral findet sich bei Odo Marquard: «Hermeneutik antwortet auf die Tödlichkeitserfahrung des hermeneutischen Bürgerkrieges um den absoluten Text. [...] Die Rechthaberei des Wahrheitsanspruchs der eindeutigen Auslegung des absoluten Textes kann tödlich sein: das ist die Erfahrung der konfessionellen Bürgerkriege des 17. Jahrhunderts – um den tödlichen Streit um das absolute Verständnis der heiligen Schrift. [...] Jede Philosophie ist eine traurige Wissenschaft, die es nicht vermag, über dieselbe Sache mal dies, mal das zu denken und jenen dieses und diesen jenes denken zu lassen. In diesem Sinne ist selbst der Einfall suspekt. Es lebe der Vielfalt. [...] Die Philosophie muss wieder erzählen dürfen und dafür – natürlich – den Preis zahlen: das Anerkennen und Erkennen der eigenen Kontingenz.» (Odo Marquard: *Abschied vom Prinzipiellen*. Stuttgart: Reclam 1981, 130) Siehe auch Anm. 5 zur Bedeutung der Konkurrenz und die Begründung der Wissenssoziologie durch Karl Mannheim.

23 Entgegen dem, was Wolfgang Huber und Peter Dabrock im Rückgriff auf Trutz Rendtorff im oben zitierten FAZ-Artikel als falsch verstandene Selbstbestimmung jenseits des

Praktisch geht es im klinisch-ethischen Umgang mit dem assistierten Suizid tatsächlich um die Vielfalt von Sterbewünschen in verschiedenen klinischen Situationen und Kontexten, um die genuin individuelle Situation der betroffenen Patientinnen, des betroffenen Patienten, der involvierten Angehörigen und des Behandlungsteams. Mit Fins und Bacchetta<sup>24</sup> kann dieser Kontext so zusammengefasst werden: Der Wunsch nach assistiertem Suizid kann eine Fantasie, ein Ausdruck der Aushandlung von Autonomie in schweren Leidenssituationen sein, oder tatsächlich einen wohlüberlegten, gereiften und konkreten Entschluss beinhalten. Vom pragmatischen Standpunkt aus muss die Beihilfe zum Suizid aber nicht ethisch problematischer sein als andere Formen des Sterbens mit oder ohne Hilfe. In der klinischen Praxis ist die Hauptentscheidung meist diejenige, von Lebensverlängerung auf Symptomkontrolle umzuschalten. In der intimen Situation mit sterbenden Patientinnen und Patienten liegt es an den Gegebenheiten, welche Möglichkeiten die besten im Kontext der individuellen medizinischen Situation und der biografischen Geschichte der betroffenen Person sind. In diesem Sinne kann Suizidbeihilfe, wenn sie optimal medizinisch, pflegerisch, psychologisch und spirituell begleitet ist, eine valide Palliative Care-Option sein.

Was mit den medizinischen Gegebenheiten und der individuellen Situation des betroffenen Menschen gemeint ist, die manchmal den assistierten Suizid als Option nahelegen, möchten wir anhand zweier Fälle schildern. Im ersten Fall war Tanja Krones als eine der Autor:innen nicht als Ethikerin, sondern als junge Ärztin involviert, und es war die erste Situation, in welcher sie mit dieser Fragestellung konfrontiert war. Beide Fälle sind aus Anonymisierungsgründen verfremdet.

### Fall 1: Existenzielles Leiden am eigenen Geruch

Eine Frau Anfang 40 mit zwei Kindern, eines unter, eines über 10 Jahre alt, litt an einem metastasierten Tumor im Hals-Nasen-Ohrenbereich, der, so das Wort, welches wir für diese Situation im Medizinstudium lernten, «jauchig zerfiel». Der

---

christlichen Horizonts beschreiben, kommt die Legitimität der Zurückgabe des Lebens auch in christlicher Auslegung zum Beispiel in der Formulierung eines Pfarrers in dem 2000 erschienenen, sehr empfehlenswerten Film «Sterben auf Wunsch – Erfahrungen in Holland» von Rob Hof, welcher die Sterbehilfepraxis in den Niederlanden anhand drei verschiedener Fallsituationen schildert, vor, als auch in der These von Markus Huppenbauers Probevorlesung *Die Gabe Gottes zurückgeben. Überlegungen zum Problem der Sterbehilfe aus der Perspektive der evangelischen Ethik*. Probevorlesung an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich vom 25.6.1999.

24 Vgl. Joseph J. Fins, Matthew D. Bacchetta: Framing the Physician-Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia Debate: The Role of Deontology, Consequentialism, and Clinical Pragmatism, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 43 (1995), 563–568.

Geruch, der von dem Tumor ausging, war für die Frau selbst unerträglich. Wir versuchten, dies mit Duft, Verbänden und Lüften zu verbessern, es war jedoch für die Familie kaum möglich, die Patientin in geschlossenen Räumen zu sehen, sodass wir ein Zimmer mit Balkon und Heizmöglichkeiten besorgten, damit sich die Familie draussen besuchen konnte. In der zweiten Woche ihres Aufenthaltes bat mich die Patientin, ihr zu helfen, Informationen über die Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz zu besorgen, sie wolle nach ihrem Austritt in die Schweiz reisen und mit einer der Organisationen Kontakt aufnehmen. Sie bat mich auch, sie bei der Kommunikation ihres Wunsches mit dem Ehemann zu unterstützen.

### **Fall 2: «Tot oder lebendig zu Exit»**

Der zweite Fall trug sich vor einigen Jahren bei uns am Universitätsspital zu und wird, inklusive Reflexion und Prozedere, im Duktus der klinisch-ethischen Dokumentation zusammengefasst.

Der Lebenspartner eines Patienten auf der Intensivstation rief die Klinische Ethik mit Bitte um Hilfe bei Gesprächen mit dem Behandlungsteam an.

Zwei Wochen nach Diagnose eines B-Cell Lymphoms (Lymphdrüsenkrebs) und vor Beginn der ersten Chemotherapie bat der Patient seinen Partner, Exit zu kontaktieren. Sechs Stunden, bevor der Patient mit einer Blutvergiftung septisch einbrach und intubiert werden musste, sagte ersterer seinem Partner, er solle «vorwärts machen». Gefragt, was dies genau bedeute, antwortete er seinem Lebenspartner, man solle ihn «tot oder lebend von der IPS (Intensivstation) zu Exit bringen». Im ersten Gespräch auf der IPS mit der zuständigen Assistenzärztin schilderte sie, dass dies aus ihrer Sicht wirklich der falsche Zeitpunkt sei, so etwas zu entscheiden und dass sie nicht wisse, wo eigentlich die ethische Frage sei.

Die weitere Recherche der Klinischen Ethik (Aktendurchsicht, Telefonat mit den behandelnden hämatologisch-onkologischen Ärzten) ergab, dass der Patient des Weiteren an einer Hepatitis C litt und sehr abgemagert war. Das B-Cell-Lymphom weist eine Chance auf eine komplette Remission von 87% und eine 5 Jahres-Überlebensrate von 73% auf. Die erste Chemotherapie auf Station wurde gut vertragen. Die akute gesundheitliche Verschlechterung resultierte aus einer Blutung aus dem Darm aus bislang ungeklärter Ursache eine Woche vor Konsultation der Klinischen Ethik. Der Patient war zu dem Zeitpunkt weiter an der Beatmungsmaschine, es ging ihm aber klinisch etwas besser.

Der Partner des Patienten berichtete im Gespräch mit der Klinischen Ethik, dass dieser in einer recht hohen Position beim Schweizer Fernsehen gearbeitet und dort die Arbeit vor sechs Jahren verloren hatte nach Diagnose der Hepatitis C. Seitdem beziehe sein Partner Invalidenrente. Er habe, so führte er weiter aus, grosse Sorge, dies mitzuteilen, ohne dass es dem Patienten zum Nachteil gerei-

che, aber er habe das Gefühl, sein Lebenspartner sei etwas depressiv in den letzten zwei Jahren.

Es folgte ein weiteres gemeinsames einstündiges Ethikgespräch auf Station, in welchem folgende weitere relevante Informationen eruiert werden konnten:

1. Der Patient war seit elf Jahren mit seinem Lebenspartner zusammen.
2. Es bestanden familiäre Probleme: Der Patient wollte nicht, dass seine Eltern auf Station kommen, die ihn nicht so akzeptierten, wie er war. Der Kontakt mit dem Bruder war etwas besser.
3. Er hatte seine Briefe (Betreibungen) nicht geöffnet, sondern versteckt. Sein Partner hatte sie gefunden.
4. Er hatte seinem Partner kurz vor der Intubation (Beginn der Beatmung) einen Heiratsantrag gemacht.
5. Als Mensch sei seinem Lebenspartner Selbstbestimmung extrem wichtig. Der Patient habe ein spezielles Wertesystem, welches davon ausginge, dass Tieren wie Menschen derselbe Respekt zukomme. Auch möge er sehr ungern berührt werden.
6. Aus ärztlicher Sicht konnte der Patient in wachen Phasen sehr genau äussern, was er wollte und was nicht.
7. Der Patient habe sich aber bezüglich der Ernährungssonde unentschieden: auf der Normalstation dagegen, auf der Intensivstation dafür. Dort habe er gesagt, dass er doch kämpfen wolle, um von der Intensivstation wieder wegzukommen.

Die gemeinsame Diskussion und Reflexion ergab, dass der Patient aus Sicht aller Involvierten, inklusive der Bezugspflege, tatsächlich eine Ambivalenz in der Haltung zeigte. Auf Nachfrage bestätigte der Partner, dass der Patient über seine insgesamt nicht wirklich aussichtslose Prognose informiert war, eine Fehlinformation also nicht Grund für die Aussagen in Bezug auf den Suizidwunsch sein konnte. Es wurde im Gespräch zunehmend deutlich, dass sich der vertretungsberechtigte Lebenspartner vom Behandlungsteam nicht sehr gut einbezogen fühlte (der erste Anruf ging an den Bruder des Patienten), vor allem war er nicht über die notwendige Intubation des Patienten auf der Intensivstation informiert worden, was ihn sehr traurig gemacht habe.

Die Situation konnte auf dieser Ebene akut geklärt werden. Es wurde vereinbart, den Patienten sobald als möglich auf Normalstation zu verlegen und bei Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit gemeinsam mit dem Lebenspartner nochmals das Gespräch zu suchen.

Ein weiteres Follow-up durch die Klinische Ethik ist nicht erfolgt, der Patient ist drei Wochen später ausgetreten.

Beide Situationen verdeutlichen häufigere Fragestellungen und Konstellationen zum assistierten Suizid in der Klinischen Ethik:

1. Die Frage nach dem subjektiven Leiden
2. Die rein klinisch bestehenden/begrenzten Möglichkeiten der Sterbebegleitung aufgrund der individuellen/gesundheitlichen Situation
3. Die Problematik des spät oder in Situationen der drohenden oder bereits bestehenden (Teil-)Urteilsunfähigkeit geäußerten Wunsches nach assistiertem Suizid
4. Die Unkenntnis der Betroffenen über die Möglichkeiten der Sterbebegleitung ohne assistierten Suizid je nach medizinischer Situation, meist ohne erfolgte gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planning) durch die Behandlungsteams oder Teams der Organisationen, die Suizidassistenten anbieten
5. Die Wichtigkeit des Verständnisses der individuellen Biografie und der Kommunikation(sdefizite) in der Bearbeitung der klinisch-ethischen Konfliktsituationen, um diese zu «lösen»

Die ersten beiden Aspekte, die sich in den beschriebenen Situationen der Patientinnen und Patienten widerspiegeln, greifen die auch von Fins und Bacchetta genannten Erwägungen auf, dass es häufig um die Frage geht, welches Therapieziel grundsätzlich gemeinsam verfolgt wird, ob und wenn ja zu welchem Zeitpunkt sich das Therapieziel ändert und welche Möglichkeiten der Sterbebegleitung medizinisch bestehen.

Nehmen wir an, die Patientin, die die Erstautorin als junge Ärztin betreut hatte, hätte nicht nur den Tumor, dessen Geruch für sie unerträglich ist, sondern wäre auch dialysepflichtig. Rechtlich kann eine dialysepflichtige Patientin jederzeit – in fast jedem Land der Welt – bei gegebener Urteilsfähigkeit verlangen, dass die Dialyse sistiert wird. Eine Weiterführung der medizinischen Massnahme wäre juristisch eine Körperverletzung. Wird die Dialyse abgebrochen, so tritt bei einem voll dialysepflichtigen Menschen der Tod in der Regel innerhalb weniger Tage ein und kann palliativ gut begleitet werden. Moralisch erscheint der Umstand, dass zusätzlich zum Tumor eine Niereninsuffizienz vorliegt, arbiträr. Diese somatische Situation ermöglicht es aber, das von der Patientin geäußerte Therapieziel umzusetzen, «passive Sterbehilfe» durch Sistieren der Dialyse einzuleiten und je nach entstehender Symptomlast vor Eintreten des Todes mögliche Atemnot oder Krämpfe medikamentös zu bekämpfen. Letzteres wird juristisch und in verschiedenen Klassifikationen immer noch als «indirekte» – in der Schweiz «indirekte aktive» – Sterbehilfe bezeichnet. Diese wird in der allgemeinen Debatte – selten in der Klinik, dort gilt dies als palliativ notwendige «best practice» – auf Basis des auf Thomas von Aquin zurückgehenden Prinzips der möglichen Doppelwirkung interpretiert,

bei der eine gute Absicht («Symptomlinderung») eine als ethisch problematisch klassifizierte Handlungskonsequenz («Lebensverkürzung») rechtfertigen kann. Abgesehen davon, dass das Konstrukt der «indirekten Sterbehilfe» – was hier nicht diskutiert werden soll – aus verschiedenen Gründen in der internationalen ethischen, juristischen und medizinischen Debatte problematisiert wird, kann konstatiert werden, dass die Patientin ohne Niereninsuffizienz, die subjektiv unerträglich unter einem Symptom leidet, welches nicht medikamentös in Form einer «indirekten Sterbehilfe» behandelt werden kann, nicht innerhalb der folgenden Tage bis Wochen versterben kann. Es gibt kein Medikament mit Doppelwirkung bei unerträglichem Geruch, und wenn es ein solches gäbe, wäre der Tod in der beschriebenen Konstellation prognostisch nicht in wenigen Stunden bis Tagen zu erwarten, was – durchaus kontrovers diskutiert – eine Voraussetzung für die palliative Sedierung darstellt.

Was konnte die Patientin mit jauchig zerfallendem Tumor ohne Niereninsuffizienz also tun? Was konnte die Erstautorin damals als Ärztin anbieten? Neben dem Versuch, die Situation so erträglich wie möglich zu gestalten, blieb das Warten auf eine akute medizinische Komplikation (Blutung, Entzündung), die aber erst in Wochen oder sogar Monaten oder gar nicht eintreten könnte. Diese kann dann als Ausgang aus der Situation klinisch palliativ statt lebensverlängernd betreut werden, ohne dass sicher ist, dass die Patientin diese klinische Verschlechterung nicht überlebt und schliesslich an den systemischen Folgen des metastasierenden Tumors mit über Wochen und Monaten zunehmender Symptomlast verstirbt.

Oder aber es bliebe

1. der selbst ohne medizinische Assistenz durchgeführte Suizid,
2. in Ländern, die dies prinzipiell zulassen (z. B. Schweiz, Deutschland), der medizinisch assistierte Suizid, der in (Universitäts-)Spitälern der Westschweiz auch innerhalb des Spitals offiziell möglich ist,
3. in der Deutschschweiz mit institutionellen Richtlinien, die die Suizidassistenz innerhalb der Institution nicht gestatten, die Verlegung nach Hause oder in eine Institution (oder ein «Sterbezimmer») und Durchführung des assistierten Suizids nach Austritt, wenn sich Ärztinnen und Ärzte unter Einhaltung der rechtlichen und standesrechtlichen Sorgfaltspflichten dazu bereit sehen,
4. in Ländern, die dies prinzipiell zulassen (z. B. Belgien, Niederlande, Luxemburg), die aktive Sterbehilfe auf Verlangen, wenn sich Ärzte und Ärztinnen unter Einhaltung der rechtlichen und standesrechtlichen Sorgfaltspflichten dazu bereit sehen.

#### 4. Klinische Ethik und Klinikseelsorge als Schwestern im Geiste: Vom Elend des Menschen berührt

Vor Jahren schon stolperte die Erstautorin über einen Leserbrief der Hannoveraner Krankenhauseelsorgerin Monika Rudolph zu dem zuvor in der deutschen Wochenzeitung «Die Zeit» erschienen Artikel «Entscheidung an der Wiege» von Achim Wüsthof.<sup>25</sup> Der Artikel befasste sich mit dem kurz zuvor in der Zeitschrift «New England Journal of Medicine» publizierten «Groningen Protokoll» der niederländischen Neonatologen Eduard Verhagen und Pieter Sauer mit Erwägungen, unter welchen Umständen eine aktive Sterbehilfe bei Neugeborenen in Fällen schweren, nicht suffizient behandelbaren Leidens zulässig sein könnte.<sup>26</sup> Der Artikel hatte weltweit intensive Diskussionen ausgelöst, der Zeit-Artikel über das Groningen Protokoll in Deutschland ebenso – dabei waren viele Kommentare im Tenor hochgradiger moralischer Entrüstung.

Der Duktus dieses Leserbriefs war ganz anders. «Schon das Lesen des Artikels», schrieb Monika Rudolph, wecke in ihr «tiefe Betroffenheit und Mitgefühl mit den kleinen Menschen, die diese Qualen ertragen müssen, mit den hilflosen, verzweifelten Eltern und auch mit dem Arzt Dr. Eduard Verhagen». Sie habe weniger Mitgefühl «mit dem italienischen Journalisten, der ihn als arisches Monster» abstemple. Auch machten sie «die Äusserungen des Bischofs Elio Sgreccia traurig: «Man beginne bei dem missgebildeten Embryo ohne Gehirn und ende schliesslich bei dem Kind, dessen Geburt die Urlaubspläne stören würde»». Dies empfinde sie als polemisch und ihr seien solche Eltern auch noch nicht begegnet. Sie, die seit 19 Jahren als Krankenhauseelsorgerin arbeite, dabei Schwerkranke und Sterbende begleite, soweit es ihre Kraft zuliesse, teile die Auffassung, dass geduldete Tötung nicht als Gesetzesentwurf im Parlament eingebracht werden solle. Doch habe sie «den Anstand zuzugeben, dass es auch aus Feigheit» geschähe, sich festlegen zu können. Zu gross seien «Ohnmacht und Ratlosigkeit angesichts solcher uns überfordernder Situationen». Sie erlebe sich als Seelsorgerin immer wieder «vom Elend des Menschen berührt, besonders in ausweglosen Situationen». Trost klinge dort hohl, Worte schmeckten fade, nach einem Hoffnungsfunken rufe man vergeblich und bete mit den Patienten, rechte aus tiefer Not mit seinem Gott und empfinde, ähnlich wie der Leidende, unendliche Gottesferne, die schmerze und kaum auszuhalten sei. Und sie gebe zu: In einer solchen Situation kenne sie in ihrer Kleinheit als Geschöpf die Lösung nicht. Aber sie sei «weit davon entfernt, zu

---

25 Leserbrief zu Achim Wüsthof: Entscheidung an der Wiege, in: *Die Zeit* (6/2005).

26 Vgl. Eduard Verhagen, Pieter J. J. Sauer: The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns, in: *The New England Journal of Medicine* 352 (2005), 959–962.

schnell auf Menschen mit dem Finger zu zeigen, die nach ehrlicher Prüfung ihres Gewissens» handelten. Dieses Handeln möge falsch sein, doch wie stünde es mit denjenigen, die gar nicht handelten, sondern nur klug daherredeten?

Der Leserbrief endet mit dem Gedicht von Else Lasker-Schüler:

Um meine Augen zieht die Nacht  
 Sich wie ein Ring zusammen.  
 Mein Puls verwandelt das Blut in  
 Flammen  
 O Gott und bei lebendigem Tage,  
 Träum ich vom Tod.  
 Im Wasser trink ich ihn und würge ihn im Brot.  
 Für meine Traurigkeit fehlt jedes  
 Mass auf deiner Waage.

Als die Erstautorin diese Worte las, musste sie sofort an die Einleitung zu einer Neuauflage des bahnbrechenden Buchs von Carol Gilligan «In a different voice» denken, welches die moderne Care-Ethik mitbegründet hatte, die, wie auch die narrative Ethik, sehr wichtige Instrumente in der klinischen Ethik bereitstellen.<sup>27</sup> Die Fragestellungen, die Carol Gilligan in ihren moralpsychologisch ausgerichteten Studien untersuchte, war nicht die Sterbehilfe, sondern der Schwangerschaftsabbruch. Wie Gilligan feststellte, schnitten Mädchen und Frauen auf dem von ihrem Mentor, dem amerikanischen Psychologen Laurence Kohlberg, primär an Jungen und Männern empirisch durch standardisierte deduktive Verfahren konstruierten Stufenschema der Moral im Schnitt schlechter ab als Jungen. Dieses Stufenschema basiert auf den Vorstellungen von Piaget, Kant und Rawls über eine universell gleich vorkommende, sich in Stufen vollziehende kognitive und moralische Entwicklung hin zur Vernunft und zu abstrakten Vorstellungen von Gerechtigkeit. Ist es nun so, dass Mädchen und Frauen unmoralischer sind? Die Unterlegenheit von Mädchen im Kohlberg'schen Moral-Stufenschema wollte die junge Assistentin nicht wirklich glauben. Sie hatte die Idee, dass diese Unterlegenheit nicht wahrhaft gegeben, sondern ein systematischer Fehler der Messung aufgrund des falschen Paradigmas einer universell gleich gegebenen, sich hin zur abstrakten Gerechtigkeit entwickelnden höchsten Stufe der Moralentwicklung ist. Dies untersuchte Gilligan primär durch qualitative Studien vor allem an jungen Frauen, die einen

27 Vgl. Carol Gilligan: *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press 1982/1993: xi-xii; Martha Montello: Narrative Ethics: The Role of Stories in Bioethics, in: *The Hastings Center Report* 44 (2014), 2–6.

Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hatten, und veröffentliche die Ergebnisse 1982 als die «andere Stimme» der Moral. In der Einleitung («Letter to readers») der durch dieses Vorwort ergänzten Auflage von 1993 schreibt sie:

Heute findet sich meine damalige Verwunderung bezüglich der Differenz bei vielen anderen Philosophen und Autoren, wie Ronald Dworkin – Die Differenz über die Stimme der Frauen in den Interviews zu Schwangerschaftsabbrüchen und die Begriffe und der Duktus der öffentlichen Debatte (Die schreiende Rhetorik über Rechte und Mord). Aufmerksam den Stimmen der heranwachsenden und erwachsenen Frauen zuhörend, findet Dworkin sie zutiefst erhellend, so dass er zu derselben Schlussfolgerung kommt wie ich, was damals als eine radikale und schwer zu unterstützende Position erschien: «Über einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden ist kein einzigartiges Problem, abgetrennt von allen anderen Entscheidungen, sondern eher ein dramatisches und Klarheit bringendes Beispiel für Entscheidungen, die Menschen während ihres gesamten Lebens treffen müsse (Übers. der Autor:innen).

Wenn wir Menschen, die in existenziellen Situationen sind, wirklich aktiv und achtsam zuhören, uns vom Elend der Menschen berühren lassen, und auch im öffentlichen Diskurs diejenigen, die in ethischen Problem- und Dilemmasituationen andere Moralvorstellungen haben als wir selbst, ebenso ernsthaft zuhören – wie dies auch Elif Shafak so wunderbar in ihrem in Coronazeiten entstandenen Essayband «Hört einander zu!» formuliert –, werden die Stimmen, die «richtiges moralischen Handeln» in menschlichen, medizinischen Grenzsituationen einfordern, ohne den von existenziellem Leid Betroffenen auf Augenhöhe begegnet zu sein, vielleicht leiser und demütiger. Dadurch widerstehen wir auch eher der Versuchung der oben von Odo Marquart beschriebenen «Rechthaberei des absoluten Wahrheitsanspruchs»,<sup>28</sup> was Gefahren des, so auch Elif Shafak, moralischen Bürgerkriegs mindert.<sup>29</sup>

Auf der Tagung zu den Kontroversen des assistierten Suizids in der Seelsorge, auf welcher dieses Buch beruht, haben wir einander zugehört. Und darum sind wir für die Gelegenheit, hierzu einen Beitrag haben leisten zu dürfen, sehr dankbar.

---

28 Vgl. Anm. 22.

29 Vgl. Elif Shafak: *Hört einander zu!*, Zürich: Kein und Aber 2021.