



Fachhochschule Nordwestschweiz  
Hochschule für Soziale Arbeit

# **Ethische Entscheidungsfindung im Diskurs der Sterbe- und Suizidhilfe.**

Position und Rolle der Sozialen Arbeit

Eingereicht von: Mira Schwarz

Knöringerstrasse 3

4055 Basel

Eingereicht bei: Prof. Johanna Kohn

Bachelor Thesis an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für  
Soziale Arbeit, Basel.

Eingereicht am 26. Juni 2015 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer  
Arbeit

## Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei denjenigen Personen bedanken, die mich im interessanten und teilweise auch herausfordernden Prozess, den ich beim Erstellen der vorliegenden Bachelor Arbeit durchlaufen habe, unterstützt haben.

Ein spezielles Dankeschön geht an Frau Johanna Kohn für die Begleitung auf fachlicher Ebene. Ihr grosses Wissen und Interesse am Thema haben mich stets zum Denken und Reflektieren angeregt.

Mein zweites Dankeschön geht an Niklaus Müller, dafür, dass er sich die Zeit genommen hat, meine Arbeit auf Rechtschreibung zu korrigieren und mich durch seine kritischen Anmerkungen angespornt hat, mich präzise auszudrücken.

Zuletzt möchte ich meiner Schwester Zilia Schwarz von Herzen Danken, dass sie mich durch anregende Diskussionen und interessante Gespräche dabei unterstützt hat, den juristischen Teil meiner Arbeit umfassend zu verstehen, sodass ich ihn in der Form, wie er heute vorliegt, in meine Bachelor Thesis einbringen konnte.

## Abstract

Die vorliegende Bachelor Thesis beschäftigt sich mit dem Prozess der ethischen Entscheidungsfindung bei der Sterbe- und Suizidhilfe. Dieses Thema wird anhand folgender Fragestellung behandelt:

*„Wo positioniert sich die Soziale Arbeit zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe in Abgrenzung zu Positionen der Gerontologie/Alter, Medizin/Pflege, Ethik, Religion und des Rechtes, sowie den Interessen der Betroffenen und deren Angehörigen und wie kann die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Entscheidungsfindung in diesem Diskurs leisten?“*

Durch die Anwendung des ethischen Entscheidungsfindungsmodelles nach Bleisch/Huppenbauer wird deutlich, dass eine absolute Haltung für oder gegen die Sterbe- und Suizidhilfe nicht möglich ist. Das Sterben ist so individuell wie die Menschheit selbst, was eine strukturierte und begründete Entscheidungsfindung im Einzelfall unumgänglich macht.

Durch den professionellen Auftrag der Sozialen Arbeit, welcher sich auszeichnet durch den systemischen Blick, die Ressourceorientiertheit sowie die Fokussierung auf die Autonomie des Klienten, ergibt sich eine spezifische Rolle, die Betroffenen und deren Angehörigen im Prozess der Entscheidungsfindung zu unterstützen und somit zu dessen Gelingen beizutragen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>7</b>
1.1 Sozialarbeiterisches Interesse am Thema .....	7
1.2 Herleitung der Fragestellung .....	8
1.3 Erläuterung des methodischen Vorgehens .....	8
<b>2 SCHRITT EINS: ERFASSUNG DES IST-ZUSTANDES .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Begrifflichkeiten .....</b>	<b>10</b>
2.1.1 Passive Sterbehilfe .....	11
2.1.2 Indirekt (aktive) Sterbehilfe .....	11
2.1.3 Aktive Sterbehilfe .....	12
2.1.4 Assistierter Suizid .....	12
2.1.5. Verwendung der Begrifflichkeiten .....	12
<b>2.2 Die Fakten der Sterbe- und Suizidhilfe.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Rechtliche Bestimmungen .....</b>	<b>14</b>
2.3.1 Die Gesetzesartikel.....	14
2.3.2 Politische Entwicklung in der Schweiz .....	19
2.3.3 Situation in weiteren europäischen Ländern.....	20
<b>2.4 Die Stakeholder .....</b>	<b>22</b>
2.4.1 Gerontologie/Alter .....	22
2.4.2. Medizin/Pflege .....	23
2.4.3 Ethik .....	24
2.4.4 Religion .....	25
2.4.5 Betroffene und Angehörige .....	25
<b>2.5 Die Kontexteinbettung .....</b>	<b>26</b>
2.5.1 Historischer Kontext: .....	26
2.5.2 Auswirkungen der verschiedenen Gesetzeslagen auf die Schweiz.....	28
<b>3 SCHRITT ZWEI: MORALISCHE FRAGE BENENNEN .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Moralische Fragen der Sterbe- und Suizidhilfe .....</b>	<b>30</b>
3.1.1 Kann Leben „lebensunwert“ sein? .....	30
3.1.2 Darf man Menschen töten?.....	31
3.1.3 Wird der Autonomie oder der Fürsorge mehr Wert zugesprochen? .....	32
<b>4 SCHRITT DREI: ANALYSE DER ARGUMENTE .....</b>	<b>36</b>
4.1 Diskussion der Argumente der Stakeholder .....	37
<b>5. SCHRITT VIER: EVALUATION UND ENTSCHEIDUNG.....</b>	<b>45</b>
5.1 Die Entscheidung betreffend der Sterbe- und Suizidhilfe.....	46
<b>6. SCHRITT FÜNF: IMPLEMENTIERUNGSFRAGEN.....</b>	<b>48</b>

<b>6.1 Schlussfolgerungen</b> .....	<b>48</b>
6.1.1 Vorgehensweisen individueller Entscheidungsfindung .....	49
6.1.1.1 Das ethische Entscheidungsfindungsmodell im Einzelfall.....	49
6.1.1.2 Allgemeingültige Sorgfaltskriterien .....	50
6.1.2 Position und Rolle der Sozialen Arbeit.....	51
6.1.3 Methodenkritik und weiterführende Gedanken .....	55
<b>7. QUELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>58</b>
7.1 Bücher .....	58
7.2 Publikationen und Zeitschriften.....	60
7.3 Internetquellen.....	61
<b>8 EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG</b> .....	<b>63</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
EJPD	Eidgenössisches Justiz-und Polizeidepartement
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum [Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzten]
BV	Bundesverfassung
StGB	Strafgesetzbuch
ZGB	Zivilgesetzbuch
NAP	Natrium-Pentobarbital
SAMW	Schweizerische Akademie Medizinischer Wissenschaften
NEK CNE	Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
SEK	Schweizerischer evangelischer Kirchenbund
ZEK	Zentrale Ethikkommission

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Ärztliche Entscheidung am Lebensende	Seite 13
Abb. 2:	Tabelle der Pro-und Kontra Argumente betreffend Sterbe- und Suizidhilfe	Seite 38
Abb. 3:	Entscheidung am Lebensende im gesellschaftlichen Kontext	Seite 47

## 1 Einleitung

Die Diskussion über die Suizidhilfe hat in der Schweiz einen neuen Anstoss erhalten, als Exit im Sommer 2014 den begleiteten Freitod auch für Sterbewillige<sup>1</sup> in die Statuten aufnahm, die nicht notwendigerweise schwerkranke Hochbetagte sein müssen (vgl. srf 2014). Dies liess eine Grundsatzdiskussion über die Wertigkeit des Lebens aufflammen: Ist das Leben ein Geschenk Gottes, welches als unantastbar und heilig angesehen werden soll? Oder hat die Selbstbestimmung in unserer heutigen modernen Gesellschaft so sehr an Bedeutung gewonnen, dass jeder Mensch selbst entscheiden darf und kann, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Umständen er sterben will? Gibt es einen Zeitpunkt, zu dem ein Leben nicht mehr lebenswert ist? Oder ist jegliche Art von lebensverkürzenden Massnahmen als Verstoss gegen die göttliche Souveränität zu werten? Dies sind zwei diskrepante Haltungen, welche in unserer Gesellschaft zu beobachten sind und die verschiedene Argumentationen bezüglich den Entscheidungen am Lebensende zum Vorschein bringen.

Die vorliegende Arbeit richtet die Aufmerksamkeit auf ethische Entscheidungsfindungsprozesse innerhalb des Themas Sterbe- und Suizidhilfe.

### 1.1 Sozialarbeiterisches Interesse am Thema

Trauer, Sterben und Tod, sowie die Frage, wie damit umgegangen wird, sind Schlüsselthemen einer humanitären und sozialen Gesellschaft. „Nichts ist so gewiss, wie der Tod und dennoch leben wir meist so, als beträfe er nur die anderen.“ (Mühlum/Student//Student 2004: 12). Dieses Zitat zeigt auf, dass der Tod in unserer Gesellschaft allgegenwärtig und doch tabuisiert ist.

Solch ein Vermeidungsverhalten schafft zunehmende Ungewissheit dem gegenüber, was uns am Lebensende erwarten wird. Für ein gelingendes Leben wäre es jedoch wichtig, sich auch mit dessen Endlichkeit auseinanderzusetzen.

Das Kerngeschäft der Sozialen Arbeit sind die Menschen und ihre jeweilige Lebensgeschichten. Nach Oevermann setzt die Soziale Arbeit dann ein, wenn sich eine Person in einer Krise befindet, welche sie nicht alleine bewältigen kann (vgl. Oevermann in Becker-Lenz/Busse/Ehlert/Müller 2009: 114). Der Umgang mit Sterben und Tod, resp. mit dem Verlust eines geliebten Menschen, sowie mit der Konfrontation der Endlichkeit des eigenen Lebens, kann Ausschlag für eine solche Krise sein. In Anbetracht der beinahe unbegrenzten medizinischen Möglichkeiten stellt sich auch die Frage nach der Legimitation der Sterbe- und Suizidhilfe. In der klinischen Sozialarbeit, der Gerontologie, sowie der Hospizarbeit gehört die Soziale Arbeit bereits zum festen Bestandteil des Angebots. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht im Zusammenhang mit der Sterbe- und Suizidhilfe also

---

<sup>1</sup> Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen gelten immer für beide Geschlechter. Ist die Rede tatsächlich nur von einem Geschlecht, so wird dies gekennzeichnet.

darin, Betroffenen in dieser Phase beizustehen, sie zu beraten und in der Krisenbewältigung zu unterstützen. Nicht zuletzt handelt es sich um ein Thema, welches öffentlich und gesellschaftlich diskutiert werden sollte, sodass ein tabufreier Umgang mit dem Sterben möglich wird.

## **1.2 Herleitung der Fragestellung**

Die Absicht der vorliegenden Arbeit ist es nicht, eine Antwort darauf zu finden, ob Sterbehilfe oder Suizidbegleitung als richtig oder falsch zu bewerten ist. Ich stelle keineswegs den Anspruch, einen Konsens unter den vielen in der Gesellschaft herrschenden Positionen zu finden. Meiner Meinung nach steht es niemandem zu, in einer derart emotionalen und persönlichen Frage die Positionen anderer als richtig oder falsch zu werten. Mein Ziel ist es, aufzuzeigen, welche verschiedenen Positionen es in unserer Gesellschaft gibt und dabei ganz speziell den Blick auf die Rolle der Sozialen Arbeit im Diskurs um die Sterbe- und Suizidhilfe zu richten.

Die Soziale Arbeit kommuniziert keine eigene Haltung zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe. Von Avenir Social, der wohl grössten Interessensvertretung der Sozialen Arbeit in der Schweiz, wurde bis zum heutigen Zeitpunkt keine Stellungnahme dazu veröffentlicht. Damit fehlt die Grundlage, welche Aufschluss über die Haltung der Sozialen Arbeit in dieser Diskussion geben könnte.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, herauszuarbeiten, wo sich die Soziale Arbeit positionieren kann, um eine professionell begründete Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Aufbauend auf diese Überlegungen ergibt sich folgende Fragestellung:

*„Wo positioniert sich die Soziale Arbeit zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe in Abgrenzung zu Positionen der Gerontologie/Alter, Medizin/Pflege, Ethik, Religion und des Rechtes, sowie den Interessen der Betroffenen und deren Angehörigen und wie kann die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Entscheidungsfindung in diesem Diskurs leisten?“*

## **1.3 Erläuterung des methodischen Vorgehens**

Das methodische Vorgehen, mit welchem in der vorliegenden Arbeit die Position der Sozialen Arbeit zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe herausgearbeitet werden soll, orientiert sich am ethischen Entscheidungsfindungsmodell nach B. Bleisch und M. Huppenbauer, welches fünf Schritte umfasst.

In einem ersten Schritt erfolgt dabei die Erfassung des **Ist-Zustandes**. Somit findet hier eine Klärung der Grundbegriffe statt und die gesetzlichen Bestimmungen werden erläutert. Ferner werden die verschiedenen Stakeholder erfasst, welche ein Interesse am Thema haben und ihre Position anhand einer Stellungnahme der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen. Daraufhin folgt ein Blick auf den Kontext, in dem sich der Diskurs befindet.

Im zweiten Schritt geht es darum, die **moralischen Fragen**, welche im Diskurs um die Sterbe- und Suizidhilfe von Relevanz sind, herauszuarbeiten, diese zu benennen und zu diskutieren. Dabei besteht nicht der Anspruch Antworten zu finden, sondern lediglich die verschiedenen Problematiken herauszuarbeiten.

Im Dritten Schritt werden die **Argumente** der Stakeholder **analysiert**. Dazu werden die verschiedenen Stellungnahmen aus den Bereichen Gerontologie/Alter, Medizin/Pflege, Ethik, Religion, sowie die Interessen der Betroffenen und deren Angehörigen genau betrachtet. Diese Darlegung der Argumente erfolgt anhand einer tabellarischen Darstellung der Pro- und Kontra-Argumente und unter Berücksichtigung drei verschiedener Moraltheorien.

Im vierten Schritt erfolgt die **Evaluation und Entscheidung**. Die dominanten Argumente werden dabei herausgearbeitet und gegeneinander abgewogen. Dadurch soll ermöglicht werden, zu einer Entscheidung zu gelangen, ob der Wunsch nach Sterbe- und Suizidhilfe legitim ist und wie die Soziale Arbeit ihre Rolle in diesem Diskurs definiert.

Im fünften Schritt geht es schliesslich darum das Ergebnis in der Praxis zu **implementieren**. Hierbei steht die konkrete Umsetzung des Ergebnisses aus Phase vier in der Praxis der Sozialen Arbeit im Zentrum. Das heisst, es ist das Ziel, eine Antwort darauf zu finden, wie die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Entscheidungsfindung in der Frage um die Sterbe- und Suizidhilfe leisten kann, resp. die Rolle der Sozialen Arbeit bezüglich Entscheidungen am Lebensende zu differenzieren.

Die theoretischen Grundlagen der fünf Schritte des Modelles nach Bleisch/Huppenbauer werden jeweils zu Beginn des entsprechenden Kapitels genauer erläutert.

## **2 Schritt eins: Erfassung des Ist-Zustandes**

Im ersten Schritt des Modells nach B. Bleisch und M. Huppenbauer (vgl. 2011: 18-31) ist es das Ziel den Ist-Zustand zu erfassen. Dies geschieht anhand von vier Teilschritten.

Zu Beginn erfolgt die **Auflistung der Fakten**. Dabei geht es darum, wissenschaftlich überprüfbare, sowie rational nachvollziehbare Fakten anhand von neutralen Formulierungen, die möglichst frei sind von Interpretationen, aufzulisten. Es gilt zu beachten, dass jegliche Art von Informationen von der Perspektive des Verfassers geprägt und selektiv ausgewählt sind. In einem nächsten Schritt wird das Augenmerk auf geltende **rechtliche Bestimmungen** gelegt. Hierbei ist die Unterscheidung von Moral<sup>2</sup> und Gesetz zentral: Während es sich bei der Einhaltung moralischer Normen um eine Selbstverpflichtung handelt, hat das Nichtbefolgen von staatlich verankerten Vorschriften und Verboten Sanktionen zur Folge. In

---

<sup>2</sup> Während als Moral die diejenigen Werte, Normen, Haltungen und Tugenden umfassen, an die sich eine Gesellschaft tatsächlich orientiert, so wird als Ethik die kritisch, philosophische Reflexion dieser bezeichnet. In Form von Adjektiven werden die Worte moralisch und ethisch jedoch oft gleichgesetzt. So auch in der vorliegenden Bachelor Thesis (Siehe dazu: Der Unterschied von Ethik und Moral in: Bleisch/Huppenbauer 2011: 17).

diesem Schritt soll nicht nach dem Sinn des Rechts gefragt werden, es definiert lediglich die Rahmenbedingungen, in der eine ethische Entscheidungsfindung stattfinden kann. Dies heisst jedoch nicht, dass geltendes Recht nicht hinterfragt werden darf. Vielmehr muss es offen für Kritik durch die Ethik sein, da in einer demokratischen Gesellschaft die Rechte in der Regel durch Mehrheitsentscheide gefällt werden; wir alle unterliegen jedoch auch moralischen Irrtümern, die das Verlangen nach einer Anpassung des Rechts zur Folge haben können.

Darauf folgend werden die **Stakeholder** aufgelistet. Dabei handelt es sich um verschiedene Personen oder Gruppen, welche ein bestimmtes Interesse in einer Sache haben. Es gilt zwei Fragen zu beantworten:

- Wer sind die Interessensvertreter?
- Welche Interessen verfolgen sie?

Die unterschiedlichen Standpunkte der Stakeholder sollen unparteiisch und ergebnisoffen erfasst werden. Auf die Berücksichtigung möglicher Machtverhältnisse sowie das Bewerten der Interessen wird an dieser Stelle absichtlich verzichtet.

Da der gesellschaftliche, historische, kulturelle und weltanschauliche Einfluss eine Gesellschaft zentral prägen, muss der erfasste Ist-Zustand unter **Berücksichtigung des Kontextes** erfolgen. Es gilt speziell zu beachten, dass solche Wertehaltungen einer Gesellschaft die moralischen Debatten steuern können.

## 2.1 Begrifflichkeiten

In der gesellschaftlichen Debatte steht der assistierte Suizid häufig im Vordergrund. Diese Beschränkung erfolgt jedoch zu Unrecht. Von Entscheidungen am Lebensende und somit auch von der Möglichkeit der Sterbehilfe sind weit mehr Personen betroffen, als nur diejenigen, welche ihr Leben durch die Einnahme eines bestimmten Medikaments beenden möchten. Aus diesem Grund folgt an dieser Stelle eine differenzierte Unterscheidung der verschiedenen Arten der Sterbe- und Suizidhilfe.

Die grundsätzliche Unterscheidung der Begrifflichkeiten beruht auf den Wortteilen *Sterben* und *Suizid*. Während die Sterbehilfe explizit die Hilfe für den Sterbenden betrifft, richtet sich die Suizidhilfe an alle Personen. Somit setzt die Sterbehilfe voraus, dass die Person einer direkten Lebensbedrohung ausgesetzt ist. Bei der Suizidhilfe handelt es sich wiederum um einen Akt, der unabhängig vom Gesundheitszustand von jeder Person in Anspruch genommen werden kann. Der Fokus liegt dabei auf dem Willensausdruck zu sterben (vgl. Mathwig 2007: 9f.). Um diese letzte Handlung durchführen zu können, wird der sterbewilligen Person die zum Tode führende Substanz von einer Sterbehilfeorganisation, wie beispielsweise Exit oder Dignitas, vermittelt. Voraussetzung ist, dass die betroffene Person

in der Lage ist, die Substanz selbstständig und ohne Fremdeinwirkung einzunehmen (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2012: 1).

Bei manchen Menschen löst der Begriff der Sterbehilfe starke negative Assoziationen aus, da er oftmals als Synonym für Euthanasie eingesetzt wird. Auch Gian Domenico Borasio (vgl. 2014: 75f), der Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne, bezeichnet den Begriff der Sterbehilfe als unbrauchbar. Borasio (2014: 75) schreibt: *“Er ist mehrdeutig, emotional und historisch vorbelastet, je nach Blickwinkel euphemistisch verharmlosend oder historisch abschreckend, im juristischen Bereich mehr verwirrend als erhellend [...].”*

Dennoch erscheint mir eine differenzierte Erläuterung der verschiedenen Formen der Sterbe- und Suizidhilfe als unumgänglich, um das darin enthaltene ethische Dilemma umfassend beschreiben zu können und um zu erläutern, wie die verschiedenen Begrifflichkeiten in der vorliegenden Arbeit verwendet werden.

### **2.1.1 Passive Sterbehilfe**

Als passive Sterbehilfe wird bezeichnet, wenn eine Therapie zur Behandlung einer letalen Grunderkrankung abgebrochen oder gar nicht erst begonnen wird. Symptomtherapie sowie Grundpflege und psychologische Betreuung werden daraufhin intensiviert. Somit fällt das Ausschalten des Beatmungsgeräts genauso unter die passive Sterbehilfe, wie auch das Unterlassen von künstlicher Ernährung oder einer antibiotischen Therapie bei einer Lungenentzündung. Es wird also in Kauf genommen, dass durch die aktive Handlung der Unterlassung einer bestimmten Therapie der Sterbeprozess nicht nur seinen Lauf nehmen kann, sondern, dass dieser dadurch möglicherweise noch beschleunigt wird. Gegenüber der Grunderkrankung bleibt die Haltung passiv (vgl. Frieß 2010: 16-18).

### **2.1.2 Indirekt (aktive) Sterbehilfe**

Von indirekter Sterbehilfe wird dann gesprochen, wenn die Patienten ein Medikament verabreicht bekommen, welches Schmerzen oder Unruhe lindert, dies jedoch als Nebeneffekt eine Beschleunigung des Todeseintritts mit sich bringen kann. Somit ist die Indikation des Medikaments eine adäquate Symptomtherapie und nicht etwa die Absicht, dass der Tod des Patienten herbeigeführt werden soll. Die Rede ist hier vom sogenannten *double effect*. Die Patienten sterben nicht ausschliesslich an den Folgen ihrer Grundkrankheit sondern möglicherweise auch an den Folgen einer bestimmten medikamentösen Behandlung. Diese Nebenwirkungen lassen sich als beabsichtigt und akzeptiert beschreiben. In der Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe ist es jedoch nicht die Absicht des Arztes den Tod des Patienten herbeizuführen, sondern viel mehr verfolgt diese Medikation das Ziel eines schmerzfreien Zustandes für den Patienten (Frieß 2008: 54f).

Dialog Ethik (Arn/Baumann/Baumann-Hölzle/ Egli/Gigler/Meier-Allmendinger/Müri/Pachlatko/ Weidmann-Hügler 2005: 8) betont die negative Assoziation, die mit dem Wort der „indirekten Sterbehilfe“ in Verbindung gebracht wird. Es birgt sich die Gefahr, dass aus Angst den Patienten zu töten, zu wenig Schmerzmittel verabreicht werden könnten. Deshalb schlägt Dialog Ethik den Alternativbegriff „Handlung mit doppelter Wirkung“ vor.

### **2.1.3 Aktive Sterbehilfe**

Als Synonym für aktive Sterbehilfe wird der Ausdruck Tötung auf Verlangen gebraucht. Dabei äussert der Patient seinen Sterbewillen ausdrücklich und über einen längeren Zeitraum und bestimmt eine Drittperson zur Tat. Somit wird der Tod von Patient und Ärzten gewollt, gezielt und geplant herbeigeführt. Im Unterschied zur indirekten Sterbehilfe wird hierbei das Medikament nicht zur Symptomlinderung eingesetzt, sondern im Sinne einer bewussten Herbeiführung des Todes. Diese Form der Sterbehilfe ist in der Schweiz verboten (vgl. Frieß 2010: 22).

### **2.1.4 Assistierter Suizid**

Beim assistierten Suizid benötigt der Patient die Hilfe von einer Drittperson, die ihm das Mittel, welches den Suizid herbeiführen wird, bereitstellt. Die Handlung, das Mittel einzunehmen, liegt dann beim Suizidenten (vgl. ebd.).

In der Schweiz erfolgt diese Art der Suizidhilfe in der Regel begleitet durch eine Suizidhilfeorganisation. Das Mittel welches den Tod herbeiführen soll, ist Natrium-Pentobarbital (NAP). Diese Lösung wirkt in hohen Dosen atem- und kreislaufdepressiv. Dadurch tritt in der Regel innert weniger Minuten eine tiefe Bewusstlosigkeit ein und kurz darauf folgt der Herzstillstand (vgl. exit deutsche Schweiz o.J.).

### **2.1.5. Verwendung der Begrifflichkeiten**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich sowohl mit der Sterbe- wie auch mit der Suizidhilfe. Oftmals scheint eine klare Trennung schwierig, da die Begrifflichkeiten in der Literatur nicht einheitlich verwendet werden. Eine klare Trennung dieser beiden sich im Kern unterscheidenden Begriffe sehe ich jedoch als unumgänglich. Somit werde ich den Begriff der Suizidhilfe dann verwenden, wenn von einem begleiteten, assistierten Suizid durch eine Sterbehilfsorganisation die Rede ist. Für alle übrigen Formen steht der Begriff Sterbehilfe. Wenn die Rede von beiden Formen ist, so werden diese auch namentlich als Sterbe- und Suizidhilfe bezeichnet.

## **2.2 Die Fakten der Sterbe- und Suizidhilfe**

Seit dem Jahre 2003 ist die Anzahl der Suizide in der Schweiz konstant. Dagegen zeigt eine im Jahre 2012 erschienene Statistik zu den Jahren 1998 bis 2009 auf, dass die Anzahl der begleiteten Suizide stetig zunimmt. Es ist die erste Statistik, die in der Schweiz zu diesem Thema veröffentlicht wurde.

Die Ergebnisse zeigen, dass im Jahr 2009 knapp 300 mal Suizidhilfe geleistet wurde, immer an Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Von 1000 Todesfällen sind also laut dieser Statistik 4.8 begleitete Suizide. Im Gegensatz zu alleine durchgeführtem Selbstmord nehmen deutlich mehr Frauen als Männer die Suizidhilfe in Anspruch. Bei beiden Geschlechtern ist die grösste Zahl der Betroffenen im Alter zwischen 75 und 84 Jahren; nur 1% ist unter 35 Jahre alt. Die grösste Gruppe bilden Personen, die von einem Krebsleiden betroffen sind (44%), gefolgt von Personen mit neurodegenerativen Erkrankungen, wie beispielsweise Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) oder Parkinson (14%). Nur bei 3% wird eine Depression als Ursache für den Wunsch nach Suizidhilfe genannt (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2012: 1f.).

Die Zahlen dieser Statistiken beziehen sich lediglich auf den assistierten Suizid.

Auch betreffend der Sterbehilfe zeigt eine Studie, welche Entscheidungen am Lebensende in sechs Europäischen Ländern miteinander vergleicht, dass in der Schweiz ein hoher Anteil der Sterbenden ihr Lebensende durch eine aktive Entscheidung herbeiführen. Dies ist, wie der untenstehenden Tabelle mit dem Titel „ärztliche Entscheidungen am Lebensende“ zeigt, bei ca. drei Vierteln aller Sterbenden der Fall; spontane Todesfälle, die eine ärztliche Intervention ausschliessen (z.B. Verkehrsunfälle, Bergunfälle) sind von diesen Zahlen ausgenommen. Am Häufigsten ist das Ergebnis der Entscheidung der Abbruch oder Verzicht auf eine medizinische Therapie (passive Sterbehilfe). Darauf folgend fällt die Entscheidung auf den Einsatz von Medikamenten zur Symptom- und Schmerzbekämpfung, welche eine mögliche Lebensverkürzung zur Folge haben (indirekt (aktive) Sterbehilfe) (vgl. Zimmermann-Acklin 2007: 22).

Ärztliche Entscheidungen am Lebensende	Schweiz
Entscheidungen am Lebensende (gesamthft)	51%
Zwei Formen von assistiertem Suizid	1%
• aktive Sterbehilfe auf Verlangen	0.27%
• aktive Sterbehilfe ohne Verlangen	0.42%
Indirekte (aktive) Sterbehilfe	22%
Passive Sterbehilfe	28%

Abb. 1: ärztliche Entscheidung am Lebensende (in Anlehnung an: Zimmermann-Acklin 2007: 22)

Aussagekräftige Studien, welche nebst dem assistierten Suizid verlässliche Zahlen für die Sterbehilfe belegen, sind schwierig zu finden. Dies zeigt sich auch in der erwähnten Studie über die Entscheidungen am Lebensende, in der darauf hingewiesen wird, dass es sich bei den Zahlen um ungefähre Richtwerte handelt, die der weiteren Forschung und Interpretation bedürfen (vgl. ebd.). Diese Ungenauigkeit ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass

bei der Erhebung von passiver wie auch indirekter Sterbehilfe davon ausgegangen werden muss, dass eine hohe Dunkelziffer besteht. Die Ursache dessen liegt womöglich in den bestehenden Unsicherheiten bezüglich der Auslegung der rechtlichen Bestimmungen. Die Ausführung der rechtlichen Rahmenbedingungen im nächsten Kapitel wird zeigen, dass sich bezüglich den das Lebensende betreffenden rechtlichen Regelungen eine Grauzone öffnet, welche einen hohen Ermessensspielraum offen lässt.

## **2.3 Rechtliche Bestimmungen**

Dieses Kapitel soll dazu dienen, die relevanten Gesetzesartikel bezüglich der Sterbe- und Suizidhilfe darzulegen und Überlegungen zu deren Bedeutungen anzustellen.

Zum Schluss folgt eine kurze Darlegung der politischen Diskussion und der Vorstösse, die zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe in der Schweiz in den vergangenen Jahren stattgefunden haben, sowie ein kurzer Vergleich mit der juristischen Situation in umliegenden Europäischen Ländern.

### **2.3.1 Die Gesetzesartikel**

Für die Sterbe- und Suizidhilfe in der Schweiz relevante rechtliche Bestimmungen finden sich in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), in der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) und im nationalen Straf- und Zivilrecht.

In 2 Abs. 1 EMRK ist das Recht auf Leben verankert.

#### Art. 2 EMRK Recht auf Leben

1) Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden [...]

Laut dem erstgenannten Artikel hat jede Person ein Recht auf Leben. Der Staat hat die Verpflichtung dieses Recht auch dann zu schützen, wenn es aus der Perspektive anderer nicht mehr lebenswert scheint. Einzig die betroffene Person selbst kann diese Schutzpflicht des Staates einschränken. Diese Einschränkung lässt sich mit der in Art. 8 EMRK verankerte Achtung des Privatlebens (auch bekannt als Selbstbestimmungsrecht) begründen (vgl. Informationsplattform humanrights.ch 2005).

Art. 8 EMRK Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens

- 1) Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.
- 2) Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.

Art. 8 EMRK sichert damit jeder Person ein Recht auf Achtung des Privatlebens. Dieses Recht kann im Rahmen von Art. 8 Abs. 2 eingeschränkt werden (vgl. Forwein in Forwein/Peukert 1996: 345). Die in Abs. 2 formulierten Gründe des Eingreifens in das Recht auf Achtung des Privatlebens sind meines Erachtens sehr vage formuliert und ermöglichen einen grossen Ermessensspielraum. Die Behörde darf laut Art. 8 Abs. 2 EMRK „zum Schutz der Gesundheit oder der Moral“ in das Selbstbestimmungsrecht eingreifen. Entscheidend für die Beantwortung der Frage, ob im Rahmen der Sterbe- und Suizidhilfe in das Recht auf Leben eingegriffen werden kann oder nicht, ist meiner Meinung nach die Einstellung zum Tod. Wird der Tod als „krank“ angesehen und gilt es moralisch als nicht vertretbar, einer Person zum Sterben zu verhelfen, könnte der Artikel als Verbot jeglicher Art der Sterbe- und Suizidhilfe verstanden werden. Versteht man den Tod jedoch als einen Teil, der zu einem gesunden Leben dazugehört und erachtet es nicht als unmoralisch, eine Person in ihrem letzten Wunsch zu sterben gemäss ganz persönlichen Vorstellungen zu unterstützen, so wäre dieser Artikel so auszulegen, dass er für die Sterbe- und Suizidhilfe spricht. In diesem Fall würde man davon ausgehen, dass es unmoralisch sei, einem Menschen nicht seinen letzten Wunsch zu erfüllen.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat klar definiert, dass aus Art. 2 EMRK Recht auf Leben kein Recht auf Sterben abgeleitet werden kann (vgl. Pretty gegen Großbritannien, Beschwerde Nr. 2346/02 zit. nach Entenza in SZIER 2014: 193). Im Zusammenhang mit Art. 8 EMRK hat der Gerichtshof andererseits entschieden, dass der Artikel das Recht eines jeden enthält, darüber zu entscheiden, auf welche Art und in welchem Moment sein Leben ein Ende nimmt (vgl. Haas gegen Schweiz, Beschwerde Nr. 31322/07 zit. nach Entenza in SZIER 2014: 193). Daraus lässt sich schliessen, dass zwischen dem Recht über den eigenen Tod entscheiden zu dürfen und dem Recht auf Sterbe- resp. Suizidhilfe unterschieden werden muss. Art. 8 EMRK enthält zwar das Recht über seinen eigenen Tod entscheiden zu können, nicht jedoch das Recht die Tötung mit Hilfe des Staates durchzuführen (vgl. Entenza in SZIER 2014: 193).

Ähnlich viel Spielraum für eine Grundsatzdiskussion, ob Sterbe- und Suizidhilfe juristisch gerechtfertigt werden kann, ergibt sich aus den unterschiedlichen Auslegungen der Gesetzesartikel auf nationaler Ebene.

In der Bundesverfassung sind die sogenannten in der Schweiz geltenden Grundrechte verankert. Art. 7 BV beinhaltet das Recht auf Menschenwürde.

Art. 7 BV Menschenwürde

Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.

Wie diese Würde des Menschen jedoch im Konkreten definiert wird, ist sehr individuell. Da keinerlei Kriterien bestehen, woran die Würde eines Menschen gemessen wird, kann kein Gericht einen Entscheid darüber fällen. Art. 7 BV ist demnach nicht justizabel (Arbeitsgruppe Sterbehilfe 1999: 20f.).

Wie auch in Art. 2 und 8 EMRK wird für die nationale Ebene in Art. 10 Abs. 1 und 2 BV festgehalten, dass jeder Mensch ein Recht auf Leben, sowie auf persönliche Freiheit hat.

Art. 10 BV Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit

1 Jeder Mensch hat das Recht auf Leben. Die Todesstrafe ist verboten.

2 Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit.

Die Frage, die hier in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe relevant erscheint, ist, ob sich dieser Art. 10 BV auch umdrehen lässt und ein Recht auf Sterben abgeleitet werden kann.

Aus Art. 10 Abs. 1 BV kann kein Recht auf Sterben abgeleitet werden (vgl. Biaggini 2007: 119). Zudem ist durch Verbot der vorsätzlichen Tötung geregelt, dass die direkte aktive Sterbehilfe in jedem Fall verboten ist (vgl. Schweizer in Ehrenzeller/Mastronardi/Schweizer/Vallender 2008: 260).

Zum Selbstbestimmungsrecht nach Art. 10 Abs. 2 hingegen gehört auch, dass jede Person, für sich selbst entscheiden darf und kann, wann sie ihrem Leben ein Ende setzen möchte. Voraussetzung dazu ist, dass die betroffene Person in der Lage ist, sich frei ihren Willen zu bilden und diesen umzusetzen (vgl. BGE 133 I 66 f. zit. nach Schweizer in Ehrenzeller/Mastronardi/Schweizer/Vallender 2008: 260). Somit ist die passive Sterbehilfe, bei der sich der urteilsfähige Patient für den Abbruch oder Verzicht auf medizinischen Massnahmen entscheidet, nach Art. 10 Abs. 2 BV zulässig.

Wie auch Art. 8 EMRK beinhaltet Art. 10 Abs. 2 BV jedoch nicht das Recht, mit Hilfe des Staates oder Dritter sterben zu können (vgl. BGE 133 I 68 ff. und Pretty gegen

Großbritannien, Beschwerde Nr. 2346/02 zit. nach Schweizer in Ehrenzeller/Mastronardi/Schweizer/Valender 2008: 261).

Abschliessend gilt es zu erwähnen, dass Art. 10 BV für die Ärztin bzw. den Arzt keine Pflicht zur Lebenserhaltung begründet (Schweizer in Ehrenzeller/Mastronardi/ Schweizer/ Valender 2008: 261).

Durch folgende Artikel des StGB wird der Ermessensspielraum, bei gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Sterbe- und Suizidhilfe, eingeengt.

Die aktive Sterbehilfe ist nach Art. 111 (Tötung), Art. 112 (Mord) 113 (Totschlag) und Art. 114 (Tötung auf Verlangen) StGB in der Schweiz verboten und wird somit strafrechtlich geahndet.

Art. 111 StGB Tötung.

Vorsätzliche Tötung

Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besonderen Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.

Art. 112 StGB Mord

Handelt der Täter besonders skrupellos, sind namentlich sein Beweggrund, der Zweck der Tat oder die Art der Ausführung besonders verwerflich, so ist die Strafe lebenslängliche Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren.

Art. 113 StGB Totschlag

Handelt der Täter in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

Art. 114 StGB Tötung auf Verlangen

Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

Laut diesen Artikeln ist die gezielte Tötung eines anderen Menschen, auch wenn diese die Verkürzung seines Leidens zum Ziel hat und auf ausdrücklichen Wunsch der getöteten Person erfolgt, strafbar (vgl. Trechsel 2008: 560).

Art. 115 StGB regelt einen Ausnahmezustand, aus dem resultiert, dass der begleitete Suizid in der Schweiz straffrei durchgeführt werden kann.

**Art. 115 StGB Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord**

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

Der Artikel besagt unmissverständlich, dass die Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord nur strafbar ist, wenn sie unter selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt (vgl. Venetz 2008: 147). Beihilfe bedingt, dass der letzte Schritt dem Sterbenden überlassen wird d.h. dem Sterbewilligen wird zwar das Gift auf die Lippen gelegt, die Entscheidung, ob er es schlucken möchte oder nicht, fällt er jedoch selbst (vgl. Trechsel 2008: 561). Um diese Entscheidung fällen zu können, muss der Sterbewillige urteilsfähig sein (vgl. Venetz 2008: 147).

Problematisch erscheint, dass für den Geltungsbereich von Art. 115 StGB keine expliziten Kriterien formuliert sind. Dies bringt mit sich, dass es den privaten Organisationen offen steht, ihre eigenen Kriterien zu formulieren (Urteilsfähigkeit, chronische Krankheit, unerträgliches Leiden etc.), unter denen Suizidhilfe zulässig ist. In der heutigen Situation besteht somit eine gewisse Willkür, wer die organisierte Suizidhilfe in Anspruch nehmen kann (NEK CNE 2005: 51).

Die Frage danach, ob der Sterbewillige den eigenen Tod tatsächlich freiwillig wünschen kann, resp. auf den Schutz der eigenen Persönlichkeit verzichten kann, indem er den eigenen Tod durch Dritte herbeiführen lässt, ist nach Art. 27 ZGB kritisch zu betrachten.

**Art. 27 ZGB****B. Schutz der Persönlichkeit****I. Vor übermässiger Bindung**

1 Auf die Rechts- und Handlungsfähigkeit kann niemand ganz oder zum Teil verzichten.

2 Niemand kann sich seiner Freiheit entäussern oder sich in ihrem Gebrauch in einem das Recht oder die Sittlichkeit verletzenden Grade beschränken.

Sowohl Abs. 1 wie auch Abs. 2 beinhalten, dass sich niemand dem Schutz seiner Persönlichkeit entziehen kann, das heisst, dass niemand Bindungen eingehen kann, die übermässig oder „persönlichkeitsnahe“ sind.

Art. 27 Abs. 1 besagt, dass niemand auf seine in Art. 12 – 19 ZGB verankerte Rechts- und Handlungsfähigkeit verzichten kann.

Der zweite Absatz hält fest, dass Vereinbarungen, welche den Kernbereich der Persönlichkeit betreffen oder die gesellschaftlichen Freiräume einer Person beschränken, nichtig sind (vgl. Aebi-Müller in Breitschmid/Rumo-Jungo 2012: 96-98).

Aus Art. 27 B ZGB schliesse ich, dass es rechtlich gesehen unmöglich ist, dass eine Person sich freiwillig für eine Selbsttötung ausspricht, in dem sie einer anderen Person die Berechtigung zur Herbeiführung ihres Todes zuspricht. Somit wird die Freiheit jeder Person - im Sinne von Art. 27 B Abs. 2 ZGB - als unantastbarer Wert gehandelt, die auch nicht durch aktives Verlangen eingeschränkt werden kann.

### **2.3.2 Politische Entwicklung in der Schweiz**

Im Jahre 1994 reichte der damalige Nationalrat Victor Ruffly eine Motion ein, welche den Bundesrat dazu aufforderte einen neuen Art. 115bis StGB vorzulegen. Der Bundesrat versuchte der Motion eine weniger verpflichtende Form zu geben und schlug vor, sie in ein Postulat umzuwandeln. Nachdem der Nationalrat diesem Vorschlag 1996 zugestimmt hatte, beauftragte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) 1997 eine Arbeitsgruppe dazu, die Situation zu untersuchen und Vorschläge auszuarbeiten. Die Arbeitsgruppe legte im Frühjahr 1999 ihren Bericht vor. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe befürwortete in diesem Bericht, dass der bestehende Art. 114 StGB durch eine Ausnahmeklausel zu ergänzen sei, die besagt, dass wenn die Tötung einer kurz vor dem Tode stehenden, unheilbar kranken Person mit dem Ziel der Erlösung des Leidens erfolgt, straffrei sein soll. Der Bundesrat lehnte diese Ausnahmeklausel im Sommer 2000 deutlich ab und war ferner der Ansicht, dass es keine gesetzlichen Regelungen bezüglich der passiven und indirekten Sterbehilfe brauche. Auf diesen Entschluss reagierte das Parlament mit zwei relevanten Initiativen: Die erste Initiative wurde eingereicht von Franco Cavalli, Mitglied der Sozialdemokratischen Partei, Onkologe und Präsident der Krebsliga Schweiz. Diese verlangte den Vorschlag der Arbeitsgruppe bezüglich Art. 114 StGB aufzunehmen mit dem Zusatz, dass das Privileg der aktiven Tötung am Lebensende nur demjenigen Arzt straffrei ermöglicht werden soll, der vom Patienten den klaren Auftrag dazu erhalten hat. Die zweite Initiative stammte von der Freisinnigen Dorle Vallender, die eine Präzisierung von Art. 115 StGB verlangte. Beide Initiativen wurden vom Nationalrat abgelehnt (vgl. NEK CNE 2005: 38f). Die Motion Zäch, die zur selben Zeit eingereicht wurde, nahm der Nationalrat jedoch an. 2003 wurde auch diese in ein Postulat umgewandelt. Eine weitere Motion beauftragte den Bundesrat die gesetzlichen Regelungen in den Bereichen der indirekt-aktiven sowie passiven Sterbehilfe auszubauen, sowie die Palliativmedizin zu fördern. Daraufhin wurde im Herbst 2004 eine Arbeitsgruppe gebildet, die vom Vorsteher des EJPD den Auftrag erhielt, sich in einem ersten Schritt mit dem Thema Sterbetourismus auseinanderzusetzen. Diese initiierte eine Studie welche das Thema bis ins Jahre 2006 untersuchte. In den Jahren 2006 und 2007 diskutierte der Bundesrat erneut, ob die gesetzlichen Regelungen eines Ausbaus bedürfen. Er kam aber zum Schluss, dass die konsequente Umsetzung von geltendem Recht genüge. Dieser Entschluss löste heftige Diskussionen in Politik und Öffentlichkeit aus, was wiederum dazu führte, dass das Dossier 2008 erneut aufgenommen wurde. Das EJPD

wurde beauftragt die Situation neu zu prüfen und legte zwei Vorschläge vor: Strengere Voraussetzungen für Art. 115 StGB oder das Verbot der organisierten Suizidhilfe. Diese beiden Vorschläge wurden vom Bundesrat ins Vernehmlassungsverfahren geschickt, welches im März 2010 abgeschlossen wurde. Als Ergebnis der Vernehmlassung wurde ein Vorschlag ausgearbeitet, der Art. 115 StGB<sup>3</sup> präzisieren sollte (vgl. Bericht des Bundesrates 2011: 6-9). Ende Juni 2011 beschloss der Bundesrat erneut, dass keine Anpassung von Art. 115 StGB notwendig sei, er weiterhin jedoch die Suizidprävention sowie Palliative Care fördern möchte (vgl. Kommission für Rechtsfragen des Nationalrats 2012).

Diese Entwicklungen zeigen, dass in den vergangenen Jahren mehrfach Versuche in Richtung einer engeren Gesetzesregelung der Sterbe- und Suizidhilfe unternommen wurden. Diese scheiterten jedoch wiederholt, da der Bundesrat der Meinung war, die gesetzlichen Regelungen diesbezüglich seien ausreichend.

### **2.3.3 Situation in weiteren europäischen Ländern**

Die Rechtslage der Schweiz kann nicht isoliert betrachtet werden. Auch die gesetzlichen Bestimmungen des nahen Auslands haben einen Einfluss auf den Diskurs hauptsächlich bezüglich der Suizidhilfe in der Schweiz. Aus diesem Grund folgt nun ein kurzer Exkurs in die Rechtslage von Belgien, den Niederlanden, Grossbritannien, Italien und Deutschland. Im Kapitel 2.5.2 werden die Auswirkungen auf die Schweiz, welche bedingt sind durch die unterschiedlichen Gesetzeslagen, die in Europa vorzufinden sind, vertieft erläutert.

Seit dem Jahre 2002 gilt in Belgien das „Gesetz zur Euthanasie“. Dieses erlaubt unter bestimmten Bedingungen die Tötung auf Verlangen durch einen Arzt. Im Jahre 2014 hat Belgien das Recht auf Sterbehilfe auch auf Minderjährige ausgeweitet, womit Bürger jeden Alters das Recht haben, unter gewissen Voraussetzungen bei ihrem Arzt die Hilfe zur Selbsttötung einzufordern.

Auch in den Niederlanden trat 2002 das „Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung“ in Kraft welches die Bestimmungen zur Sterbehilfe juristisch klarer regeln soll. Dieses Gesetz hält Sorgfaltskriterien fest, nach welchen Art. 293 StGB (Tötung auf Verlangen) und Art. 294 Abs. 2 StGB (Beihilfe zum Selbstmord) nicht mehr als strafbar gelten. Somit ist in den Niederlanden die aktive Sterbehilfe, in Form von Tötung auf Verlangen, unter gewissen Voraussetzungen legalisiert. Dem zuständigen Leichenbeschauer muss der Arzt einen Bericht vorlegen, dass er die Sorgfaltskriterien eingehalten hat. Eine Kontrollkommission prüft daraufhin diesen Bericht. Falls Zweifel an der Rechtmässigkeit bestehen, wird die Staatsanwaltschaft eingeschaltet.

---

<sup>3</sup> Ausführlicher Vorschlag des überarbeiteten Art. 115 StGB ist nachzulesen in: Bericht des Bundesrates 2011: 29-34.

Wie in Belgien, ist es auch in den Niederlanden erlaubt, als minderjährige Person ab zwölf Jahren Sterbehilfe anzufordern.

Die Gesetzeslage in Grossbritannien hingegen ist sehr restriktiv. Dies wird durch den Fall Pretty<sup>4</sup> deutlich bestätigt. Laut dem „Suicide Act“ wird Beihilfe zum Suizid mit bis zu 14 Jahren Haft bestraft, wobei der Ermessensspielraum beim tatsächlichen Strafmass weit ist. Das Verbot in Grossbritannien Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, schliesst nicht aus, dass Patienten in ein Land reisen könnten, wo die Gesetzeslage liberaler ist, um sich dort in den Tod begleiten zu lassen. Gesetzeswidrig ist es jedoch einen Patienten in diesem Wunsch zu unterstützen, resp. ihn dorthin zu begleiten. Im Jahre 2009 wurden von der britischen Anklagebehörde erstmals Richtlinien erlassen, die Klarheit schaffen sollen, nach welchen Kriterien tatsächlich eine Strafverfolgung aufgrund von Suizidhilfe eingeleitet wird.

In Italien sowie in Deutschland ist die Sterbehilfe nicht ausdrücklich im Gesetz geregelt. In beiden Ländern ist jedoch die aktive Sterbehilfe, genauso wie in der Schweiz auch, laut StGB (Deutschland: Art. 211, 212, 216 StGB, Italien Art. 575 codice penale) verboten. In Italien sieht der Art. 62 codice penale vor, dass unter dem Umstand der Mitleidstötung ein milderndes Strafmass zum Ausdruck kommt. Dieses ist beispielsweise gegeben, wenn das Motiv der Tötung einen speziellen moralischen oder sozialen Wert hat. Die passive Sterbehilfe ist in der italienischen Verfassung in Art. 32 Abs. 2 geregelt. Dieser regelt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über die medizinischen Behandlungen. Laut Italienischem Recht darf niemandem eine medizinische Behandlung aufgezwungen werden. Dadurch wird passive Sterbehilfe straffrei möglich, sofern die Einwilligung des Patienten vorliegt. Liegt jedoch keine Einwilligung vor, so wird passive Sterbehilfe gleich behandelt, wie Tötung durch Unterlassen, und wird demnach gleich bestraft, wie die aktive Tötung. Einzig der Hirntod bildet eine Ausnahme, sofern die Angehörigen des Betroffenen, ein behandelnder Arzt, der zuständige Chefarzt und die Rechtsmediziner einen Konsens haben, dass das „Sterben-lassen“ der einzige Ausweg darstellt.

Suizid, und somit auch die Beihilfe zum Suizid sind in Deutschland nicht strafbar. Überprüft wird jedoch, ob die nach StGB geltenden Tatbestände wie Totschlag oder Unterlassen der Hilfeleistung gegeben sind. Zur Hilfeleistung verpflichtet sind speziell Ärzte sowie nahestehende Personen des Sterbenden, da diese eine moralische Verpflichtung gegenüber der betroffenen Person haben zu helfen. Aus dieser Regelung leite ich ab, dass der assistierte Suizid in Deutschland nicht umsetzbar ist. Die Bundesärztekammer hat 2004 in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung festgehalten, dass jegliche Massnahmen,

---

<sup>4</sup> Das gesammte Urteil in der Rechtssache Pretty gegen das Vereinte Königreich ist nachzulesen in: <http://www.wernerschell.de/Rechtssalmanach/Heilkunde/EuGH290402Urt02.pdf>

die gezielt eingesetzt werden, um die Lebensdauer zu verkürzen, als aktive Sterbehilfe eingestuft werden und somit strafbar sind. Steht jedoch die Linderung des Leidens im Vordergrund und bildet das vorzeitige Sterben einen Nebeneffekt davon, so darf dieser ohne strafrechtliche Relevanz hingenommen werden (vgl. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften o.J.).

## **2.4 Die Stakeholder**

Da die Soziale Arbeit bis anhin nicht klar Stellung zum Thema der Sterbe- und Suizidhilfe genommen hat, habe ich mich dazu entschieden, anhand von Stellungnahmen von verschiedenen Interessensgruppen einen Überblick über bestehende Meinungen und Haltungen aufzuzeigen.

Die verschiedenen Stakeholder, welchen im Rahmen der vorliegenden Arbeit Gehör finden, kommen aus den Bereichen der Gerontologie/Alter, Medizin/Pflege, Ethik und Religion. Weiter sollen die Interessen der Betroffenen, resp. deren Angehörigen berücksichtigt werden.

Es liegen nicht in allen Bereichen dieselbe Anzahl Stellungnahmen vor. Das hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Bereiche verschieden stark mit der Thematik der Sterbe- und Suizidhilfe verbunden sind. Im Bereich Medizin/Pflege wurden bereits von diversen Organisationen eigene Stellungnahmen veröffentlicht, während sich davon im Bereich Gerontologie/Alter nur wenige finden lassen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass speziell die organisierte Suizidhilfe für alte Menschen ohne ein lebensbedrohliches Leiden ein relativ neues Phänomen darstellt.

Weiter gilt es zu betonen, dass die vorliegenden Positionspapiere von sehr unterschiedlichem Umfang und unterschiedlicher Tiefe sind. Gewisse Stellungnahmen beschränken sich auf eine bestimmte Zielgruppe oder eine ausgewählte Form der Sterbe- oder Suizidhilfe. Alle diese Rahmenbedingungen werden es erschweren, die Positionen miteinander in Vergleich zu setzen. Dennoch soll die Analyse dieser zum Teil kontroversen Sichtweisen dabei helfen, eine Entscheidung im ethischen Sinne zu finden, stets mit dem Ziel, eine mögliche Position für die Soziale Arbeit herauszuarbeiten.

Im vorliegenden Kapitel werden die einzelnen Stakeholder kurz vorgestellt und ihre Interessen benannt. Die vertiefte Auseinandersetzung mit den einzelnen Argumenten folgt im dritten und vierten Schritt des ethischen Entscheidungsfindungsmodells.

### **2.4.1 Gerontologie/Alter**

**Pro Senectute Schweiz** (vgl. 2013: 1) ist eine Fach- und Dienstleistungsorganisation, die sich für die Rechte, das Wohl und die Würde im Alter einsetzt. Somit ist ihre Arbeit darauf ausgerichtet, die Lebensqualität der älteren Menschen in unserer Gesellschaft zu erhalten und zu fördern. Das von ihnen im Jahre 2013 veröffentlichte Positionspapier hat einen

Umfang von knapp drei Seiten und beschränkt sich dabei auf den assistierten Suizid im Alter<sup>5</sup>.

„Pro Senectute anerkennt das Recht von Suizidwilligen, ihr Leben- auch unter der Beihilfe anderer Personen- beenden zu wollen.“(vgl.ebd.) Dies schliesst aber nicht aus, dass sich die Organisation dafür engagiert, eine Alternative zum Ausweg in den Suizid aufzuzeigen. Suizidprävention und die Unterstützung eines flächendeckenden Angebotes von Palliative Care stehen dabei im Zentrum.

#### **2.4.2. Medizin/Pflege**

**Palliative Ostschweiz** ist ein Verein, der es zum Ziel hat, die Palliative Care Bewegung zu fördern. Er setzt sich für eine maximale Lebensqualität von schwerkranken und sterbenden Menschen, sowie deren Angehörigen ein. Demnach strebt er weder die Lebensverlängerung noch die Lebensverkürzung an.

Palliative Ostschweiz hält fest, dass es kein Recht auf Suizid gibt. Dennoch anerkennen sie, dass es unter gewissen Umständen auch durch umfassende Palliative Care nicht verhindert werden kann, dass ein Mensch den Weg in den Suizid wählt. Dabei betont der Palliative-Verein, dass es jeder Person in ihrer professionellen Tätigkeit frei steht, jemanden in den Suizid zu begleiten oder sich gegen eine Unterstützung zu entscheiden (vgl. Buess-Willi/Ritter o.J.: 2-9).

**CURAVIVA Schweiz** ist der nationale Dachverband der Heime und Institutionen. Er setzt sich dafür ein, dass in den Alters-und Pflegeheimen sowie in Institutionen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer Behinderung qualitativ hochstehende Unterstützung geboten wird. Damit einher geht die Verbesserung der rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die genannte Zielgruppe (vgl. Curaviva Schweiz o.J.).

CURAVIVA Schweiz (vgl. 2013: 3-7) stützt sich in ihrer Position auf die Stellungnahme der Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Somit bejahen sie die liberalen, rechtlichen Regelungen zur Suizidbeihilfe, die in der Schweiz gelten. Gleichzeitig setzen sie sich für eine bewusste Suizidprävention - speziell auch in Heimen und Institutionen für Menschen mit einer Beeinträchtigung - sowie für professionell hochstehende Palliative Care ein. CURAVIVA betont, die Wichtigkeit einer Kultur in der die Solidarität mit alten und/oder beeinträchtigten Menschen einen Platz findet.

**Die Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzten (FMH)** ist der Berufsverband Schweizerischer Ärzte, sowie die Dachorganisation der Ärztesgesellschaften. Aktiv setzt er sich dafür ein, den Zusammenhalt der Akteure des Gesundheitswesens zu fördern und die

---

<sup>5</sup> Durch diese Beschränkung wird jegliche Art der passiven, aktiven und indirekten Sterbehilfe nicht berücksichtigt.

Interessen ihrer Mitgliedern, also die in der Schweiz berufstätigen Ärzten in politischen Entscheidungsprozessen zu vertreten (vgl. FMH o.J.).

Die FMH (vgl. 2008: 1-3) macht eine klare Unterscheidung zwischen Sterbehilfe und Suizidhilfe. Sie anerkennt den Suizid als eine Realität der menschlichen Existenz, lehnen es jedoch deutlich ab, die Suizidhilfe als ärztliche Tätigkeit zu formulieren. Der Fokus liegt auf der Suizidprävention sowie der Förderung der Palliative-Medizin.

**Die Schweizerischen Akademie Medizinischer Wissenschaften (SAMW)** wurde 1943 durch die FMH, sowie die Medizinischen und Veterinärmedizinischen Fakultäten gegründet. Zu ihren Aufgaben zählen unter anderem ethische Fragen im Zusammenhang mit medizinischen Entwicklungen zu klären und diese zu diskutieren. Dafür zuständig ist die **Zentrale Ethikkommission (ZEK)**. Diese formulieren aufgrund aktuellen Ereignissen und Entwicklungen in der medizinischen Praxis, sowie der biomedizinischen Forschung ethische Richtlinien und veröffentlichen Stellungnahmen (vgl. SAMW o.J.).

Aus diesem Gesichtspunkt ist die Stellungnahme der SAMW (vgl. 2012: 1-3) stark aus der ärztlichen Perspektive formuliert und bezieht sich auf das von der FMH formulierte ärztliche Standesrecht. Es werden klare Voraussetzungen formuliert, die für die Zulassung der Sterbe- und Suizidhilfe erfüllt sein müssen. Dabei beschränkt sich die Position auf diejenigen Personen, die am Lebensende stehen (Sterbehilfe) und schliesst damit all diejenigen aus, die infolge einer allgemeinen Lebensmüdigkeit oder aufgrund fehlender Lebensqualität den frühzeitigen Tod wünschen (Suizidhilfe).

### **2.4.3 Ethik**

**Dialog Ethik** ist eine unabhängige Non-Profit-Organisation die sich mit den Fragen nach dem bestmöglichen Handeln im Gesundheits- und Sozialwesen auseinandersetzt. Sie vertritt eine Sterbekultur, die Hilfe beim, aber nicht zum Sterben bietet. Die aktive Sterbehilfe wird mit der Begründung der Gefahr des Sozialen Drucks, klar verneint. Die passive Sterbehilfe in Form von Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht wiederum wird akzeptiert, da diese Art des Todes selbstbestimmtes Sterben ermöglicht ohne dass Handlungen Dritter erforderlich sind und gesellschaftlich akzeptiert werden müssen (vgl. Arn et al. 2005: 3f.).

**Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK CNE)** ist ein Gremium welches sich aus Fachleuten aus den Bereichen Ethik und der öffentlichen Gesundheit zusammensetzt. Es ist um eine beratende, unabhängige, ausserparlamentarische Fachkommission, welche zu Fragen zur Gesundheit und Krankheit des Menschen aus ethischer Perspektive beratend Stellung bezieht (vgl. Bundesamt für Gesundheit o.J.).

Die NEK CNE (vgl. 2005: 7f.) betont, dass es bezüglich der Sterbehilfe keine allgemein geltenden Richtlinien geben kann. Vielmehr handelt es sich um einen individuellen Entscheid, der unter sorgfältiger Berücksichtigung der jeweiligen Komplexität erfolgen muss. Die in der Schweiz geltenden Regelungen bezüglich Beihilfe zum Suizid werden bejaht und

als ausreichend empfunden. Die Kommission betont jedoch, dass eine staatliche Aufsichtsbehörde, welche das Einhalten der Qualitätskriterien überprüfen soll, einzuführen sei. Weiter wird betont, dass eine gute Verfügbarkeit von Palliative Care dazu führen soll, dass ein Suizidwunsch nicht gefördert wird.

#### **2.4.4 Religion**

**Der Schweizerische evangelische Kirchenbund (SEK)** repräsentiert die protestantischen Kirchen in der Schweiz, äussert sich zu aktuellen theologischen und ethischen Fragen und nimmt politisch Stellung (vgl. schweizerischer evangelischer Kirchenbund o.J.).

Im Positionspapier spricht sich der SEK klar dafür aus, dass eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod unumgänglich sei. Dabei steht im Vordergrund, dass Entscheidungen am Lebensende nicht einzig unter Berücksichtigung medizinischer Kriterien, sondern im Fokus der gesamten Lebenssituation getroffen werden müssen. Es besteht kein rechtlicher Anspruch auf Suizidhilfe und niemand kann zur Tätigkeit der Suizidhilfe verpflichtet werden. Ferner spricht sich der SEK für differenziertere rechtliche und standesethische Regelungen der organisierten Suizidhilfe aus (vgl. Mathwig 2007: 40f.).

#### **2.4.5 Betroffene und Angehörige**

Auch die **Betroffenen sowie deren Angehörigen** funktionieren im Rahmen des ethischen Entscheidungsfindungsmodells als Stakeholder. Dies liegt mir aus dem Grund sehr am Herzen, da diese im Diskurs ums Thema der Sterbe- und Suizidhilfe nur sehr selten zu Wort kommen. Wie auch die Stellungnahmen, die in der vorliegenden Arbeit Gehör erhalten, bestätigen, wird die Diskussionen von gesunden Politikern, gesunden Kirchenleuten und gesunden Medizinern angeführt; die Betroffenen selbst sind häufig zu schwach um sich zu erklären und für ihre Bedürfnisse zu kämpfen und die Angehörigen sind zu sehr damit beschäftigt sich um die Kranken zu kümmern, ihnen beizustehen und ihre eigene Trauer zu verarbeiten (vgl. Exit Deutsche Schweiz 2012: 1).

Ihre Interessen finden in Form von Erfahrungsberichten aus einer von Exit deutsche Schweiz (vgl. ebd.:6-9/16-22) veröffentlichten Broschüre Eingang in die vorliegende Arbeit.<sup>6</sup> Exit betont, dass es sich bei der Broschüre um Originalaussagen von Angehörigen handelt, die nicht zwingend der Meinung von Exit entsprechen müssen. Dennoch benennen die Angehörigen, welche die Beiträge verfasst haben die Suizidhilfe durch Exit in einem positiven Sinne.

Mit diesen Erfahrungsberichten werden die Interessen der Betroffenen resp. deren Angehörigen lediglich bezüglich der Suizidhilfe berücksichtigt. Dies hängt damit zusammen, dass für die Sterbehilfe keine vergleichbaren Dokumente vorliegen.

---

<sup>6</sup> An dieser Stelle ist kritisch auf den institutionellen Kontext von Exit und die damit verbundene Möglichkeit einer einseitigen Fokussierung auf positive Erlebnisse mit der organisierten Suizidhilfe hinzuweisen.

## **2.5 Die Kontexteinbettung**

Der Ist-Zustand der Sterbe- und Suizidhilfedebatte in der Schweiz kann nicht als Momentaufnahme betrachtet werden. Es ist zwingen notwendig einen Blick in die Vergangenheit zu werfen, um die heute herrschenden Werte- und Normvorstellungen, die den Diskurs prägen, zu verstehen. Zudem kann die Schweiz nicht isoliert betrachtet werden. Der Blick über die Landesgrenze zeigt, speziell im Zusammenhang mit den rechtlichen Bestimmungen, dass auch die Situationen in umliegenden Europäischen Ländern eine Auswirkung auf die Debatte in der Schweiz haben.

Ziel dieses Kapitels ist es, diesen Blick zu öffnen und den Kontext in dem sich die Sterbe- und Suizidhilfedebatte abspielt, zu erschliessen.

### **2.5.1 Historischer Kontext:**

Zwei verschiedene Aspekte scheinen bezüglich der historischen Kontexteinbettung von Bedeutung zu sein.

Zum einen der kulturelle Wandel und die damit verbundene Individualisierung der Gesellschaft, welche einen Einfluss auf die Bedürfnisse jedes einzelnen an seinem Lebensende nehmen. Zum anderen die Auswirkungen der Eugenik während Zeiten des nationalsozialistischen Deutschlands.

Wirft man den Blick in der Geschichte zurück, so verstanden die Ägypter den Tod als eine Übergangsphase in eine neue mächtigere Existenzform. Somit wurde mit dem Sterben nicht das Ende sondern der Anfang von etwas neuem charakterisiert. Damit verbunden waren Totenrituale also sogenannte Tugenden mit Hilfe deren die verstorbene Person die Reise in eine andere Seinsebene beginnen sollte. Dadurch wurde der Tod einer Person von der Gemeinschaft getragen und aktiv gestaltet (vgl. Assmann 2000, zit. nach Mühlum et al. 2004: 133).

Auch in der Zeit vom Mittelalter bis ins 18. Jahrhundert wird der Tod als etwas beschrieben, das in Gemeinschaft mit Hilfe von Ritualen und Zeremonien verarbeitet wird. Diese traditionellen Handlungen sollen es den Hinterbliebenen ermöglichen, den Verlust einer nahestehenden Person anzunehmen und dem Schmerz nicht unkontrolliert ausgeliefert zu sein.

Ab dem 19. Jahrhundert ist eine bis in die heutige Zeit zunehmende Individualisierung der Gesellschaft zu beobachten, welche sich auch im Umgang mit dem Sterben und Tod widerspiegelt (vgl. Ariès 1997, zit. nach Mühlum et al.: 134). Beim Tod handelt es sich um ein Geschehen, vor welchem sich die Menschen fürchten und dem sie sich nicht annehmen wollen. Der Tod findet nur noch selten in der vertrauten häuslichen Umgebung, sondern viel mehr in Krankenhäusern und Pflegeheimen, statt. Die Sterbenden werden isoliert und der Sterbeprozess keineswegs angenommen. Der Anblick einer sterbenden Person wird häufig

als unerträglich und anderen Personen nicht zumutbar gehandelt. Dies kann bis zum Ausmass reichen, dass der betroffenen Person selbst, das eigene Erleben des Sterbens nicht zugemutet wird, und somit versucht wird, ihr den eigenen Tod zu verheimlichen. Diese Bewegungen in Richtung einer Gesellschaft, die dem Sterben und Tod keinen Platz mehr lassen, hat auch dazu geführt, dass die Trauer aus dem Alltag verschwunden scheint. Ziel ist es den Hinterbliebenen zu einer möglichst raschen Rückkehr in die „Normalität“ zu verhelfen - ein direkter Gegensatz zu den Bedürfnissen einer trauernden Person. Der Tod erscheint wie ein Misserfolg der Medizin, den es möglichst schnell zu vergessen gilt (vgl. Mühlum et al. 2004: 135-137).

Diese Entwicklungen in Richtung Individualisierung lässt sich nicht nur bezüglich der Einstellung zu Sterben und Tod beobachten. Eine Umfrage des Beobachters hat ergeben, dass die Schweizer Bevölkerung den Werten welche unser enges Lebensumfeld betreffen, namentlich Gesundheit, Familienleben und persönliche Sicherheit, die höchste Bedeutung zuschreiben. Seit Ende der sechziger Jahre ist eine Bewegung in Richtung Freiheit, Autonomie, Selbstverwirklichung und Toleranz zu beobachten in der Traditionen zunehmend an Bedeutung verlieren (vgl. Meier in Beobachter: 2010).

Diese Beobachtungen lassen sich in einen Zusammenhang mit der aktuellen Debatte um die Sterbe- und Suizidhilfe stellen. Die Selbstbestimmung sowie die individuelle Freiheit ist - wie sich im Verlauf der Arbeit noch zeigen wird - eines der Hauptargumente, das für die Sterbe- und Suizidhilfe spricht. Unter diesem Aspekt überrascht es nicht, dass gerade in dieser Zeit die Debatte um die Sterbe- und speziell die Suizidhilfe einen neuen Anstoss erhalten hat.

Der zweite Aspekt, der den historischen Kontext der Sterbe- und Suizidhilfe entscheidend geprägt hat ist die Eugenik im nationalsozialistischen Deutschland. Dieses Verbrechen liegt bereits einige Jahrzehnte zurück und dennoch findet bei vielen Menschen beim Thema Sterbe- und Suizidhilfe eine direkte Assoziation mit der damaligen systematischen Massenvernichtung von kranken und behinderten Menschen statt. Eine Gräueltat mit diesem Ausmass, hinterlässt seine Spuren bis in die heutige Diskussion. Die Gesellschaft heute scheint eine epochale Verantwortung für die Massenvernichtung im nationalsozialistischen Deutschland zu tragen. Zum einen beinhaltet diese Verantwortung ein anteilnehmendes Angedenken an die unschuldigen Opfer des damaligen Verbrechens und zum anderen darf sie eine sachliche Sterbe- und Suizidhilfedebatte in der heutigen Zeit nicht verunmöglichen (vgl. Schockenhoff 1991, zit. nach Grossmann 2008: 63). Eine Sensibilität gegenüber diesen historischen Geschehnissen ist unabdingbar und speziell in Deutschland stark zu spüren. Aus diesem Grund stösst die Debatte um die moralische Zulässigkeit der Sterbehilfe in Deutschland viel stärker auf Ablehnung wie beispielsweise in der Schweiz. Dies lässt sich in den vergleichbar restriktiven gesetzlichen Regelungen die in Deutschland gelten, erkennen.

Eine gegensätzliche Bewegung lässt sich in den 1930 Jahren in England und den USA beobachten. Dort ist eine Euthanasie-Gesellschaft entstanden, die einen ganz anderen Sinn verfolgte, wie die Nationalsozialisten. Mit der Gründung der „Voluntary Euthanasia Legislation Society“ in England wurde die erste Vereinigung gegründet die das Ziel verfolgte, unheilbar kranken Menschen, die den Tod ausdrücklich wünschten, bei der Umsetzung dieses Verlangens zu unterstützen. Auch wenn die damals mehrfach vorgelegten Gesetzesentwürfe vom amerikanischen wie auch vom britischen Parlament zurückgewiesen wurden, löste die Forderung nach „mercy killing“ eine bis zum heutigen Tag anhaltende Debatte aus. Durch den stetigen Fortschritt in der Medizin erhielt der Diskurs um die Sterbe- und Suizidhilfe in den späten Fünfziger Jahre einen neuen Anstoss. Das Selbstbestimmungsrecht der Patienten rückte zunehmend in den Fokus und die Diskussion erweiterte sich vermehrt auf die passive Beihilfe zum Suizid. Daraus resultiert das bis heute anhaltende Ziel der Suizid- und Sterbehilfe, es den von schwerer Krankheit und Leiden Betroffenen zu ermöglichen, dass sie über Beginn und Abbruch ihrer Behandlung und somit auch über ihr Weiterleben selbst bestimmen können (vgl. Kuhlmann 1995: 20f.).

### **2.5.2 Auswirkungen der verschiedenen Gesetzeslagen auf die Schweiz**

Die gesetzlichen Regelungen von umliegenden europäischen Ländern haben einen direkten Einfluss auf die Suizidhilfe in der Schweiz. Die Problematik, welche sich aus den restriktiven Regelungen, dieser Länder ergibt, ist bekannt unter dem Schlagwort *Sterbetourismus*.

Diese These wurde an der Universität Zürich mit der Studie „*Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon*“ belegt. Dabei wurden über die Jahre 2008-2012 alle registrierten Suizidbegleitungen von Patienten, die nicht Schweizer sind oder nicht in der Schweiz wohnen im Kanton Zürich untersucht. Ziel der Studie war unter anderem, zu überprüfen, ob ein Zusammenhang zwischen den gesetzlichen Regelungen in den Heimatländern der Patienten und der Anzahl Sterbetouristen besteht.

Die Ergebnisse der Studien zeigen auf, dass die Anzahl Patienten, die vom Ausland in die Schweiz reisen, um Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, sich zwischen den Jahren 2008 und 2012 verdoppelt hat. Insgesamt wurden 611 Fälle aus 31 verschiedenen Ländern registriert. Exit war dabei in vier Fällen als Suizidhilfeorganisation involviert, während alle restlichen Patienten die Suizidhilfe von Dignitas erhielten. Mit 268 Patienten reisten deutlich die meisten Patienten aus Deutschland an. An zweiter Stelle steht das Vereinigte Königreich mit 126 Fällen, gefolgt von Frankreich mit 66- und Italien mit 44 registrierten Fällen.

Die restriktiven Gesetzeslagen in Deutschland, dem Vereinigten Königreich, sowie auch in Frankreich bestätigen den vermuteten Zusammenhang zwischen den Herkunftsländer und der Anzahl Sterbetouristen in der Schweiz.

Die Ergebnisse der Studie lassen vermuten, dass die politische Debatte um die Suizidhilfe und den Sterbetourismus weiter anhalten werden, bis die Schweiz einheitliche und

strukturierte Gesetze erlässt, die es den Suizidhilfeorganisationen verunmöglicht, nach ihren eigenen Regelungen die Suizidhilfe für ausländische oder nicht in der Schweiz wohnhafte Personen zu erlauben oder zu verbieten (vgl. Bartsch/Gauthier/Mausbach/Reisch 2014: 1-6).

### 3 Schritt zwei: Moralische Frage benennen

Im zweiten Schritt des ethischen Entscheidungsfindungsmodells nach Blesch/Huppenbauer steht es im Zentrum innerhalb der Problemfelder die **moralischen Fragen zu benennen**. Es geht darum, zu klären, was aus ethischer Sicht den Streitpunkt darstellt. Dafür muss in einem ersten Schritt geklärt werden, was eine moralische Frage für Kriterien erfüllen muss, um als solche zu gelten. Dies erfolgt anhand von drei Kennzeichen. Voraussetzung ist, dass es sich um eine normative Frage mit Handlungsoption handelt. Das heisst, es steht im Vordergrund, was zu tun geboten, verboten oder erlaubt ist, resp. welche Handlungsoption die richtige ist. Das zweite Kriterium ist, dass Normen mit verbindlichen Regeln gleichgesetzt werden können. Es handelt sich also nicht um persönliche Präferenzen, sondern um allgemeingültige Verbindlichkeiten. Normen gelten universal und kategorisch. Dabei beruhen sie auf dem Prinzip der Unparteilichkeit. Ferner müssen die Entscheidungen begründet werden können. Das dritte Merkmal einer moralischen Frage ist, dass sie zentrale Werte und Güter vom Menschen oder einer Gesellschaft betrifft. Somit öffnen diese Fragen den Raum zum Gegenüber und gehen der Frage nach, was ich von ihm erwarten kann. Es handelt sich also um fundamentale Bedürfnisse und legitime Erwartungen und Interessen von Menschen (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2011: 34-42).

Es darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass sich die Wertvorstellungen einer Gesellschaft im Laufe der Zeit verändern und sich in jeder Kultur unterscheiden. Dies geschieht durch die Veränderung des Faktenwissens und dem daraus resultierenden Wachstum an Einflussmöglichkeiten der Menschen auf ihre Umwelt.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden dann die **strittigen Fragen formuliert**. Dabei gilt es die Konfliktfelder in Blick zu nehmen. Aus Sicht der im ersten Schritt herausgearbeiteten Stakeholder werden die verschiedenen Positionen, Argumente und Vorwürfe formuliert. Daraufhin soll herausgearbeitet werden, was die moralischen Fragen der Interessensvertreter sind sowie bestehende Entscheidungs- und Handlungsoptionen überlegt werden.

In einem letzten Schritt scheiden die nicht moralischen Aspekte (z.B. juristische, ökonomische, politische) der Argumentationen und Positionen aus. Diese können in der ethischen Entscheidungsfindung zwar nicht komplett ausser Acht gelassen werden und werden daher zu einem späteren Zeitpunkt wieder beigezogen. Im momentanen Prozess scheint es sinnvoll diese auszublenden um Sachzwänge und das voreilige Ausschliessen von kreativen Lösungen zu vermeiden (vgl. ebd: 45-47).

### **3.1 Moralische Fragen der Sterbe- und Suizidhilfe**

Bezüglich Sterbe- und Suizidhilfe scheint sich die dominante moralische Frage darum zu drehen, ob man einem Menschen dabei helfen darf, den Tod herbeizuführen. Gemäss den drei Kriterien der moralischen Fragen des ethischen Entscheidungsfindungsmodells öffnen sich hier die Handlungsoptionen diese Hilfe zum Sterben resp. zum Suizid zu gewähren oder sie zu verweigern. Das menschliche Leben ist dabei das zentrale Gut und der Wert der Gesellschaft, welches bei der Frage im Vordergrund steht. Weiter handelt es sich bei den folglich diskutierten moralischen Fragen nicht um persönliche Präferenzen, sondern um die normativen Regeln bezüglich eines frühzeitigen Abbruchs des Lebens.

Unter Berücksichtigung dieser drei Aspekte können folgende moralische Fragen benannt werden: „Kann Leben „lebensunwert“ sein?“, „Darf man Menschen töten?“ und „Wird der Autonomie oder der Fürsorge mehr Wert zugesprochen?“

#### **3.1.1 Kann Leben „lebensunwert“ sein?**

Gibt es einen Moment, wo das Leiden des Menschen so gross ist, dass es nicht mehr „wert“ ist zu leben, da es als menschenunwürdig gilt? Oder lässt sich eine allgemeine Entwicklung unserer Gesellschaft beobachten, welche den Tod so stark zu Vermeiden und Verdrängen versucht, dass auch der letzte Akt des Sterbens in die Hände und damit in die Verantwortung der Ärzte gelegt werden soll? (vgl. Dröner in Bock 1988: 69).

Die Frage nach der Lebenswertigkeit scheint in engem Zusammenhang mit dem Prinzip der Heiligkeit des Lebens zu stehen. Gilt das Leben universell als heiliges Gut oder kann es durch gewisse Umstände als „lebensunwert“ gelten und einen frühzeitig herbeigeführten Tod somit legitimieren?

Von der amerikanischen Theologin Lisa Sowle Cahill (vgl. Cahill in Linacre Quarterly 1977 zit. Nach Frieß 2008: 184) wird darauf hingewiesen, dass zwei Auslegungen des Prinzips der Heiligkeit des Lebens bestünden. Zum einen das radikale Verbot das menschliche Leben anzutasten. Zum anderen die Ansicht „[...] dass das Wohl eines Teils dem Wohl des Ganzen untergeordnet sei, da alle Teile auf die Vollkommenheit des Ganzen hin geordnet seien.“ (ebd.). Cahill kommt zum Schluss, dass es in Grenzfällen legitimiert sei, das eigene körperliche Leben zugunsten des Wohles des ganzen Menschen zu opfern. Somit wird eine „Wertung“ vorgenommen, wobei das biologische Leben im Zustand einer Leidenssituation nicht mehr als Wohl des ganzen Menschen angesehen wird, und somit die Herbeiführung des Todes gestattet. Vergleichbar hat bereits Aristoteles (vgl. Aristoteles übersetzt durch Gigon 2001: 91-93) dieses Prinzip in seiner Ausführung der Nikomachischen Ethik erklärt. Dabei beschreibt er die Reaktion eines Seemannes, der in Seenot gerät. Dieser wirft einen Teil seiner Ladung ins Meer, um damit seine Besatzung, sein Schiff und nicht zuletzt sich selbst zu retten. Diese Handlung kann der Moraltheorie des Konsequentialismus zugeteilt

werden. Der Seemann versucht durch in-Kauf-nehmen eines kleinen Verlustes (seine Ladung) den grösseren Verlust (Tod der Besatzung) zu verhindern.

Die Forderung der Kirche jedoch besagt, dass die Lebenswertigkeit eines Lebens in keinem Falle beurteilt werden darf. Dieser Anspruch entspricht dem Grundsatz des Prinzips der Heiligkeit des Lebens, welches besagt: *„Es ist absolut verboten, eine Patientin absichtlich zu töten oder sie absichtlich sterben zu lassen oder Entscheidungen über die Verlängerung oder Verkürzung menschlichen Lebens auf Urteile über die Qualität oder Art dieses Lebens zu gründen.“* (Kuhse 1994, zit. nach Frieß 2008: 185). Demnach wird die Lebenswertigkeit als ein unantastbares Gut beschrieben, welches von Dritten nicht beurteilt werden darf und somit beständig ist.

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass jeder Mensch das Interesse hat, ein leidfreies und qualitativ erträgliches Leben zu führen. Verhilft man nun jemandem zum Tode, so ist nicht die Tat an sich verwerflich, sondern viel mehr, dass durch diese Handlung auf radikalste Weise dem Getöteten jegliche Umsetzungsmöglichkeit dieses Interesses, verwehrt wird. Was an dieser Stelle jedoch wichtig erscheint, ist, dass die Entscheidung darüber, was als qualitativ erträgliches Leben und somit als lebenswert angesehen wird, eine ganz persönliche ist, die nur von der betroffenen Person selbst vorgenommen werden darf. Es wäre falsch den Umkehrschluss zu ziehen, dass Personen, die für sich selbst die Entscheidung getroffen haben, dass sie falls Situation X eintreffen würde, die Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen wollen, da sie das eigene Leben unter diesen Voraussetzungen nicht mehr ertragen wollen, im Gegenzug alle Menschen töten möchten, bei denen Situation X bereits eingetroffen ist (vgl. Frieß 2008: 188-192).

### **3.1.2 Darf man Menschen töten?**

In der Betrachtung aus Sicht des christlichen Abendlandes wird das Leben als Geschenk Gottes angesehen, über welches nur der Schöpfer selbst verfügen darf. Gehen wir in der Geschichte einige Jahrhunderte zurück, so hatte bereits Augustinus gegenüber dem Suizid eine rigorose Haltung. Er verstand das fünfte Gebot Gottes „du sollst nicht töten“ als absolut und liess keinerlei Ausnahmen zu.

Auch Thomas von Aquin vertrat die Ansicht, dass wer sich das Leben nimmt, sich gegen Gott versündigt. Die Entscheidung über Leben und Tod liegt laut seiner Interpretation alleine in den Händen Gottes. Dies begründet er damit, dass Gott dem Menschen das Leben geschenkt hat. Wenn der Mensch sich das Leben nimmt, so entscheidet er über eine Sache, die ihm im eigentlichen nicht gehört.

Auch zu Zeiten von Platon und Sokrates galt der Suizid noch als Verbrechen. Während Platon sich bei seiner Argumentation auf die Beziehung zwischen Gott und dem Menschen konzentriert, indem er sagt, Suizid wäre ein Ausdruck der Ablehnung gegenüber den Göttern, die jedem Leben Schutz gewähren, rückt bei Sokrates Argumentation die

Gemeinschaft in den Vordergrund. Laut seiner Auffassung ist es undenkbar, dass sich ein Mensch selbst Unrecht tut. Daher versteht er den Suizid als negatives Verhalten den Bürgern gegenüber (vgl. NEK CNE 2005: 16-19).

Erst im Mittelalter und der darauf folgenden Epoche der Aufklärung, finden sich erste Kritiker des Suizidverbots. In Sencas 70. Brief steht dazu:

*Man findet auch Vertreter der Philosophie, die es ablehnen ihrem Leben mit Gewalt ein Ende zu machen, und es für eine Sünde erklären, sein eigener Mörder zu werden: man habe das Lebensende abzuwarten, das die Natur bestimmt habe. Wer das sagt, verkennt, dass er sich damit den Weg der freien Entscheidung versperrt. Nichts besseres hat uns das ewige Gesetz geschenkt, als dass es uns einen einzigen Eingang ins Leben gab, doch viele Ausgänge. (Senca in der Salmoxisbote 1998)*

Durch Sencas Worte rückte die Selbstbestimmung und Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen ins Zentrum der Argumentation. Dabei legte er bereits die eigentliche philosophische Lehre zum Freitod vor.

Nicht zuletzt ist entscheidend, dass die Diskussion über das selbstbestimmte frühzeitige Beenden des Lebens eine andere Qualität angenommen hat, bedingt durch die rasanten Fortschritte in der Medizin. Es ist die Rede von einem Phänomen der Langlebigkeit. Die Medizin ermöglicht heute die Verlängerung des Lebens, in Momenten wo gewisse Menschen womöglich lieber den Weg in den Tod wählen. Dadurch sind die Menschen heute vermehrt mit der Entscheidung konfrontiert, ob sie von den technischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung Gebrauch machen möchten. Daraus ergibt sich die Forderung nach dem „Recht auf den eigenen Tod“ der selbstbestimmt gestaltet und zu einem gewählten Zeitpunkt in Anspruch genommen werden kann (vgl. Rügger 2003: 47-51). Die moralische Frage handelt somit nicht mehr einzig davon, ob anderen Menschen zum Tod verholpen werden darf, sondern viel mehr steht im Fokus, ob der Wunsch nach der frühzeitigen Beendigung des eigenen Lebens ermöglicht werden soll.

### **3.1.3 Wird der Autonomie oder der Fürsorge mehr Wert zugesprochen?**

Der Begriff der Autonomie wird zusammengesetzt aus den griechischen Worten autos (selbst) und Nomos (Gesetz). Somit bedeutet es Selbstgesetzgebung resp. Selbstbestimmung und damit auch die reflektierende Selbstbezugnahme und Selbstbewertung (vgl. Brahier 2011: 38).

Die Autonomie steht in engem Zusammenhang mit dem Begriff der Freiheit. Hierbei erscheint es wichtig, das Konzept der Freiheit differenziert zu betrachten. Der Freiheitsbegriff lässt sich in zwei unterschiedliche formale Aspekte gliedern. Zum einen die sogenannte negative Freiheit womit die Unabhängigkeit von Einschränkungen und Zwängen gemeint ist. Dem gegenüber steht die sogenannte positive Freiheit: Die Möglichkeit wahrzunehmen mit

dem eigenen Willen und Handeln in ein Verhältnis zu treten und somit dessen Richtung selbst zu bestimmen (vgl. Berlin 1969, zit. nach Brahier 2011: 38).

Demnach bildet die negative Freiheit lediglich die Voraussetzungen, dass ein Mensch freiheitlich handeln kann. Den eigentlichen Gebrauch dieser Freiheit findet erst durch die Umsetzung der positiven Freiheit statt. Dabei tritt der Mensch in ein Verhältnis mit sich selbst und der Welt in dem er die Möglichkeit der eigenen Lebensgestaltung wahrnimmt.

Freiheit kann somit als Voraussetzung für das Ausüben einer autonomen Lebensführung gesehen werden. Der Autonomiebegriff zielt jedoch noch weiter. Es geht neben dem Einfordern der Freiheit auch darum, seine Verantwortung in verbindlicher Weise einzufordern. Damit wird impliziert, dass das Ziel jeder Person ist, ein hohes Mass an Autonomie zu erreichen. Dadurch erhält die Autonomie in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert, wobei jede Person als verantwortungsbewusst und mündig angesehen wird. Dieser Anspruch an die Gesellschaft erhält jedoch auch einen negativen Umkehrschluss, da eine Konkurrenzgesellschaft entsteht, in der es keinen Platz hat für Menschen, die diesen Autonomieanspruch nicht gerecht werden können, wie dies z.B. bei alten, kranken oder beeinträchtigten Menschen der Fall sein kann (vgl. Brahier 2011: 37-39). Weiter geht die sogenannte Grundpassivität resp. die Rezeptivität, welche das Menschsein auszeichnet - nämlich, dass wir geboren werden, dass wir geliebt werden und auch dass wir sterben - durch den hohen Stellenwert der Selbstbestimmung verloren (vgl. Körtner 1996, zit. nach Rügger 2003: 53). Die Fähigkeit einer Person auch den Teil des Menschseins, in dem man auf seine Mitmenschen angewiesen oder gar abhängig von ihnen ist, als etwas Positives in ihren Lebenswurf zu integrieren, scheint unter dem hohen Autonomieanspruch der modernen Gesellschaft beinahe unmöglich (vgl. Rügger 2003: 53). Callahan (1998, zit. n. Rügger 2003: 53f.) schreibt dazu: *“Es ist ein ganz schwerwiegender Irrtum zu glauben, dass unser Wert als Person sinkt, weil Abhängigkeit unser Teil sein wird, so als ob sie uns notwendigerweise eine Grundbedingung unseres Selbst rauben würde [...]“*

Hier stellt sich die moralische Frage, ob eine autonome Lebensführung möglicherweise einen Anspruch darstellt, welcher trotz der Vielfältigkeit des Lebensalltags nicht erfüllt werden kann. Respektive, inwiefern die Fürsorgepflicht Leben zu schützen im Widerspruch steht zu einer selbstbestimmten Entscheidung den Suizid als letzten Ausweg zu wählen.

In Anknüpfung an die Worte Callahan's scheint die Analyse des Soziologen Erving Goffman (vgl. 2005, zit. nach Brahier 2011: 52-54), wie einzelne Individuen im Alltag mit sozialen Gruppen interagieren, bedeutend zu sein. Goffman ist zum Schluss gekommen, dass eine Person in ihrem Lebensalltag von diversen Rollen beeinflusst wird und ein Individuum so grundsätzlich immer in soziale Zusammenhänge eingebunden ist. Somit wird unser Handeln

davon geleitet, wie wir denken, dass andere es von uns erwarten würden. Das als „Selbst“ definierte einer Person entwickelt sich, je nach dem mit wem er oder sie in Interaktion steht immer wieder neu. *„Selbst' ist demnach immer ‚dargestelltes' Selbst, das sich herausbildet aus der Art und Weise, wie es erzählt, gespielt und inszeniert wird, und wie solche Inszenierungen wahrgenommen werden.“* (Brahier 2011: 55).

Demnach ist die autonome Lebensführung ein kontrafaktischer Anspruch. Wir werden in unserem Lebensalltag stets von unseren Mitmenschen sowie von unserem Umfeld beeinflusst. Eine ausnahmslos unbeeinflusste, selbstbestimmte Gestaltung des einen Lebens erweist sich als Postulat, welches nicht der Wirklichkeit entspricht.

Seit den 1980ern Jahren wird der Vielzahl an Möglichkeiten, und die damit einhergehenden Abhängigkeiten sowie Anforderungen, mit denen der Mensch heute konfrontiert ist, zunehmend Beachtung geschenkt. Ulrich Beck knüpft hier an die Ansichten von Goffman an, indem er die hochdifferenzierten Gesellschaften in Funktionsbereiche unterteilt. Innerhalb dieser Bereiche nimmt eine Person immer, bestimmt durch ihre jeweilige Umgebung, eine entsprechende Rolle an: Mutter, Student, Arbeitnehmer etc. Diese Funktionsbereiche geben jedoch auch gewisse Einschränkungen vor, auf welche die einzelnen Personen in ihren jeweiligen Rollen keinen Einfluss haben können: Fahrpläne des öffentlichen Verkehrs, Ausbildungsangebote etc. Die Menschen stehen laut Beck in der Position, wo ihnen durch die in allen Lebensbereichen stattfindende Enttraditionalisierung, bisher unbekannte Möglichkeiten der eigenen Lebensgestaltung offenstehen. Diese Vielzahl an Handlungsoptionen spiegeln sich auch in der Medizin wider. Durch die beinahe grenzenlosen Möglichkeiten des stetigen Fortschritts in der Medizin müssen die Menschen Entscheidungen treffen, wie weit sie diese in Anspruch nehmen wollen. Gleichzeitig bringt diese Vielzahl an Möglichkeiten den Zwang zur Wahl mit sich. Der Anspruch welcher sich daraus ergibt, ist, ein „eigenes Leben“ zu führen, wobei die Vorgaben dazu stets selbst hergestellt werden sollten. Demnach wird die individuelle Identität zur aktiven Gestaltungsaufgabe jedes einzelnen. Das Leben wird hier als experimentelles Leben beschrieben, da die Entscheidungen als persönliche Risiken gelebt werden müssen. Das Paradox, welches sich aus dieser Auslegeform herauskristallisiert, ist, dass die eigene Lebensführung zugleich Freiheit wie auch Zwang bedeutet. Die Entscheidungen über den Verlauf des „eigenen“ Lebens müsse getroffen werden, dies geschieht jedoch nicht frei von Zwängen (vgl. Brahier 2011: 60-63).

Sigusch ein Deutscher Sexualwissenschaftler sagte einst: *„Zwar gehört das Leben mir, aber ich gehöre auch meinem Leben.“* (Dröner in Bock 1988: 70). Dieses Zitat widerspiegelt das ethische Dilemma, welches der Frage zu Grunde liegt, ob man seinem Leben frühzeitig ein Ende setzen darf.

Auf der einen Seite stehen die Vertreter der Selbstbestimmungsposition „*in dubio pro libertate*“ [im Zweifel für die Freiheit]. Zentrale Aussage dieser Position sind die Basisnorm der Würde des Menschen und das Recht des Patienten selbst über sich zu bestimmen. Dieser Position steht auf der anderen Seite der sogenannte Lebensschutzgedanke gegenüber „*in dubio pro vita*“ [im Zweifel für das Leben]. Vertreter dieser Position argumentieren oftmals aus religiöser Sicht und lenken das Augenmerk vermehrt auf den Schutz des menschlichen Lebens. Damit möchten sie verhindern, dass beispielsweise durch Patientenverfügungen juristisch eine Lebensverkürzung möglich und zulässig wird. Sie sehen die Gefahr in der Gegenposition der Selbstbestimmung darin, dass diese das Eingangstor zur aktiven Sterbehilfe öffne (vgl. Brüll in Brüll/Schmid 2008: 72-74). Die Medizin gerät somit in einen Wertekonflikt. Die Bewahrung des Lebens ist laut professioneller Deontologie Aufgabe der Heilberufe. Somit sind Ärzte und Pflegende dazu verpflichtet, Menschenleben zu retten und Krankheiten zu heilen. Würde ein Arzt nun einer Person zum Sterben verhelfen, sei es durch das Verschreiben des tödlichen NAP, das Abstellen des Beatmungsgerätes oder einer Verweigerung der Reanimation, wersetze er sich seiner professionellen Fürsorgepflicht. Dies würde eine Schwierigkeit im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient darstellen, da sich der Patient nicht mehr darauf verlassen könnte, dass das höchste Gebot des Arztes darin besteht Menschenleben zu retten (vgl. Evangelische Kirchen in Deutschland 1989). Aus Sicht der Selbstbestimmungsposition dagegen wird argumentiert, dass eine sogenannte Zwangsbehandlung, das heisst eine Behandlungen, die vom Kranken nicht gewünscht wird, einer Körperverletzung gleichkommt (vgl. Vetter 2005 zit. nach Brüll in: Brüll/Schmid 2008: 73). Aus Sicht der Fürsorge wird gegen dieses Argument der Einwand erhoben, dass die Entscheidung über das eigene Sterben kein Beschluss sei, der isoliert betrachtet werden kann. Wie vorhergehend anhand Goffman's Autonomieverständnis erläutert wurde, stellen die Gesellschaft, wie auch die Medien eine hohe Beeinflussung auf die Sterbenskranken dar. Es kann also nie von einer rein selbstbestimmten Entscheidung die Rede sein. Die Gefahr besteht, dass auf ältere oder kranke Menschen Druck ausgeübt wird, sie müssten ihr Leben willentlich frühzeitig beenden (vgl. Deutscher Bundestag 2004: 38).

Gemäss diesen Ausführungen stehen zwei legitime Werte in einem Grundkonflikt. Entscheidet man sich für den Lebensschutz, so wersetzt man sich automatisch dem Selbstbestimmungsrecht, sofern der Patient den frühzeitigen Tod aus eigener Motivation wünscht. Umgekehrt gilt das Selbe. Ermöglicht man dem Sterbewilligen seinen Wunsch, so wersetzt man sich der Pflicht jedes Leben zu Schützen (vgl. Brüll in Brüll/Schmid 2008: 87).

## 4 Schritt drei: Analyse der Argumente

In diesem Schritt des ethischen Entscheidungsfindungsmodells nach Bleisch/Huppenbauer (vgl. 2011: 50-67) geht es darum eine vertiefte Analyse der Argumente vorzunehmen. Dazu erfolgt als erstes die **Identifikation der Argumente** im Sinne einer Pro und Kontra Auflistung. Die Frage die diesen Schritt leitet, ist, welche **Moraltheorie** der Aussage zu Grunde liegt. Ferner geht es darum Überlegungen anzustellen, welche zusätzlichen Argumente, die von den Stakeholder nicht genannt wurden, denkbar wären, sowie herauszufinden, welche Argumente eine Position besonders bestärken, respektive schwächen oder gar widerlegen. Das Herausarbeiten aller möglichen (kreativen) Argumente soll eine Orientierungshilfe für die Entscheidungsfindung bieten.

Im Modell von Bleisch und Huppenbauer liegt der Fokus auf den Moraltheorien Konsequentialismus, Deontologie und Tugendethik.

Im **Konsequentialismus** steht die Konsequenz einer Handlung im Vordergrund. Das heisst, es wird eine Folgenabschätzung gemacht, welche von der Frage geleitet ist, ob eine Handlung möglichst viel Gutes für den Menschen und die Gesellschaft zur Folge hat. Auch gut überlegte Handlungen können moralisch unerwünschte Folgen haben, da aufgrund der Kosten-Nutzen-Abwägung eine moralisch verwerfliche Tat legitimiert wird, wenn dabei grösserer Schaden verhindert werden kann. Es zählt also immer das Ergebnis. Eine Schwierigkeit, die sich bei dieser Moraltheorie ergibt ist die Praktikabilität. Es ist teilweise unmöglich, alle Folgen zu berücksichtigen und zudem ist es fragwürdig, ob die Interessen eines Einzelnen generell ausser Acht gelassen werden dürfen, wenn die Gesellschaft daraus einen grösseren Nutzen zieht. Zudem entsteht durch den Anspruch der stetigen Maximierung des Nutzens ein ständiger Druck, dass jede Handlung zu einer Weltverbesserung beitragen muss. Dies kann zur moralischen Überforderung führen.

Die **Deontologie** bildet das Gegenstück zum Konsequentialismus. Sie legt den Fokus auf die Handlung selbst, respektive auf die handelnde Person und nicht auf die Konsequenz. Es wird von sogenannten Grundprinzipien ausgegangen, die klar regeln, welche Handlungen unter keinen Umständen ausgeführt werden dürfen. Somit sind, ungeachtet von moralischen und nicht wünschenswerten Folgen, Handlungen wie Töten, Lügen oder Stehlen in jedem Fall zu unterlassen. Diese Grenzen des moralisch Erlaubten orientieren sich stark am Individuum. Jede Einzelperson hat das Recht, als Individuum respektiert und geschützt zu werden, wobei speziell die Persönlichkeits- und Freiheitsrechte des Einzelnen einen hohen Stellenwert haben. Solche klaren moralischen Vorgaben geben Orientierung und Sicherheit. Kritik an dieser Moraltheorie ist jedoch der Rigorismus. Das strikte Einhalten der moralischen Prinzipien, führt dazu, dass dem „gesunden Menschenverstand“ zu wenig Gewicht beigemessen werden kann. Die Pflichten werden durchgeführt ohne die möglichen negativen Folgen zu berücksichtigen und somit auch ohne Berücksichtigung des Kontextes. Zudem

besteht die Gefahr, dass die Pflichten kollidieren und daher nicht immer alle gleichzeitig berücksichtigt werden können.

Die **Tugendethik** hingegen fragt nicht nach allgemeinen moralischen Normen, sondern danach, was der Mensch will. Somit entscheidet jedes einzelne Individuum, was für ein Mensch es sein möchte und entscheidet für sich, welche Werte es befolgen möchte. Die Tugendethik ist damit kontextsensitiv. Die Werte und Normen haben keine allgemeine Gültigkeit, sondern werden der Situation angepasst. Die Menschen werden unter Berücksichtigung ihrer sozialen Umgebung sowie der sie umgebenden Gesellschaft gesehen. In einer bestimmten Situation kann es beispielsweise als mutig gelten, dass eine Person gegen ihre Krankheit ankämpft, während es in einer anderen Situation als mutig gilt, dass sich die Person dem Sterben stellt. Diese Situationsoffenheit stellt zugleich Stärke und Schwäche dieser Moraltheorie dar. Sie gerät aber genau dadurch in Kritik dass sie offen lässt, welches „die richtigen“ Lebensziele sind. Die Universalität in der auch die Orientierungskraft der Moral liegt, bleibt somit aus.

#### **4.1 Diskussion der Argumente der Stakeholder**

Im vorliegenden Kapitel geht es darum, die Argumente der ausgewählten Stakeholder vorzustellen. In der untenstehenden Grafik werden alle Argumente, die in den verschiedenen Stellungnahmen genannt wurden, aufgeführt. Die tabellarische Darstellung ist aufgeteilt in Argumente, die *für* die Sterbe- und Suizidhilfe (Pro) und in solche, die *dagegen* sprechen (Kontra).

Die Institutionen, welche die vorliegenden Argumente in ihren Positionspapieren verwenden, sind jeweils in den Klammern hinter den Aussagen aufgeführt. Dadurch, dass einige Argumente von mehreren Stakeholdern verwendet werden, wird sichtbar, welche Argumente dominieren. Die farbliche Unterlegung der Tabelle soll diese Häufigkeit der Nennungen veranschaulichen. Je dunkler die Farbabstufung desto mehr Stakeholder haben ein Argument in ihrer Stellungnahme genannt.

In diesem dritten Schritt des ethischen Entscheidungsfindungsmodelles steht im Fokus herauszuarbeiten, welche Moralthorien hinter den Begründungen stecken. Um die Kreativität der Entscheidung nicht einzuschränken, werden an dieser Stelle die Argumente, welche sich ausschliesslich auf rechtliche Aspekte beziehen, ausgeblendet. Im letzten Schritt der Implementierungsfragen werden diese wieder beigezogen.

PRO	KONTRA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbestimmungsrecht/ Autonomieanspruch der Patienten (Pro Senectute Schweiz, CURAVIVA, Palliative Ostschweiz, Dialog Ethik, NEK CNE, SEK, Angehörige)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suizid widerspricht ärztlichem/ pflegerischem Ethos, da es deren Aufgabe ist das Leiden, das dem Suizidwunsch zugrunde liegt zu lindern, Leben zu schützen (FMH, SAMW, CURAVIVA, palliative ostschweiz, Dialog Ethik, NEK CNE, SEK)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Ermessensentscheid des Arztes, ob er im Einzelfall Sterbe- oder Suizidhilfe leisten möchte (SAMW, FMH, CURAVIVA, Palliative Ostschweiz, Dialog Ethik, NEK CNE, SEK)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidung des Patienten wie und wo er sterben möchte, muss respektiert werden (CURAVIVA, SEK, Angehörige)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Würde ist unabdingbar und kein Grund das Leben zu beenden (Palliative Ostschweiz, Dialog Ethik, NEK CNE, Pro Senectute Schweiz, SEK)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortschritt in der Medizin bringt teilweise unerwünschte Lebensverlängerung (Dialog Ethik, Pro Senectute Schweiz, SEK)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtung zum Lebensschutz (Palliative Ostschweiz, Dialog Ethik, NEK CNE, SEK)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesellschaftlicher und Sozialer Wandel in Richtung Individualisierung (Pro Senectute Schweiz, SEK)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungsdruck in Gesellschaft sowie Sozialer Druck steigen, sodass kranke und alte Menschen keinen Platz mehr haben (CURAVIVA, Pro Senectute Schweiz, Dialog Ethik)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leiden kann nicht in jedem Fall mit medizinischen Mitteln bekämpft werden (NEK CNE, Pro Senectute Schweiz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökonomischer Druck (Dialog Ethik, Pro Senectute Schweiz, CURAVIVA,</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewusstes Abschiednehmen (Angehörige)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomieanspruch der Ärzte und Pflegenden Suizidhilfe abzulehnen (Palliative Ostschweiz, SEK)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterben in Würde wird ermöglicht (Angehörige)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschliessende Beurteilung ob Leiden als Würdeverlust empfunden wird ist von Drittperson nicht möglich (Palliative Ostschweiz, NEK CNE)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betroffene Person hat aus ethischer Sicht keine bedingungslose Entscheidungsfähigkeit (Palliative Ostschweiz)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterben und Tod verliert seine Natürlichkeit (SEK)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technisierung des Sterbens. Trauern scheint in der Gesellschaft keinen Platz mehr zu haben (Dialog Ethik)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefahr den Suizid von Kranken und Alten als nicht so tragisch nehmen (CURAVIVA)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wandlungsfähigkeit wie Betroffene mit ihrem Leiden umgehen, besteht: Aussichtslosigkeit kann schwinden durch Anpassungs- und Freudfähigkeit (Palliative Ostschweiz)</li> </ul>

Abb.2 Tabelle der Pro- und Kontra Argumente bezüglich Sterbe- und Suizidhilfe (eigene Darstellung)

Die Stellungnahmen haben einen Konsens darüber, dass Sterbehilfe unter gewissen Umständen einen legitimen Wunsch darstellen kann, der respektiert werden muss. Betrachtet man jedoch die einzelnen Argumentationen, so werden die Begründungen gegen die Sterbe- und Suizidhilfe deutlich häufiger und ausführlicher genannt, wie solche dafür.

Dies stellt ein Widerspruch dar, da man auf den ersten Blick vermuten könnte, die Argumente, die mehr vertreten sind, widerspiegeln auch die grundsätzliche Haltung gegenüber dem Thema. Im Allgemeinen werden die Argumente, die für die Sterbe- und Suizidhilfe sprechen also stärker gewichtet, in der Anzahl sind sie jedoch geringer vertreten. Dies könnte damit zusammenhängen, dass es sich bei den Pro-Argumenten um Aussagen mit einer grösseren Relevanz handelt. Es lässt sich jedoch auch feststellen, dass dieselben Pro-Argumente häufiger von vielen Stakeholdern genannt werden, währendem viele Kontra-Argumente nur von wenigen Stakeholdern genannt werden Dies führt letztlich zu einer grösseren Anzahl genannter Kontra-Argumenten.

Im vorliegenden Kapitel werden die genannten Argumente von den Institutionen abgelöst, in Bezug auf die drei unterschiedlichen Moraltheorien, (Konsequentialismus, Deontologie, Tugendethik) betrachtet. Mit einer Ausnahme: Die Argumente der Angehörigen werden zum Schluss des Kapitels in einem eigenen Abschnitt erläutert, weil sie sich in der Art und Weise ihrer Argumentation von den Stellungnahmen abheben.

Der Konsequentialismus stellt die Folgen der Handlung in den Vordergrund. Unter diesem Gesichtspunkt ergeben sich Argumente, welche durch Veränderungen der Haltungen und Normen in der Gesellschaft, sowie durch den Fortschritt der Wissenschaft und den medizinischen Möglichkeiten entstanden sind. Zum Beispiel scheinen kranke und alte Menschen in unserer Gesellschaft keinen Platz mehr zu haben, weil der Leistungsdruck auch auf sie gestiegen ist. Diese Überlegung wird als Argument gegen die Sterbe- und Suizidhilfe verwendet, da die Stakeholder verhindern möchten, dass jemand sein Leben frühzeitig beendet, weil er das Gefühl hat, dass er der Gesellschaft keinen Nutzen mehr bringt und sich dadurch unter sozialem Druck für die frühzeitige Beendigung des eigenen Leben entscheidet (vgl. Pro Senectute Schweiz 2013: 1/Arn et al. 2005:10/CURAVIVA 2013: 7). Vergleichbar lässt sich auch das Argument des ökonomischen Drucks interpretieren. Auch dieses wird als Kontra Argument genannt, da von den Stakeholdern verhindert werden möchte, dass sich eine Person aus finanzieller Motivation für den Tod entscheidet (vgl. Pro Senectute Schweiz 2013: 1f/Arn et al. 2005: 10/ CURAVIVA 2013: 3).

Unter dem Aspekt der Konsequenz, aus der eine Handlung entsteht, spricht für die Sterbe- und Suizidhilfe das Faktum der immer grösser werdenden medizinischen Möglichkeiten. Diese Fortschritte sind in vielerlei Hinsicht erstrebenswert, können jedoch auch eine

*unerwünschte* Lebensverlängerung zur Folge haben. Gemäss der konsequentialistischen Moraltheorie befördern solche Entwicklungen den Wunsch sich lebensverlängernden Massnahmen durch den Freitod zu entziehen. Somit kann das zunehmende Verlangen nach Sterbe- und Suizidhilfe ein Resultat sein, von beinahe unbegrenzten jedoch unerwünschten Möglichkeiten der Medizin (vgl. Pro Senectute Schweiz 2013: 2/Arn et al. 2005: 6/Mathwig 2007:6). Würde das Argument der zunehmenden Möglichkeiten unter dem Aspekt der Deontologie betrachtet, so könnte es geleitet durch das radikal einzuhaltende moralische Grundprinzip, dass Leben in jedem Fall erhalten werden soll, gegen die Sterbehilfe sprechen.

Einige andere Argumente lassen sich insofern mit der Moraltheorie des Konsequentialismus begründen, dass die Stakeholder die Vermutung haben, dass durch die Durchführung der Sterbe- und Suizidhilfe und der damit verbundenen Legimitation, Haltungen und Normen in der Gesellschaft entstehen könnten, die als nicht erstrebenswert gelten. Somit wird argumentiert, dass das Sterben und der Tod ihre Natürlichkeit zu verlieren drohen (vgl. Mathwig 2007: 5), wenn speziell durch die Möglichkeit der organisierten Suizidhilfe der eigene Tod bis ins Detail geplant werden kann. Man fürchtet sich also von der sogenannten Technisierung des Sterbens und vermutet, dass das bereits heute schon zu beobachtende Phänomen, dass Trauern in der Gesellschaft keinen Platz mehr zu haben scheint, sich weiter zuspitzen könnte (Arn et al. 2005: 6). Zudem birgt es die Gefahr, dass ein Suizid von Kranken und Alten als nicht so tragisch genommen wird und sich zu etwas entwickeln könnte, das der Normalität entspricht (CURAVIVA 2013: 3).

Auch auf Seite der Pro-Argumente lässt sich mit der konsequentialistischen Moraltheorie argumentieren. So wird beispielsweise die Tatsache genannt, dass auch mit den besten medizinischen Mitteln nicht alles Leiden bekämpft werden kann (vgl. NEK-CNE 2004: 53/Pro Senectute Schweiz 2013: 2). Unter Berücksichtigung dieser Realität kann auf der individualethischen Grundlage für eine Einzelperson, das grössere Leid einer Krankheit, welches sich in Form von Schmerzen und Kontrollverlust äussert, durch die frühzeitige Herbeiführung des Todes, verhindert werden.

Die Moraltheorie der Deontologie stellt die klare Pflicht gewisse Handlungen zu tun oder zu unterlassen in den Vordergrund. Dieser Ansicht folgend, lassen sich alle Argumentationen, welche sich auf ein moralisches Grundprinzip stützen aus Sicht der deontologischen Moraltheorie begründen.

In diesem Zusammenhang steht das Prinzip der Würde. Die Würde jedes Menschen wird von den Stakeholdern als unantastbar beschrieben. Sie ist mit dem Menschsein gegeben und bleibt trotz möglichen Einschränkungen der Lebensqualität im hohem Alter oder durch eine schwere Krankheit, bestehen (vgl. Arn et al. 2005: 6/Buess-Willli/Ritter o.J.: 7/Pro

Senectute Schweiz 2013: 2f./NEK CNE 2005: 52/Mathwig 2007: 24). Würde man dieses Argument beispielsweise unter der konsequentialistischen Moraltheorie betrachten, so würde es sich zu einem Argument für die Sterbehilfe umwandeln. Dabei könnte die Begründung sein, einen vom Betroffenen subjektiv empfundenen zunehmenden Würdeverlust zu verhindern, in dem man ihm die Möglichkeit des selbstbestimmten Todes bietet. Somit bestünde die Motivation darin, grösseres Leid zu verhindern, der Tod würde dafür vom Betroffenen in Kauf genommen.

Die Entscheidung dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, ist, wenn die Handlung eingeleitet ist, absolut und irreversibel. Durch die hohe Belastung und der schweren Lebenssituation, in der sich die Betroffenen befinden, haben sie aus ethischer Sicht keine bedingungslose Entscheidungsfähigkeit (vgl. Buess-Willi/Ritter o.J.: 8). Dieses Argument spricht aus deontologischer Sicht gegen die Sterbe- und Suizidhilfe, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass es sich dabei nicht nur um einen aus der Verzweiflung kurzzeitig auftretenden Wunsch handelt.

Des Weiteren wird in diversen Stellungnahmen die Verpflichtung zum Lebensschutz beschrieben. Demzufolge muss es immer das zentrale Anliegen des Staates sein, dem Leben Sorge zu tragen und dieses zu schützen. Auch diesem Argument liegt die deontologische Moraltheorie zugrunde. Diese Aufgabe des Staates wird als oberstes Gebot beschrieben und somit als Argument gegen die organisierte und vom Staat beaufsichtigte Suizidhilfe verwendet (vgl. Buess-Willi/Ritter o.J.: 7/NEK CNE 2005: 48f./ Arn et al. 2005: 10/Mathwig 2007: 14f.).

Ein weiterer Aspekt, der in den Stellungnahmen häufig zur Diskussion steht, ist, von wem die Suizidhilfe durchgeführt werden soll. Dabei sind sich alle Stakeholder (mit der Ausnahme von Pro Senectute Schweiz, die sich dazu nicht äussert) einig, dass diese Tätigkeit nicht zu den Aufgaben von Ärzten und Pflegenden gehört. Sie begründen dies damit, dass der Suizid dem ärztlichen Ethos widerspräche, da die Aufgabe der Ärzte darin bestehe, zu heilen, resp. das dem Suizidwunsch zu Grunde liegende Leiden bestmöglich zu lindern (vgl. FMH 2008: 2/SAMW 2012: 1/CURAVIVA 2013: 3f./Buess-Willi/Ritter o.J.:8f./Arn et al. 2005: 5/NEK-CNE 2005: 74/Mathwig 2007: 33).

Die Kritik an der deontologischen Moraltheorie, dass verschiedene moralische Prinzipien unvereinbar sein können, kommt bei der Diskussion um die Sterbe- und Suizidhilfe deutlich zum Vorschein. Das Grundprinzip des Lebensschutzes prallt zusammen mit den individuellen Freiheitsrechten. Hier kommt die zentrale moralische Frage, die im zweiten Schritt des ethischen Entscheidungsfindungsmodelles herausgearbeitet wurde erneut zum Vorschein: *“Wird der Autonomie oder der Pflicht zur Fürsorge mehr Wert zugesprochen?”*

Zudem scheint der Rigorismus, mit dem das moralische Grundprinzip, dass man nicht Töten darf, eingehalten werden soll, einen Blick auf den Kontext, in dem sich die betroffene Person

befindet, und aus diesem der Wunsch nach der frühzeitigen Beendigung ihres Lebens entstanden ist, zu verunmöglichen.

Die dritte Moraltheorie mit der gewisse Argumente begründet werden können, ist die Tugendethik.

Die Debatte um die Suizidhilfe befindet sich im Kontext eines sozialen Wandels in Richtung Individualisierung, wobei jede Person immer mehr Entscheidungsoptionen ausgesetzt ist (vgl. Pro Senectute Schweiz 2013: 1/Mathwig 2007: 6). Wir alle erhalten im Sinne der Tugendethik mehr Entscheidungsfreiheit, situativ und durch den Kontext bedingt, zu beurteilen, nach welchen Werten und Normen wir unser Leben und Sterben gestalten wollen. Die Autonomie des Einzelnen hat somit eine grosse Bedeutung und ist ein ethisches Prinzip, das jedem zusteht (vgl. Pro Senectute Schweiz 2013: 2/CURAVIVA 2013: 3/Buess-Willi/Ritter o.J.: 7/Arn et al. 2005: 9/NEK CNE 2005: 66/Mathwig 2007: 32). Dies bringt mit sich, dass die individuelle Entscheidung, wie und wo eine Person ihr Leben beenden möchte, von den Mitmenschen respektiert werden muss (vgl. CURAVIVA 2013: 3/Mathwig 2007: 14). Die Begründung dieses Argumentes lässt sich mit der deontologischen, wie auch mit der Tugendethik erklären. Unter deontologischer Sicht handelt es sich um ein Grundprinzip, dass jedem Menschen das Recht auf Selbstbestimmung zusteht. Die Tugendethik kommt dadurch zum Vorschein, dass unter dem Aspekt der Selbstbestimmung jede Person ihrer Lebenssituation angemessen andere Normen und Werte in den Vordergrund stellen kann.

Diese individuelle Bewertung der moralischen Rechtfertigung einer Handlung, in diesem Falle also die Legitimation der Sterbe- oder Suizidhilfe, spiegelt sich auch auf Seiten der Ärzte wieder. In den Argumenten wird genannt, dass es ein Ermessensentscheid des Arztes bleibt, ob er im Einzelfall bereit ist, unter Einhaltung gewisser Voraussetzungen<sup>7</sup>, Sterbe- oder Suizidhilfe zu leisten, resp. das dafür notwendige Rezept auszustellen (vgl. FMH 2008: 1f./SAMW 2012: 1/Buess-Willi/Ritter o.J.:8f./Arn et al. 2005:5/ CNE 2005:74/Mathwig 2007: 12). Nicht wie unter dem Gesichtspunkt der Deontologie, wo rigorose moralische Grundgedanken - wie das Verbot zur Beihilfe der Tötung und das Recht auf Selbstbestimmung - gelten, steht bei der Tugendethik der Kontext, in dem sich die betroffene Person bewegt, sowie die individuellen Moralvorstellungen des Arztes, der die Entscheidungskraft trägt, im Vordergrund. Hierbei erscheint es wichtig zu erwähnen, dass auch die Ärzte und Pflegenden einen sogenannten Autonomieanspruch haben, der es ihnen

---

<sup>7</sup>Die genauen Voraussetzungen, die im Falle der Suizidhilfe vom verantwortlichen Arzt überprüft werden müssen sind aufgelistet unter Punkt 2 in der Stellungnahme der SAMW (2012). Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW. Eigenverlag: Basel.

ermöglicht, die Beihilfe zum Suizid zu verweigern. Es handelt sich also um ein sogenanntes Abwehrrecht der Professionellen (vgl. Buess-Willi/ Ritter o.J.: 8/Mathwig 2007: 33). Die NEK CNE (vgl. 2005: 48) spricht sich dabei klar für die Tugendethik aus und verneint damit den deontologischen Ansatz der nach generellen moralischen Regelungen sucht.

Unter dem Gesichtspunkt der Individualität, die in der Tugendethik einen hohen Stellenwert einnimmt, steht auch das Argument der Wandlungsfähigkeit. Es führt aus, dass betroffene Personen trotz der Aussichtslosigkeit ihrer Lebenslage anpassungs- und freudfähig sind und somit nicht auszuschliessen ist, dass sich der Wunsch nach einem frühzeitigen Sterben, durch die veränderte Bewertung der aus Krankheit oder Alter resultierenden Einschränkungen, wieder auflösen kann (vgl. Buess-Willi/Ritter o.J.:7f).

Als weiteres Argument, das mit der Tugendethik begründet werden kann, wird erwähnt, dass es sich beim subjektiv empfundenen Würdeverlust, bedingt durch eine Krankheit oder das hohe Alter, um ein persönliches Empfinden handelt. Somit ist es einer Drittperson nicht möglich eine abschliessende und vollumfängliche Beurteilung zu treffen, ob der Sterbewunsch einer Person gerechtfertigt ist (vgl. ebd.: 7). Auch hier steht unter Perspektive der Tugendethik die Individualität des Einzelnen und die damit verbundenen unterschiedlichen Werte- und Normvorstellungen im Vordergrund.

Diese Diskussion der Argumente aller Stakeholder, bezogen auf die drei verschiedenen Moraltheorien, gibt Aufschluss darüber, dass daselbe Argument unter dem Gesichtspunkt der einen Moraltheorie als Pro-Argument ausgelegt werden kann, während es im Fokus einer anderen Moraltheorie zu einem Kontra-Argument wird. Wichtig erscheint mir, dass die Moraltheorien in Verbindung zueinander erfasst werden. Dialog Ethik schreibt: "Die Motivation einer Handlung beeinflusst die Handlungskultur grundsätzlich." (Arn et all 2005: 9). Diese Aussage zeigt, dass der Konsequentialismus und die Deontologie stets in Verbindung zueinander stehen. Die Entscheidung ob eine Handlung zulässig ist oder nicht, kann nicht einzig vom Ergebnis her beurteilt werden. Damit scheinen meines Erachtens moralische Grundprinzipien wie „du darfst nicht töten“ unzulässig, da dabei der Kontextbezug ausbleibt.

Abgelöst von den drei Moraltheorien mit denen die verschiedenen Argumente begründet werden, fällt bei der Betrachtung der Stellungnahmen auf, dass klare Pro- resp. Kontra-Statements eher zurückhaltend eingebracht werden. Die ausgewählten Stellungnahmen weisen viel mehr auf zusätzliche Punkte hin, die auch einen Einfluss auf die ethische Argumentation haben, jedoch nicht klar Stellung dafür oder dagegen beziehen.

So hält beispielsweise Dialog Ethik fest, dass sie einzig die Sterbehilfe mittels Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts gutheissen. Dies sei damit zu begründen, dass diese Art des Suizides

bis zu einem gewissen Punkt reversibel ist, da es sich um einen längeren Prozess handelt, während dem der Betroffene seine Entscheidung stets neu überdenken kann (vgl. Arn et al. 2005: 12.). Damit bleibt der Spielraum für die von Palliative Ostschweiz erwähnte Wandlungsfähigkeit des Betroffenen offen. Zudem verweist Dialog Ethik auf die Schwierigkeit des individual- und sozialetischen Raumes. Die Entscheidung für oder gegen die Suizidhilfe findet auf individualethischer Ebene statt, wobei jede Person für sich selbst sorgfältig abwägen muss, was sie in welcher Situation als angemessen empfindet. Die Durchführung der organisierten Suizidhilfe, wie auch der Sterbehilfe ist jedoch eine Handlung im öffentlichen Bereich. Hier entsteht ein Konflikt auf sozialetischer Ebene, da es per se die Aufgabe des Staates ist, das Leben seiner Bürger zu schützen. Würde der Staat die Sterbe- und Suizidhilfe nun durch Sorgfaltsregelungen beaufsichtigen um den heute herrschenden Ermessensspielraum der Gesetze einzuschränken, so führte dies zu einer Legitimierung und dadurch auch zu einer Legalisierung der Sterbe- und Suizidhilfe.

Dieses Beispiel zeigt auf, dass es schwierig ist aus den Stellungnahmen klare Pro- oder Kontra-Argumente zu benennen. Viel mehr werden Positionen diskutiert, die klar aufzeigen, dass die moralischen Grundgedanken sich teilweise im Kern widersprechen. Dabei gilt es die Argumente im Einzelfall miteinander zu diskutieren und die Handlungen unter Berücksichtigung des Kontextes stets zu begründen.

Zum Schluss des Kapitels sollen nun die Betroffenen durch ihre Angehörigen eine Stimme erhalten.

In den Berichten werden die Erfahrungen mit der Suizidhilfeorganisation Exit von allen Angehörigen als positiv beschrieben. Somit lassen sich bei dieser Interessensgruppe keine Kontra-Argumente bezüglich der Suizidhilfe finden. Ferner verwenden die Angehörigen das Argument der Würde, welches von den Stellungnahmen der Institutionen gegen die Sterbe- und Suizidhilfe verwendet wird, als ein Argument, das für die Suizidhilfe spricht. Im Unterschied zu verschiedenen Stakeholdern, die das Prinzip der Würde unter deontologischer Moraltheorie als unabdingbaren Wert beschreiben, legen die Angehörigen den Fokus auf die Tugendethik und somit die Empfindung des Individuums in seiner einzigartigen Situation. Im Sinne des Konsequentialismus beschreiben sie es als legitim, dass eine Person durch Suizid grösseres Leiden verhindern möchte, bevor sie einen subjektiven Würdeverlust empfindet. Zusätzlich fällt auf, dass die Angehörigen in der Erklärung des Wunsches der betroffenen Person stark für die Selbstbestimmung, eine individuelle Lebensform und –gestaltung plädieren. Die Entscheidung mit Hilfe der organisierten Suizidhilfe den eigenen Tod zu gestalten, wird in die Lebensgeschichte des Betroffenen eingeordnet und darin als stimmig erklärt. Dies bestätigt das Pro-Argument der restlichen Stakeholder bezüglich der stetig fortschreitenden Individualisierung der

Gesellschaft. Ein weiteres Argument, welches durch die Rolle der Betroffenen in den Vordergrund rückt, ist, dass sie dankbar sind durch den begleiteten Suizid Zeit zu haben von der Person Abschied zu nehmen und diesen bewusst zu gestalten. Dies steht in engem Zusammenhang damit, den Wunsch des Betroffenen zu akzeptieren, was wiederum eine positive Auswirkung auf die Trauerphase haben kann (EXIT Deutsche Schweiz 2012: 6-9/16-22).

## **5. Schritt vier: Evaluation und Entscheidung**

Das Ziel des vierten Schrittes des ethischen Entscheidungsfindungsmodells nach Bleisch/Huppenbauer ist, eine Entscheidung im Konflikt zu treffen. Dabei handelt es sich nicht um eine abschliessende Lösung, viel mehr geht es darum, die zentralen Argumente herauszuarbeiten, um den Kern des Konflikts zu erkennen.

Der erste Schritt dazu ist, die verschiedenen Argumente darauf zu prüfen, ob sie den drei **Kriterien der Moral** entsprechen und dadurch Aussagekräftig sind. Somit müssen die Argumente einen universalen Standpunkt vertreten. Die Vernunft gilt dabei als Massstab, da davon ausgegangen wird, dass alle Menschen gleichermassen Zugang zur Vernunft haben. Somit sollte ein Argument nicht als richtig gelten, nur weil es immer schon so war respektive weil eine bestimmte Autorität oder ein Vorbild es als solches sieht.

Das zweite Kriterium der Moral ist, dass Problemen unvoreingenommen begegnet werden muss. Dies setzt Informiertheit über verschiedenen Optionen, deren Hintergründe sowie Konsequenzen voraus. Zudem bedarf es einer kritischen Selbstdistanzierung, was häufig eine Schwierigkeit darstellt, da wir uns vielfach mit den moralischen Problemen beschäftigen, für die wir ein grosses innerliches Engagement spüren.

Das dritte Kriterium ist die Unparteilichkeit. Das heisst es müssen alle Stakeholder gleichermassen berücksichtigt werden, unbeachtet von persönlichen Interessen.

Diese Kriterien haben den Vorteil, dass sich die Moral der Argumente „messen“ lässt, sie allgemein verständlich sind und unreflektierte Vorurteile sowie persönliche Vorlieben verhindern.

Gleichzeitig wird an den Kriterien der Moral jedoch auch Kritik ausgeübt: Aufgrund der angeblichen Wertefreiheit handle es sich um einen liberalen Standpunkt, der gewisse Werte wie Toleranz, Vernünftigkeit und Freiheit unhinterfragt als gegeben darstelle. Da diese Werte jedoch nicht in allen Kulturen denselben Stellenwert haben, habe der Standpunkt der Moral keine Universalität. Dadurch, dass bestehende Moralvorstellungen als Ausgangspunkt genutzt werden, gehe man daher die Gefahr ein, dass Vorurteile gefestigt werden.

In einem zweiten Schritt werden die **Argumente beurteilt und gewichtet**. Dazu ist es sinnvoll die im dritten Schritt herausgearbeiteten Argumente nochmals zu betrachten. Die Argumente werden dann einzeln auf ihre Gültigkeit und Qualität geprüft. Ziel dabei ist es

nicht, dass Stakeholder durch ungültige Argumente wegfallen, sondern die bestmöglichen Argumente vorliegen zu haben. Das heisst auch nicht genannte Argumente können neu dazukommen. Oftmals führt die Gewichtung der Argumente nicht zu einer Lösung. Die Konflikte, die zwischen den verschiedenen Standpunkten entstehen, werden jedoch deutlich. Wenn zwei gleichwertige Argumente kollidieren, kann es hilfreich sein für die Güterabwägung eine gemeinsame Währung herauszuarbeiten. Somit kann einfacher ein Vergleich stattfinden (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2011: 76-85).

Wenn die **Entscheidung** feststeht, gilt es diese zu verteidigen. Dabei ist zu beachten, dass neben der inneren Kohärenz, also der logischen Widerspruchsfreiheit auch die sogenannte äussere Kohärenz miteinbezogen wird. Damit ist gemeint, dass sich die getroffene Entscheidung harmonisch in das System von bestehenden verbindlichen Normen einfügt. Durch die stichhaltige Begründung einer Entscheidung könnten bis anhin geltende Normen oder Regeln als veraltet erscheinen und müssten gegebenenfalls neu überdacht werden. (vgl. ebd.: 89).

## **5.1 Die Entscheidung betreffend der Sterbe- und Suizidhilfe**

Bei der Betrachtung der Stellungnahmen und Argumente der Stakeholder wird deutlich, dass jede Institution, abgesehen von den Betroffenen, die Sterbehilfe- und Suizidhilfe sowohl pro, wie auch contra argumentieren. Dadurch wird deutlich, dass eine allgemeingültige Haltung, ob die Sterbe- und Suizidhilfe einen legitimen und unterstützenswerten Wunsch darstellt, nicht benannt werden kann.

Das ethische Entscheidungsfindungsmodell von Bleisch/Huppenbauer sieht im vierten Schritt unter „Evaluation und Entscheidungsfindung“ vor, die starken Argumente herauszuarbeiten und gegeneinander abzuwägen.

Nimmt man diesen Schritt mit den im letzten Kapitel aufgelisteten Argumenten vor, so wird deutlich, dass als Grundkonflikte wiederholt genau dieselben in den Vordergrund treten, welche im Kapitel 3.1 moralische Fragestellungen der Sterbe- und Suizidhilfe herausstachen und dort bereits vertieft diskutiert wurden.

Die Frage, ob man Menschen in gewissen Situationen unter Berücksichtigung von konkreten Bedingungen zum Tode verhelfen darf, wird immer durch kontroverse Positionen geleitet sein. Auf der einen Seite steht der Lebensschutz. Dieser ist im Falle, dass die betroffene Person die frühzeitige Beendigung ihres Lebens wünscht, nicht zu vereinbaren mit dem Autonomieanspruch, der prinzipiell jedem Menschen zusteht und damit die andere Seite bildet. Zusätzlich steht die Lebenswertigkeit im Zentrum, welche die generelle Frage ins Zentrum rückt, ob das Leben ein Faktum darstellt, das als wertvoll oder wertlos gewichtet werden kann oder darf und dadurch die Diskussion um den Nutzen einzelner Menschen für die Gesellschaft thematisiert. Für die Betroffenen steht das Argument der Lebenswertigkeit in

engem Zusammenhang mit der Würde. Sie beschreiben ein Leben, in dem die eigenen Kräfte abnehmen und die Abhängigkeit von Dritten zunimmt, als Würdeverlust. Die Lebenswertigkeit wird von den Angehörigen als Argument für die Suizidhilfe und von den restlichen Stakeholdern (den Professionellen) gleichzeitig als Gegenargument verwendet, da sie daran festhalten, dass kein Leben an Wert verlieren kann. Daraus schliesse ich, dass die Aussagen, dass das Leben unter keinen Umständen an Wert und keine Person an Würde verlieren darf, zwar als Grundsätze benannt werden, diese Umstände jedoch von Betroffenen, respektive von deren Angehörigen subjektiv als lebensunwürdig empfunden werden.

Bei den diskutierten Argumenten handelt es sich um sogenannte „unantastbare Werte“, die aus diesem Grund auch nicht gegeneinander abgewogen und mit anderen Argumenten widerlegt werden können. Die Schwierigkeit ist jedoch, dass nicht alle Menschen dieselben Werte hoch halten, was wiederum auf den hohen Stellenwert der Individualität in unserer Gesellschaft zurückzuführen ist.

Basierend auf diesen Ausführungen gelange ich zu folgender Entscheidung:

„Anzustreben ist ein Sterben, das eines Menschen würdig ist, seinem individuellen Lebensentwurf entspricht und seinem sozialen Eingebundensein gerecht wird.“ (Arn et al. 2005: 1). Dieses Zitat spiegelt meines Erachtens gut wieder, welch hoher Anspruch an Komplexität und Individualität das Sterben in der heutigen Zeit hat. Dementsprechend erscheint es naheliegend, dass die Analyse der Stellungnahmen ergeben hat, dass eine abschliessende Beurteilung, ob und unter welchen Umständen die Sterbe- und Suizidhilfe ermöglicht werden sollte, nur schwer möglich ist. Vielmehr soll jeder Sterbewunsch individuell und unter Berücksichtigung der gesamten Lebenssituation der betroffenen Person

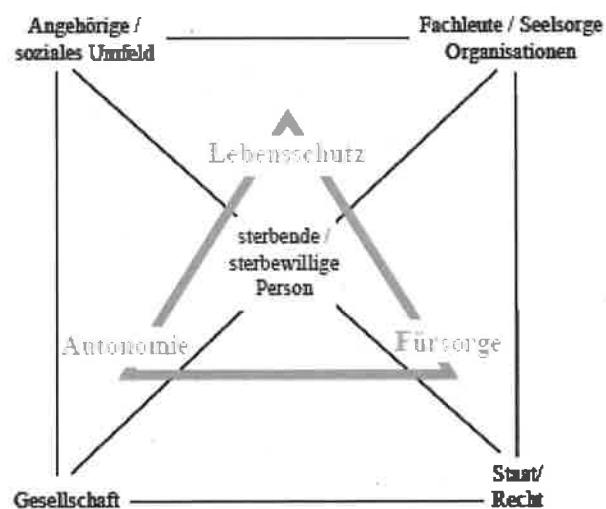


Abb. 3: Entscheidung am Lebensende im gesellschaftlichen Kontext (in: Mathwig 2007: 16)

betrachtet werden. Jede Entscheidung muss überlegt und begründet stattfinden. Wenn immer möglich, sollen die Angehörigen, sowie das Helfernetz der betroffenen Person, in diesen Prozess miteinbezogen werden.

Die Komplexität dieser Entscheidung und die damit verbundene Unmöglichkeit, sich klar für oder gegen die Sterbe- und Suizidhilfe auszusprechen ist damit verbunden, dass sich die ethische

Debatte, wie die Abbildung 3 zeigt, stets im normativen Dreieck von Lebensschutz, Autonomie und Fürsorge bewegt. Diese drei Grundprinzipien stehen in Beziehung zueinander und dürfen sich keinesfalls gegenseitig aushebeln. In jeder Entscheidung müssen sie alle gleichermaßen berücksichtigt werden. „Die Eigenart, die Bedeutung und das Gewicht der drei Prinzipien besteht gerade in ihrer wechselseitigen Bezogenheit (Rationalität).“ (Mathwig 2007: 15). Somit scheint es unmöglich eines der ethischen Grundprinzipien absolut zu setzen, da dies die Eliminierung eines der anderen Prinzipien zur Folge hätte, und dadurch den Gehalt, die Funktion und den Sinn aller drei Prinzipien verändern oder gar auflösen würde (vgl. ebd.: 14-16).

## **6. Schritt fünf: Implementierungsfragen**

Im fünften Schritt des ethischen Entscheidungsfindungsmodells nach Bleisch/Huppenbauer (vgl. 2011: 92-94) geht es darum, die im vorigen Schritt getroffene **Entscheidung** in der Gesellschaft zu **implementieren**, also umzusetzen. Dabei wird man häufig mit juristischen, politischen, wirtschaftlichen oder kulturellen Sachzwängen konfrontiert sein. Da diese, der moralischen Entscheidung möglicherweise widersprechenden Normen, von uns Menschen gemacht wurden, können sie auch wieder abgeschafft oder verändert werden. Trotz Sachzwängen, kann also an der Entscheidung festgehalten werden.

Bei der Implementierung der Entscheidung in die Gesellschaft, spielen **nichtmoralische Fragestellungen** eine entscheidende Rolle, da auch eine ethisch einwandfreie Argumentation mit Ansichten des Rechts, der Politik oder der Wirtschaft kollidieren kann. Es wird nur sehr selten möglich sein, moralische Empfehlungen ohne jegliche Einschränkungen umzusetzen. Somit ist die Ethik nicht dazu da, unwiderlegbare und allgemein verlässliche Orientierung zu bieten, Vielmehr geht es darum, moralische Konflikte zu analysieren indem Argumente verschiedenen Stakeholder betrachtet und miteinander diskutiert werden. So nimmt die Ethik bei der Entscheidungsfindung eine unterstützende Rolle ein (vgl. ebd.: 107-109).

### **6.1 Schlussfolgerungen**

Der abschliessende Teil der vorliegenden Bachelor-Thesis fasst die Ergebnisse, die aus der Arbeit mit dem Modell der ethischen Entscheidungsfindung nach Bleisch/Huppenbauer herausgearbeitet wurden, prägnant zusammen. Basierend auf diesen Ergebnissen werde ich die Antwort auf meine Fragestellung: *„Wo positioniert sich die Soziale Arbeit zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe in Abgrenzung zu Positionen der Gerontologie/Alter, Medizin/Pflege, Ethik, Religion und des Rechtes, sowie den Interessen der Betroffenen und deren Angehörigen und wie kann die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Entscheidungsfindung in diesem Diskurs leisten?“* darlegen und diese durch meine persönliche Einschätzung zum

Thema ergänzen. Zum Schluss folgt eine Methodenkritik, die zur Reflexion der gewählten Vorgehensweise dienen soll.

Die Anwendung des ethischen Entscheidungsfindungsmodells hat ergeben, dass eine allgemeingültige und unwiderlegbare Aussage, ob und in welchen Fällen die Sterbe- und Suizidhilfe erlaubt sein soll, unmöglich ist. Die Entscheidungsfindung muss demnach zwingend immer im Kontext des persönlichen Lebensentwurfs der betroffenen Person und deren Kranken- und Leidensgeschichte erfolgen.

### **6.1.1 Vorgehensweisen individueller Entscheidungsfindung**

Eine individuelle Entscheidungsfindung schafft Entscheidungsspielraum. Dieser bietet Möglichkeiten individuell auf jede Person und ihre Lebensgeschichte einzugehen, öffnet jedoch aufgrund fehlender Handlungsvorgaben auch Spielraum für Missbrauch und willkürliche Entscheidungen. Aus diesem Grund möchte ich zwei mögliche Vorgehensweisen kurz erläutern, die trotz Berücksichtigung der Individualität eine strukturierte Entscheidungsfindung sicherstellen.

#### **6.1.1.1 Das ethische Entscheidungsfindungsmodell im Einzelfall**

Eine mögliche Vorgehensweise für die individuelle Entscheidungsfindung ist, dass ein ethisches Entscheidungsfindungsmodell, sowie es in der vorliegenden Arbeit auf die grundsätzliche Frage, ob und unter welchen Umständen Sterbe- und Suizidhilfe möglich sein soll, angewendet wurde, auf den Einzelfall durchgespielt wird. Dadurch werden Rahmenbedingungen geschaffen, die eine strukturierte und reflektierte Entscheidungsfindung im Einzelfall sowohl für die Sterbe-, wie auch für die Suizidhilfe erleichtern.

Der erste Schritt des ethischen Entscheidungsfindungsmodells erfasst die individuelle Situation der betroffenen Person, legt die gesetzlichen Bestimmungen dar und stellt die Stakeholder vor. Denkbare Stakeholder sind: Der Patient, sowie mögliche Angehörige, Ärzte oder andere Professionelle, die in den Entscheidungsprozess involviert sind. Möglicherweise eine Institution (Pflegeheim, Hospiz, Akutkrankenhaus etc.), in der sich die Person aufhält. Im zweiten Schritt werden, wie in der vorliegenden Arbeit auch, die moralischen Fragen benannt. Diese unterscheiden sich kaum, da sich die moralischen Konflikte, die sich um die Sterbe- und Suizidhilfedebatte ergeben im Einzelfall dieselben sind, wie die im allgemeinen Diskurs. Was sich jedoch unterscheidet, und weshalb ich auch der Ansicht bin, dass sich dieses Modell für den Einzelfall gut eignet, ist, dass im nächsten Schritt bei der Auslegung der Argumente die individuellen Perspektiven der Stakeholder zur Geltung kommen und somit der spezifische Kontext, in dem sich die betroffene Person bewegt, in die Entscheidungsfindung miteinfließen kann. Damit wird einer komplexen Fragestellung, die aufgrund der vielen ethischen Widersprüche nicht allgemeingültig beantwortet werden kann,

eine Struktur geboten, in der die Entscheidungsfindung im Einzelfall getroffen werden kann und mit welcher gewährleistet ist, dass alle Stakeholder in der Entscheidungsfindung zu Wort kommen.

### **6.1.1.2 Allgemeingültige Sorgfaltskriterien**

Eine weitere Option, wie der Missbrauch - hauptsächlich betreffend Suizidhilfe - minimiert werden kann, sind klare und allgemeingültige Sorgfaltskriterien. Nach liberalen gesetzlichen Regelungen haben die Suizidhilfeorganisationen in der Schweiz momentan die Freiheit, innerhalb des rechtlichen Rahmens, ihre eigenen Kriterien zu entwickeln, nach denen sie Suizidhilfe anbieten. In der Stellungnahme der NEK CNE stellte die Kommission fest, dass nebst Art. 115 StBG zusätzliche minimale Sorgfaltskriterien für die Praxis der organisierten Suizidhilfe unabdingbar sind, um Missbräuche zu verhindern. Um diese Lücke zu füllen, hat die NEK CNE 2006 eine weitere Stellungnahme veröffentlicht, in der acht solcher Kriterien erläutert sind. Sie haben zum Ziel, mehr Einheitlichkeit und Transparenz zu schaffen und den sterbewilligen Personen den nötigen Schutz zu gewährleisten. Die Ethikkommission betont, dass diese Kriterien keine zeitlose Gültigkeit haben, sondern, geleitet durch die Erfahrungen aus der Praxis, stets neu diskutiert und allenfalls revidiert werden sollen (vgl. NEK CNE 2006: 2f).<sup>8</sup>

Ihre Anwendung würde Rahmenbedingungen schaffen, anhand derer eine Entscheidungsfindung in strukturierter Form ablaufen könnte. Dies würde gewährleisten, dass - vergleichbar mit einer Checkliste - klar geregelt ist, welche Kriterien es zu beachten gibt, bevor eine Person Suizidhilfe in Anspruch nehmen kann.

Allgemeine Kriterien schaffen jedoch auch immer eine Einengung. Speziell unter dem Aspekt der Berücksichtigung der Individualität jedes einzelnen Menschen, ist diese Einheitsregelung kritisch zu betrachten. Die Aufmerksamkeit muss dabei stark auf den Kontext gerichtet werden, in dem sich die Einzelperson befindet. Auf diese Art, denke ich, können allgemeingültige Kriterien einen gewinnbringenden Faktor darstellen, da sie eine Einheitlichkeit schaffen, welche Punkte in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden und die Gefahr minimieren, dass die betroffene Person dem subjektiven Ermessen eines Entscheidungsträgers, ausgeliefert ist.

Dies sind zwei mögliche Vorgehensweisen strukturiert und unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Betroffenen zu einer begründeten Entscheidung zu gelangen.

Ob diese beiden Möglichkeiten mit den rechtlichen Rahmenbedingungen, wie sie in Kapitel 2.3 erläutert wurden, vereinbar sind, ist schwierig zu beurteilen. Der Blick auf die in der

---

<sup>8</sup> Die ausführlichen Sorgfaltskriterien sind nachzulesen in NEK CNE (2006). Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme Nr. 13/2006. Eigenverlag: Bern.

Schweiz geltenden Gesetze, zeigt, dass auch diese einen Graubereich aufweisen aufgrund dessen ein Ermessensspielraum offen steht resp., dass wie im entsprechenden Kapitel erläutert wurde, Dissense zwischen den einzelnen Gesetzesartikeln bestehen. Aufgrund des Ergebnisses des ethischen Entscheidungsfindungsmodells, dass eine Entscheidung stets individuell getroffen werden muss, ist anzunehmen, dass die Sachzwänge je nach Entscheidung stärker oder schwächer auftreten werden.

Worin aber liegt die Aufgabe der Sozialen Arbeit in diesem Entscheidungsfindungsprozess? Das folgende Kapitel soll bezüglich dieser Frage eine Antwort geben.

### **6.1.2 Position und Rolle der Sozialen Arbeit**

Der führende Palliativmediziner Europas Gian Domenico Borasio (vgl. 2011: 82) beschreibt die Soziale Arbeit in der Betreuung von schwer kranken und sterbenden Patienten als eine der wichtigsten und meist unterschätzten Berufen. Dennoch - oder möglicherweise gerade deshalb - hat die Soziale Arbeit bislang nicht klar Stellung zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe genommen. Da sich die Soziale Arbeit zum einen mit Individuen und zum anderen auch mit der Gesellschaft, in der sich die Menschen bewegen, auseinandersetzt, ist es, meines Erachtens, notwendig und unumgänglich, dass sich auch die Soziale Arbeit dem Diskurs rund um die Sterbe- und Suizidhilfe annimmt. Eine Stellungnahme der Sozialen Arbeit erscheint mir deshalb besonders wichtig, weil sie als Akteurin im Entscheidungsfindungsprozess durch einen professionellen Auftrag, der sich vom Auftrag der Medizin, wie auch von dem der Kirche grundsätzlich unterscheidet, eine wichtige Perspektive einbringen kann.

Die Aufgabe der Sozialen Arbeit lautet gemäss internationaler Definition:

„In sozialen Notlagen werden die Menschen auf Basis der Ressourcenerschliessung in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit unterstützt, und der Zugang zu sowie die Nutzung von weiteren professionellen Hilfesystemen werden ermöglicht. Die Betroffenen werden dabei immer als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt gesehen. [...]“ (Pankofer/Wasner 2014: 28).

Die Soziale Arbeit grenzt sich demnach vom Heilen, als oberstem Ziel der Medizin, wie auch von der Aufgabe der Kirche ab, [...] *alles Menschenmögliche zu tun, damit Menschen sich als Geschöpfe Gottes erleben können und ihr Leben als Geschenk des Schöpfers wahrnehmen, annehmen, leben und manchmal auch aushalten und durchstehen können.*“ (Mathwig 2007: 26). Diese beiden Argumente, dominieren die Diskussion um die Sterbe- und Suizidhilfe. Oftmals wird argumentiert, dass die Sterbe- und Suizidhilfe dem medizinischen Ethos im Kern widerspräche und dadurch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährde und nicht mit dem Christlichen Glauben vereinbar sei. Daher gilt sie nicht als Option, welche ein Arzt oder ein Seelsorger seinen Patienten zur Diskussion anbieten könnte.

Durch den ganzheitlichen und systemischen Blick ist es die Aufgabe des Sozialarbeiters die Komplexität der Lebenslage der Betroffenen zu erkennen und zu analysieren. Unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen mit dem persönlichen Umfeld ist es das oberste Ziel der Sozialen Arbeit, dass der Patient resp. Klient sein Leben selbstbestimmt und würdevoll gestalten kann (vgl. Pankofer/Wasner 2014: 27).

Somit befindet sich der Sozialarbeiter - anders als der Arzt oder Seelsorger - nicht im Wertekonflikt, dass er seinen professionellen Auftrag nicht ausführen kann, wenn die Sterbe- und Suizidhilfe als Option in Betracht gezogen und dem Patienten als solche zur Diskussion offenstellen wird.

Der Palliativmediziner beschreibt den Beitrag der Sozialen Arbeit aus zwei wesentlichen Gründen als entscheidend in der Arbeit mit Personen, die am Ende ihres Lebens stehen: der bereits erwähnte systemische Blick und die Ressourcenorientiertheit. Durch die Ressourcenorientierung bietet die Soziale Arbeit Hilfe zur Selbsthilfe. Im Vordergrund steht, mit dem Patienten und möglichen Angehörigen die Stärken und Hilfsmöglichkeiten herauszufinden und optimal nutzbar zu machen (vgl. Borasio 2011: 82f.). Der Sozialarbeiter fokussiert seinen Blick dabei auf die Interaktionsprozesse, sowie die Wechselwirkungen im ganzen System. Das heisst, nicht nur der Klient und allfällige Angehörige, sondern auch das weitere soziale Umfeld und die Lebenswelt des Klienten werden miteinbezogen. Die Hilfe zur Selbsthilfe kommt dabei insofern zu tragen, dass der Sozialarbeiter sich anwaltschaftlich für die Umsetzung der Wünsche des Patienten einsetzt und ihn dabei unterstützt seine Interessen durchzusetzen, um am Ende eine für alle Beteiligten möglichst passende Lösung zu finden (Pankofer/Wasner 2014: 163f.).

Im konkreten Fall der Sterbe- und Suizidhilfe ergibt sich dadurch eine klare Aufgabe für den Sozialarbeiter im Prozess der ethischen Entscheidungsfindung. Die Analyse der Stellungnahmen hat ergeben, dass eine individuelle Entscheidung im Einzelfall, welche gleichermassen die einzigartige Lebensgeschichte des Patienten, sowie auch dessen sozialen Kontext miteinbezieht, unabdingbar ist. Der Sozialarbeiter ist genau auf diese generalistische und allumfassende Arbeit spezialisiert.

Speziell wichtig erscheint dabei meines Erachtens, dass der Sozialarbeiter besondere Aufmerksamkeit auf die Freiwilligkeit des Sterbewunsches richtet. Viele Kritiker der Suizidhilfe argumentieren, dass der Wunsch nach der frühzeitigen Beendigung des Lebens durch den Druck von Drittpersonen ausgelöst würde. Darum ist es speziell wichtig, dass der Sozialarbeiter den Sterbewunsch des Klienten kritisch hinterfragt und sicherstellt, dass der Sterbewunsch nicht Resultat einer schweren vorübergehenden Krise oder kurzfristigen Verzweiflung ist. Weiter muss sichergestellt werden, dass er nicht unter dem Druck Aussenstehender steht und dass mögliche Alternativen mit dem Klienten besprochen

wurden. Erst dann kann „das [im Berufskodex der Sozialen Arbeit formulierte] *Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden ihre eigenen Wahl und Entscheidung zu treffen* [...]“ (Beck/Diethelm/Grand/Kerssies/Schmocker 2010: 8) in den Vordergrund treten und der Patient in seinem Sterbe- resp. Suizidwunsch unterstützt werden.

Diese umfassende Informiertheit des Patienten, welche für die Sterbe- und Suizidhilfe als Voraussetzung gilt, orientiert sich am Modell des informed consent [informierte Zustimmung]. Dieses soll dem Patienten ermöglichen, über den weiteren Verlauf seiner Behandlung, und daraus resultierend, über seine zukünftige Lebenssituation, zu bestimmen (vgl. Hildt 2006, zit. nach Brahier 2011: 35). Der informed consent bildet heute, als zentrales Prinzip der Medizinethik, einen verbindlichen Standard. Die Autonomie wird dabei in enger Verbindung mit der Entscheidungsfindung gesehen. Ziel ist es also, dass diese unbeeinflusst und weitgehend selbstbestimmt erfolgen kann. Um dies sicherzustellen bedarf es folgende Bedingungen einzuhalten: Der Patient muss durch den Arzt eine umfassende Information erfahren haben, welche für den Patienten verständlich ist, sodass er zu einer allenfalls anstehenden Behandlung freiwillig seine Zustimmung oder Ablehnung geben kann. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass der Patient genügend Zeit hat, sich eine Meinung zu bilden, und dass diese Meinungsbildung ohne Einfluss durch Dritte erfolgt. Somit hat das Modell seinen Ursprung im Freiheitsdenken der modernen Gesellschaft der westlichen Welt (vgl. Brahier 2011: 35-37).

Das Individuum steht also nach dem Prinzip des informed consent im Mittelpunkt und wird in seiner autonomen Entscheidungsfindung unterstützt. Kritiker bemängeln jedoch, dass durch diese individualistische Engführung der Blick auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und sozialen Bedürfnisse zu wenig berücksichtigt wird (vgl. ebd.: 43). Die systemische Betrachtung der Lebenswelt des Klienten ist, wie bereits erläutert wurde, eine der Kernaufgaben der Sozialen Arbeit. Somit sehe ich hier die Chance, dass durch Miteinbezug der Sozialen Arbeit in den Entscheidungsfindungsprozess diesem Kritikpunkt entgegengewirkt werden kann. Mit den von den Medizinern zur Verfügung gestellten Informationen ist es die Aufgabe des Sozialarbeiters Unterstützung dabei zu bieten, die Möglichkeiten gegeneinander abzuwägen und unter Einbezug des Kontextes, resp. des sozialen Umfeldes des Patienten diesen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Dies meint nicht, dass die Sterbebegleitung Aufgabe der Sozialarbeitenden werden soll. In der Entscheidungsfindung können Sozialarbeitende durch den ganzheitlichen Blick und den Berufsethos, welcher die Autonomie, eines der Hauptargumente für die Sterbe- und Suizidhilfe, in den Vordergrund stellt, lediglich eine unterstützende Rolle einnehmen.

Gleichwohl es den Ärzten und Pflegenden frei steht, eine Person in den Suizid zu begleiten, so sollen auch die Sozialarbeitenden nicht dazu verpflichtet werden können, diese Aufgabe

auszuführen. Dieser Zuspruch für den persönlichen Ermessensentscheid der Professionellen mag unter dem Gesichtspunkt der vorgängig ausgeführten Argumente für die Akzeptanz der Entscheidung des Patienten, wie er sein Leben fortsetzen oder frühzeitig beenden will, kontrovers klingen. Hierbei denke ich, ist es wichtig, nicht ausser Acht zu lassen, dass es sich beim Tod um ein stark emotionales Thema handelt. Hinter jeder Suizidbegleitung und dem vorangegangenen Entscheidungsprozess stehen zudem beteiligte Drittpersonen. Diese müssen, genauso wie der Patient für sich entscheiden muss, was für ihn notwendige Voraussetzungen sind, um sein Leben fortzusetzen zu wollen, für sich entscheiden, ob die Unterstützung des Sterbewunsches mit den eigenen Normen und Werten vereinbar ist. Gerät der Sozialarbeiter in einen Gewissenskonflikt, den er nicht lösen kann, so ist die Begleitung des Sterbewilligen durch einen Berufskollegen weiterzuführen. Wichtig ist dabei, dass solche Entscheidungen dem Patienten transparent vermittelt werden (vgl. Hug 2015 in Sozial Aktuell: 17). Einzig durch den institutionellen Kontext sind mögliche Einschränkungen denkbar. So gibt es gewisse Institutionen wie Pflegeheime oder Krankenhäuser, die klare Leitlinien bezüglich der Sterbe- und Suizidhilfe entwickelt haben. Diese Bestimmungen müssen sowohl den Professionellen wie auch den Klienten gegenüber transparent sein. Damit kann sicher gestellt werden, dass vor Antritt der Arbeitsstelle, resp. vor Eintritt in die Institution jede Person für sich abwägen kann, ob diese Leitlinien mit ihren individuellen Wertvorstellungen vereinbar sind (CURAVIVA 2013: 5).

Eine weitere Aufgabe für die Soziale Arbeit sehe ich bezogen auf den öffentlichen Diskurs. Aus den Stellungnahmen geht deutlich hervor, dass sich die Werte in der westlichen Gesellschaft verändert haben, und dass eine neue und offene Kultur des Sterbens notwendig ist. Dazu muss eine Enttabuisierung des Sterbens stattfinden. Dialog Ethik fordert dazu, dass der Tod in der Gesellschaft als natürlichen Teil des Lebens akzeptiert werden muss, den es nicht zu verdrängen gilt. Es muss möglich sein, offen über das Thema Sterben und Tod zu sprechen. Nur so kann den Bedürfnissen Abschied zu nehmen und Sterbende auf ihrem letzten Weg zu begleiten gerecht werden (vgl. Arn et al. 2005: 7).

Ich persönlich sehe die Hauptschwierigkeit im Dilemma um die Sterbe- und Suizidhilfe nicht im Prozess der Entscheidungsfindung. Wie vorgängig erläutert, ist es ausgesprochen wichtig, dass eine Entscheidung stets individuell und strukturiert begleitet wird. Was ich in diesem Zusammenhang jedoch sehr kritisch empfinde ist die Tatsache, dass es letztendlich unabdingbar ist, dass eine Drittperson die Entscheidung des Patienten frühzeitig zu Sterben gutheissen muss. Es ist eine aussenstehende Person, womöglich in der Rolle eines Professionellen, die eine Beurteilung fällen muss oder darf, ob und unter welchen Kriterien die Sterbe- resp. Suizidhilfe im Einzelfall zulässig ist. Dies schafft meiner Meinung nach ein Machtgefälle, welches einerseits unabdingbar ist, da die betroffene Person ihr Leben nicht

ohne die Hilfe Dritter beenden kann oder will, und zum anderen als problematisch zu bewerten ist, da niemand ausser die betroffene Person selbst beurteilen kann, wie erträglich oder unerträglich diese ihre Lebensumstände empfindet. Unter diesem Aspekt scheint es mir genauso wenig die Aufgabe eines Sozialarbeiters - wie auch jeder anderen Drittperson - zu sein, zu beurteilen, ob ein Sterbewunsch legitim ist. Diese Beurteilung steht exklusiv der Person selbst zu.

Durch die Auseinandersetzung mit dem ethischen Entscheidungsfindungsmodell im Zusammenhang mit meiner anfangs formulierten Fragestellung, den damit verbundenen Recherchen und letztlich dem Verfassen der vorliegenden Arbeit, gelange ich zu folgendem Fazit:

Eine offizielle Stellungnahme der Sozialen Arbeit bezüglich der Sterbe- und Suizidhilfe existiert bislang nicht. Die Anwendung des ethischen Entscheidungsfindungsmodells hat ergeben, dass diesem Diskurs unantastbare Werte zugrunde liegen, die sich im Kern widersprechen. Darauf zurückzuführen sind auch die uneindeutigen Haltungen der verschiedenen Interessensgemeinschaften, welche in der ethischen Entscheidungsfindung als Stakeholder auftraten. Mit Ausnahme der Betroffenen nennen alle ausgewählten Organisationen in den Stellungnahmen sowohl Argumente für, wie auch gegen die Sterbe- und Suizidhilfe. Eine allgemeingültige Entscheidung für oder gegen die Sterbe- und Suizidhilfe ist somit nicht möglich, was eine strukturierte Entscheidung im Einzelfall unter Berücksichtigung der sozialen Umgebung des Patienten unumgänglich macht.

Die Rolle der Sozialen Arbeit im Entscheidungsfindungsprozess lässt sich aus dem professionellen Auftrag ableiten. Geprägt durch den systemischen Blick, setzt sich der Sozialarbeiter unter Einbezug des Kontextes anwaltschaftlich für die Interessen des Betroffenen ein und unterstützt somit eine individuelle Entscheidungsfindung am Lebensende und damit im weitesten Sinne auch „[...] ein Sterben, das eines Menschen würdig ist, seinem individuellen Lebensentwurf entspricht und seinem sozialen Eingebundensein gerecht wird.“ (ebd.: 3).

### **6.1.3 Methodenkritik und weiterführende Gedanken**

Das Modell der ethischen Entscheidungsfindung nach Bleisch/Huppenbauer hat sich rückblickend bewährt, eine Antwort auf meine Fragestellung zu finden. Das strukturierte Vorgehen stellte eine grosse Hilfe dar, um auf die Fragestellung fokussiert zu bleiben. Die Argumente der Stakeholder konnten gut in die Arbeit einfliessen und trotz grossen Unterschieden innerhalb der Stellungnahmen betreffend Umfang, Tiefe der Argumentationen etc. eine Vergleichsbasis schaffen.

Der vierte Schritt, Evaluation und Entscheidung, nahm ich als grosse Herausforderung wahr. Es wurde deutlich, dass die Kernargumente, welche in den Stellungnahmen verwendet werden, den Werten entsprechen, die bereits in Schritt 2, Moralische Fragen benennen, vertieft diskutiert wurden. Somit habe ich mich dazu entschieden, diesen Schritt des Entscheidungsfindungsmodelles knapp zu halten, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden. Während sich meine Fragestellung in den ersten Schritten einfach mit Hilfe des Modelles analysieren liess, nahm ich die Umsetzung des Modells im weiteren Verlauf als immer anspruchsvoller wahr. So konnte beispielsweise im letzten Schritt der Implementierungsfragen nur noch ansatzweise auf den eigentlichen Inhalt - wie das Ergebnis in der Gesellschaft umgesetzt werden kann - eingegangen werden. Ferner fehlt im ethischen Entscheidungsfindungsmodell nach Bleisch/Huppenbauer meiner Ansicht nach ein zusätzlicher Schritt der Evaluation. Damit könnte die Implementierung in der Gesellschaft und somit auch das Gelingen des Ergebnisses der ethischen Entscheidungsfindung reflektiert werden.

Ein weiterer Punkt, den ich kritisch betrachten möchte, ist die Unterscheidung zwischen Sterbehilfe und Suizidhilfe resp. zwischen Patienten, die ihren Willen noch äussern können und solchen, denen dies nicht mehr möglich ist. Im Laufe des Verfassens der Bachelor-Thesis wurde immer deutlicher, wie wichtig - gleichzeitig aber auch herausfordernd - diese Abgrenzung ist. Dies hängt u.a. damit zusammen, wie unterschiedlich die Begrifflichkeiten umgangssprachlich, wie auch in der Literatur verwendet werden. Ich habe, wie es im Kapitel 2.1 Begrifflichkeiten erklärt wurde, versucht, die Begrifflichkeiten klar voneinander abzugrenzen, da ich der Ansicht bin, dass diese Unterscheidung speziell bezüglich der Mitentscheidungsfähigkeit des Patienten eine Auswirkung hat. Je nach Art der Sterbe- oder Suizidhilfe ist der Patient unterschiedlich in der Lage über seinen weiteren Lebens- und Sterbeverlauf mitzuentcheiden. So lässt sich beispielsweise beim begleiteten Suizid, wie auch bei der passiven Form der Sterbehilfe, wo sich der Patient gegen eine Behandlung entscheidet, die Meinung des Patienten miteinbeziehen, resp. bedarf es einer sorgfältigen Abklärung, ob diese Entscheidung ohne Einwirken von Drittpersonen erfolgen konnte. Anders ist jedoch die Situation bei der passiven Sterbehilfe in Form eines Behandlungsabbruchs (z.B. Ausschalten des Beatmungsgeräts) oder der indirekt (aktiven) Sterbehilfe, bei der der Sterbeprozess beschleunigt wird und der Patient möglicherweise krankheitsbedingt nicht mehr in der Verfassung ist, sich zu äussern. In dieser Situation geht es darum, den mutmasslichen Willen des Patienten herauszufinden und diesen auszuführen. Auf diese Prozesse und die damit verbundenen ethischen Fragestellungen vertieft einzugehen, hätte den Umfang der vorliegenden Arbeit überschritten. Es wäre jedoch durchaus denkbar, dass das ethische Entscheidungsfindungsmodell auch in einer solchen

Situation, in der der Patient nicht mehr in der Lage ist sich zu äussern, hilfreich sein kann, zu einer strukturierten und begründeten Entscheidung zu gelangen.

Als weiterführender Schritt wäre interessant zu vertiefen, was die genauen Unterschiede bezüglich der ethischen Dilemmata und Schwierigkeiten in der Umsetzung der Sterbe- und Suizidhilfe sind, bei Patienten die zurechnungsfähig sind und ihren Willen äussern können, im Vergleich zu jenen, die dazu nicht mehr in der Lage sind. Dabei könnte beispielsweise die Relevanz einer Patientenverfügung ausgeführt werden, sowie die speziellen Schwierigkeiten, die sich auf tun, wenn Angehörige über die Fortsetzung oder den Abbruch von medizinischen Behandlungen und somit über Leben oder Tod einer ihnen nahestehenden Person entscheiden müssen.

## 7. Quellenverzeichnis

### 7.1 Bücher

- Ariès, P. (1997). Geschichte des Todes. 8. Aufl. o.V.: München.
- Aristoteles übersetzt durch Gigon, Olof, herausgegeben von Nickel, Rainer (2001). Die Nikomachische Ethik. Griechisch-Deutsch. Artemis&Winkler Verlag: Düsseldorf/Zürich.
- Assmann, J. (2000). Erlösung durch Rechtfertigung. Altägyptische Todesvorstellungen. O. V.: o.O.
- Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gudrun/Müller, Silke (Hrsg.). (2009). Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Berlin, Isaiah (1969). Four Essays on Liberty. O.V.: London.
- Biaggini, Giovanni, (Hrsg.) (2007). BV Kommentar Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft und Auszüge aus der EMRK, den UNO-Pakten sowie dem BGG. Orell Füssli: Zürich.
- Bleisch, Barbara/Huppenbauer, Markus (2011). Ethische Entscheidungsfindung. Ein Handbuch für die Praxis. Versus Verlag: Zürich.
- Bock, Thomas (Hrsg.) (1988). LebensWert. Sieben Beiträge zur Ethik-Diskussion. DGSP Schriftreihe; Band 5 im Psychiatrie-Verlag: Bonn.
- Borasio, Gian Domenico (2011) Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. 8. Auflage. C.H. Beck: München.
- Borasio, Gian Domenico (2014). Selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können. C.H. Beck: München.
- Brahier, Gabriela (2011). Medizinische Prognosen im Horizont eigener Lebensführung. Zur Struktur ethischer Entscheidungsfindungsprozesse am Beispiel der pränatalen genetischen Diagnostik. Mohr Siebeck: Tübingen.
- Breitschmid, Peter/Rumo-Jungo, Alexandra (Hrsg.) (2012). Personen- und Familienrecht inkl. Kindes- und Erwachsenenschutzrecht Art. 1-456 ZGB. 2. Auflage. Schulthess Verlag: Zürich.
- Brüll, Hans-Martin/Schmid, Bruno (Hrsg.) (2008). Leben zwischen Autonomie und Fürsorge. Beiträge zu einer anwaltschaftlichen Ethik. Lambertus: Freiburg im Breisgau.
- Callahan, Daniel (1998). Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch friedlich zu sterben. Kösel: München.
- Ehrenzeller, Bernhard/Mastronardi, Philippe/Schweizer, Rainer J./Vallender, Klaus A. (Hrsg.) (2008). Die schweizerische Bundesverfassung Kommentar. 2. Auflage. Dike Verlag AG: Zürich, St. Gallen.

Exit Deutsche Schweiz (2012). «Und dann schlief sie ganz friedlich ein». Erfahrungsberichte wie Angehörige die Freitodbegleitung erleben. 1. Auflage. Eigenverlag: Zürich.

Frowein Jochen/Peukert Wolfgang (Hrsg.) (1996). Europäische Menschen Rechts Konvention, EMRK Kommentar, 2. Auflage. N. P. Engel Verlag: Kehl, Strassburg, Arlington.

Frieß, Michael (2008). „Komm süsster Tod“- Europa auf dem Weg zur Euthanasie. Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe. Kohlhammer: Stuttgart.

Frieß, Michael (2010). Sterbehilfe. Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe. Kohlhammer: Stuttgart.

Goffman, Erving (2005). Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. O.V. München.

Grossmann, Niklas (2008). Begrenzte Existenz. Sterbehilfe und Tod als professionelle Herausforderung für die Soziale Arbeit in Deutschland. Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaften: Frankfurt am Main.

Hildt, Elisabeth (2006). Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung. O.V.: Frankfurt am Main.

Körtner, Ulrich H.J. (1996). Bedenken, dass wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik. Beck'sche Reihe, 1147: München.

Kuhlmann, Andreas (1995). Special: Sterbehilfe. Rowohlt Taschenbuch: Reinbek bei Hamburg.

Kuhse, Helga (1994). Die „Heiligkeit des Lebens“ in der Medizin. Eine philosophische Kritik. Autorisierte Übersetzung von Thomas Fehige. O.V.: Erlangen.

Mühlum, Albert/Student, Johann-Christoph/Student, Uta (2004). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Ernst Reinhardt: München.

Pankofer, Sabine (Hrsg.)/Wasner, Maria (2014). Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin-Palliativepflege- Hospizarbeit. Band 11. Kohlhammer: Stuttgart.

Rüegger, Heinz (2003). Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis. NZN Buchverlag/Theologischer Verlag: Zürich.

Schockenhoff, Erhard (1991). Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“. O.V.: Regensburg.

Trechsel, Stefan (Hrsg.) (2008). Schweizerisches Strafgesetzbuch Praxiskommentar. 2. Auflage. Dike Verlag: Zürich/St. Gallen.

Venez, Petra (2008). Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht. LBR- Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft. Band/Nr. 28. Schulthess Juristische Medien AG: Zürich.

Vetter, P. (2005). Selbstbestimmung am Lebensende. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. O.V.: Düsseldorf.

## 7.2 Publikationen und Zeitschriften

Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999). Sterbehilfe. Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidg. Justiz-und Polizeidepartement. O.V. o.O.

Arn, Christof/Baumann, Max/Baumann-Hölzle, Ruth/Egli, Gustav/Gigler, Max/Meier-Allmendinger, Diana/Müri, Corinna/Pachlatko, Christoph/ Weidmann-Hügler, Tatjana (2005). Positionspapier zum Thema Sterbehilfe. Hilfe beim Sterben- nicht Hilfe zum Sterben. Dokumentenreihe des Instituts DIALOG ETHIK. Eigenverlag: Zürich.

Bartsch, Christine/Gauthier, Saskia/Mausbach, Julian/Reisch, Thomas (2014). Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. In: J Med Ethics 2014;0: S. 1-7.

Beck, Susanne/Diethelm, Anita/Grand, Olivier/Kressies, Marijke/Schmocker, Beat (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. AvenirSocial: Bern.

Bericht des Bundesrates (2011). Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe. Schweizerische Eidgenossenschaft: Bern.

Buess-Willi, Claudia/ Ritter, Christoph (o.J.). Positionspapier *palliative ostschweiz* zum Thema Beihilfe zum Suizid. Eigenverlag: St. Gallen.

Bundesamt für Statistik BFS (2012). Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz. In: BFS Aktuell. 14 Gesundheit. S. 1-4.

Cahill, Lisa Solwe (1977). A „Natural Law“ Reconsideration of Euthanasia. In: Linacre Quarterly (44). S.:47-63.

CURAVIVA Schweiz (2013). Suizidbeihilfe in Alters-und Pflegeinstitutionen sowie in Institutionen für Erwachsene Menschen mit Behinderung. Grundlagepapier. Eigenverlag: Bern.

Deutscher Bundestag (2004). Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen. 15. Wahlperiode. 15/3700.

Entenza, Hector (2014). La réglementation légale suisse en matière d'accès à l'assistance au suicide: Réflexions autour de l'arrêt Gross c. Suisse. In: SZIER - Zeitschrift für internationale und europäisches Recht. Jahrgang: 2014. S. 189-206.

FMH (2008). Positionspapier der FMH. Suizidhilfe ist nicht gleich Sterbehilfe. Eigenverlag: Bern.

Hug, Sonja (2015) Suizid als Akt der Freiheit oder Ausdruck einer Notlage? Berufsethische Überlegungen zu Suizid und Umgang mit suizidalen KlientInnen. Erschienen im: Mai 2015. In: Sozial Aktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit. (5). S. 15-17.

Mathwig, Frank (2007). Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive. SEK Position 9. Eigenverlag: o.O.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK CNE (2005). «Beihilfe zum Suizid». Stellungnahme Nr.9/2005. Eigenverlag: Bern.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK CNE (2006). Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme Nr. 13/2006. Eigenverlag: Bern.

Pro Senectute Schweiz (2013). Positionspapier von Pro Senectute zu Fragen der Beihilfe zum Suizid im Alter. Eigenverlag: o.O.

SAMW (2012). Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW. Eigenverlag: Basel.

Zimmermann-Acklin (2007). Die Achtung der Menschenwürde und der Menschenrechte bei der Begleitung Sterbender - Überlegungen zur Sterbehilfe in der Schweiz. In: VSH-Bulletin Nr.3/4, November 2007. S. 21-25.

### **7.3 Internetquellen**

CURAVIVA Schweiz (Hrsg.) (o.J.). Willkommen bei Curaviva Schweiz. URL: <http://www.curaviva.ch/Verband/P5pKb/> [Zugriffsdatum: 24. Mai 2015].

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (o.J.). Teilerneuerung der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin. URL: <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=51536> [Zugriffsdatum: 22. Juni 2015].

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (o.J.). III Rechtliche Regelungen. URL: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> [Zugriffsdatum: 22.Juni 2015].

Evangelische Kirche in Deutschland EKD (Hrsg.) (1989). Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. IV. Aktuelle Herausforderungen beim Schutz des menschlichen Lebens (Teil 5). URL: [http://www.ekd.de/EKD-Texte/gottistfreund\\_1989\\_freund6\\_5.html](http://www.ekd.de/EKD-Texte/gottistfreund_1989_freund6_5.html) [Zugriffsdatum: 08.Februar 2015].

Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (Hrsg.) (2002). Rechtssache Pretty gegen das Vereinigte Königreich. Antrag Nr. 2346/02. Urteil. URL: <http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Heilkunde/EuGH290402Urt02.pdf> [Zugriffsdatum: 20.Juni 2015].

Exit deutsche Schweiz (Hrsg.) (o.J.). Wie läuft eine Freitodbegleitung ab? URL: <http://www.exit.ch/freitodbegleitung/wie-laeuft-eine-freitodbegleitung-ab/> [Zugriffsdatum: 23. Mai 2015].

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzten (Hrsg.) (o.J.). Porträt- die FMH stellt sich vor. URL: [http://www.fmh.ch/ueber\\_fmh/portraet.html](http://www.fmh.ch/ueber_fmh/portraet.html) [Zugriffsdatum: 04. April 2015].

Informationsplattform humanrights.ch. (2005). Sterbehilfe und das Recht auf Leben. URL: <http://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-schweiz/inneres/person/sterbehilfe/sterbehilfe-mr-sicht> [Zugriffsdatum: 18. Mai 2015].

Kommission für Rechtsfragen des Nationalrates (Hrsg.) (2012). Sterbe- und Suizidhilfe: Geltendes Recht ist ausreichend. URL: <http://www.parlament.ch/d/mm/2012/seiten/mm-rk-n-2012-03-30.aspx> [Zugriffsdatum: 12. Juni 2015].

Meier, Peter Johannes (2010). Wertewandel. Was uns im Leben wichtig ist. In: Beobachter 1/2010. URL: [http://www.beobachter.ch/leben-gesundheit/psychologie/artikel/wertwandel\\_was-uns-im-leben-wichtig-ist/](http://www.beobachter.ch/leben-gesundheit/psychologie/artikel/wertwandel_was-uns-im-leben-wichtig-ist/) [Zugriffsdatum: 24. Mai 2015].

SAMW Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (o.J.). Zentrale Ethikkommission. Auftrag. URL: <http://www.samw.ch/de/Portraet/Kommissionen/ZEK.html> [Zugriffsdatum: 04. April 2015].

Senca, Lucius Annaeus in: Der Salmoxisbote (1998). Senca an Lucilius. 70. Brief. URL: <http://www.salmoxisbote.de/Bote20/Seneca.htm> [Zugriffsdatum: 29. Januar 2015].

Schweizer Radio und Fernsehen srf (Hrsg.) (2014). Sterbehilfe: Exit verankert Altersfreitod in den Statuten. URL: <http://www.srf.ch/news/schweiz/sterbehilfe-exit-verankert-altersfreitod-in-den-statuten> [Zugriffsdatum: 24. Mai 2015].

Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (Hrsg.) (o.J.). Über uns. Geschichte, Zweck und Aufgabe des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes. URL: <http://www.kirchenbund.ch/de/kirchenbund/ber-uns> [Zugriffsdatum: 08. April 2015].

## 8 Ehrenwörtliche Erklärung

Bachelor Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Schwarz, Mira

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

**Ethische Entscheidungsfindung im Diskurs der Sterbe- und Suizidhilfe**  
Position und Rolle der Sozialen Arbeit

Begleitung Bachelor Thesis: Prof. Johanna Kohn

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 23. Juni 2015

Unterschrift: