



**JOHANNES KEPLER
UNIVERSITÄT LINZ**

Eingereicht von
**Dr. med. univ. Christina Kaneider
A0015207**

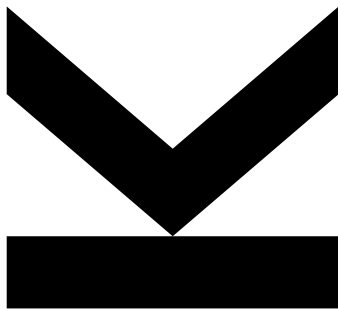
Angefertigt an der
Medizinischen Fortbildungsakademie OÖ

Beurteiler / Beurteilerin
PD Mag. Dr. Jürgen Wallner, MBA

November 2024

Zum Sterben aufklären?!

Konzept für die palliative Betreuung von Patienten mit Wunsch nach
assistiertem Suizid unter medizinethischen und psychodynamischen Aspekten



Master Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

"MASTER OF ETHICS (MEDICAL ETHIC)" PM.ME.

für den Universitätslehrgang

"Aufbaustudium Medizin- und Bioethik"

**JOHANNES KEPLER
UNIVERSITÄT LINZ**

Altenberger Straße 69
4040 Linz, Österreich
www.jku.at
DVR 0093696

"Wenn ich wüsste, dass ich zu jedem Zeitpunkt, zu dem ich es wollte, sterben könnte, dann wäre mir plötzlich jeder einzelne Tag so wertvoll wie eine Million Pfund. Wenn ich wüsste, dass ich sterben könnte, würde ich leben."

Sir Terry Pratchett, *Shaking Hands with Death*

"Als Arzt muß ich mich immer fragen, was mir der Patient für eine Botschaft bringt. Was bedeutet er für mich? Wenn er nichts für mich bedeutet, habe ich keinen Angriffspunkt. Nur wo der Arzt selber getroffen ist, wirkt er. «Nur der Verwundete heilt.» Wo aber der Arzt einen Persona-Panzer hat, wirkt er nicht. Ich nehme meine Patienten ernst. Vielleicht bin ich genauso vor ein Problem gestellt wie sie. Oft passiert es ja, daß der Patient gerade das richtige Pflaster für die schwache Stelle des Arztes ist. Daraus können schwierige Situationen entstehen, auch für den Arzt, oder gerade für ihn."

Carl Gustav Jung, *Erinnerungen, Träume, Gedanken*

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung	4
2 Sterben heute - Können, wollen und dürfen wir das (noch)?	8
2.1. Moderne Sterbekultur im Wandel: Hospiz- und Palliativkultur im kursorischen Rückblick	9
2.2. Das Ringen der palliativen Fachgesellschaften mit dem Sterbewunsch	11
2.3. Sterbensideale: der <i>natürliche</i> als der "gute und richtige" Tod	13
2.4. Widersprüche in der palliativen Ethik der Lebensverkürzung	18
3 Das Gesetz – Was müssen wir tun, um sterben zu können?	21
3.1. Grundlegendes zur Erkenntnis des VfGH	21
3.2. Zu den rechtlichen Voraussetzungen einer Sterbeverfügung	23
3.3. Entscheidungsfähigkeit – rechtliche Aspekte	25
3.4. Das Aufklärungsgespräch – rechtliche und medizinethische Aspekte	26
4 Die Ärztin – Wer müssen wir sein, um beim selbstbestimmten Sterben dabei sein zu können?	29
4.1. Zum Selbstverständnis der Medizin und zum ärztlichen Berufsethos	30
4.1.1. moderne Medizin mit antiker Ethik	31
4.1.2. Berufsethos neu interpretiert – eine Annäherung	32
4.2. Medizinethische Prinzipien und die Entwicklung von Moral	34
4.3. Einige Überlegungen zum Verhältnis von Autonomie und Fürsorge im Kontext der Sterbehilfedebatte	36
4.4. Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung beim Thema Sterbewunsch	39
5 Die Patientin – Wer müssen wir werden, um sterben zu können?	42
5.1. Grundlegendes zu Psychodynamik und psychodynamischem Denken	42
5.2. Die Psychodynamik des sterbenden Menschen	43
5.3. Individuation	45
5.4. Leitlinien zu Sterbewünschen vs. psychodynamische Betrachtung des Sterbewunsches	46
5.5. Die Typologie des Sterbewunsches	48
5.6. Dem Sterbewunsch des Patienten begegnen: Übertragung und Gegenübertragung, Containing und Mentalisierung	51
5.6.1. Arbeiten mit Übertragung und Gegenübertragung	52
5.6.2. Containing und Mentalisieren	54
5.6.3. Fallbeispiel zur Anwendung psychodynamischen Denkens in der palliativmedizinischen Praxis: Der Fall A oder "das Gefühl der unerfüllten Lebensträume"	55
6 Schlussbemerkung	60
7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	61
8 Literaturverzeichnis	61
9 Eidesstattliche Erklärung	64

1 Einleitung

Am 9. Juni 2024 trafen sich in München Experten des D-A-CH Forums "Suizidprävention und assistierter Suizid", um neuerlich ein Positionspapier zu verabschieden. Das Forum bezeichnet sich selbst als "politisch und konfessionell neutral", jedoch kann man bereits nach wenigen Zeilen die "dogmatisch-konservative Position"¹ der Gegner von Suizidhilfe erkennen, die hinter diversen Allgemeinplätzen im Text deutlich herauszulesen ist. Moralisierende Sollensforderungen unterminieren den Wertepluralismus und höhlen insbesondere den Autonomiebegriff aus; dabei reiht sich eine negative normative Behauptung an die nächste, und das alles in ein humanitäres Pathos gekleidet. So wird etwa ohne jeden Beleg ein Bild von der Realität konstruiert und suggeriert, in dem Menschen häufig Druck erfahren, vom assistierten Suizid Gebrauch zu machen (vgl. Pkt 4 und 7 in der Münchner Erklärung 2024, S.1f.), obwohl erfahrungsgemäß viel eher das Gegenteil der Fall ist: Menschen werden (von Angehörigen, Betreuenden und Institutionen) nicht selten unter Druck gesetzt, unter allen Umständen (und sogar gegen ihren ausdrücklichen Willen) am Leben zu bleiben. Auch der psychiatrisch konnotierte Begriff der "Suizidalität" wird in diesem Positionspapier strategisch eingesetzt, um die zentrale Differenzierung zum Sterbewunsch eines entscheidungsfähigen Menschen zu verwischen (ebd.). Blickt man zudem auf die Liste der Unterzeichner (ebd., S.3), so wird schnell klar, dass vorwiegend namhafte Größen der jeweiligen Fachgesellschaften aufscheinen, jeder mit mehrfachen akademischen Graden versehen. Wir treffen hier auf jenen Sachverhalt, den van den Daele (2006) und Schöne-Seifert (2020) als "Elitenkonsens" in Bezug auf die Sterbehilfe bezeichnet haben: Eine elitäre Minderheit aus Politik, Klerus (und klerikalen Vororganisationen²), Wissen- und Ärzteschaft, die als Minorität in machtvoller Position Sterbehilfe als verwerflich oder zumindest in erheblichen Rechtfertigungsnotstand ansieht; diese Elite prägt den gesellschaftlichen, moralischen und rechtlichen Diskurs zum Thema *Selbstbestimmung am Lebensende* entscheidend mit und beeinflusst diesen wahrscheinlich viel mehr als wissenschaftliche Debatten in der Ethik. Vergleicht man jedoch die Ergebnisse diverser Umfragen in der Bevölkerung (Deutschland, Niederlande, Belgien, aber auch andere westliche Länder) zur Sterbehilfedebatte bei Schwerstkranken, so fällt das Ergebnis in allen Beispielen eindeutig *für* eine Liberalisierung der Sterbehilfe aus (vgl. Schöne-Seifert 2020, S.22). Eine wachsende Zahl der Menschen in liberalen Demokratien möchte,

¹ Ich folge hier Bettina Schöne-Seiferts (2020) Formulierung für die Gegnerschaft der Suizidhilfe.

² Das *Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* (IMABE), das vielfach öffentlich gegen die Sterbehilfe auftritt, arbeitet im Auftrag der Österreichischen Bischofskonferenz. Ehemaliger Diözesanbischof und Mitglied der christlich-fundamentalistischen Organisation Opus Dei, Klaus Küng, war Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender des Kuratoriums von IMABE.

dass es erlaubte Formen der Sterbehilfe gibt, ganz unabhängig davon, ob die Befragten selbst davon Gebrauch machen möchten.

Als Palliativmedizinerin mit zehnjähriger Berufserfahrung habe ich mich seit Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes in Österreich schwerpunktmäßig mit dem terminierten Sterbewunsch auseinandergesetzt. Es wurde für mich schnell evident, dass die fundamentale ethische Pro- und Contra-Debatte in der klinischen Praxis wenig hilfreich ist. Will man sich ernsthaft mit Patienten, die ihr Lebensende selbst gestalten wollen, auseinandersetzen, so lautet die zentrale Frage nicht: Darf oder soll Suizidhilfe überhaupt sein? Sondern: *Wie ist gute Suizidhilfe möglich?* Daher geht es im Folgenden um ein Konzept zur professionalisierten Begleitung von assistierten Sterbewünschen im palliativen Setting, d.h. um eine mögliche Antwort auf dieses "Wie". Im Fokus des Grundkonzepts steht die Aufklärung nach §7 StVfG, die den Beginn eines Prozesses darstellt, dessen Fundament die Arzt-Patient-Beziehung bildet, ohne die ein Verstehen von assistierten Suizidwünschen von beiden Seiten, Arzt und Patient, nicht möglich ist.

Es seien noch ein paar *Überlegungen zur Methodik vorliegender Arbeit* vorausgeschickt. Der Begriff des Konzepts im Untertitel meiner Masterarbeit verspricht vielleicht zu viel, da ich überwiegend essayistisch verfare, diese Essayistik mit heuristischer klinischer Empirie anreichern und verschiedentlich mit wissenschaftlicher Literatur untermauern möchte. Die polemische Zuspitzung an manchen Stellen ist bewusst eingesetzt und dient mir als Interventionsstrategie in einen zum Teil verkrusteten und enggeführten Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis, der allzu oft in eine Sackgasse geraten ist. Diese Art der intellektuellen Provokation im Sinne des lat. *pro-vocare*, eines Her-vor-Rufens, das an den anderen ergeht, führt im günstigsten Fall zu einer Verschiebung der Debatte auf eine neue Ebene und zu einer Anregung, eingeübte Positionen herauszufordern. Polemik und Essayistik haben durchaus ihren Platz in der Geschichte der Ethik und Philosophie, von den Kynikern bis Montaigne, Nietzsche oder Adorno. Letzterer beschreibt in seinem Aufsatz *Der Essay als Form* die Essayistik als wissenschaftliche Methode der Kritik an vorherrschenden erkenntnistheoretischen Paradigmen vorwiegend empiristischer und rationalistischer Provenienz. Wissenschaftliche Essayistik „nimmt den antisystematischen Impuls ins eigene Verfahren auf“ (Adorno 2003, S.20) und beansprucht entgegen der "positivistischen Gesamttendenz" (ebd., S.11) ihren Platz in einer vernünftigen Auseinandersetzung. Der Essay ist in seiner unsystematischen Form immer auch ein Stück Widerstand gegen das repressive Potential moderner wissenschaftlicher und statistischer Rationalität (vgl. Adorno 2003). Ein Kernstück der philosophischen Essayistik besteht auch darin, dass der Abstand zwischen

Subjekt und Objekt, zwischen Autor und Gegenstand, verringert wird, weil die Subjektivität nicht mehr als Hindernis für oder Verzerrung von Erkenntnis betrachtet wird, sondern als ein Ort des Zugangs zur Erkenntnis. Ich habe mich vor diesem Hintergrund dagegen entschieden diverse Studien zum Thema Sterbehilfe zu zitieren oder zu diskutieren, zumal die Studienlage zeigt, dass zu verschiedenen Fragestellungen rund um die Suizidhilfe mitunter starke Schwankungen in den Befunden auftauchen. Die Diskussion der Methodik und Validität solcher Studien werden von anderen geführt. Darüber hinaus habe ich auch auf eine ausführliche Darstellung und kritische Würdigung der philosophischen Argumente gegen Suizidhilfe verzichtet, zumal dies zigfach andernorts geleistet wurde (die Literatur zur Sterbehilfedebatte ist umfangreich) und meine hier ins Zentrum gerückte Fragestellung nach guter Suizidhilfe vor dem Hintergrund unseres Rechts verfehlen würde. Die Gegnerschaft zur Suizidhilfe, die ich im Blick habe, materialisiert sich in Gestalt konkreter systemischer Barrieren für Patienten mit assistiertem Suizidwunsch und Personen, die diese Barrieren bauen bzw. aufrechterhalten. Ein Stück weit ist mein Text daher auch eine Antwort auf eine andauernde Kontroverse mit Kollegen, die andere Standpunkte vertreten und sich von diesem Thema abwenden. Manches, das hier aufgegriffen wird, ist vielleicht zu kurz gestreift und bleibt im Kontext dieser Masterarbeit fragmentarisch. Eine Ausarbeitung im Rahmen weiterer wissenschaftlicher Bemühungen strebe ich sohin an.

Nachfolgend gebe ich eine kurze Inhaltsübersicht:

In Kapitel 2 geht es beginnend mit einem kurzen Rückblick auf die Geschichte um grundlegende Eckpfeiler unserer Sterbe- und Hospizkultur. Es soll eine grobe Orientierung und eine Rahmung für den aktuellen Zeitgeist und Kontext bieten, in dem Sterbewünsche heute eingebettet sind. Dabei werden traditionell formulierte ethische Standpunkte zur Suizidhilfe in Frage gestellt. Anhand von einzelnen Fallbeispielen und Praxisbezügen wird die These vertreten werden, dass die gegenwärtige Diskussion keine zufriedenstellende Begründung liefert, den Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende abzulehnen.

Kapitel 3 umreißt die aktuelle gesetzliche Lage zur neuen Gestaltungsmöglichkeit des Lebensendes in Österreich und diskutiert einige Aspekte des Sterbeverfügungsgesetzes, mit einem Fokus auf dem Aufklärungsgespräch nach § 7 StVfG. Damit ist ein medizinrechtliches Rückgrat gebildet, ein rechtlicher Rahmen, der handlungsleitend sein kann, aber uns als Gesellschaft nicht die Diskussion darüber erspart, wie genau wir diesen Rahmen interpretieren und ausgestalten.

Kapitel 4 rückt die Perspektive der Ärztin³ im Zusammenhang mit (assistierten) Sterbewünschen ins Zentrum. Zentrale Elemente sind einerseits das Berufsethos, seine historische Entwicklung sowie die Notwendigkeit einer Neuinterpretation in der Postmoderne. Damit verknüpft diskutiere ich die Arzt-Patient-Beziehung, ihren Wandel in der Zeit und einige Implikationen, die sich für die Medizinethik daraus ergeben.

Im 5. und letzten Kapitel geht es um einen Perspektivenwechsel hin zum Patienten unter psychodynamischer Perspektive und um einen tiefenhermeneutischen Zugang zum Verstehen von Sterbewünschen. Unter Zuhilfenahme von psychodynamischen Arbeits- und Reflexionsinstrumenten soll ein erster Versuch gelingen, Sterbewünsche in einem neuen Licht heraus zu betrachten und diese Instrumente im Rahmen einer kontinuierlichen palliativen Betreuungsbeziehung umzusetzen. Zum Sterben aufklären bedeutet hier letztlich: Aufklärung über das Unbewusste des Sterbewunsches. Das Kapitel schließt mit einem längeren Anwendungsbeispiel mit dem - unter anderem - gezeigt wird, dass ergebnisoffene Beratung und Aufklärung suizidpräventiv wirkt.

Die Aufteilung der Kapitel in "Ärztin" und "Patient" ist natürlich ein wenig künstlich, denn das Herzstück dieser Arbeit, und das möchte ich hier nochmals hervorheben, bleibt die *Beziehung* zwischen diesen beiden Akteuren. Letztere versuche ich in allen Kapiteln (u.a. auf historischer, gesellschaftlicher, moralphilosophischer aber vor allem psychodynamischer Ebene) mitzureflektieren.

³ Die MA Arbeit ist für den Zweck der Lesbarkeit grundsätzlich im generischen Maskulinum verfasst. Um jedoch bei Leserinnen und Lesern punktuell Aufmerksamkeit und Sensibilität für Geschlechterverhältnisse zu evozieren, habe ich mich an einigen Stellen vereinzelt (vor allem, wo es um eine konkrete Person geht) bewusst, dafür entschieden die feminine Form als Stilmittel zu gebrauchen, da ich als Verfasserin selbst Ärztin bin.

2 Sterben heute - Können, wollen und dürfen wir das (noch)?

"So ist also der Tod für uns ein Nichts. Solange wir da sind, ist er nicht da, und wenn er da ist, sind wir nicht mehr da. Folglich betrifft er weder die Lebendigen noch die Gestorbenen." (Epikur 1973, S.40)

Nicht über den Tod, sondern über den Weg zum Tode, nämlich über das Sterben, möchte ich im Rahmen dieser Masterarbeit nachdenken. Vorab gälte es folglich zu differenzieren, was oft als "eines" betrachtet wird: Tod und Sterben sind nicht dasselbe. Auf den ersten Blick mag das völlig evident erscheinen, aber bei genauerer, an der klinischen Erfahrung mit Sterbenden geschulter, Betrachtung wird sichtbar: Viele Menschen verwenden diese Begriffe synonym. Darin liegt nicht nur ein semantisches oder akademisches Problem korrekter Begriffsverwendung, denn mit dieser Gleich- und Synonymsetzung von Tod und Sterben gehen häufig auch angstbesetzte und belastende Vorstellungen, Fantasien und innere Bilder über den Tod einher. Der Inhalt dieser manchmal diffusen Ängste bezieht sich, wenn man diesen nachgeht, jedoch fast ausschließlich auf einen als unangenehm, schmerzvoll oder unerträglich antizipierten Sterbeprozess, kaum je auf die Vorstellung des *Tot-seins*. In der Arbeit mit Sterbenden ist es deshalb wichtig von Beginn an die Differenz von Todesängsten, also Ängsten in Bezug auf das Tot-sein, und Sterbeängsten, sprich: Ängsten vor Art und Ablauf des Sterbens, herauszuarbeiten. Grundsätzliche Fragen in Bezug auf das Tot-sein fallen eher in den Bereich der Metaphysik und religiöser Lehren und soll im Weiteren nicht Gegenstand dieser Arbeit sein. Als Palliativmedizinerin mit dem Schwerpunktinteresse des unmittelbaren Lebensendes, geht es mir vor allem um das *Wie des Sterbens*, also um die Betreuung und Mitgestaltung einer hoch bedeutsamen Lebens- sowie (und das wird auch von Fachleuten kaum gesehen) *Bildungs- und Entwicklungsphase* des Individuums. Wo immer in unserer Kultur Menschen sich weiterbilden und weiterentwickeln (sollen, können und müssen), braucht es professionalisierte und strukturierte Formen der Begleitung *in Beziehung*. In der Lebensphase der Kindheit ist es für unsere Kultur selbstverständlich geworden organisierte Formen zur Bildung des Selbst bereitzustellen. Der Stellenwert von persönlicher Entwicklung am Lebensende wird immer noch zu wenig berücksichtigt. Zu diesem (meinem) professionellen Selbstverständnis von Entwicklungs- und Individuationsarbeit am Lebensende (vgl. Vogel 2017) gehört u.a., dass die subjektive Lebenswelt und wertsetzende Subjektivität des Patienten und dessen Bedürfnisse im Vordergrund stehen, nicht *meine* persönlichen Vorstellungen vom guten oder richtigen Sterben.

2.1. *Moderne Sterbekultur im Wandel: Hospiz- und Palliativkultur im kursorischen Rückblick*

Bis weit ins 19. Jahrhundert konnten viele heute behandelbare Krankheiten nicht geheilt werden, viele Diagnosen waren mit einer deutlich verkürzten Lebensdauer vergesellschaftet. Man musste sich als Arzt auf die Linderung von Symptomen konzentrieren und konnte Krankheitsverläufe bezogen auf die Lebenszeit der Patienten allzu oft nicht wesentlich beeinflussen. Mit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts änderte sich durch medizintechnische Entwicklungen und wissenschaftliche Entdeckungen die Situation radikal, insbesondere durch neue operative und anästhesiologische Verfahren, aber auch durch Innovationen in der Infektiologie und Hygiene. Ein manchmal bewusstes und häufig wohl auch unbewusstes medizinisches Allmachtsdenken nahm allmählich Fahrt auf; es wurde zunehmend eine Gewichtung auf therapeutische Möglichkeiten gelegt, das Nicht-Heilbare wurde als Kränkung für die Potenz der medizinischen Wissenschaften erlebt. "Der Tod ist für den Arzt nicht mehr Teil des Lebens, sondern eine medizinische Niederlage" (Aulbert et al. 2007, S.4). Vor diesem Hintergrund wird aus heutiger Sicht vielleicht verständlich, warum Ärzte es mitunter vermieden ihre Patienten über lebenslimitierende Tumorerkrankungen aufzuklären. Das buchstäbliche Abschieben bzw. Verlegen von Schwerstkranken und Sterbenden in "dunkle Hinterzimmer", widersprach jedoch immer mehr dem moralischen Empfinden einer wachsenden Anzahl von Ärzten und Pflegenden. Eine von ihnen war Cicely Saunders, britische Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin, die als Begründerin der Hospizbewegung und der Palliative Care gilt. Ihr Engagement "unheilbar kranken Menschen ein würdiges, schmerzfreies und selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen" (Pleschberger 2006, S.24) löste eine weltweite Bewegung aus und heute ist der "Hospizgedanke [...] in fast 100 Ländern rund um den Erdball verbreitet" (Aulbert et al. 2007, S.5). Hospize, die sich als "Herberge" für all jene verstehen, die Hilfe, Schutz und (Ver-)Pflegung suchen, finden ihren eigentlichen Ursprung schon am Beginn des Christentums. Auch die Versorgung von Kranken und Sterbenden zählte zu den Aufgaben dieser frühchristlichen Institutionen. "Ab dem 4. Jahrhundert übernahmen die christlichen Orden die Leitung von Hospizen" (Aulbert et al. 2007, S.5). Angesichts dieser Herkunft verwundert es nicht, dass wir im historisch gewachsenen Kern der Hospiz- und Palliativbewegung auf eine vehemente Ablehnung des selbstbestimmten bzw. terminisierten Sterbens treffen. Die Hospiz- und Palliativbewegung ist trotz aller Bemühungen um weltanschauliche Neutralität mit dem moralischen Erbe des Christentums und seinem jahrhundertelangen Monopol in Fragen des Sterbens verstrickt.

Ungeachtet dessen, konkretisierte sich durch Impulse von Saunders und anderen innerhalb der Medizin das Anliegen, den Menschen in der letzten Lebensphase wieder ganzheitlich zu betrachten und nicht ausschließlich auf Therapien seiner Erkrankungen zu fokussieren. So wurde "1975 [...] die erste Palliativstation im Royal Victoria Hospital in Montreal eröffnet" (Aulbert et al. 2007, S.5). In Deutschland kam die Hospizbewegung nur sehr zögerlich in Gang und war zu Beginn der 1990er Jahre eng an die Versorgung von terminal AIDS-Kranken geknüpft. Diese waren damals als Randgruppe gesellschaftlich stark stigmatisiert und aufgrund ihres aus damaliger Sicht sehr unkonventionellen Lebensstils (eine hohe Zahl Betroffener waren homosexuelle Männer), wurden sie meistens von Freunden gepflegt, zumal sie nicht in den traditionellen Familienverbänden lebten (vgl. hierzu auch Gronemeyer 2023).

Ich möchte an dieser Stelle etwas zuspitzen und eine provokante Parallele ziehen: Nicht nur damals sondern auch heute werden vom Mainstream (Ich erwähnte einleitend das Stichwort: *Elitenkonsens*) Randgruppen definiert, um die sich diverse Vorurteile und Mythen ranken. Die HIV-Kranken der 1990er Jahre waren schon aufgrund ihrer – aus Sicht der moralischen Majorität – verpönten Lebensweise verworfene Individuen, die aufgrund einer beunruhigenden, neuen infektiösen Erkrankung vom Rest der Bevölkerung abgeschottet werden sollten. Es ist nicht zuletzt der Hospizbewegung zu verdanken, dass diese Randgruppe wieder mehr integriert werden konnte. Hospiz- und Palliativmedizin sind heute gesellschaftlich anerkannt, etabliert und gewissermaßen state of the art, und damit selbst Teil eines Mainstreams geworden. Innerhalb der Akteure und Disziplinen im Bereich der EOLC ("End-of-Life-Care"), wird nun jedoch wiederum eine Randgruppe von "verwerflichen" Individuen konstruiert, nämlich jene Gruppe von Patienten, die den konsistenten und nicht pathologischen Wunsch eines selbstbestimmten Sterbens gebildet haben. Sterbewünsche von Patienten sind nach Meinung fast aller fachlich einschlägiger Leitlinien zwar ein Phänomen, dem sich die Palliative Care im Rahmen ihres Aufgabenspektrums zuzuwenden hat. Betrachtet man innerhalb der sehr heterogenen Gruppe der Sterbewünsche den terminisierten Sterbewunsch als eine Version von vielen möglichen Artikulationen von Sterbewünschen, wäre es aus meiner Sicht nur folgerichtig seine Begleitung auch als Bestandteil von Palliativ Care Arbeit zu begreifen. Offenbar hört Diversität aber dort auf, wo der terminisierte Sterbewunsch beginnt. Hier ist m.E. noch viel Pionierarbeit zu leisten, denn die Leitlinien der Fachgesellschaften weisen derzeit in eine ganz andere Richtung (vgl. OPG 2022).

2.2. Das Ringen der palliativen Fachgesellschaften mit dem Sterbewunsch

Im Folgenden werde ich die beschriebenen Entwicklungen anhand einer kurzen Fallvignette veranschaulichen, um sie dann im Anschluss bezogen auf die *Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum assistierten Suizid* der österreichischen Fachgesellschaft für Palliativmedizin (OPG) zu diskutieren.

Herr M erhält im Frühjahr 2023 die Diagnose einer unheilbaren neurodegenerativen Erkrankung. Mit zunehmender, aber noch nicht ausgeprägter Symptomlast, beginnt er über sein Lebensende nachzudenken. Es manifestiert sich in ihm der Wunsch nach einem selbstbestimmten Sterben. Die Familie von Herrn M ist mit dieser Vorstellung sehr überfordert und baut Kontakt zur mobilen palliativen Betreuung auf. Im Erstgespräch äußert Herr M seinen Wunsch nach assistiertem Suizid. Die erste Reaktion des Arztes des mobilen Palliativteams lautet: "Ich bin dagegen." Herr M führt mehrere ausführliche Gespräche und zeigt zunehmend deutlich einen konsistenten Sterbewunsch. Er macht wiederholt die Erfahrung sich verteidigen zu müssen, andere von Schuld freizusprechen, sein Gegenüber trösten zu sollen, aber konkrete Informationen über den formalen Ablauf eines AS werden ihm wiederholt vorenthalten. Trotz vieler sozialer und struktureller Barrieren hält er an seinen Vorstellungen fest und durchläuft die Verfahrensschritte zum Erhalt des tödlichen Präparates. Kurz vor seinem Wunschtermin selbstbestimmt sterben zu können eskaliert die Situation zu Hause und er bittet um eine vorübergehende stationäre Aufnahme zur psychosozialen Entlastung für sich und seine Angehörigen auf der ihm bekannten Palliativstation. Das Präparat möchte er dort explizit nicht einnehmen. Herr M erhält dennoch eine Absage mit der Begründung, dass sein Vorhaben sich selbstbestimmt das Leben zu nehmen nicht der Haltung des Hauses entspricht und man ihm daher keine stationäre Aufnahme ermöglichen könne. Als der Patient in einem weiteren Telefonat mit dem mobilen Palliativteam am planmäßigen Umsetzen des terminisierten Sterbens festhält, dokumentiert ein Mitarbeiter der Pflege: "Das macht mich sehr traurig."

Mehrere Aspekte dieses Fallbeispiels wären diskussionswürdig, ich beschränke mich jedoch auf wenige, für meinen Zusammenhang relevante Anmerkungen. Zum ersten ist die dokumentierte Aussage des Pflegers Ausdruck einer im palliativen Kontext recht typischen moralisch-emotionalen Befindlichkeit in Bezug auf Sterbehilfe, und keine fachlich relevante Information, welche den Patienten betrifft. Obwohl es palliativmedizinisch betrachtet eine klare Indikation zur stationären Aufnahme des Patienten gäbe (psychosoziale Entlastung des Patienten und seiner Angehörigen), wird diese ohne fachliche Begründung abgelehnt. In der gesamten Patientendokumentation findet sich kein einziges (palliativmedizinisches oder medizinethisches) Argument für diese Entscheidung. Ich konstatiere aus meiner klinischen Erfahrung, dass dies kein Einzelfall ist und dass Patienten mit assistiertem Suizidwunsch nicht dieselbe palliative Betreuung zur Verfügung gestellt bekommen, wie Patienten, die einen solchen Wunsch nicht äußern oder gezielt verfolgen. Ich möchte hier auf die Handreichung der OPG zum Umgang mit Sterbewünschen hinweisen, die im Abschnitt "Palliative Care und assistierter Suizid" Folgendes explizit hervorhebt:

"Wird ein Sterbe- oder Suizidwunsch geäußert, gilt es zunächst, den Hintergrund dieses Wunsches zu ergründen, ohne den Suizidwunsch reflexartig abzulehnen. Es ist nicht Aufgabe von Palliative Care, einen assistierten Suizid zu verhindern oder Patient*innen davon abzubringen. Eine *ergebnisoffene* Beratung durch das betreuende Team könnte aber gewährleisten, dass die Entscheidung zu einem assistierten Suizid nicht unter Druck getroffen wird und auch, dass zuvor alle anderen Optionen

ausgeschöpft werden. *Patient*innen müssen darauf vertrauen können, dass sie auch bei einem Wunsch nach assistiertem Suizid nicht von der Palliativversorgung ausgeschlossen werden* (Munro et al., 2020, S. 839). Es bedarf jedoch einer klaren und unmissverständlichen Positionierung des betreuenden Palliative Care-Teams, dass keine direkte Beihilfe beim Suizid geleistet werden kann. Entscheidet sich ein Patient bzw. eine Patientin in letzter Konsequenz für einen assistierten Suizid, *ist es ethisch geboten, die umfassende Palliative Care-Betreuung und die Unterstützung der Angehörigen bis zur Umsetzung des Suizides aufrecht zu erhalten*. Auch die Nachbetreuung der Angehörigen sollte durch das Palliative Care-Team erfolgen, nicht zuletzt im Sinne einer Prävention." (OPG 2022, S.19f., Hervorheb., CK).

Das widersprüchliche Ringen der OPG zwischen Anerkennung (qua gesetzlicher Lage und Fürsorgepflicht) und Verwerfung des assistierten Suizids wird in diesem Positionspapier gut sichtbar. Die Anfrage des Patienten mit AS-Vorhaben auf eine stationäre Aufnahme (Indikation "psychosoziale Entlastung") explizit wegen genannten Vorhabens abzulehnen, ist demnach nicht nur unter dem prinzipienethischen Aspekt des Wohltuns (Fürsorge) fragwürdig, es entspricht nicht einmal den offiziellen Empfehlungen der (in Bezug auf Sterbehilfe konservativen) palliativen Fachgesellschaft. So ist es mir nicht anders möglich, als solche Entscheidungen vor allem im Licht von dogmatischen Glaubensgrundsätzen und vorgefertigter moralisierender Ablehnung zu sehen, die mit der ursprünglichen Haltung von Palliative Care wenig zu tun haben, zumal in deren Zentrum wohl der sterbende Mensch, seine Bedürfnisse und seine Angehörigen stehen sollten. Dieses Beispiel soll zeigen, dass die gelebte Praxis sogar hinter die Standards und Leitlinien der Fachgesellschaft zurückfällt und steht paradigmatisch für den vorherrschenden unaufgeklärten und unreflektierten Dogmatismus. Was bei diesem und anderen Beispielen wiederholt nicht bedacht wird: Der Palliative Care könnte gerade im Zusammenhang mit AS auch eine suizidpräventive Funktion zukommen. Ergebnisoffen gedacht kann palliative Betreuung bis zum Vollziehen eines AS einen entlastenden Raum für die sterbewillige Person eröffnen, ihre Entscheidung ggf. auch noch zu ändern.

Häufig ist die Rede davon, dass Palliative Care aus 10% Wissen und 90% Haltung bestehe: "Hiermit ist die Haltung gemeint, welche sich weniger auf Zustände als vielmehr an Übergängen, einem Sowohl-als-Auch, statt eines Entweder-Oder orientiert" (Steppe zit. n. Knipping 2006, S.15). Palliative Care, die ihren eigenen Ansprüchen gerecht werden will, muss dieses "Sowohl-als-Auch" leben und es nicht nur bei einem Lippenbekenntnis belassen. Der terminisierte Sterbewusch ist aus meiner Sicht daher in die Zuständigkeit der Palliative Care Arbeit zu integrieren, anstatt für die Diskriminierung einer neuen Randgruppe zu stehen.

2.3. *Sterbensideale: der natürliche als der "gute und richtige" Tod*

Einer der Hauptgründe für die Ablehnung der aktiven, selbstbestimmten und individuellen Gestaltung des eigenen Lebensendes kann in gesellschaftlich vorherrschenden *Sterbensidealen* ausgemacht werden, die tief in unserem kulturellen Erbe verwurzelt sind und oft auch unbewusst unser Denken, Urteilen und Handeln mitbestimmen. Ein *Ideal*, also die höchste und beste Vorstellung von etwas, lässt sich nur unter günstigsten Bedingungen realisieren. Ein Ideal als solches kann etwas Anzustrebendes sein, wohl wissend, dass man kaum im Stande sein wird es ganz zu erreichen. Ein wesentliches Charakteristikum eines Ideals ist seine Individualität. Jeder von uns hat seine ganz persönlichen, meist biographisch und sozial geprägten "besten Vorstellungen" darüber, wie etwas sein *soll*. So sind auch unsere Vorstellungen von einem *guten und richtigen* Sterben sehr individuell, obgleich diese individuelle Ebene stark durch den jeweiligen kulturellen Kontext und durch Sozialisationserfahrungen im Rahmen eines bestimmten Zeitgeistes beeinflusst werden. Ideale setzen durch ihren mehr oder weniger rigide erhobenen Anspruch gewissermaßen ein reales Sein unter Druck anders zu sein. Eines der wirkmächtigsten und am weitesten verbreiteten Ideale besteht darin, dass das Sterben nur dann als *gut und richtig* erachtet wird, wenn der Tod "natürlich" eintritt. "Natürlichkeitsnormen haben u.a. die Funktion, sich mit der Berufung auf scheinbar unanfechtbare Gegebenheiten über den Streit der Meinungen und den Pluralismus der Wertvorstellungen zu erheben und damit eine unangreifbare Autorität zu behaupten" (Birnbacher 2017, S. 79). Hinter dem Verweis auf den so genannten "natürlichen Tod" steckt demnach oft eine dogmatische Position, die gegen vernünftige Argumentation abgeschottet zu sein scheint. Dabei ist höchst fragwürdig wer oder was hier genau "die Natur" sein soll und warum plötzlich einer "höheren Gewalt" wie der Natur Vorrang vor menschlicher Intervention eingeräumt werden soll. Häufig steht der "natürliche Tod" für den körperlichen Abbauprozess im Rahmen der Grunderkrankung, in dessen zeitlichen Verlauf es nicht einzugreifen gälte. Diese *Natürlichkeit* soll die Möglichkeit den Zeitpunkt des Todes selbst zu bestimmen also ausschließen. Ignoriert wird dabei die Tatsache, dass der bestehende körperliche Zustand schon lange nichts mehr mit einem natürlichen Lebensprozess zu tun hat. Alle medizinischen Therapien - und dazu zählt auch schon die Einnahme von Medikamenten - verlängern das Leben, greifen also künstlich in die natürliche Lebensspanne ein, um sie auszudehnen. Wir nehmen uns also heraus, dass Leben medizinisch, technisch und pharmakologisch zu verlängern, aber halten am Ideal des "natürlichen Todes" fest, weil ganz anders als am Lebensbeginn, jeder bewusste und willentliche Eingriff in das Geschehen normativ überwiegend negativ bewertet wird. Schöne-Seifert (2020) bietet mehrere Lesarten des so genannten "natürlichen Todes" an, von denen

ich auf zwei näher eingehen möchte, da sie einen direkten Bezug zum palliativen Arbeitsalltag herstellen:

- (1) *Die romantisierende Vorstellung*: "Nach der romantisierenden Vorstellung ist der natürliche Tod, zumindest in aller Regel, auch der richtigere Tod, weil er Erfahrungen – vom allmählichen Verlöschen – bereithält, die Menschen sonst nicht machen können" (S. 60). Der Begriff "romantisierend" könnte treffender nicht sein, bedeutet er doch so viel wie "in einem idealisierten Licht erscheinen lassen". Dieser Gedanke ist unmittelbar anschlussfähig an häufig zu vernehmenden Aussagen von Mitarbeitenden im Alltag einer Palliativstation. Liegen Menschen über viele Tage in einem sehr reduzierten Seins-Zustand im Sterben, so wird dies meistens als *gut und richtig* angesehen und mit Aussagen unterlegt wie: "Er hat wohl noch etwas zu erledigen", "es ist wohl noch etwas offen", "sie braucht noch Zeit, um etwas abzuschließen" etc. Auf diese Weise wird die "Notwendigkeit eines [...] idiosynkratischen-personenzentrierten Standpunktes" ignoriert, da es selbst in der Palliative Care kaum gelingt "sich von diesen Idealvorstellungen eines 'schönen Sterbens' zu verabschieden und den Schmerz zuzulassen, dass manche 'Geschäfte' doch unerledigt bleiben" (Heller, Schwartz 2000 zit. n. Vogel 2023 S.76).

Die Erfahrung des "allmählichen Verlöschens" wird zu einem Sterbensideal mit starker normativer Aufladung, dem entsprochen werden soll, damit es keine Irritation gibt. Wie die klinische Empirie tagtäglich zeigt, verhält es sich aber sehr oft ganz anders. Diesem Bild eines ruhigen Versterbens, könnte ich zahlreiche Beispiele hinzufügen, bei denen der Tod alles andere als ein harmonisch-friedvoller Prozess ist, sondern ein widerspruchsvolles Ringen, eine kraftlose Agonie oder schlicht eine traurig-unverstandenes oder abruptes *Ab-leben*. Sind diese Personen "falsch" gestorben? Das wird wohl kaum eine angemessene Antwort auf die Vielfalt des Sterbens sein. Sterben ist ein hochgradig komplexes individuelles Geschehen vor einem spezifisch biographischen Geworden-sein und den einen richtigen "Königsweg" beim Sterben gibt es schlichtweg nicht, dies zu behaupten führt geradewegs in einen katechetischen Paternalismus.

Heller schreibt in seinem Buch *Kultur des Sterbens* dass, "der Alltag der Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden von sehr hohen Idealen, nahezu idyllischen uns letztlich selbstüberfordernden Leitbildern und Normen gekennzeichnet" ist und dass es zu "einer religiösen Idealisierung von Hilfe" kommt (Heller 2000 zit. n. Vogel 2023). Ähnlich gelagerte Kritik findet man bei Birnbacher (2017, S. 80ff.), der vom "wirkmächtigen Ideal des Sterbens" spricht, einer sogenannten "Sterberolle", die dem Sterbenden von außen zugewiesen wird;

diese Sterberolle enthält ein bewusstes Sterben, bei gut erhaltenen Geisteskräften und Selbstbestimmungsfähigkeit und der Fähigkeit mit Nahestehenden noch kommunizieren zu können um letzte offene Fragen zu lösen bis das Leben langsam verebbt. Dass dieses Sterbensideal besonders machtvoll ist, liegt mit – in Begriffen der analytischen Psychologie ausgedrückt - daran, dass es ein *archetypisches* Bedürfnis nach einen "runden" Lebensabschluss gibt, der keine offenen Themen zurücklässt (vgl. hierzu auch Vogel 2015, S.42ff.).

Diese in der Praxis oft beobachteten und gelebten Einstellungen sind häufig in impliziter Form anzutreffen und nicht immer prima vista sichtbar. Jener "sanfte Druck" (Birnbacher 2017, S.83) der Sterbenden, auch von vielen professionell in der Palliativ Care Tätigen, aufgenötigt wird, diese permanente Forderung "gut" zu sterben – ein sanftes Entschlafen, das "natürlich" eine Selbstbestimmung ausschließt –, drückt sich u.a. in unvollständigen Informationsweitergaben im Zusammenhang der neuen Gesetzeslage zum AS aus. Es wird auf Zeit gespielt, wenn in einem EOLC-Gespräch mit Schwerpunkt terminisierter Sterbewunsch nur über die 12-wöchige Wartefrist, aber nicht von der Möglichkeit eines verkürzten Verfahrens von 2 Wochen, aufgeklärt wird.

(2) *Die theologische-metaphysische Auffassung:* "Einer theologisch-metaphysischen Auffassung zufolge haben Gott und die Natur den Todeszeitpunkt des Menschen bestimmt, der ihn in Demut abwarten sollte" (Schöne-Seifert 2020, S.59). Hinter dem so genannten "natürlichen Tod" steht demnach häufig eine – implizite, oft nicht offen in Erscheinung tretende, manchen Wortführern des "natürlichen Todes" sogar als solche nicht bewusste – religiöse Dogmatik, d.h. das hinter der Natur ("Metaphysik") eine göttlich-transzendente Macht stünde, welche die Geschehnisse des Menschen lenkt. Ein selbstbestimmtes Sterben wäre aus dieser Sicht nichts anderes als eine Hybris, schließlich hat der Mensch seinen "Lebenshauch" (Seele) dieser Macht zu verdanken oder von dieser nur "geliehen" bekommen. Der Mensch ist hier folglich gar nicht Eigentümer seines beseelten Lebens. Essayist und Kulturkritiker Alois Schöpf bringt die praktischen Konsequenzen solcher Dogmatiken in durchaus pointierter und polemischer Weise zum Ausdruck: "Aus ideologischem Wahn, der auf einer abstrusen animistischen Seelentheorie beruht, wird somit das Leiden eines Menschen fahrlässig in Kauf genommen, bis durch die Krankheit, an der er leidet, jene Bedingungen erfüllt sind, die seinen verblendeten Pflegern und Ärzten vor dem Hintergrund ihres Glaubens und der daraus folgenden ethischen Grundsätzen ein reines Gewissen ermöglicht" (Schöpf 2015, S.43). Es besteht also die berechnete

Sorge, dass religiöse Werteorientierungen Patienten von anderen gegen ihren Willen aufgezwungen werden, bspw. indem die Möglichkeit des AS systematisch verleugnet, der Wunsch nach AS marginalisiert oder der Patient von anderen darüber belehrt wird, dass sein Leiden in jedem Fall einen (transzendenten)"Sinn" habe.

Die vielbeschworene Natürlichkeit kann allerdings nicht nur auf den unmittelbaren Sterbeprozess bezogen werden, sondern auch auf die gesamte Lebensspanne, also zur *natürlichen* Länge des gesamten Lebens, ausgeweitet werden. Birnbacher (2017) zeigt, dass "medizinethisch nur selten von einer 'natürlichen Lebensspanne' gesprochen wird, nicht zuletzt wegen der Vieldeutigkeit und Interpretierbarkeit des Terminus *natürlich*" (S.73). Würde man das Attribut "natürlich" buchstäblich verstehen, müsste man – von Anwendung "medizinischer, technischer oder zivilisatorischer Errungenschaften" (ebd.) – von einer ungefähren "natürlichen" Lebensdauer des Menschen von etwa 30 Jahren ausgehen. In Anbetracht der durchschnittlichen Lebenserwartung eines Menschen in der westlichen Zivilisation, die heute bei etwa 80 Jahren liegt, ist es offenbar bereits jetzt die Regel das Leben artifiziell um etwa 50 Jahre zu verlängern. Dennoch wird eine selbstbestimmte und damit "künstliche" Lebensverkürzung allzu oft dogmatisch abgelehnt. Die Definitionen einer "natürlichen Lebensspanne" sind vielfältig, teilweise inkonsistent und bleiben stets abstrakt. Nicht zuletzt aus diesem Grund möchte ich hier der Position Birnbachers (2017) folgen, wenn er resümiert, dass die "Bestimmung des richtigen Todeszeitpunktes letztlich in der Entscheidungshoheit des betroffenen Menschen selber liegen sollte" (S.75).

Das Ideal des natürlichen Todes wird häufig auch über das "richtige Maß" (ebd., S.81) an Medizin definiert, das angewendet wird, um das Leben zu verlängern. So könnte man auch einen der Leitgedanken der Palliativmedizin lesen: "Sie will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern" (Aulbert et al. 2007, S.2). Aber was bedeutet das *richtige Maß* ganz konkret? Hier und dort noch eine kleine medizinische Intervention, wie z.B. eine Blutabnahme, um Laborwerte zu kontrollieren, die man ggf. medikamentös behandelt? Oder eine erhöhte Dosis an Morphinen zur Schmerzreduktion, die letztlich aber auch die Atmung beeinträchtigen können, sodass ein schnellerer Tod die Folge sein kann?⁴ Diese "normal" gewordene *Medikalisierung des Todes*, und generell das Einbetten von menschlichen Alltagsgeschehnissen in medizinisch-technische Prozesse, wurde bereits in den 1970ern von Ivan Illich (2021) in seinem Buch *Die Nemesis der Medizin* beschrieben und kritisiert. Er

⁴ Auf diese Weise kann das Sterben beschleunigt werden, aber die Beschleunigung wäre moralisch nicht verwerflich, da sie nicht die Absicht hinter Schmerzmittelgabe sei – auf diese Argumentation werde ich weiter unten bei der palliativen Sedierung nochmals zurückkommen.

diskutiert aber nicht, was in der letzten Lebensphase denn nun das rechte Maß an Medizin sei, ohne übergreifend in *natürliche* Sterbensprozesse einzugreifen. Es ist jedenfalls festzuhalten, dass es sich nur um eine Aushöhlung des Begriffs der Natürlichkeit handeln kann, wenn diese Natürlichkeit über die *Menge an künstlichen* Interventionen definiert wird. Implizite und explizite Begriffe von Natürlichkeit scheinen die Sterbehilfedebatte jedenfalls in eine Sackgasse zu führen. "Wie viele Natürlichkeitsprinzipien hat auch das Ideal des natürlichen Todes eine Tendenz, zu einer Norm zu werden, die objektive Verbindlichkeit beansprucht. Einige Soziologen haben insofern in der Normierung des "natürlichen" Sterbens zum "guten" Sterben eine Schwäche auch der ansonsten zu Recht hochgeschätzten Hospizbewegung gesehen" (Birnbacher 2017, S.83). In der deutschsprachigen Grundlagenliteratur zur Palliativmedizin, in den Leitlinien und diversen Positionspapieren tauchen die Worte "natürlich" oder "normal" im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess, der dadurch bewusst oder nicht normiert wird, ubiquitär in Erscheinung: "Palliativmedizin bejaht das Leben und akzeptiert das Sterben als *normalen* Prozess" (Aulbert et al. 2007, S.2; Steffen-Bürgi 2006, S.31, Hervorheb., CK). "Palliativmedizin/Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als *natürlichen* Prozess; weder beschleunigt noch zögert sie den Tod hinaus" (S3LL, S.37, Hervorb., CK.).

Unabhängig davon ob der Sterbeprozess als *normal* oder *natürlich* vorgestellt und damit normiert wird, drückt sich darin ein andauernder Konflikt im Grundgedanken von Palliative Care aus. Cicely Saunders hat ganz klar den Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende als zentralen Wert der Hospizbewegung unterstrichen: "Saunders' own hospice ideal prioritises autonomy and choice over rigid principles and binding moral-religious frameworks in order to take account of religious change in modernity and the alleged uniqueness of each patient" (Metzger 2023). In Bezug auf den AS scheint sich diese Priorisierung von Autonomie in weiteren Teilen der Palliativmedizin allerdings ganz plötzlich in Luft aufzulösen. Auch in diesem Punkt folge ich daher Schöne-Seifert (2020), wenn sie schreibt, dass "Vorstellungen von der 'weisen' Natur oder einem (nur) das Sterbenlassen erlaubenden Gott in einer auf Weltanschauung- und Religionsfreiheit verpflichteten Gesellschaft nicht zur Grundlage einer allgemein verbindlichen Ethik gemacht werden können." (S. 60) Welcher ethische Ansatz nun in der Frage der Suizidassistenten heranzuziehen sei, werde ich im weiteren Verlauf noch diskutieren. Klar wird jedoch bereits an diesem Punkt, dass die Gestaltung des Lebensendes und Sterbens aufgrund ihres absolut subjektiven Charakters keiner starken normativen Perspektive unterworfen werden sollte. Die Koppelung des "guten" mit dem vermeintlich "natürlichen" ist definitiv zu verwerfen: "Der natürliche

Tod ist nicht notwendig der gute, vom Sterbenden und allen anderen als gut empfundene Tod, und nicht jeder gute Tod ist ein natürlicher Tod." (Birnbacher 2017, S.83)

2.4. Widersprüche in der palliativen Ethik der Lebensverkürzung⁵

Dunkelgraue Zonen der Suizidassistenz, die innerhalb der palliativen Fachgesellschaften gerade noch anerkannt sind, bilden der *Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*, kurz FVNF, und die so genannte *Palliative Sedierung*. Beide Varianten gelten als akzeptierte Formen einer selbstbestimmten Herbeiführung des Todes, ohne jedoch einem Suizidgeschehen zugerechnet zu werden; daher "genießen" beide Formen gewisse Legitimität innerhalb der Fachgesellschaften. Die Umdeutung dieser Handlungen und Interventionen als nicht-suizidal halte ich für willkürlich und eine Form von Doppelmoral. Wie ein moralischer Konflikt hier einer Scheinlösung zugeführt wird, möchte ich im Folgenden aufzeigen. Dazu ist es notwendig, beide Verfahren klar zu differenzieren, da sie sowohl in ihrer konkreten Ausformung und der Begründung ihrer Legitimität sehr unterschiedlich sind.

- (1) *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – FVNF*: Bei FVNF handelt es sich um eine Möglichkeit durch *absichtliches, vom Patienten intendiertes* Verzicht von Nahrung, aber auch von jeglicher Flüssigkeitszufuhr den Tod schneller herbeizuführen. Es kommt also durch eine Unterlassungshandlung der sterbewilligen Person (passives Element) zur Selbsttötung. Je nach körperlicher Ausgangslage kann dieser Prozess zwischen einigen Tagen und Wochen andauern. Seine Phänomenologie gleicht äußerlich im Wesentlichen einem nicht derartig herbeigeführten, d.h. vermeintlich *natürlichen* Sterbeprozess und daher bedingen manche Sterbeprozesse, die durch FVNF initiiert werden, medizinische und pflegerische Betreuung zur Symptombehandlung. Es wurde viel diskutiert, ob nun ein derartig eingeleitetes Sterben ärztlich begleitet werden soll oder darf. Um den Preis, dass FVNF *keine* Form der Suizidhilfe darstellt, kann und wird er in palliativen Fachkreisen als eine Möglichkeit seinem Sterbewunsch Ausdruck zu verleihen legitimiert. Aus dem juristischen Blickwinkel jedoch, wird der FVNF eher einer Subform des Suizids zugeordnet, bzw. wird zumindest dafür optiert. Die Folge der Zuordnung der FVNF als mögliche Suizidform würde daher bedeuten, dass auch das Begleiten und Betreuen eines FVNF als "Assistenz" zu sehen ist und somit wäre hier *Beihilfe zum Suizid* geleistet. Da Palliative Fachgesellschaften jedoch jegliche Suizidbeihilfe dogmatisch

⁵ Wenn nicht anders angegeben, orientiere ich mich in diesem Kapitel an Schöne-Seifert (2020), S.79-85

ablehnen, behilft man sich über das "Hintertürchen" einer anderen kategorialen Ein- und Zuordnung. Medizinethisch gesprochen bedient man sich hier der Argumentationsfigur der Aktiv-Passiv-Wirkung (vgl. hierzu auch Borchers, Czaniera 2005, S.458ff.). Ein Unterlassen (verzichten von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme), ein Nicht-tun, wird - wenn das Ziel der Handlung der Tod ist - moralisch weniger verwerflich bewertet, als eine aktive Handlung, ein Tun (vgl hierzu Birnbacher 1995). Erschwerend in dieser Kausalkette kommt der Faktor Zeit hinzu. Je geringer die zeitliche Nähe zwischen Handlung und Todeseintritt ist, desto mehr wird dieses Handeln *intuitiv* moralisch abgelehnt. Da beim FVNF im Unterschied zur Einnahme eines tödlichen Präparates (assistierter Suizid) der Tod erst über Tage und Wochen eintritt, wird der FVNF moralisch überwiegend ganz anders bewertet als der AS.

- (2) *Palliative Sedierung*: Bei der tiefen kontinuierlichen palliativen Sedierung wird aufgrund eines therapierefraktären Symptoms durch hochdosierte Schlaf- und Beruhigungsmittel ein Zustand gewünschter tiefer, dauerhafter Bewusstlosigkeit erzeugt, der den Tod nicht herbeiführen soll, bei welcher aber der Tod *in Kauf genommen* werden darf. Dies bildet sich (in Österreich) medizinrechtlich in § 49a ÄrzteG Abs 2 ab: "Im Sinne des Abs. 1 ist es bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt." Wenn das Ziel (Linderung schwerster Schmerzen und Qualen) einer Handlung (palliative Maßnahme) gerechtfertigt ist (moralische Legitimität im Sinne einer *common morality*, wozu Symptomlinderung zählt), darf das Übel dazu (Verlust vitaler Lebensfunktionen) eben in Kauf genommen werden (begründet durch: *der Nutzen überwiegt das Risiko*). Dies ergibt sich daraus, dass die Handlung (palliative Sedierung) zwei Effekte, einen guten und einen schlechten mit sich bringt. Daher wird diese Argumentationsfigur in der Literatur als *doppelter Effekt*, oder *Prinzip der Doppelwirkung*, beschrieben. Die Schwachstelle dieser Argumentationsfigur liegt in der Tatsache, dass die "moralische Legitimität zur Gänze an der Absicht des Handelnden" (Borchers, Czaniera 2005, S.456) hängt. Die moralische Qualität einer Handlung ist jedoch nicht festzustellen, solange über die motivierenden Faktoren der handelnden Person keine Klarheit besteht. Dies kann zur Verschleierung der wahren Motive führen und ist somit der Willkür des Akteurs überlassen. Hierin möchte ich

sehr wohl der Kritik am Doppeleffekt folgen, die das Kriterium der Handlungsintention als "Einfallstor für persönliche Beliebigkeit" (Lindblaad et al. 2014 zit. n. Wallner 2018, S.133) kritisieren.

Die Befürchtung, dass über die Problematik der Doppelwirkung die palliative Sedierung missbräuchlich im Sinne einer *indirekten Sterbehilfe* Anwendung findet, führt in der klinischen Praxis meiner Erfahrung nach zum gegenteiligen Effekt: Die Angst den Tod eines Patienten durch indizierte kontinuierliche palliative Sedierung zu beschleunigen oder als jemand zu gelten, der eher diese Absicht verfolgt (als eine in jedem Fall legitime Symptomlinderung), führt dazu, dass eine dauerhafte, tiefe palliative Sedierung zu Ungunsten von Patienten viel zu zögerlich zum Einsatz kommt oder die Sedierung zu oberflächlich ist, wodurch dem betroffenen Patienten weniger geholfen, wenn nicht sogar mehr geschadet wird.

Beide Beispiele zeigen, dass ein falsch verstandenes Prinzip des Nicht-Schadens und die verabsolutierte Prämisse, dass die Mitwirkung am Töten unter keinen Umständen zulässig ist⁶, in einigen Fällen die bestmögliche Versorgung palliativer Patienten im Sinne einer common morality und die Ermöglichung eines "guten Sterbens" verhindern kann (vgl. hierzu auch Borchers, Czaniera 2005, S.456). Die Frage nach dem, was in diesem Kontext das "Gute" ist, muss sich zuerst und zuvorderst an die Subjektivität des Betroffenen richten, die Antwort kann m.E. nicht in Formen des Paternalismus gefunden werden, der Mitmenschlichkeit gegen eine bestimmte von außen angelegte Moral ausspielt und damit hinter die Grundgedanken der Palliative Care zurückfällt. Es gibt aus meiner Sicht hier ethisch betrachtet keine gute (pragmatisch nützliche, dem Wohl des Patienten dienliche) Alternative zum "Wertesubjektivismus" (vgl. Schöne-Seifert 2020), also zum Vorrang der Wertsetzung des Einzelnen.

⁶ Diese starke moralische Einstellung ist in unserer Kultur bewusst und unbewusst wohl immer noch durch das christliche Tötungsverbot ("Du sollst nicht töten") religiös unterlegt.

3 Das Gesetz – was müssen wir tun, um sterben zu können?

3.1. Grundlegendes zur Erkenntnis des VfGH

Mit Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes am 1.1.2022 wurde in Österreich das ausnahmslose Verbot der Suizidbeihilfe aufgehoben und somit eine rechtliche Basis geschaffen unter gewissen Voraussetzungen selbststimm ein tödliches Präparat aus einer dazu bereiten Apotheke zur Durchführung der Selbsttötung beziehen zu können. Zuvor hatte am 11. Dezember 2020 der österreichische Verfassungsgerichtshof die Wortfolge "*oder ihm dazu zur Hilfe leistet*" in § 78 StGB aufgehoben und als verfassungswidrig erklärt, somit die Beihilfe zum Suizid straffrei gestellt. In der Folge war der Gesetzgeber aufgefordert einen gesetzlich geregelten Zugang zum assistierten Suizid zu ermöglichen, wofür er sich ein Jahr Zeit nahm; das Ergebnis ist das *Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen*, bekannt als Sterbeverfügungsgesetz (StVfG).

Die Begründung des VfGH die Beihilfe zum Suizid straffrei zu stellen, fußt auf folgenden drei grundrechtlichen Prinzipien, die ihre Ursprünge in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) finden: das *Recht auf Privatleben*, das *Recht auf Leben* und der *Gleichheitsgrundsatz*. Hieraus leitet der VfGH das "Recht des Einzelnen auf freie Selbstbestimmung" ab. Diese "freie Selbstbestimmung" impliziert, dass jedem Einzelnen das Recht auf die Gestaltung seines Lebens und damit verknüpft das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben zugesprochen wird. Dies umfasst nunmehr auch das Recht des Suizidwilligen unter gewissen Voraussetzungen, die Hilfe eines dazu bereiten Dritten in Anspruch zu nehmen (VfGH-Erkenntnis G 139/2019 vom 11. Dezember 2020).

In den Begründungspunkten des VfGH wird die *Autonomie*, hier als Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen verstanden, ganz klar in den Vordergrund gerückt. Damit zeichnet sich auch in diesem VfGH-Erkenntnis die anhaltend zu beobachtende gesellschaftspolitische Entwicklung der letzten Jahrzehnte ab, die den Bedürfnissen und der Selbstbestimmung des Individuums höheres Gewicht beimessen. Dies untermauern auch folgende zwei weitere Begründungspunkte, die ich für besonders bemerkenswert erachte und deshalb eigens herausheben möchte:

- (1) "Aus grundrechtlicher Sicht macht es keinen Unterschied, ob der Patient im Rahmen seiner Behandlungshoheit oder der Patientenverfügung in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes lebensverlängernde oder lebenserhaltende medizinische Maßnahmen *ablehnt* oder ob ein Suizident mit Hilfe eines Dritten in

Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes sein Leben beenden will. Entscheidend ist vielmehr in jedem Fall, dass die jeweilige Entscheidung auf der Grundlage einer freien Selbstbestimmung getroffen wird" (VfGH-Erkenntnis G 139/2019 vom 11. Dezember 2020).

Mit dem StVfG und der damit verbundenen Möglichkeit der Erstellung einer Sterbeverfügung ist es dem Gesetzgeber maßgeblich darum gegangen eine Rechtsharmonisierung zur bestehenden Patientenverfügung herzustellen, also um eine Gleichstellung von Ablehnungsmöglichkeiten medizinischer Maßnahmen und die Hilfe eines Dritten zur selbstbestimmten Lebensbeendigung in Anspruch zu nehmen. Da der Patient ein gesetzlich verbrieftes Recht hat empfohlene medizinische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten abzulehnen und damit sein Sterben zu beschleunigen, so muss er auch das Recht haben, sein Leben selbstbestimmt unter gewissen Voraussetzungen mit Hilfe eines Dritten beenden zu können. Der Gesetzgeber beurteilt damit das *Tun* und *Unterlassen* als gleichwertig, insofern beides zur Beschleunigung des Sterbens führt. Damit wird einer Kritik an einer kategorial völlig unterschiedlichen ethischen Bewertung von Tun und Unterlassen Rechnung getragen, die Vertreter eines (medizin-)ethischen Konsequentialismus (Birnbacher 1995; Schöne-Seifert 2020) bereits länger geltend machen.

In eine ähnliche Richtung (mit etwas anderem Schwerpunkt) weist auch folgender weiterer Begründungspunkt in der Erkenntnis des VfGH hin:

(2) "[W]enn einerseits der Patient entscheiden kann, ob sein Leben durch medizinische Behandlung gerettet oder verlängert wird, und andererseits durch § 49a Ärztegesetz sogar das vorzeitige Ableben des Patienten im Rahmen einer medizinischen Behandlung in Kauf genommen wird, ist es nicht gerechtfertigt, dem Sterbewilligen die Selbsttötung durch die Hilfe eines Dritten zu verbieten und derart das Recht auf Selbstbestimmung ausnahmslos zu verneinen." (VfGH-Erkenntnis G 139/2019 vom 11. Dezember 2020).

Hierin findet sich eine juristische Auslegung des grundsätzlichen vielseitig ethisch diskutierten Problems, auf das ich weiter oben bereits eingegangen bin: Warum darf ich mein Leben künstlich verlängern, aber nicht künstlich verkürzen? Mit der Erkenntnis des VfGH vom 11.12.2020 und der Straffreistellung der Beihilfe zum Suizid ist diese Frage zumindest aus rechtsethischer Sicht vorläufig beantwortet worden, da aus der Sicht der Verfassungsrichter die Unterscheidung zwischen einer durch eine medizinische Maßnahme verursachten Lebensverkürzung, die nicht angestrebt, aber in der Konsequenz "in Kauf genommen wird", und einer Selbsttötung durch die Hilfe eines Dritten, nicht mehr haltbar zu sein scheint.

3.2. Zu den rechtlichen Voraussetzungen einer Sterbeverfügung

Im Folgenden möchte ich das Verfahren in den Blick nehmen, das ein Patient durchlaufen muss, um zu einer Sterbeverfügung zu gelangen, das tödliche Präparat zu erhalten und den AS zu vollziehen. Ausführlicher werde ich nur die Beschreibung des ersten Verfahrensschritts vornehmen, da er den ärztlichen und somit meine Profession betreffenden Part umfasst. Die weiteren Verfahrensschritte sind im Anschluss daran mittels Grafik bildlich dargestellt (auf eine ausführlichere Diskussion zu den Verfahrensschritten 2, 3 und 4 muss im vorliegenden Rahmen verzichtet werden). Der erste Verfahrensschritt zum Erhalt einer Sterbeverfügung umfasst das ärztliche Aufklärungsgespräch nach §7 StVfG. Hierzu sind folgende *Voraussetzungen* notwendig:

- *Höchstpersönlichkeit*: nur die sterbewillige Person selbst kann eine Sterbeverfügung errichten. Eine Vertretung i.S. einer vorsorgebevollmächtigten Person oder Erwachsenenvertretung ist nicht zulässig.
- *Volljährigkeit*: mit dem 18. Geburtstag gilt man in Österreich als volljährig.
- *Österreich-Bezug*: es wird eine österreichische Staatsbürgerschaft benötigt oder die sterbewillige Person hat ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Österreich gemeldet
- *Krankheit i.S. StVfG*: diese ist im Wesentlichen durch folgende Elemente definiert
 - Unheilbare zum Tode führende Erkrankung
 - Schwere, dauerhafte Erkrankung mit anhaltenden Symptomen, deren Folge die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigt.
 - Der aus der Erkrankung resultierende Leidenszustand darf nicht anders als durch Suizid abwendbar sein. Zu beachten ist hierbei: Der "nicht anders abwendbare Leidenszustand" ist eine *subjektive Bewertung* der betroffenen Person und ermöglicht es letztlich auch, dass jedwede Erkrankung, auch jene aus dem psychiatrischen Formenkreis zur Errichtung einer Sterbeverfügung berechtigen.
- *Entscheidungsfähigkeit*: ist die Fähigkeit, die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang zu verstehen, seinen Willen danach auszurichten und sich entsprechend zu verhalten (§ 24 Abs.2 ABGB). Entscheidungsfähigkeit wird mit Volljährigkeit angenommen. Da diesem Kriterium eine wesentliche Bedeutung zukommt, werde ich es im Anschluss noch einmal eigens aufgreifen.

Der erste Verfahrensschritt zu einem selbstbestimmten Sterben ist der, für mich im vorliegenden Kontext ausschlaggebende, ärztliche Teil: Das StVfG sieht im § 7 zwei unabhängig voneinander geführte, ärztliche Aufklärungsgespräche vor. Davon muss einer der beiden Ärzte eine palliativmedizinische Qualifikation nachweisen können. Folgende Mindestinhalte muss das Aufklärungsgespräch formal-juristisch enthalten:

- Information über die im konkreten Fall mögliche Behandlungs- und Handlungsalternativen, insbesondere Hospizversorgung und palliativmedizinische Maßnahmen, sowie den Hinweis auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung oder auf andere Vorsorgeinstrumente, insbesondere Vorsorgevollmacht und Vorsorgedialog
- Hinweis auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch sowie suizidpräventive Beratung
- Hinweis auf allfällige weitere im konkreten Fall zielführende Beratungsangebote
- Information über die Dosierung des Präparats und die für die Verträglichkeit des Präparates notwendige Begleitmedikation
- Information über die Art der Einnahme des Präparates, Auswirkungen und mögliche Komplikationen bei der Einnahme des Präparates und dass mit einer Patientenverfügung lebensrettende Maßnahmen abgelehnt werden können.⁷

Die Aufklärungsinhalte könnten auch mit entsprechendem Hinweismaterial (Folder, Broschüren etc.) ausgefolgt werden, jedoch gibt es zum aktuellen Zeitpunkt keinerlei offizielles Material seitens des Gesundheitsministeriums oder der Ärztekammern. Diese Tatsache erschwert die Beratung und Aufklärung nach §7 StVfG, da aufgrund des Detailreichtums des gesamten Prozesses eine schriftliche Zusammenfassung für interessierte Personen im Grunde unabdingbar wäre. Das Fehlen einer solchen Unterlage kann als eine von vielen Barrieren in einer patientenorientierten und bedarfsgerechten Umsetzung des StVfG betrachtet werden, die medizinethisch problematisch sind, da es, wie einleitend festgestellt, jenseits der Frage, ob (und mit welchen Argumenten) Suizidhilfe zu befürworten oder abzulehnen sei, um eine aus meiner Sicht viel dringlichere und relevantere ethische Frage gehen sollte: Wie ist *gute* Suizidhilfe möglich, wenn diese prinzipiell gesetzlich erlaubt

⁷ Eine weiteres, medizinethisch zu reflektierendes, Problem besteht darin, dass die Einnahme des Präparates laut Gesetzgeber im "privaten Rahmen" (Verfahrensschritt 4) (ErläutRV 1177 BlgNR 27. GP 5) vorgesehen ist. Durch dieses Abdrängen des AS ins Private besteht wiederum die Gefahr, dass Menschen mit AS Wunsch zusätzlich marginalisiert sind. Zudem gibt es dadurch keine verpflichtende Kontrolle (etwa durch professionelle Suizidhilfe), was etwa mögliche Komplikationen oder die Prüfung der Entscheidungsfähigkeit bei Einnahme betrifft.

ist? Und qualitativ hochwertige Aufklärung ist zweifelsfrei ein essentieller Bestandteil der Antwort.

3.3. *Entscheidungsfähigkeit – rechtliche Aspekte*

Nach § 24 ABGB Abs. 2 ist jemand "entscheidungsfähig, wenn er die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang versteht, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet."

Um sein Leben selbstbestimmt beenden zu können ist die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person eine *conditio sine qua non*. Das StVfG sieht zu 4 Zeitpunkten eine Bestätigung eben dieser vor: zu den Zeitpunkten der beiden ärztlichen Aufklärungen, bei Erstellung der Sterbeverfügung durch den Notar bzw. die Patientenanwaltschaft und bei Einnahme des Präparates. Der Passus "im jeweiligen Zusammenhang" ist hier hervorzuheben, da entgegen landläufigen Vorurteilen auch bei leichten Kognitionseinschränkungen und psychiatrischen Begleit- oder Grunderkrankungen sehr wohl eine Entscheidungsfähigkeit bestehen kann oder anders gesagt: nicht a priori ausgeschlossen werden darf. Der Patient muss zur jeweiligen Sachlage, im konkreten Fall: durch die Hilfe eines Dritten, sterben zu wollen drei Bedingungen erfüllen: Er muss 1. verstehen (kognitives Element), dass es um seine Person geht. 2. Die Selbsttötung muss seinem Willen entsprechen (voluntatives Element) und 3. muss er verstehen, dass die Durchführung des Suizids irreversibel zum Tod führt (faktisches Element) (vgl. Halmich, Klein 2023, S.138). Bei eindeutiger Erfüllung aller drei Kriterien ist eine Entscheidungsfähigkeit i.S. § 24 Abs.2 ABGB aus juristischer Sicht gegeben. Hierfür sieht das Gesetz keine speziell definierten formalen Dokumentationsvorschriften vor. Es obliegt einzig und allein der fachlichen Einschätzung des Arztes dies nach bestem Wissen und Gewissen zu bestätigen und im Zusammenhang mit dem StVfG in weiterer Folge auch dem Notar bzw. der Patientenanwaltschaft.

Ein weit verbreitetes Missverständnis besteht bei der Prüfung der Entscheidungsfähigkeit darin, dass es bei Vorliegen einer Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis einer verpflichtend fachärztlich-psychiatrischen Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit bedürfe. Dem ist aber nicht so, wie oben gezeigt wurde. Diese Fehlannahme hat häufig unangenehme Konsequenzen für Betroffene, wie die klinische Erfahrung zeigt. Patienten werden oft wie eine "heiße Kartoffel" zwischen den Fachrichtungen hin und hergeschoben, da viele Ärzte vor der eigenverantwortlichen Prüfung der Entscheidungsfähigkeit zurückweichen und dies allzu

häufig einem angeblich fachlich geeigneteren Kollegen überlassen wollen. Dadurch entsteht eine weitere Barriere im Zugang zur Sterbeverfügung.

Wie wäre nun das Kriterium der "Entscheidungsfähigkeit" über das formal-juristische hinaus zu verstehen? Wie ist Entscheidungsfähigkeit im Zusammenhang mit Suizidhilfe (medizin-)ethisch zu beurteilen? Wie werden unsere Entscheidungsprozesse von unbewussten Dynamiken oder Verzerrungen bedingt, wie sie etwa von der kognitiven Psychologie erforscht wurden (vgl. Kahnemann 2016)? Wie sich in solchen Fragen bereits abzeichnet, umfasst dieser zentrale Begriff der Entscheidungsfähigkeit wesentlich mehr als seine juristische Definition es nahelegt und es ist gerade im Zusammenhang mit der Planung des Lebensendes zwingend notwendig sich multidimensional und interdisziplinär damit auseinanderzusetzen, was ich in vorliegendem Rahmen nur andeuten kann.

3.4. *Das Aufklärungsgespräch – rechtliche und medizinethische Aspekte*

Wie Maio (2017) zeigt, kam es in der Medizin ab den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zu einem Paradigmenwechsel in Bezug auf die Arzt-Patient-Interaktion. Von der ehemals stark paternalistischen Vorgehensweise der Ärzte in Hinblick auf das "scheinbare" Patientenwohl wurde die Autonomie des zu Behandelenden immer weiter in den Vordergrund gerückt. Diese antipaternalistische Umorientierung wurde maßgeblich durch juristische Entscheidungen gefördert, die den Arzt zunehmend in die Verpflichtung nahm, den Patienten über geplante medizinische Maßnahmen umfassend aufzuklären. Unter dem Druck der Rechtsprechung wurde die "informierte Einwilligung" ("informed consent") als zwingende Notwendigkeit einer jedweden medizinischen Behandlung oder Diagnostik vorgesehen. Mit der Implementierung der Aufklärungspflicht hat der Patient somit nicht nur ein negatives Abwehrrecht geplanter medizinischer Eingriffe, sondern auch ein umfassendes Recht auf ausführliche Information. Die "informierte Einwilligung" wurde zum Goldstandard der medizinischen Aufklärungsethik. Aufzuklären ist nicht nur eine rechtliche Verpflichtung, sondern hat auch eine hohe Bedeutung für die Etablierung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Maio 2017, S 201ff.).

"Ziel einer Aufklärung ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine vom Arzt empfohlene Maßnahme zu treffen" (Simon 2022, S.73). Im Falle des Aufklärungsgespräch nach § 7 StvFG ist die Ausgangssituation jedoch eine besondere: Der Arzt bietet dem Patienten in aller Regel nicht den assistierten Suizid als Möglichkeit einer "medizinischen Leistung" oder Maßnahme an, sondern der Patient wendet sich mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid an den Arzt, um den formal notwendigen

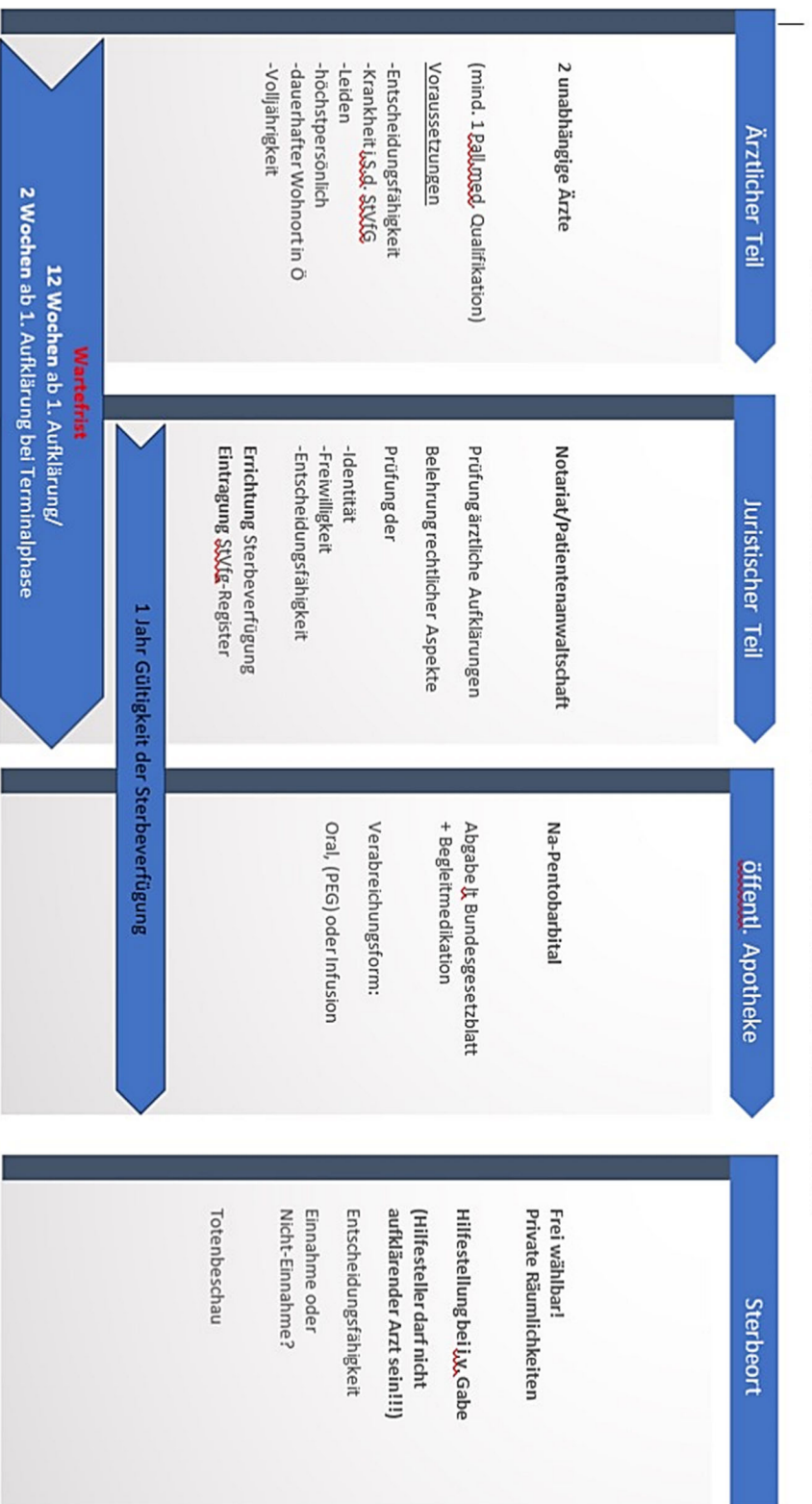
Schritt des Aufklärungsgesprächs zu "erledigen" und um dadurch den von ihm gefassten Wunsch (Patientenwillen) nach assistiertem Suizid umsetzen zu können. Juristisch betrachtet hat der Patient im Kontext medizinischer Interventionen ein Recht auf Aufklärung, im Zusammenhang mit dem StVfG muss hier jedoch sogar von einer *Aufklärungspflicht* gesprochen werden, da der Patient ohne diese Aufklärung keine Sterbeverfügung erhält. Im Rahmen aller anderen medizinischen Aufklärungssituationen kann man als Patient sein Recht auf Aufklärungsverzicht geltend machen. Dies ist beim Aufklärungsgespräch nach § 7 StVfG explizit nicht möglich.

Aufgrund der erläuterten Besonderheiten, kann und soll das Aufklärungsgespräch nach § 7 StVfG nicht in die herkömmliche Kategorie der *klinischen Entscheidungsfindung im Rahmen der informierten Einwilligung* gesteckt werden. Es wäre aus meiner Sicht fatal es als rein formal-juristischen Akt und/oder als punktuelles Einzelereignis zu verstehen, bei dem ein (wissendes, aktives) Arzt-Subjekt einem (unwissenden, passiven) Patienten-Subjekt eine Reihe objektiver Informationen zur Verfügung stellt. Aus dem palliativmedizinischen Grundgedanken der Berücksichtigung von Ganzheitlichkeit bio-psycho-sozial-spirituelle Dimensionen in der Versorgung von Patienten heraus betrachtet, sollte das Aufklären nach § 7 StVfG im besten Fall nur den Beginn eines längerfristigen interpersonellen Prozesses markieren, dessen Ausgangspunkt zwar durch die rechtliche Vorgabe gebildet ist, der mit Blick auf die Vielgestaltigkeit und Komplexität des Sterbewunsches aber *als kontinuierliche Betreuungsaufgabe auf der Basis einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung* verstanden werden soll.

Die Zentralität des Beziehungsaspekts wird auch von Rixen (2022) herausgehoben: "Die Arzt-Patient-Interaktion ist, wie das für andere personale Dienstleistungen etwa im sozialen Bereich viel klarer gesehen wird, professionell moderierte 'Beziehungsarbeit', in der Vertrauen zentral ist." Dem Arzt-Patient-Gespräch als Dreh- und Angelpunkt dieser Interaktion, "in der das notwendige medizinische Wissen integriert ist – fühlt sich das geltende Recht verpflichtet." (S. 104). Dieser Wechsel in der Perspektive drückt sich auch darin aus, dass die medizinethische Errungenschaft des "informed consent" heute zunehmend durch ein Verständnis des "Shared decision-making" (Charles et al. 1997) abgelöst bzw. präziser gesagt: durch dieses interaktionelle Paradigma erweitert wird.

Sterbeverfügung/assistierter Suizid

4 Verfahrensschritte für ein selbstbestimmtes Lebensende



christina@kaneider.at
+43 676 43 17 366

Dr. Christina Kaneider

© Dr. Christina Kaneider

Abb. 1: Entwurf einer Infografik zu den 4 Verfahrensschritten

4 Die Ärztin – Wer müssen wir sein, um beim selbstbestimmten Sterben dabei sein zu können?

"Ich bin als Arzt überzeugt, dass es sozusagen hygienischer ist, im Tode ein Ziel zu erblicken, nach dem gestrebt werden sollte, und dass das Sträuben dagegen etwas Ungesundes und Abnormes ist, denn es beraubt die 2. Lebenshälfte ihres Ziels" (Jung 1930, §792)

4.1. *Zum Selbstverständnis der Medizin und zum ärztlichen Berufsethos*

4.1.1. Moderne Medizin mit antiker Ethik?

Das Ausüben medizinischer Heilkunde kann als eine Art "Urberuf" betrachtet werden, insofern kranke Menschen zu jedem Zeitpunkt in der Geschichte auf Personen angewiesen waren, die sich ihren aus den besonderen Umständen des Krankseins erwachsenden Bedürfnissen helfend zuwenden (vgl. Maio 2017, S. 96). Ausgehend von dieser schlichten Tatsache sind das Selbstverständnis der Medizin und die mit ihr verbundenen ethischen Herausforderungen nur zu verstehen, wenn man sie mit dem jeweiligen Selbst- und Weltverständnis des Menschen in einer bestimmten historischen Epoche in Beziehung setzt. So war "der sterbende Patient in der griechischen Medizin der Antike" (ebd., S.92) aus vielen Blickrichtungen betrachtet ein ganz anderer als der sterbende oder sterbewillige Mensch der (Post)Moderne. Dennoch ist bei sämtlichen Diskussionen, um Ethik in der Medizin auch heute noch schnell und beinahe reflexhaft der Hinweis auf Hippokrates zu vernehmen, d.h. auf einen antiken Autor, der wohl den wenigsten praktizierenden Ärzten im Detail bekannt sein dürfte. Im *Corpus Hippocraticum*, der um ca. 400 v. Chr. entstanden ist, findet man eine erste Niederschrift über Theorie und Praxis der medizinischen Heilkunde, über allgemeine und spezielle Pathologie, aber eben auch über ethische Fragestellungen und Standeslehre. So ist es bemerkenswert, dass zur damaligen Zeit, die ärztliche Behandlung von sterbenden Menschen explizit *nicht* zum Selbstverständnis des Arztberufes gehörte. Dies mag zunächst befremdlich anmuten, aber Maio (2017) nennt drei Argumente, welche diese Haltung begründen und die sich nur vor dem Hintergrund damaliger Lebensbedingungen angemessen verstehen lassen:

- "Wenn nun der Mensch an einem Übel leidet, das stärker ist als die Werkzeuge der ärztlichen Kunst, so darf man auch nicht erwarten, dass es von der ärztlichen Kunst überwunden werden könne" (Hippokrates 1994 zit. n. Maio 2017, S.92). An dieser Stelle wird sichtbar, dass die Medizin zwar als "Kunst" bezeichnet wird, aber letztlich

als etwas sehr Technisches, d.h. als Fertigkeit verstanden wird. Es kommt offenbar nicht auf eine Arzt-Patient-Beziehung an, sondern auf die *Potenz des Arztes* zu heilen; überhaupt solle der Arzt erst gar nicht versuchen zu helfen, wenn "das Können des Arztes [...] nicht zum Zuge kommen kann" (Maio 2017, S.102).

- Eine weitere Begründung dafür, warum der sterbende Patient wenig bis gar nicht in das Tätigkeitsfeld und die Zuständigkeit des Arztberufes fiel, besteht darin, dass der antike Arzt hauptsächlich als Wanderarzt tätig war und tunlichst darauf bedacht sein sollte, keinen Patienten in einem schlechteren Zustand zurückzulassen, als er ihn vorgefunden hat. Es wurde also als *reputationsschädigend* angesehen sich um unheilbar Kranke zu kümmern.
- Zum dritten wurde es in der antiken Medizinethik generell als Verschwendung angesehen, rare Arzneimittel auf den unheilbar Kranken anzuwenden, "die ja doch verschwendet wären; auch entspreche der erreichte Effekt nicht der aufgewendeten Mühe, da sie weder solchen Kranken Nutzen bringt, noch dem behandelnden Arzt Lob" (so der Kirchenvater Gregor von Nyssa zit. n. Maio 2017, S.103).

Um historisch korrekt zu bleiben, muss dazu erwähnt sein, dass der *Corpus Hippocratum* sporadisch auch solche Textstellen aufweist, die belegen, dass Ärzte sich vereinzelt unheilbar Kranker angenommen haben. Zugleich wird aber darauf hingewiesen, dass diese Tätigkeit, bei der es sich zumeist um Schmerzlinderung handelte, mit großen Risiken für den Arzt verbunden war. Aus heutiger Sicht gelesen wirkt dieses Ethos jedenfalls in vielen Bereichen irritierend; eingebunden in ein antikes Weltverständnis wird es nachvollziehbar, und zum Teil gibt es auch Aspekte, die im Sinne der heute gebräuchlichen medizinethischen Prinzipien interpretiert werden könnten. Denken wir hier etwa an das Prinzip der Gerechtigkeit, so ist die Rationalisierung knapper Arzneimittelressourcen, die in obiger Textstelle angedeutet wird, bis zu einem gewissen Grad sinnvoll.

Als bekanntester Teil des *Corpus Hippocratum* gilt wohl der "Eid des Hippokrates", der bis heute "als Fundament der ärztlichen Ethik proklamiert" (Maio 2017, S.103) wird. Der hippokratische Eid verpflichtet Ärzte ihre Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln und ihnen *keinen Schaden* zuzufügen. Er betont die Bedeutung von ärztlicher Schweigepflicht und die Wahrung der Privatsphäre von Patienten. Ärzte sollten ihre medizinischen Kenntnisse zum Wohle der Kranken einsetzen und stets dieses Wohl in den Vordergrund stellen. Soweit kann das heute noch Gültigkeit beanspruchen. Eine sehr bekannte Stelle befindet sich in den §4 und 6 des Eides, die es verbieten ein tödliches Gift zu

verabreichen. Ohne jede historische Kontextualisierung wird diese Textstelle gern zu einem Verbot der aktiven Sterbehilfe bzw. des assistierten Suizids umgedeutet. Verbindet man diese Passage jedoch mit den Gepflogenheiten der damaligen Zeit, könnte man es gänzlich anders lesen, nämlich als Aufruf an die Ärzte sich unter keinen Umständen zu damals nicht unüblichen Giftmorden hinreißen lassen, auch wenn sie es qua ihres medizinischen Wissens vermochten. Es bleibt Gegenstand von Diskussionen wie der Eid vor dem Hintergrund antiker Lebensbedingungen und Weltverhältnisse zu verstehen ist und wie wir ihn heute verstehen können; dafür müssten wir ihn uns jedenfalls neu aneignen, denn er lässt durchaus Interpretationsspielraum, wenn man bereit ist, diesen Raum zu öffnen. Aus meiner Sicht ist es unumgänglich dieses über 2400 Jahre alte berufsethische Dokument zeitgemäß zu interpretieren und ein paar Aspekte einer solchen Neuinterpretation möchte ich im Folgenden aufzeigen.

4.1.2. Berufsethos neu interpretiert - eine Annäherung

Wie eingangs erwähnt wird das (antike) ärztliche Berufsethos immer wieder aufgerufen, um zu argumentieren, dass Suizidhilfe nicht unter den ärztlichen Aufgabenbereich falle, ja diesem sogar maximal widerspreche. Der Weltärztebund und fast alle nationalen Ärztekammern eint noch immer diese Haltung. Bei genauerer Betrachtung kommt man aber nicht umhin, dass es sich hier um reinen Dogmatismus und nicht um ethisch fundierte Begründungen handelt. So liest man in einem Positionspapier der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* von 2014 vom "lebensbejahenden Ansatz", der Beihilfe zum Suizid nicht zum "Grundverständnis" der Palliativversorgung zählt (Nauck et al. 2014 zit. n. Schöne-Seifer 2020, S.65). Sucht man nach einer genaueren Argumentation für diese Position, findet man nur den Hinweis, wonach dies eben "die Sicht des Vorstandes" (ebd.) widerspiegele. Dies entspricht wohl eher einer ideologischen Haltung als einem ethischen Begründungszusammenhang und lässt sich mit Schöne-Seifers (2020) Hinweis auf den bereits einleitend erwähnten "Elitenkonsens" in Verbindung bringen. Patientenorientierung drückt sich darin (ähnlich wie bei Hippokrates) definitiv nicht aus. Häufig werden im selben Atemzug noch zwei weitere Befürchtungen angeführt, die das ärztliche Berufsethos unterminieren würden, nähme man die Suizidhilfe in den ärztlichen Tätigkeitsbereich auf: der Verlust der Integrität des Arztberufes und eine Vertrauensverletzung in der Arzt-Patient-Beziehung. Aber auch diese beiden Punkte sind als kritische Einwände nicht plausibel, zumal auch diese wieder nur Behauptungen darstellen, die selten durch Argumente untermauert werden: "Warum sollten Ärzte, die ihren am Weiterleben verzweifelnden Patienten bei einem freiverantwortlichen Suizid helfen wollen,

damit die Kernziele der Medizin oder ihre wohlverstandenen beruflichen Pflichten verraten?" (Schöne-Seifert 2020, S.66).

Das Berufsethos im Zusammenhang mit ärztlichem Handeln ist ähnlich wie unser Moralverständnis dem Zeit- und Kulturgeist anzupassen, "das Selbstverständnis der Medizin unterliegt einem historischen Wandel und muss von jeder Gesellschaft neu überdacht und angepasst werden, sodass kein verbrieftes 'Kodex' aus der Reflexion über das Selbstverständnis der Medizin abgeleitet werden kann" (Maio 2017, S.230). Es macht durchaus Sinn an einem "großen, unwandelbaren Kern" festzuhalten: heilen, Krankheiten verhindern, Leiden lindern etc.; aber es ist genauso sinnvoll wie notwendig an den "Rändern dieses Kerns" (Schöne-Seifert 2020, S.67) Aushandlungsprozesse stattfinden zu lassen und Anpassungsmaßnahmen Raum zu geben. Eine Form dem ärztlichen Berufsethos in Bezug auf Suizidassistenz mehr Spielraum zu geben, finden wir etwa in den Richtlinien der *Schweizer Akademie Medizinischer Wissenschaft*: Beihilfe zum Suizid obliege hier der "Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes" (zit. n. Schöne-Seifert 2020, S.68). Eine Entscheidung, die nach dem Gewissen getroffen wird, bedingt als Voraussetzung eine vertrauensvolle Beziehung zum sterbenden Menschen, auf deren Grundlage sich eine *Nachvollziehbarkeit* des Suizidwunsches (vgl. Schöne-Seifert 2020) für den Arzt ergeben kann. Genau diese Arzt-Patient-Beziehung, innerhalb derer sich auch für den betreuenden Arzt die Frage nach der Plausibilität und Konsistenz des Suizidwunsches klären lassen muss, bildet meinem Verständnis nach *das* zentrale Fundament, welches die Aufgabe des ärztlich assistierten Suizids sowohl ermöglicht als auch ethisch legitimiert.

Dennoch löst die Diskussion um ärztlich assistierten Suizid immer wieder heftigste Ablehnung aus und immer wieder stoße ich auf ähnliche Aussagen. Sogar moderat aufgeschlossene Fachkollegen fragen sich, warum der assistierte Suizid denn unbedingt eine ärztliche Aufgabe sein oder in die Medizin integriert werden sollte. Hätte man denn nicht am Beispiel des Dritten Reichs gesehen, wohin die institutionalisierte Beteiligung der Ärzteschaft am Töten geführt hat? Wären es durch die Institutionalisierung des AS in der Medizin nicht wiederum Ärzte, die über Wert und Unwert des Lebens bestimmen?

Der Verweis auf die und der Vergleich mit der euphemistisch sogenannten "Euthanasie" im Nationalsozialismus, die man historisch korrekt als *Krankenmorde* bezeichnen muss, um diese nicht zu verharmlosen, ist zwar in der Diskussion häufig zu finden, aber argumentativ ganz offensichtlich unhaltbar. Menschen gegen ihren Willen zu töten ist schlicht und ergreifend Mord, im Falle der Nazis: Massenmord. Gebrauch von einem verfassungsmäßig verbrieften

Recht auf selbstbestimmtes Sterben (in einem demokratischen Staat) zu machen, kann hier in keiner Weise als artverwandter Sachverhalt zur Diskussion gestellt werden.

Andere Kollegen sind der Auffassung, man solle den AS nicht an einen Begriff von Krankheit knüpfen, denn damit entstünde der Eindruck, bestimmte Krankheiten wären nicht lebenswert und wiederum wäre die Medizin als Institution in die Pflicht genommen sich damit zu befassen. Besser wäre es ähnlich wie in Deutschland die Kriterien zu öffnen und ausschließlich die Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit in den Mittelpunkt zu stellen.⁸

Dem Ansatz des Hippokrates nicht unähnlich, zeigt sich an solchen Einstellungen eine stark Arzt-zentrierte und selbstbezügliche Haltung der Medizin, die den Blick lieber auf sich selbst richtet und die unter keinen Umständen für die kritische Frage des terminisierten Sterbewunsches zuständig sein möchte. Hauptsächlich die Medizin werde davon "rein" gehalten und von dieser moralischen Bürde entlastet; in wessen Zuständigkeit die professionelle und fachkundige Begleitung von Menschen mit Sterbewünschen egal welcher Art dann aber fallen soll und was dies für die Betroffenen konkret bedeutet, bleibt unbeantwortet. Zu selten gesehen wird auch die Tatsache, dass eine geregelte, professionelle und qualitätsgesicherte Institutionalisierung des AS in der Medizin unter bestimmten Rahmenbedingungen mehr Kontrolle, Suizidprävention und Missbrauchsprävention ermöglicht als die Auslagerung ins Private.

Zeitgeistig gedacht befinden wir uns an einem Punkt der Menschheitsgeschichte, an dem wir aufgrund medizintechnischer Entwicklungen und Möglichkeiten derart reduzierte physische Lebenszustände schaffen und erhalten können, die ein Weiterleben ad infinitum greifbar erscheinen lassen. Die Aussicht auf diese quälende Endlosigkeit des Lebens in einem sehr fragwürdigen residualen Dasein, ist für einige, vielleicht sogar für viele von uns eine unerträgliche Vorstellung. Die Möglichkeit, dieser fiktiven Lebensunendlichkeit selbstbestimmt ein Ende setzen zu können, kann Erleichterung bieten und somit letztlich zu einer *Steigerung der Lebensqualität am Lebensende* führen, was per definitionem eines der Hauptziele von Palliative Care darstellt. Von der Steigerung der Lebensqualität durch die Festsetzung des Sterbedatums berichten verschiedentlich auch Patienten mit aufrechter Sterbeverfügung (vgl. Kaneider, Crepaldi, 2024).

Blicken wir in der Geschichte der Humanmedizin zurück, so war das Bestreben des Menschen stets von der Frage geprägt: Wie können wir unsere Lebenszeit verlängern? Obwohl die

⁸ Diese hätte allerdings ein Psychiater zu prüfen, womit der Diskurs über den AS (eine ethische Fragestellung!) einem psychiatrischen Diskurs unterworfen wäre, was de facto häufig schon jetzt der Fall ist, da Sterbewünsche sehr oft pathologisiert werden.

Lebenserwartung massiv gestiegen ist, war und ist dies immer noch ein zentraler Motor für die Forschung. Seit Mitte des letzten Jahrhunderts - man denke etwa an die Möglichkeit künstlicher Ernährung oder an Entwicklungen der Herz-Kreislauf-Medizin - wurden menschliche Lebenszustände geschaffen, mit denen die Würde des Lebens selbst in Frage gestellt scheint.⁹ Einerseits gibt es immer bessere Therapiemöglichkeiten und gleichzeitig, und darüber wird kaum gesprochen, entstehen chronisch kranke Residualzustände, deren individuelle und gesellschaftliche Folgen nicht mehr absehbar sind. Oft werden Patienten unhinterfragt Therapieoptionen angeboten, ohne im Detail über die durch die Therapie chronifizierten Folgekrankheiten zu sprechen. Bezogen auf das ärztliche Berufsethos in Zusammenschau mit dem Argument, wonach nur der so genannte natürliche Tod ein "richtiger" Tod sein kann (ein natürlicher Prozess, in den wir als Ärzte qua unseres Berufsethos angeblich nicht eingreifen dürfen/sollen), liegt meiner Ansicht nach eine *contradictio in adiecto* vor. Ist nicht die Medizin als solches eine *Kunst*, mit der ich *künstlich* das Leben verlängere? Warum also sollte dann am Ende des Lebens nicht auch eine *künstliche* Beendigung, immer unter Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten, ärztlich begleitet werden dürfen? Ich schließe das Kapitel mit einem treffenden Zitat von Strafrechtler Günther Jakobs (1998), der pointiert die Entgegensetzung von *Natürlichkeit* und *Künstlichkeit* in der Medizin als widersprüchliche Illusion entlarvt:

"[N]ach der Ermöglichung medikamentöser Behandlung vieler Gebrechen, nach der Entwicklung von Herzschrittmachern und der Ermöglichung von Organtransplantationen etc. bleibt die Trennung von Natur und Kunst nur noch Äußerliches, Phänotypisches. Beispielhaft: Es gelingt, einen Infarktpatienten so zu reanimieren, dass sein Leben keiner äußeren Stütze mehr bedarf; aber mehr als ein extrem reduziertes Leben wird nicht erreicht. Wie soll man dem vom Tod zum Leben Zurückgerufenen erklären, dieser müsse die Reduktion als seine Natur akzeptieren? (Jakobs 1998, S.30)

4.2 Medizinethische Prinzipien und die Entwicklung von Moral

Um in der Humanmedizin einen methodisch fundierten Zugang zu ethisch komplexen Fragestellungen zu schaffen, hat die von Beauchamp und Childress konzipierte prinzipienorientierte Ethik allgemeine Anerkennung in medizinischen und biowissenschaftlichen Fachkreisen gefunden. Der aus dem angloamerikanischen nicht direkt ins Deutsche übersetzbare Ausdruck "Principlism" wird in der deutschsprachigen Fachliteratur immer häufiger mit "Prinzipienethik" übersetzt, wobei hier der Vollständigkeit halber hinzugefügt werden muss, dass auch andere philosophische Strömungen von Prinzipien sprechen, dass aber im Bereich der Medizinethik zunehmend ein allgemeiner

⁹ *Würde* möchte ich hier explizit nicht als unantastbare gottgegebene Wesenseigenschaft definieren, sondern mit dem Ethiker Franz Josef Wetz als menschlichen *Gestaltungsauftrag*; Würde kann folglich sehr wohl gefährdet und in Frage gestellt sein (vgl. Wetz 1998). Wir sind aufgefordert dies zu verhindern.

Konsens herrscht unter dem Begriff der "Prinzipienethik" jenes von Beauchamp und Childress zu verstehen (vgl. Rauprich, 2005, S.17). Lange wurde diskutiert und kritisiert, dass es im Zusammenhang mit konkreten medizinethischen Problemen nicht zielführend sei, sich auf einen einzigen moralphilosophischen Ansatz zu berufen. Die Methode verschiedene Prinzipien zu kombinieren und miteinander abzuwägen, ermöglicht jedoch eine "Flexibilität und Vielseitigkeit, die der Komplexität von moralischen Problemen und Überzeugungen besser gerecht werden kann als viele allgemeine Theorien" (ebd., S. 16).

Die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress umfasst im Kern 4 Entitäten, die in medizinethischen Dilemma-Situationen nicht zwingend handlungsleitend aber zumindest richtungsweisend komplexe Entscheidungsprozesse unterstützen können. "[D]er methodische Grundgedanke der Prinzipienethik besteht darin, dass man auch in einer durch Wertepluralismus gekennzeichneten Welt Prinzipien benennen kann, auf die man sich von den unterschiedlichen Wertbegründungstheorien her einigen kann" (Maio 2017, S.158). Ohne Hierarchie in der Aufzählung handelt es sich um folgende 4 Prinzipien: Achtung der Selbstbestimmung (*respect for autonomy*), Nichtschaden (*Nonmaleficene*), Wohltun (*beneficene*) und Gerechtigkeit (*justice*). Oft werden diese 4 Cluster auch als prima facie-Pflichten bezeichnet (vgl. Rauprich, 2005, S.28f.), weil Handlungen, die man danach ausrichtet "auf den ersten Blick" immer richtig erscheinen. Grundlage dieser Auffassung von Beauchamp and Childress ist die Annahme einer allgemein geteilten Moralvorstellung, einer so genannten *common morality*, die über Landes-, Zeit- und Kulturgrenzen hinweg, universelle Gültigkeit beansprucht. Den Boden dieses geteilten Moralverständnisses bilden Werte und Handlungsnormen wie Wahrhaftigkeit, Güte, Integrität, Gewissenhaftigkeit, Vertrauenswürdigkeit, Hilfsbereitschaft und Ehrlichkeit (vgl. hierzu auch Wallner 2018, S.98; Rauprich, 2005, S.28).

Die Entstehung dieser grundlegend orientierenden Werte hat eine lange Geschichte. Blickt man in der Ontogenese des Menschen zurück so stellt man fest, dass die Entwicklung einer "moralischen Identität" des Einzelnen etwas Menschheitsimmanentes und singulär Charakteristisches für die Spezies homo sapiens ist. Der ontogenetische Entwicklungsschritt einen "kooperativen und interpendenten Lebensstil" zu führen, den anderen in seinen Bedürfnissen wahrzunehmen, aber vor allem auch antizipieren zu können, dass man selbst vom anderen bewertet wird und dass daraus Konsequenzen für einen selbst erwachsen, bilden aus Sicht der evolutionären Psychologie die Grundlage unseres Moralverständnisses und daher unserer Zivilisation (vgl. Tomasello 2020, S.391ff.). Menschliches Sozialleben bedeutet jedoch unabdingbar und immer auch das Vorhandensein moralischer Dilemmata;

so müssen wir, um als Gemeinschaft bestehen zu können auch ein gemeinschaftliches und zur Reflexion fähiges Bewusstsein entwickeln, das die Spannung zwischen den Moralvorstellungen von anderen und der eigenen austarieren kann. Moralische Entscheidungen zu treffen, bedeutet daher immer eine Abwägung unterschiedlicher Motive, nämlich meine eigenen und jene, meines Gegenübers; das erfordert das Einbeziehen von Mitgefühl und Fairness, die Erwägung des eigenen Vorteils sowie des Vorteils anderer und eine gewisse Konformität gegenüber gemeinschaftlichen Normen. Ausgehend von relativ einfachen moralischen Entscheidungen in der phylogenetischen Frühzeit des Menschen bewegten wir uns zu hochkomplexen moralischen Dilemma-Situationen der Moderne, die uns als Gesellschaft mehr denn je vor große Herausforderungen stellt, um ein friedliches zwischenmenschliches Zusammenleben zu sichern.

4.3. *Einige Überlegungen zum Verhältnis von Autonomie und Fürsorge im Kontext der Sterbehilfedebatte*

Als eines dieser komplexen moralischen Probleme der Moderne kann zweifelsohne die Gestaltung des Lebensendes als gesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden. Im Zusammenhang mit den teilweise zermürenden Pro-und-Contra-Debatten zum Thema Suizidhilfe geraten hierbei immer wieder die grundlegenden Prinzipien von Autonomie und Fürsorge ins Kreuzfeuer der Diskussion. In polemischer Absicht werden sie häufig als sich diametral zueinander verhaltende bzw. sich ausschließende Prinzipien dargestellt. Im Folgenden möchte ich jedoch aufzeigen, dass das Prinzip der Fürsorge, wenn es um die Beihilfe zum Suizid geht, nicht "über" oder "gegen", sondern dass es *im Dienste* der Autonomie steht.

Von den dogmatisch-konservativen Kritikern wird oft der Vorwurf eines übersteigerten Autonomiebegriffs erhoben (vgl. Bielefeldt 2022), wenn es um die Frage nach Suizidassistenz geht. Der philosophisch vorbelasteten Begrifflichkeit Autonomie mitsamt ihrer vielfältigen Implikationen kann im vorliegenden Rahmen kaum Genüge getan werden; allerdings möchte ich einige Beispiele für die vielschichtigen Bedeutungsebenen des Begriffs anführen, eine Vielfalt, die leider einer missbräuchlichen Verwendung des Begriffs in der Debatte entgegenkommt: Autonomie wird abwechselnd gleichgesetzt mit Freiheit, Souveränität, Selbstgesetzgebung, Integrität, Willensfreiheit, Unabhängigkeit oder auch Individualität (vgl. Hildt, 2005, S.320ff.). Das Autonomiekonzept nach Beauchamp und Childress hat innerhalb der westlichen, demokratischen Gesellschaften aber nicht nur eine Bedeutung für die persönliche Entfaltung des Einzelnen, sondern ist *explizit auch mit der Rechtsordnung dieser*

Gesellschaften verknüpft, die jedem Menschen auch *de iure* seine Selbstbestimmung zusprechen. In den Argumentationslinien der Gegner von Suizidassistenten wird diesem Faktum oft nicht ausreichend Rechnung getragen und die Ebenen zwischen Recht, (Prinzipien)Ethik, philosophischer Tradition und persönlicher Einstellungen verschwimmen allzu schnell.

Mittlerweile wird in der Literatur der Terminus der *relationalen Autonomie*, verstanden als Erweiterung eines womöglich zu eindimensionalen Autonomiebegriffs, ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt (vgl. hierzu auch Maio 2024). Statt ausschließlich die rein selbstbezogene Selbstbestimmung eines isoliert betrachteten Individuums in den Vordergrund zu stellen, soll eine relationale Autonomie die Selbstbestimmung des Menschen *in Beziehung* zu seinem familiären, sozialen, gesellschaftlichen, kulturellen und historischen Umfeld und in Beziehung zu seiner unbedingten Verletzlichkeit setzen. Damit soll verhindert werden, dass Autonomie "in seinen Anforderungen und Auswirkungen überzogen individualistisch" (Wiesemann, Simon 2013, S.43) interpretiert wird. Bereits das "von Beauchamp und Childress verwendete Prinzip des Respekts der Autonomie stellt die Achtung der Autonomie anderer in den Vordergrund" (Hildt, 2005, S.321). Das in der Erstveröffentlichung von 1989 als "the principle of autonomy" benannte Prinzip wurde in der darauffolgenden Ausgabe von 1990 erweitert zum "principle of respect for autonomy". Durch diese marginale Änderung wird eine wichtige Akzentverschiebung vorgenommen. Durch die Betonung des "Respekts *für*" wird Autonomie bereits hier schon relational gedacht, da ein Gegenüber in seinen "persönlichen Interessen, Plänen, Zielen und Vorlieben" zu respektieren ist und diese persönlichen Präferenzen jedenfalls zu berücksichtigen sind (vgl. ebd.).

Zu diesem Respekt vor der Autonomie gehört auch "die Verpflichtung, das Vermögen von Personen zu selbstbestimmten Entscheidungen anzuerkennen und zu fördern" (Rauprich, 2005, S. 20). Für den Kontext der Medizin im Allgemeinen (und der ärztlichen Suizidassistenten im Besonderen) folgt daraus, dass genau genommen zwei Anforderungen gestellt werden: Ich darf als Ärztin die Entscheidungen von selbstbestimmungsfähigen Personen nicht behindern; noch viel entscheidender aber: es gilt das Gebot den Patienten qua ärztlicher Tätigkeit in die Lage der Entscheidungsfähigkeit zu versetzen bzw. diese aktiv zu fördern, etwa durch Zurverfügungstellung von allen relevanten Informationen im Rahmen einer "state of the art"-Aufklärung.

Solange ein Patient nach ärztlicher Aufklärung autonom seine informierte Einwilligung für eine Therapie gibt, befinden sich alle beteiligten Akteure im Einklang, da sich der Patient für den vermeintlich "vernünftigen" Weg entschieden hat. Schwierig wird es erfahrungsgemäß

immer dort, wo der Patient von seinem – wie es manchmal genannt wird – *Recht auf Unvernunft* Gebrauch machen möchte und sich mit seinen Entscheidungen und Handlungen vorherrschenden Vernunft- und Moralvorstellungen widersetzt. Schon die Rede von *Recht auf Un-vernunft* ist normativ, da sie bereits eine negative Bewertung einer Entscheidung vorwegnimmt. Warum aber die Entscheidung nach den eigenen Wertvorstellungen das Lebensende selbst bestimmen zu wollen per se unvernünftig sein soll, ist moralphilosophisch nicht letztbegründbar (vgl. hierzu auch Birnbacher 2017). Wenn am Ende einer autonom getroffenen Entscheidung des Patienten der Tod als Versprechen einer unabwendbaren Realität wartet, wird, nicht zuletzt aufgrund von eigenen reaktivierten Todesängsten seitens der Mediziner (vgl. Grieser 2023), das Recht auf selbstbestimmtes Sterben vehement abgelehnt. Wenn aber am Ende des Patientenwillens Lebensverlängerung durch eine medizinische Maßnahme verheißen wird, so ist die Verlockung für viele Ärzte wohl derart groß, dass die Entscheidung *für* eine Therapie meistens unhinterfragt bleibt. Dass Lebensverlängerung qua medizintechnischer Möglichkeiten aber eine quälende Leidensverlängerung bedeuten kann, die wohl kaum im Sinne des medizinethischen Prinzips der Fürsorge sein kann, wird meiner Erfahrung nach häufig vernachlässigt.

Wie wäre nun das Prinzip der Fürsorge im Kontext eines terminisierten Sterbewunsches zu interpretieren? Das Prinzip der Fürsorge oder auch des Wohltuns wird von Beauchamp und Childress explizit von dem Prinzip des Nicht-Schadens abgegrenzt. Diese Unterscheidung ist wichtig und sinnvoll, da es "pflichtentheoretisch auf zwei unterschiedlichen Pflichtarten basiert" (Maio 2017, S.162). Beim Prinzip des Nicht-schadens handelt es sich um eine negative Unterlassenspflicht, also ein "Verbot Handlungen durchzuführen, die anderen Personen schaden" (Rauprich, 2005, S.20); wohingegen es sich beim Prinzip des Wohltuns um eine positive Tugendpflicht handelt, also ein Gebot, Handlungen durchzuführen, die das Wohlergehen anderer Personen fördern, die andere Personen davor bewahren, Schaden zu erleiden oder die einen erlittenen Schaden oder Nachteil anderer Personen wieder gutmachen oder kompensieren" (ebd., S.19).

Ohne ins Detail gehen zu können muss erwähnt sein, dass es besonders beim Prinzip der Fürsorge auf die unterschiedlichen Perspektiven in der jeweiligen Situation ankommt, wie dies etwa am Beispiel von Zwangsernährung im Zusammenhang mit Anorexiepatientinnen zu sehen ist. Maio (2017) betont daher, dass "die Konkretisierung des Wohltunsprinzips [...] ohne Rückbindung an die Wertehierarchie des Kranken nicht möglich ist" (S.164). Genau diese Rückbindung an die Wertehierarchie des Einzelnen muss von der Ärztin wertfrei betrachtet und ungeachtet des Ziels immer denselben Stellenwert haben. Es wird ethisch kaum

begründbar sein, dass bei divergierenden Weltanschauungen und Zielvorstellungen von Ärztin und Patient, den Wertvorstellungen des Patienten weniger Stellenwert eingeräumt wird. Wenn das Leiden eines Patienten ein vorwiegend subjektiver Parameter ist (die Subjektivität des Leidens ist sogar im StVfG verbrieft), wäre es im Sinne des Fürsorge-Prinzips folgerichtig und sogar geboten, dass die Ärztin freiwillig und auf Basis ihrer medizinischen Kompetenz und moralischen Selbstverortung, die Assistenz zur selbstbestimmten Lebensbeendigung leisten können soll, niemals aber leisten *muss*. So verstanden stünde das Prinzip der Fürsorge im Dienst der Ermöglichung, Förderung oder Verwirklichung von echter Patienten-Autonomie.

Wenn beide Prinzipien in Relation zueinander gesetzt werden, bilden sie das ethische Fundament einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung, welche zugleich die Grundlage einer jeden gelingenden ärztlichen Beratungs- und Aufklärungsarbeit ist. Im Kontext der Aufklärung zum assistierten Suizid sind die beiden Prinzipien nur dann in Balance zu bringen, wenn sie im Licht einer ergebnisoffenen und reflektiert-neutralen Haltung seitens der Ärztin einbezogen werden.

4.4. Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung beim Thema Sterbewunsch

Wenn der Sterbende verlangt "[...] dass man seinen Tod beschleunigt, so will er damit gleichzeitig fast unmerklich eine andere Bitte ausdrücken, die es zu entschlüsseln gilt. In der Tiefe erwartet der Sterbende, dass man sich dieser Beziehung nicht entzieht, diesem gegenseitigen Engagement, das er in fast geheimer Weise und manchmal, ohne es zu wissen vorschlägt und von dem der Verlauf des travail du trépas ("Arbeit am Übergang") abhängen wird." (de M`Uzan 1976)

Den Menschen als Bindungswesen zu begreifen oder mit anderen Worten: Eine "Anthropologie der Angewiesenheit" (Maio 2023) ist eine Grundvoraussetzung, um mit Sterbenden, wie Psychoanalytiker M`Uzan sagt, "am Übergang" zu arbeiten und ein tieferes Verstehen von Sterbewünschen überhaupt erst zu ermöglichen. Um einen Verstehenszugang zum anderen zu erlangen, "braucht man also eine Ethik, die über die Prinzipienethik hinausgeht" (Maio 2017, S.175) und die nach Maio in einer "hermeneutischen Ethik" gefunden werden könne, die als komplementärer Ansatz zur Prinzipienethik, den nötigen Raum eines personalen Verstehens öffnet. Ausgehend von der Philosophie Hans-Georg Gadamer, richtet sich die hermeneutische Ethik ganz auf "das Verstehen (von griech. *hermeneuein*, "auslegen", "übersetzen") [...] von jener konkreten Welt, in der die ethische Frage auftaucht" aus (ebd., S.175). Hermeneutisch zu denken bedeutet folglich dem Menschen in seiner lebensweltlichen (Selbst)Verortung begegnen zu wollen. Dafür wird nicht

nur genuines Interesse am Gegenüber, sondern auch ein prozesshafter Zugang benötigt, der eher auf Fragen und nicht auf Antworten aufgebaut ist. Einander Verstehen kann man nur, wenn man Fragen stellt, anstatt Aussagen zu tätigen. Aus Sicht einer hermeneutischen Ethik ist es notwendig, sich auf Uneindeutigkeiten einzulassen und diese auszuhalten, d.h. die "Nichtabschließbarkeit des Verstehens eines Menschen oder einer Situation als etwas Normales zu betrachten" (Maio 2017, S.175f.).

Die praktische Grundlage dieser Ethik ist "die heilende Kraft des echten Gesprächs" (Maio 2020), dessen hohe Bedeutung Ärzte aufgrund ihrer einseitig naturwissenschaftlichen "Fehlsozialisation" (S.30) immer noch viel zu oft missachten. Das Gespräch ist im Rahmen einer hermeneutischen Ethik nicht ein bloßes Instrument zur Übermittlung objektiver Informationen, sondern eine in sich wertvolle Interaktionsform: "Das Gespräch läuft nicht einfach ab, sondern es ereignet sich; es ist ein Ereignis, das von zwei Menschen in lebendiger Weise hervorgebracht wird. [...] Was der andere sagen wird, bleibt in einem echten Gespräch grundsätzlich unverfügbar, sodass das Gespräch nicht wirklich vorhersehbar und daher auch nicht restlos planbar sein kann" (ebd., S. 31). Aus der Unplanbarkeit und Unverfügbarkeit folgt für Maio eine weitere Grundvoraussetzung in der Anwendung einer hermeneutischen Ethik: "Es gilt, dem anderen als dem anderen gerecht zu werden. [...] Aus diesem Grund liegt das echte Verstehen ganz nahe bei der Achtung vor dem anderen, Achtung im Sinne tiefen Respekts, eines Zurücktretens vor seiner Eigenheit" (Maio 2017, S.177). Hierin liegt aus meiner Sicht die wichtigste Schnittstelle zur Prinzipienethik vor bzw. lesen wir hier in den Worten eines hermeneutischen Zugangs vom medizinethischen Prinzip des *Respekts der Autonomie*.

Im Rahmen einer hermeneutischen Ethik von Sterbewünschen ist also die unbedingte Tatsache anzuerkennen, dass es zwischen mir und dem anderen nichtüberschreitbare Grenzen des Verstehens gibt, was einer irreduziblen Individualität geschuldet ist. Jeder Mensch hat seinen "Rest an Eigenwelt" (ebd., S.180) in die kein anderer eintreten kann, oder wie es der Psychoanalytiker Winnicott (1998) gedacht hat, einen nicht kommunizierbaren Kern des Selbst. Warum fällt es aber so schwer diesen Rest an Eigenwelt oder diesen nicht kommunizierbaren Kern zu respektieren, wenn es um ein terminisiertes Sterben geht?

Sterbewünsche an sich, insbesondere aber der terminisierte Sterbewunsch, werden jenen Personen, denen gegenüber derartige Wünsche geäußert werden, oft als narzisstische Kränkung erlebt und vom (behandelnden) Kollektiv im Generellen als ein Versagen missverstanden, so als ob man dem Patienten nicht genug vermitteln konnte, dass sein leidvoller Zustand doch noch Sinn haben könnte, wenn man alle Register der palliativen

Versorgung zieht. Aber es gibt "keine moralische Verpflichtung das Leben zu lieben – unabhängig davon, als wie lebenswert es sich darstellt" (Birnbacher 2017, S.72). Sich durch ein selbstbestimmtes Lebensende mit Hilfe des assistierten Suizids selbst aus dem Kollektiv (der Lebenden) "herausnehmen" zu wollen, wird von diesem Kollektiv (Familie, Gesellschaft, Palliative Care Personal) kaum akzeptiert oder sogar geahndet. Immer schwingt das Bedürfnis des anderen mit, der den Sterbenden unausgesprochen fragt: "Bin ich es Dir nicht wert (zu bleiben)?" Die Suizidassistenz widerspreche "zutiefst der Liebe, weil Liebe die Anwesenheit des geliebten Menschen herbeisehnt" (Fournier 2020 zit. n. Küchenhoff 2022, S.108). Tauscht man hier das Wort "Liebe" mit dem Wort "Mensch (der liebt)", wird sichtbar, worum es letztlich bei der vielbeschworenen "Tragik der Selbsttötung" meist wirklich geht: nicht um die sterbewillige Person, sondern um die Befindlichkeiten ihres Gegenübers. Die Tatsache, dass der AS als narzisstische Kränkung erlebt werden kann und man sich in der Palliative Care dessen bewusstwerden sollte, findet sich sogar in der Handreichung der österreichischen Palliativgesellschaft: "Sie [Patienten mit AS-Wunsch; CK) brauchen Betreuende, die ihr Leid, ihre Klage und ihre Verzweiflung aushalten können und die fähig sind, einen Sterbewunsch nicht als narzisstische Kränkung zu betrachten" (OPG 2022, S.11). Deshalb ist es wichtig, dass "unabhängig von der moralischen Bewertung ein Suizid, sofern er nicht aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung beruht, auch als ein Akt menschlicher Freiheit wahrgenommen werden [kann], wenngleich in extremer Radikalität und Unwiderruflichkeit" (Zimmermann-Acklin 2009, S.223).

Für die praktische Umsetzung der hier skizzierten hermeneutischen Ethik im Rahmen der End-Of-Life-Care, die nur auf der Grundlage einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung und dem "echten Gespräch" realisiert werden kann, möchte ich mich nachfolgend auf psychodynamische Ansätze beziehen, die sich für mich als hilfreiche Arbeits- und Reflexionsinstrumente für die klinische Arbeit und Gesprächsführung bewährt haben und damit im Dienste der Beantwortung meiner Forschungsfrage stehen: Wie ist *gute* (d.h. qualitätsvolle, ethisch fundierte, reflektierte, Autonomie respektierende, fürsorgliche) ärztliche Aufklärung und daran anschließend ärztliche Suizidassistenz möglich?

5 Die Patientin – Wer müssen wir werden, um sterben zu können?

5.1 Grundlegendes zu Psychodynamik und psychodynamischem Denken

Bevor wir uns dem seelischen Binnenraum des sterbenden Menschen und seinen Sterbewünschen widmen, sei Grundlegendes zur Psychodynamik und ihren Konzepten vorangestellt. Psychodynamisches Denken, das aus der Psychoanalyse Sigmund Freuds entstanden ist und sich über die letzten 120 Jahre vielfältig wissenschaftlich weiterentwickelt und modernisiert hat, wird (trotz umfassender Arbeiten von psychoanalytisch forschenden Ärzten wie Michael Balint und anderen) im Mainstream der Humanmedizin kaum mehr gelehrt, in der Palliative Care aber vereinzelt rezipiert und nutzbar gemacht (vgl. hierzu Vogel 2023; Frick, Vogel 2017; Berthold et al 2022; Kaneider, Crepaldi 2024). Psychodynamisches bzw. psychoanalytisches Denken sieht sich selbst als hermeneutisches Verfahren, als eine Verstehens- und Deutungskunst *in Beziehung*, und ist daher bestens anschlussfähig an Maios hermeneutische Ethik und das "echte Gespräch", das die subjektive Lebenswelt des Patienten und seine individuellen Wertsetzungen und biographisch gewachsenen Bedeutungsstrukturen in den Vordergrund stellt. In der Psychodynamik geht es (in Anlehnung an den Begriff "Tiefenpsychologie") um eine "Tiefenhermeneutik", d.h. um das Verstehen des Unbewussten, "und zwar das Unbewusste in Beziehung zu anderen Menschen, aber auch in Beziehung zu mir selbst" (Frick, Vogel 2017, S.9). Mit Recht kann man die Psychoanalyse bzw. die Psychodynamik heute als "Beziehungswissenschaft" (Bauriedl 1999) begreifen, welche das Unbewusste der zwischenmenschlichen Interaktion erforschen und sich zu Nutze machen will, und dabei auf eine lange Tradition und wissenschaftliche Evidenz zurückgreifen kann. Im Grunde ist es verwunderlich, dass psychodynamisches Wissen, welches historisch im Kontext der Medizin entstanden ist, gerade dort heute kaum mehr aufgegriffen wird; obwohl die Arzt-Patient-Beziehung Grundlage eines jeden ärztlichen Agierens und Interagierens ist, hat man sich in den medizinischen Wissenschaften bislang wenig um theoretische Konzeptualisierungen genau dieser Arzt-Patient-Beziehung bemüht (vgl. hierzu auch Hierdeis, Scherer 2018).

Das Unbewusste kann als unzugänglicher Teil unseres inneren Raumes gelten, als jener Seelenanteil, der in seiner gesamten Tiefe stets opak und numinos bleiben wird. Ausgangspunkt des psychodynamischen Ansatzes ist das Wirken innerseelischer Kräfte, die unsere bewussten Handlungen steuern und beeinflussen. Dabei hat Freud das Wort "Dynamik" aus dem Wissenschaftsbereich der Physik entlehnt, und auch der Begriff "Kräfte"

ist in Analogie zu physikalisch wirksamen Kräften, wie beispielsweise der Schwerkraft zu sehen. Diese Kräfte stehen oft gegeneinander, so ist der Mensch aus Sicht der Psychodynamik ein Konfliktwesen. Ein Konflikt ist hier als innerseelischer Kampf, als Bipolarität, als innere Gegensätzlichkeit, zu verstehen, mit denen oft heftige Affekte, belastende Erinnerungen, triebhafte Wünsche und widerstrebende Motivationen einhergehen. Diese psychischen Kräftedynamiken mobilisieren zugleich psychische Abwehrprozesse, damit das Individuum sozial angepasst, einigermaßen stabil bleibt und nicht zu sehr aus dem Gleichgewicht kommt (vgl. hierzu auch Rudolf 2019). Wenn wir uns also Gedanken über die Psychodynamik des Sterbenden machen, so geht es vorwiegend um eine Auseinandersetzung mit inneren Konflikten bezogen auf die Endlichkeit des eigenen Lebens, damit verbunden verschiedene (belastende) emotionale Erfahrungen und die damit einhergehenden Abwehrmechanismen (Verleugnungen, Verdrängungen, Projektionen, Rationalisierungen etc.). Menschen sind sich über ihre widerstrebenden und vielschichtigen inneren Motivationen oft selbst nicht im Klaren, weshalb ein psychodynamisch informiertes Arbeiten am Sterbewunsch sehr aufschlussreich sein kann.

5.2 Die Psychodynamik des sterbenden Menschen

Si vis vitam, para mortem – Wenn Du das Leben aushalten willst, richte Dich auf den Tod ein."
(Freud 1915, S.355)

Die Fähigkeit sich der eigenen Sterblichkeit gewahr zu sein und darüber zu reflektieren, unterscheidet die Spezies Mensch von allen anderen Lebewesen. Dies bedeutet aber nicht, dass wir qua (neuro)biologischer Grundausstattung selbstverständlich und automatisch auch befähigt sind, jemand zu sein, der sterben *kann*. Das Sterben-können soll in diesem Zusammenhang eine *Fähigkeit* bezeichnen, das Sterben als eigenständige Lebenszeit zu begreifen. Die "Lebenszeit des Sterbens" (Vogel 2015) muss gelebt und gestaltet werden können, und dieses Können ist nicht einfach immer schon da, sondern das Ergebnis eines Bildungs- und Entwicklungsprozesses, der allzu oft ausbleibt oder scheitern kann und daher dringend einer (professionellen) Begleitung bedürfte. "Sich des allgegenwärtigen Todes möglichst beständig bewusst zu sein, das Memento mori, ist ein wichtiger erster Teil der Ars moriendi, der Kunst des Sterbens" (Vogel 2015, S.14).

Das derzeitig vorherrschende Sterbeverständnis ist jedoch geprägt von Krankheitsdenken und biotechnologischem Möglichkeitswahn auf der einen und medial überinszenierten Heldentoden oder Sterbensidealen wie dem "sanften Entschlafen" auf der anderen Seite. Hinzu kommt ein Fitness- und Wellnesszwang im Gewand präventiver Maßnahmen, der

proportional mit zunehmendem Lebensalter steigt. So wird der 100-jährige Marathonläufer idealisiert und diese Idealisierung ist ein deutliches Zeichen unserer *Endlichkeitsflucht*. Die Tatsache, dass das Lebensende ein immer längerer Zeitabschnitt geworden ist, den es weniger biologisch, als vielmehr psychologisch zu betrachten gilt, wird gern vergessen: Der Sterbeprozess ist "ein menschlicher (Entwicklungs-)Zeitraum ab dem Zeitpunkt, an dem, ausgelöst durch eine meist medizinisch erfolgte Mitteilung einer Erkrankung, eine eindeutige Ausrichtung auf einen erwartbaren Todeszeitpunkt, eine Gestimmtheit in Richtung Tod, erfolgt" (Vogel 2023, S.12). Diese Gestimmtheit gilt es wieder sichtbarer zu machen, sie willkommen zu heißen und zu fördern im Sinne einer *Kultivierung*. Den "Sterbeprozess als Wandlung zur Ganzheit" (Vogel 2015, S.99) zu verstehen, findet sich seit jeher in der menschlichen Kulturgeschichte. Diese *Ganzheit* - als Potenzialität gelesen - bedeutet *etwas zu vermögen* und dieses Vermögen ist nichts Geringeres als das höchstpersönliche Sterbenkönnen. So ist es uns als Menschen in verschiedenen Epochen und kulturellen Kontexten immer schon darum gegangen nicht einfach *so* abzuleben, sondern *etwas daraus zu machen*.

Der Tiefenpsychologe C.G Jung, der, als ehemaliger Schüler Sigmund Freuds, mit seiner analytischen Psychologie eigene Wege eingeschlagen hat, gibt der letzten Lebensphase mit seinem Individuationsgedanken und dem damit verbundenen, so genannten *Finalitätsprinzip* einen konzeptuellen Rahmen, den es in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen gilt, da dieser einem (tiefen)hermeneutischen Verständnis von Sterbewünschen sehr dienlich ist. Im Unterschied zu Freuds reduktiv-kausalen, also lebensrückblickend-begründend ausgerichteten Theorien, finden wir bei Jung eine nach vorne, einem Ziel (lat. *finis*, das Ziel) entgegen denkende Thanatopsychologie. Dieses Finalitätsprinzip, "die Ziel- und Zweckgerichtetheit des menschlichen Daseins, ergänzt notwendigerweise dessen Kausalität, die ursächliche Gewordenheit des Menschen" (Vogel 2023, S.20). Wie Kast (2022) hervorhebt, war Jung "der erste, der eine Entwicklung bis zum Tod postulierte, und für ihn waren besonders die Entwicklungen der zweiten Lebenshälfte interessant" (S.40). In den Worten Jungs:

"Der Mensch ist nur halb verstanden, wenn man weiß, woraus alles bei ihm entstanden ist. Wenn es nur daran läge, so könnte er ebenso gut schon längst gestorben sein. Als Lebender ist er aber nicht begriffen; denn das Leben hat nicht nur ein Gestern, und es ist nicht erklärt, wenn das Heute auf das Gestern reduziert wird. Das Leben hat auch ein Morgen, und das Heute ist nur dann verstanden, wenn wir zu unserer Kenntnis dessen, was Gestern war, noch Ansätze des Morgens hinzufügen können." (Jung 1933, §67)

Aus dem klinischen Alltag heraus betrachtet, lässt sich zu beiden Denkrichtungen eine Verbindung herstellen, und beide Seiten stehen zueinander in Wechselwirkung: So sind wir in Todesnähe sowohl mit Fragen des "Wo komme ich her und was lasse ich zurück?"

(Freudianisches Denkmuster) als auch des "Wo gehe ich hin und was gewinne ich?" (Jungianisches Denkmuster) (vgl. hierzu Vogel 2023, S.11) konfrontiert. Um mit Sterbenden arbeiten zu können und ihnen nicht nur als krankenbehandelnder Mediziner, sondern auch als Begleiter im Sinne eines "Sterbe-, Todes-, und Jenseitskundigen" (Vogel 2015, S.17) oder – in Fortführung der antiken Tradition – einer *Seelenführerin* zur Seite zu stehen, ist es unerlässlich sich mit solchen Fragen und entsprechenden theoretischen Konzepten auseinanderzusetzen.

Die grundsätzliche Zielgerichtetheit des Menschen bezieht sich im Denken C.G. Jungs nicht nur auf die Lebenszeit, sondern, und das ist das besondere, auch darüber hinaus: "Ein geistiges Ziel, das über den bloß natürlichen Menschen und seine weltliche Existenz hinausweist, ist unbedingtes Erfordernis für die Gesundheit der Seele" (Jung 1945, § 159). Im Rahmen einer psychodynamisch orientierten Palliative und (!) *Spiritual Care*¹⁰, kann mit Hilfe des Jungianischen Denkgebäudes (mit all seinen vielfältigen Facetten, über das "kollektive Unbewusste" bis hin zur Archetypenlehre) das klassische psychoanalytische Paradigma um eine entscheidende Dimension erweitert werden. Aus meiner Sicht handelt es sich hierbei um ein wertvolles (überkonfessionelles) Menschheitswissen, welches abseits von religiösem Zwang und Dogmatismus, einen Raum für individuelle Entwicklung und Gestaltung des Lebensendes öffnen kann.

5.3 Individuation

"Genio, hoios essi – *Werde, der Du bist!*"

Pindar, griech. Dichter und Philosoph (ca. 520-446 v.Chr.)

Die oben erwähnte Potentialität des Sterbenden impliziert bezogen auf den Individuationsgedanken das *Vermögen* des Menschen, ein ihm innewohnendes *Können* "im Laufe des Lebens immer mehr der oder die zu werden, die wir eigentlich sind, immer echter, immer mehr wie wir selbst, immer stimmiger mit uns selbst" (Kast 2022, S. 40). Für Jung liegt hier die Betonung auf "eigentlich", denn er geht davon aus, dass unser Kern ("das Selbst") etwas uns Mit- und Aufgegebenes ist, das es zu entdecken und akzeptieren gilt. "Werde, der du bist" bedeutet, das zu entwickeln, was bereits in uns ist. Individuation ist also Prozess und Ziel zugleich. In "diesem Prozess (geht es) darum, Anstehendes zu entwickeln, Ausgespartes

¹⁰ Die Technische Universität München hat seit 2022 eine Forschungsstelle für *Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit* am Klinikum rechts der Isar eingerichtet. Der psychodynamisch orientierte Lehrstuhlinhaber Professor Eckhard Frick baut seine Forschung explizit auf Erkenntnissen der Psychoanalyse und insbesondere auch auf jenen der analytischen Psychologie C.G. Jungs auf (<https://spiritualcare.de/>).

zu integrieren, Überholtes abzulegen, zu opfern. [...] Es ist eine kontinuierliche Auseinandersetzung zwischen Bewusstsein und Unbewusstem, die sich in zwischenmenschlichen Beziehungsmustern und Spannungen zeigt" (Kast 2022, S.42). Um hier mit dem Bild von Marie-Louise von Franz zu sprechen: Aus einer Eichel kann nur eine Eiche werden, und aus einem Buchensamen eine Buche. Aber auf welchem Untergrund und welchen Witterungsbedingungen der Samen zu liegen kommt und ausgesetzt ist, wird seine Entwicklungspfade bestimmen (vgl. hierzu Kast 2022, S.40).

Dieses Grundverständnis im Blick, bietet das Individuationsmodell "eine sehr nützliche Hilfe, ja fast einen Leitfaden zu einem psychodynamischen Verständnis des Lebensendes. [...] In Bezug auf den Sterbeprozess konnte inzwischen zudem unter Einbeziehung aktueller Forschungsstudien gut aufgezeigt werden, dass die entwicklungspsychologischen Aufgaben des Individuationsprozesses auch in ganz ähnlicher Gestalt die Aufgaben des Sterbeprozesses sind (Vogel 2019b), d.h. alle Individuationsaufgaben finden Entsprechungen in der letzten Lebenszeit." (Vogel 2023, S.21f.).

Mit diesen hier nur cursorisch diskutierten Ansätzen möchte ich – entsprechend meinem integrativen Grundverständnis als Palliativmedizinerin – den in sämtlichen Palliativ Care Lehrbüchern genannten *Spiritual Care*-Anteil meiner Arbeit verstehen und in meiner Haltung gegenüber dem sterbewilligen Menschen praktizieren.

5.4 Leitlinien zu Sterbewünschen vs. psychodynamische Betrachtung des Sterbewunsches

"Wie ich mir ein Schiff aussuche, mit dem ich in See gehe, ein Haus, in dem ich wohnen will, so wähle ich mir auch die Todesart, wenn ich aus dem Leben scheiden will. [...] Der beste Tod ist der, der uns gefällt" (Seneca 1965, S.171).

Mit einer psychodynamischen Perspektive lassen sich Sterbewünsche besser verstehen und ergebnisoffen explorieren, ungeachtet dessen, wie der jeweilige Sterbewunsch gelagert ist, ungeachtet normativer Bewertungen (insbesondere in Zusammenhang mit dem assistierten Suizid). Die Haltungen gegenüber Sterbewünschen im (palliativ)medizinischen Kontext beziehen sich allerdings hauptsächlich auf eine deskriptive Ebene (S3LL, S.403) und klammern den konkreten Wunsch zu einem selbstgewählten Zeitpunkt zu sterben (den ich als terminisierten Sterbewunsch bezeichne), nahezu vollends aus allen Erwägungen aus. Hinzukommt, dass in der *Erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung (S3LL)* nicht von Sterbewünschen, sondern von "Todeswünschen"

die Rede ist. Wie ich eingangs gezeigt habe, gilt es diese beiden Begrifflichkeiten aber deutlich zu differenzieren. Ich halte mich an den Terminus des "Sterbewunsches" und möchte für offizielle Publikationen zu diesem Thema eine höhere terminologische Präzision anregen.

Leider findet sich in diesen vermeintlich neutral-wissenschaftlichen Schriftstücken und Leitlinien zum Umgang mit Sterbewünschen nicht nur Ungenaues, sondern viel versteckter Dogmatismus. Dies bildet sich schon in der Einleitung des Kapitels über "Todeswünsche" ab, etwa wenn ein terminisierter Sterbewunsch im palliativen Setting als "akute (bewusst geplante) Suizidalität mit einem zunehmenden Handlungsdruck" (S3LL, S. 402) beschrieben wird. Dass der aus dem psychiatrischen Diskurs stammende Begriff der Suizidalität in keinem Fall gleichzusetzen ist mit Sterbewünschen bei entscheidungsfähigen Patienten mit einer nicht-heilbaren Erkrankung, muss hier wohl nochmals hervorgehoben werden. Das Wort "Handlungsdruck" suggeriert zudem, dass eine Person bald die Kontrolle über sich selbst verlieren könnte. Bei dieser häufig anzutreffenden Pathologisierung von Sterbewünschen handelt es sich um ein manipulatives Argumentarium, das wissenschaftlicher Grundlage entbehrt. Durch die gezielte Platzierung bestimmter Begriffe ("Handlungsdruck", "Suizidalität" etc.) wird im Sinne der kognitiven Psychologie ein „Anker“ gesetzt (der außerdem dazu neigt, starke Emotionen zu erzeugen) und hinter den dann in der Debatte vermeintlich nicht zurückgegangen werden kann (vgl. hierzu Kahnemann 2016).

Sterbewünsche sind nie einfach, oft vielschichtig und manchmal widersprüchlich. Die Spanne reicht vom Wunsch so nicht mehr weiterleben zu wollen bis zur entschlosseneren Ausrichtung auf ein Sterben zu einem selbst gewählten Zeitpunkt, im Rahmen einer selbst gestalteten Sterbeszene mit nahen Angehörigen. Die Anerkennung, dass der Sterbewunsch zu einem bestimmten Termin schlicht und einfach nur als ein Subtyp unter verschiedenen Typen von Sterbewünschen einzuordnen ist, und somit kategorial sehr wohl in der Zuständigkeit der Palliativmedizin zu verorten wäre, ist mir ein großes fachliches Anliegen. Für die gesprächsbasierte Arbeit mit genau diesem "Subtyp" bieten die aktuelle Literatur und Leitlinien allerdings wenig Hilfreiches.

Ausgehend von dieser Mangelsituation hat sich das psychodynamische Verstehen assistierter Suizidwünsche im palliativen Setting für mich als sehr zielführend in der praktischen Arbeit erwiesen. Damit einher gehen eine viel stärker patientenzentrierte Sichtweise und eine ergebnisoffene Haltung der Ärztin, die einen interpersonellen Prozess in den Fokus rückt. Dies ermöglicht die Eröffnung eines gemeinsamen Reflexionsraumes, in der sich sowohl der Patient als auch seine Angehörigen mit allem Unausgesprochenen und noch nicht Artikulierten entfalten können, denn: Die Arbeit mit Menschen am Lebensende erfordert

neben der Berücksichtigung der (objektivierbaren) somatischen Dimension (z.B. Symptomkontrolle) immer auch eine Orientierung an der subjektiven Lebenswelt des Sterbenden, zumal das Sterben und der Tod eines Individuums in sehr hohem Ausmaß singuläre Ereignisse darstellen, denen mit Interventionen aus medizinischen Manualen und Handbüchern alleine nicht gerecht zu werden ist. Eine psychodynamisch orientierte Arbeits- und Denkweise mit Sterbenden, bietet die Möglichkeit, diesem zentralen Faktor Subjektivität gezielt Rechnung zu tragen, ganz besonders auch bei Wünschen nach assistiertem Suizid. (vgl. hierzu Kaneider, Crepaldi 2024).

Beim Verstehen von Sterbewünschen geht es nicht *nur* um den Faktor der Nachvollziehbarkeit des Sterbewunsches für die Ärztin, sondern, dem Individuationskonzept folgend, auch um die Frage: Was bedeutet der Sterbewunsch für den jeweiligen Patienten und seine individuelle Lebenszeit des Sterbens? Wie versteht der Patient selbst seinen Sterbewunsch und was versteht er daran selbst (noch) nicht? Ist er jemand der authentisch selbstbestimmt zu sterben vermag oder schätzt er sich falsch ein (und setzt sich selbst unter Druck)? Und wie *genau* soll dieses selbstbestimmte Sterben aussehen und inszeniert sein? Antworten auf solche Fragen zu finden ist sehr herausfordernd und diese Antworten liegen für beide, Ärztin und Patient, oft länger im Dunkeln, da sie eine unbewusste Dimension haben, die erst erschlossen werden müsste. Dies bedarf einer hohen Toleranz für Nichtwissen, einer sogenannten "negativen Fähigkeit" (Bion 2006 zit. n. Crepaldi 2018). Meine klinische Erfahrung zeigt, dass Vordergründiges (z.B. erste Äußerungen zum assistierten Suizid) zu Beginn des Patientenkontakts selten kongruent mit Hintergründigem ist, das sich erst im Verlauf der Betreuung manifestiert.

5.5 Die Typologie des Sterbewunsches

Sucht man in der Literatur nach einer Antwort auf die Frage, wie unterschiedliche Sterbewünsche klinisch zu differenzieren wären, entdeckt man noch viele weiße Flecken auf der wissenschaftlichen Landkarte. Reviews der Forschungsliteratur fassen die Hintergründe von Sterbewünschen in 5 Themenkomplexen zusammen: "das Leiden, die Gründe für Todeswünsche, die Bedeutung von Todeswünschen, deren Funktionen und das konkrete Erleben der eigenen Endlichkeit" (S3LL, S.415). Um aber eine Aufklärung nach §7 StVfG zu unterschreiben und damit dem Wunsch des Patienten nach einem Sterben zu (s)einem bestimmten Termin nachzukommen, muss man sich – es kann nicht oft genug hervorgehoben werden – mit der Frage nach der individuell-subjektiven Beschaffenheit des assistierten Sterbewunsches auseinandersetzen. Die Frage danach, *wie* genau der Patient sterben will (im

vorliegenden Fall: durch die Assistenz eines Dritten und zu einem selbstgewählten Zeitpunkt) ist zentral, weil sie zur Nachvollziehbarkeit des Sterbewunsches des Patienten für die Ärztin beitragen kann; auf der anderen Seite sollte man versuchen nicht dabei stehen zu bleiben: "Der eigene Tod wird gern verdrängt und wenn er naht, verdrängt das Wie des Sterbens häufig die existenziellen Fragen, die am Ende des Lebens stehen" (Ruelff 2006). Es geht also nicht nur um den konkreten Ablauf des terminisierten Sterbens, sondern um die genauere Bestimmung der Beschaffenheit des Sterbewunsches des Patienten.

Auf der Grundlage meiner klinischen Erfahrung, meiner psychodynamischen Fallsupervision und der Dokumentation meiner Betreuungsarbeit, unterscheide ich zwischen *konsistenten* und *nicht-konsistenten Sterbewünschen bzw. Wünschen nach assistiertem Suizid*. Der konsistente Sterbewunsch ist ein, über längere Zeit anhaltender, gefestigter, für die Ärztin überzeugend-authentisch vorgebrachter, im Gespräch und auf Nachfrage gut nachvollziehbarer und reflektierter Wunsch eines Menschen das eigene Leben beenden zu wollen. Trotz gewisser Ambivalenzen, die am Lebensende immer wieder auftreten, ist der konsistente Sterbewunsch also über längere Zeit relativ stabil, wobei es hier keinen Sinn macht, genauer zu quantifizieren. Der konsistente Sterbewunsch ist möglichst frei von äußeren Zwängen (z.B. Druckausübung von Angehörigen etc.) und inneren Zwängen (z.B. suizidale Einengung).

Im Gegensatz dazu lässt sich ein *nicht-konsistenter Sterbewunsch* beschreiben und vor allem dadurch vom konsistenten Sterbewunsch abgrenzen, dass er mindestens eines der Charakteristika desselben anhaltend nicht erfüllt. Nicht-konsistente Sterbewünsche sind durch ein hohes Level an Ambivalenz (bis hin zur Wankelmütigkeit) geprägt. Es gibt wenig Raum belastende Emotionen (Trauer, Wut etc.) zuzulassen, die Sterbeszene kann kaum exploriert werden, das Einbeziehen von Angehörigen in die eigenen Erwägungen scheint wenig bis gar nicht möglich. Häufig zeigen sich nicht-konsistente Sterbewünsche bei Patienten mit relativ geringer Symptomlast, niedriger subjektiver Lebensqualität gepaart mit wenig erkennbarer Lebenssattheit (sondern mitunter sogar noch starkem "Lebenshunger"). Das Festlegen eines Sterbedatums oder auch nur ein strukturiertes Gespräch darüber sind nicht möglich.

Aufgrund der Komplexität von Sterbewünschen, sollte trotz dieser zweiteiligen Differenzierung kein Schwarz-Weiß-Denken Einzug halten. Ich möchte hier keine neue Dichotomie postulieren, sondern konsistente und nicht-konsistente Sterbewünsche als Kontinuum verstehen. Innerhalb dieses Kontinuums von Sterben-wollen-zu-einem-bestimmten-Zeitpunkt bis zum Sterben-können-zu-einem-bestimmten-Zeitpunkt (oder

letztlich doch einen anderen Weg für sich zu entdecken) oszillieren Patienten und es sollte hier in der Kompetenz des sterbebegleitenden Arztes liegen, den Patienten in seiner Potentialität - in der Werdung zu *seiner* Ganzheit, zu dem, was *er oder sie* vermag - zu unterstützen. Ein Sterbewunsch ist nicht unbedingt ein definierter Sterbewille und ein Sterbewille ist noch lange kein Sterbevermögen; in diesen Zwischen- und Übergangsräumen liegt in einer Zeit der technischen dominierten Machbarkeitsmedizin wohl die wahre Bedeutung (palliativ)medizinischer Betreuung im Sinne einer Spiritual Care.

Tab. 1: Einige klinische Charakteristika konsistenter und nicht-konsistenter Sterbewünsche

Konsistenter Wunsch nach assistiertem Suizid	Nicht-konsistenter Wunsch nach assistiertem Suizid
Sterbewunsch besteht über längeren Zeitraum	Sterbewunsch besteht nur über kürzere Zeiträume
Erkennbare Bereitschaft und Ausrichtung zum Sterben, Gestimmtheit in Richtung Tod	Wenig Bereitschaft zu Sterben, keine klare Ausrichtung oder Gestimmtheit zum Tod
Geringer ausgeprägte Ambivalenzen	Hohe Ambivalenz oder sogar innere Zerrissenheit in Bezug auf das Sterben
Spielraum für belastende Emotionen	Kaum Toleranz für bzw. Verleugnung oder sogar Abspaltung von belastenden Emotionen
Relativ niedriges Angstlevel	Erhöhtes Angstlevel
Spürbare oder geäußerte Lebenssattheit	Kaum Lebenssattheit erkennbar
Hohe Symptomlast über langen Zeitraum	In Relation häufig weniger Symptomlast und zugleich wenig ausgeprägte Resilienz
Subjektiv schlechte Lebensqualität, objektiv viele Einschränkungen (z.B. auf somatischer Ebene)	Subjektiv schlechte Lebensqualität, aber oft weniger medizinisch-objektivierbare Einschränkungen
Exploration der Sterbeszene im Gespräch möglich	Exploration der Sterbeszene kaum oder gar nicht möglich
Einbeziehung der Angehörigen in die eigenen Erwägungen möglich	Vermeidung der Einbeziehung der Angehörigen in den eigenen Nachdenkprozess
Kongruenz des Sterbewunsches mit Identität und Werterhaltungen	Sterbewunsch scheint mit Identität und Werten des Patienten inkongruent
Sterbezeitpunkt kann konkretisiert werden	Sterbezeitpunkt kann nicht festgelegt werden bzw. wird die Festlegung öfter widerrufen

Bei einer derartigen Typisierung und Einschätzung von Sterbewünschen ist es wichtig keine idealistisch-normativen Standards anzulegen. Es geht bei den hier angesprochenen Charakteristika nicht darum, diese in irgendeiner Form als Kategorien zu verabsolutieren. Nehmen wir beispielsweise das Thema der Ambivalenz, so zeigt sich diese als innerer Spannungszustand oder Konflikt auch bei Patienten mit konsistenten Sterbewünschen. Absolute Konfliktfreiheit gibt es in diesem reinen Sinne nicht, Ambivalenz ist im Menschenbild der Psychoanalyse Teil der *conditio humana*. Weil wir zur Reflexion fähige Wesen sind, können (und müssen) wir in dieses Spannungsfeld eintreten: Warum muss ich sterben, obwohl ich noch nicht will? Wie will ich sterben? Kann ich sterben, wenn dieses und jenes noch unerledigt ist? Diese ambivalenten Strebungen bleiben womöglich länger aufrecht. Vogel beschreibt diesen Spannungszustand als Bipolarität oder Grundkonflikt: So wissen wir vielleicht als einzige Lebewesen überhaupt um unsere Sterblichkeit und hoffen doch bis zuletzt immer auch auf ein Stück *Unsterblichkeit* (vgl. hierzu Vogel 2015, S.103), auch weil wir die absolute Unverfügbarkeit des Todes nicht fassen können. Das gilt im Übrigen auch für die Mediziner, die sich mit den Sterbewünschen ihrer Patienten traditionell sehr schwertun, weil sie selbst in einem tiefen Ambivalenzkonflikt mit der Sterblichkeit stehen: "Sie sind angetreten, den Tod zu verhindern; nicht selten ist der Berufswunsch Arzt oder Ärztin zu werden, psychologisch zu verstehen als Abwehrleistung gegen ein ohnmächtiges Ausgeliefertsein dem Tod gegenüber" (Vogel 2023, S.85).

5.6 Dem Sterbewunsch des Patienten begegnen: Übertragung und Gegenübertragung, Containing und Mentalisierung

"Die im Anschluss aufgeführten Einzelmethoden sind also nicht im Baukastenprinzip verwendbar, sondern entfalten ihre Wirkung grundsätzlich auf dem Boden der dargestellten Grundhaltung, zu der v.a. Respekt vor der Opazität des Sterbethemas und die unbedingte Idiosynkrasie, also die Orientierung am jeweiligen Einzelmenschen und seinem höchsteigenen 'letzten Weg', gehören." (Vogel 2023, S.81)

Gerade wenn es um das Bedürfnis geht, selbstbestimmt das Leben zu beenden, ist eine konfessionsungebundene Haltung gegenüber dem Patienten eine *conditio sine qua non*. Der Sterbewunsch rückt die enge Verknüpfung der 4 Dimensionen der Palliative Care – biologische, psychische, soziale und spirituelle – wieder ins Zentrum des Handelns. In der direkten Auseinandersetzung mit terminisierten Sterbewünschen, ist es unerlässlich, dass man als Mediziner von der Doktrin des Machbaren und der Ideologie der Maximaltherapie abrückt und sich im eigenen Denken und Handeln jener Dimension medizinischer Praxis zuwendet, die man in der Literatur als *Spiritual Care* bezeichnet. Innerhalb der Palliative Care wurde der Teilaspekt der *Spiritual Care* fast

immer als Aufgabengebiet der (konfessionellen) Seelsorge verstanden und gelehrt, dabei sollten sich alle Gesundheitsberufe angesprochen fühlen, denn "die Konfrontation mit dem Tod erfordert zumindest zeitweise einen Begleiter" (Vogel 2015, S. 17), und im besten Fall einen, der sich über eine reflektierte Haltung und einen konzeptuellen Rahmen für diese Begleitung verfügt. In der Spiritual Care geht es "darum, Auge und Ohr für die Ausdrucksformen des seelischen Lebens zu öffnen und ihnen Gestaltraum in der Beziehung zu geben" (Boothe, Frick, 2017, S.139). In neueren Ansätzen zur Spiritual Care wird hervorgehoben, dass dies ein integraler und überkonfessioneller Bestandteil einer jeden Palliativmedizin sein sollte. Nach Frick (2020) wäre sogar ein "Facharzt für Spiritual Care" anzustreben, der unter anderem eben auch in der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Tradition seine theoretische Verankerung finden könnte (Frick 2009).

Die oben beschriebene klinische Typisierung von konsistenten und nicht-konsistenten Sterbewünschen wirft neben dieser grundsätzlichen Frage nach einer professionellen Haltung auch die konkrete Frage auf, mit welchen Mitteln Ärzte konkret zu einer Einschätzung oder Beurteilung individueller Sterbewünsche kommen und wie sich Ärzte bei diesem Thema professionalisieren könnten. Auch hierzu bieten sich psychodynamische Konzepte zur selbstreflexiven Gestaltung einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung an, allem voran das Arbeiten mit *Übertragung* und *Gegenübertragung*, sowie Konzept des *Containing* bzw. in neueren Publikationen: der Ansatz des *Mentalisierens*. Genannte Konzepte, welche ich mir im Rahmen von Fortbildungen, Supervisionen und Literaturstudium angeeignet habe, bieten mir in der täglichen Arbeit mit Patienten eine solide Basis.

5.6.1. Arbeiten mit Übertragung und Gegenübertragung

Für die meisten Mediziner sind Konzepte wie Übertragung und Gegenübertragung ein unbekanntes Terrain, obwohl ausnahmslos jeder praktizierende Arzt – ohne einen Fachbegriff dafür zu haben – jeden Tag damit zu tun hat. Wenn man mit Kollegen spricht, weiß jeder von vielfältigen inneren Gefühlsregungen in der Begegnung mit Patienten zu berichten. Diese oft nicht unmittelbar verbalisierten "Schwingungen" und Gefühle, werden manchmal bewusst wahrgenommen, häufig aber als unwichtige Interferenzen ignoriert. Wenn das passiert, besteht aber die Gefahr nicht reflektierte Gefühle auszuagieren und sich gerade dadurch auf unheilvolle Art mit Patienten zu verstricken. Die spontane und scheinbar grundlose Sympathie für einen Patienten, ein Gefühl des Behagens im Gespräch, aber auch Gefühle der Aversion oder ein Gefühl von undurchdringlicher Schwere, die sich zeigen, wenn man ein Sterbezimmer betritt, oder dieses Gefühl der "Klebrigkeit" am ganzen Körper beim Kontakt mit Depressiven oder jene Erleichterung nach einem guten klärenden Gespräch – die Palette an emotionalen Resonanzen im Kontakt mit Patienten ist nahezu unerschöpflich.

Wenn in der Psychoanalyse vom Arbeiten mit Übertragung und Gegenübertragung die Rede ist, meint man damit üblicherweise die bewusste und selbstreflektierte Nutzung der eigenen emotionalen Resonanz des Arztes (Gegenübertragung) auf die bewussten und unbewussten Kommunikations-, Interaktions-, und Beziehungsangebote des Patienten, also seine Übertragung, die man als Reaktivierung unbewusster und biographisch bedingter Beziehungskonflikte mit einem Stellvertreter im Hier und Jetzt verstehen kann (vgl. Kaneider, Crepaldi 2024). Der Patient gestaltet die Beziehung zum Arzt, indem er ihm selbst nicht bewusste Wünsche nach Beziehung und verschiedene, biographisch begründete Beziehungsängste (z.B. Angst nicht ernst genommen zu werden, Angst beurteilt zu werden etc.) auf den Arzt verschiebt, den Arzt also in der Phantasie zu jemandem wichtigen "macht", ihm unbewusst eine bedeutsame Rolle zuweist. Der Arzt kann seinerseits nicht anders, als emotional in Schwingung versetzt zu werden und entsprechend dieses Beziehungsangebots zu reagieren (Gegenübertragung).¹¹

Die Ergebnisse der empirischen Bindungsforschung bestätigen, dass das Bindungssystem am Lebensende "hoch aktiviert" ist und Betreuende in der Palliative Care für den Sterbenden in der Funktion einer *Secure Base* gebraucht werden (Petersen, Köhler 2005). Es ist also mit einem intensiven Beziehungsgeschehen zu rechnen. Wie wichtig zudem ein sogenanntes "epistemisches Vertrauen" ist, ein "basales Vertrauen in eine Person als sichere Informationsquelle" (vgl. hierzu Brockmann et al. 2022) wird ebenfalls in der Literatur zur Bindungstheorie betont. Epistemisches Vertrauen aufzubauen ist eine Grundbedingung, um gut mit Patienten arbeiten zu können, wenn "die Bereitschaft des Patienten, die Informationen, die eine vertrauenswürdige Person vermittelt, als für sich selbst relevant und als verallgemeinerbar versteht" (Brockmann et al. 2022, S.217).

Was bedeutet nun aber psychodynamisches Arbeiten mit Übertragung und Gegenübertragung konkret für die ärztliche Betreuungs-, Beratungs- und Aufklärungsarbeit mit dem sterbewilligen Patienten? Folgende reflexive Leitfragen (die m.E. auch ganz im Sinne einer hermeneutischen Ethik wären) haben sich in mehreren Fällen als hilfreich erwiesen:

- Welches spontane Gefühl entsteht beim Arzt im vis-à-vis mit dem Patienten, der einen Sterbewunsch bzw. einen Wunsch nach AS äußert?
- Formt sich ein klares und stimmiges Bild zum Suizidwunsch, oder fühlt sich der geäußerte Wunsch unausgereift und irritierend für den aufklärenden Arzt an?

¹¹ Ich kann hier nicht in der Breite auf diese theoretischen Konzepte eingehen und verweise auf weiterführende Literatur (z.B. Bettighofer 2016).

- Werden die Angehörigen und deren (emotionale) Beteiligung in der letzten Lebensphase des Patienten von diesem berücksichtigt und mitbedacht oder klammert der Patient die anderen aus seinen Erwägungen aus?
- Wie leicht oder wie schwer ist es für den Arzt Angehörige in den Prozess einzubinden?
- Kann der Patient gemeinsam mit dem Arzt in die Vorstellung der Sterbeszene einsteigen und diese in der Phantasie gemeinsam durchspielen?
- Wirken die spontanen Beschreibungen des Patienten hier logisch und emotional nachvollziehbar?
- Kann der Patient im Gespräch ein realistisches Bild von einer Sterbeszene entwickeln? Oder sperrt sich der Patient gegen eine derartige Exploration?

Beim Arbeiten mit terminisiertem Sterbewunsch im palliativen Setting haben sich empirisch häufig folgende Gegenübertragungsgefühle bei der Ärztin oder betreuenden Personal registrieren lassen:

Tab. 2: Gegenübertragungsgefühle der Ärztin bei konsistenten und nicht-konsistenten Sterbewünschen

Konsistenter Wunsch nach AS evoziert ...	Nicht-konsistenter Wunsch nach AS evoziert ...
innere Ruhe im und nach dem Kontakt mit dem Patienten	eher Unruhe im Kontakt mit Patienten,
ein Gefühl der Stimmigkeit in Bezug auf die Äußerungen des Patienten	ein Gefühl der Unstimmigkeit, so als ob "das alles nicht zusammenpasst"
ein Gefühl der "Ordnung"	Irritation und Gefühl des Chaos
Versöhnlichkeit	Unversöhnlichkeit
Traurigkeit	Ratlosigkeit
Hoffnung und Zuversicht (dass "es" gut wird)	Kränkung
Erleichterung	Ohnmacht und Wut

Diese Gegenübertragungen und ihre bewusste Wahrnehmung und Reflexion sind neben objektiv zu erhebenden Fakten im Gespräch, ganz konkrete, erfahrungsnahe und nicht nur abstrakt-theoretische Indikatoren zur klinischen Einschätzung des Sterbewunsches und der Beurteilung seiner Nachvollziehbarkeit auf Seiten der Ärztin.

5.6.2. Containing und Mentalisieren

Neben der Wahrnehmung, Reflexion und Interpretation solcher affektiven Austauschprozesse in der Arzt-Patient-Interaktion geht es aber auch um das Halten und um die Modifikation bzw. Transformation

von oben beschriebenen, zum Teil unerträglichen Emotionen. Um diese vorsprachlich-affektiven Vorgänge in zwischenmenschlichen Beziehungen abzubilden, hat sich in der Psychoanalyse Mitte der 1960er Jahre der Begriff des *Containing* nach Wilfred Bion durchgesetzt, das man auch als Hilfestellung bei emotionalen Verdauungsprozessen verstehen könnte (vgl. hierzu auch Crepaldi 2018). Gerade wenn es um den Wunsch nach AS geht, befinden sich Patienten oft in Selbstzuständen, die sie aufgrund der emotionalen Komplexität nicht allein aushalten, modulieren und regulieren können. So dient die Ärztin bzw. ihre Psyche dem Patienten hier metaphorisch gesprochen als dynamisches Gefäß (Container), um seine inneren Spannungszustände aufzunehmen, umzubilden und ihm diese in verdaubarer und dann verbalisierter (symbolisierter) Form zurückgeben zu können. Durch diesen Austausch wird Unausprechliches zunehmend besprechbar und kann zum Gegenstand gemeinsamen Nachdenkens gemacht werden. Das Konzept wurde verschiedentlich bereits im Bereich der Palliative und Spiritual Care rezipiert (vgl. hierzu auch Berthold et al. 2022). An die Tradition dieses Ansatzes von Bion anknüpfend hat sich in jüngerer Vergangenheit ein interdisziplinäres und integratives Konzept entwickelt, das für mich mittlerweile zum wichtigsten Reflexionsinstrument aus der tiefenpsychologischen Werkzeugkiste wurde. Die in den 1990ern entwickelte Idee des *Mentalisierens* bezeichnet die Fähigkeit "ein Verhalten auf der Grundlage der mentalen Prozesse der jeweiligen Person zu erklären" (Brockmann et al. 2022, S.7). Beim Mentalisieren geht es um "eine imaginative, mentale Aktivität, insbesondere der Wahrnehmung und Interpretation von menschlichem Verhalten auf Basis von intentionalen Aspekten (z.B. Bedürfnissen, Sehnsüchten, Gefühlen, Überzeugungen, Zielen, Zwecken und Gründen)" (Bateman 2020 zit. n. Brockmann et al. 2022, S.7). Es geht also darum selbst eine Vorstellung von dem zu generieren, was gerade in der Innenwelt des anderen vorgeht. Dieses Bemühen zu mentalisieren benötigt ein möglichst klares Gewahrsein für die eigenen inneren Vorgänge und mentalen Zustände, um – *in Differenz* dazu – die mentalen Zustände seines Gegenübers lesen zu können. Jeder Arzt muss, um erfolgreich zu sein, in der einen oder anderen Weise auf diese Fähigkeit zu mentalisieren zurückgreifen, ob er dieses Konzept kennt oder nicht. Wer es jedoch kennt und sich sogar darin schult, kann es bewusster, umfassender, präziser und gezielter einsetzen. Nach Henningsen (2022) wäre das Konzept des Mentalisierens überhaupt der wichtigste Beitrag, den die psychoanalytische Tradition der Humanmedizin heute zur Verfügung stellt, würde diese nur davon wissen wollen.

5.6.3. Fallbeispiel zur Anwendung psychodynamischen Denkens in der palliativmedizinischen Praxis: Der Fall A oder "das Gefühl der unerfüllten Lebensträume"

In vorliegender Arbeit kann ich die oben genannten Theorien nicht ausführlicher diskutieren und muss hier einiges schuldig bleiben bzw. es beim Hinweis auf weiterführende Literatur belassen. Stattdessen möchte ich abschließend versuchen, die psychodynamische Haltung und das Einbeziehen dieser

Konzepte im palliativen Setting bei Wunsch nach assistiertem Suizid anhand eines Fallbeispiels zu veranschaulichen. Zu Beginn wird der Patient, seine Situation und der Betreuungsrahmen vorgestellt. Im weiteren Verlauf werden Gesprächsszenen aus den einzelnen Sitzungen im Lichte der von mir vorgestellten psychodynamischen Konzepte kommentiert. Dabei wurden die Dialogsequenzen sprachlich geglättet und leicht gekürzt, um die Lesbarkeit zu gewährleisten. Personenbezogene Daten wurden zum Zwecke der Anonymisierung abgeändert.

Herr A (54) leidet seit eineinhalb Jahren an einer inoperablen onkologischen Erkrankung und befindet sich seit kurzem im palliativen Setting; der Zweit- und Drittlinien-Therapieversuch werden von ihm abgelehnt. Aufgrund einer akuten Verschlechterung seines Allgemeinzustandes und tachykarden Vorhofflimmerns war ein stationärer Aufenthalt in der Klinik zum Einstellen des Herzrhythmus nötig. Nach Stabilisierung wird er von der Sozialarbeit des Krankenhauses an das mobile Palliativteam zur weiteren Betreuung angebunden. Herr A ist zu diesem Zeitpunkt noch relativ symptomfrei, kann mit Rollator weitere Gehstrecken bewältigen und ist bei gut eingestelltem Herzrhythmus weitgehend beschwerdefrei. Von Beginn an äußert er, dass er den Weg des assistierten Suizids für sich gewählt hat und diesen verfolgen wird. Er möchte selbst sagen können, "wann Schluss ist", und ein Stadium des "Siechtums" sei für ihn "unvorstellbar". Mit der Artikulation dieses Sterbewunsches trifft er im medizinischen und palliativen Kontext auf vielfältige Barrieren, bekommt wenig valide Information und findet kaum Ansprechpersonen, die offen sind und ihn diesbezüglich ergebnisoffen beraten und aufklären möchten. Der Patient lebt allein in sehr einfachen Verhältnissen und hat viele Ängste, die sich somatisch als besagtes tachykardes Vorhofflimmern niederschlagen.

Bei unserem Erstkontakt in der Palliativambulanz kreisen seine Gedanken und Gesprächsinhalte hauptsächlich um den Ablauf des assistierten Suizids. Er habe noch keine genauen Vorstellungen, finde aber auch niemanden, der ehrlich mit ihm über dieses Thema spreche oder ihm fundierte Informationen und Aufklärung dazu bereitstellt, ohne es zu bewerten. Er erlebe viel Ignoranz und fühlt sich mit diesem Wunsch allein gelassen. Im Gespräch signalisiere ich meine Offenheit und biete ihm zu allen Belangen des AS meine Betreuung und Unterstützung an. So beginnt unser gemeinsamer Weg einer kontinuierlichen palliativen Betreuungsbeziehung auf psychodynamischer Grundlage. Die Termine finden im Rahmen von Hausbesuchen statt. Herr A stabilisiert sich, was ihn davon abrücken lässt, seinen Sterbewunsch zeitnah umzusetzen, er möchte aber weiter mit mir darüber im Gespräch bleiben. In meiner Gegenübertragung habe ich das Gefühl, dass er mehr als nur Information über den Ablauf der Errichtung einer Sterbeverfügung braucht, sondern einen Raum für wertfreien Austausch über alle Aspekte des selbstbestimmten Sterben-wollens und generell: über das Sterben-müssen. Neben den Inhalten der Aufklärung nach § 7 StVfG, die ich wie oben beschrieben nicht als einmaligen "Akt" verstehe, geht es in der ersten Phase unserer Arbeit um die Etablierung einer vertrauensvollen

Arzt-Patient-Beziehung. Nach etwa 2 Monaten kommt es zu einer körperlichen Verschlechterung und höherer Symptomlast. Bei einem unserer Betreuungstermine finde ich einen agitierten, fahigen und unruhigen Patienten vor. Herr A ist im Gespräch kaum fassbar, springt von einem Thema zum anderen, wiederholt sich dabei dauernd, lässt sich sehr schwer führen und nichts scheint ihm zu passen:

Sequenz 1 aus einem palliativen Betreuungsgespräch: "(Noch) Nicht sterben können"

Manifeste Ebene des Gesprochenen	Psychodynamischer Kommentar
<p>Patient: Jetzt ist es dann so weit, wir müssen das jetzt planen...ich kann so nicht mehr, das ist ja kein Leben so. Also wir müssen das jetzt planen.</p> <p>Ärztin: Ich denke nicht, dass jetzt der richtige Zeitpunkt ist, ich empfinde sie als sehr aufgewühlt und durcheinander.</p> <p>P: Woher wollen Sie denn das wissen? Jeder meint immer, er weiß was über mich. Natürlich bin ich aufgewühlt, und kann meine Gedanken nicht ordnen. Da kann man wohl nicht ruhig und gelassen sein, wenn man sein eigenes Sterben plant. Was rede ich da überhaupt, was sind das für Worte und Sätze, das ist alles so skurril</p> <p>Ä: Bevor wir einen Termin fixieren, möchte ich gerne von ihnen wissen, wie sie sich diese Situation denn genau vorstellen, in der sie sterben. Wer soll dabei sein? Wo soll es denn stattfinden? Wo genau werden sie liegen? Was wollen sie anziehen? Haben Sie sich schon Gedanken darüber gemacht?</p> <p>P: Ja, viele, mal ist es so mal ist es so. Und da es so schwer ist zu sagen, wann, will ich am liebsten eine Party feiern. Wir feiern hier und sie kommen dann einfach dazu, legen mir einen Zugang und gehen dann wieder, und ich mache dann den Rest, wenn ich soweit bin, ich kenne mich damit aus. Weil Uhrzeit kann man da doch keine sagen, das wäre ja pervers! Ich hänge es mir dann einfach selber an und dann ist es aus!</p> <p>Ä: Glauben Sie wirklich, dass Sie bereit sind zu sterben, wenn sie noch so viel Lebenshunger haben, um eine Party zu schmeißen?</p> <p>P: Naja, wahrscheinlich nicht.</p> <p>Ä: Eben, darüber bin ich mir nämlich ziemlich sicher und deshalb sage ich ihnen: Es ist jetzt noch nicht der Zeitpunkt gekommen, um einen Termin mit mir festzulegen. Sie sind noch nicht so weit.</p> <p>P: Ja, vielleicht haben Sie ja Recht.</p>	<p><i>Mentalisieren</i> seines inneren Zustandes</p> <p>Der Patient überträgt einen Unmut auf mich. Obwohl er in einem desolaten Geisteszustand ist, versuche sein inneres Chaos zu <i>containen</i> und beginne die Sterbeszene zu explorieren.</p> <p>Als Herr A sich selbst hört, beginnt er zu begreifen, wie unrealistisch das klingt. Der Sterbewunsch ist eindeutig <i>inkonsistent</i>. Ich rege Herrn A an mit mir weiter zu mentalisieren.</p> <p>Ich kann wahrnehmen wie er durch diese Intervention ruhiger wird; in mir war selbst sehr viel Unruhe und innerliches Chaos, aber es war nicht mein Chaos. Auch ich werde ruhiger, der agitierte Affektzustand wurde im Rahmen des <i>Containings</i> moduliert.</p>

Es folgt eine kürzere stationäre Aufnahme auf der Palliativstation; Herr A kann sich in Bezug auf seinen deutlich inkonsistenten Sterbewunsch (der ihn selbst beunruhigt) wieder beruhigen. Wir vereinbaren nun eine wöchentliche Frequenz unserer Betreuungsgespräche, auch weil sich sein körperlicher Zustand sukzessive verschlechtert. Es findet einiges an Biographiearbeit statt. Herr A beginnt seine Begräbnismodalitäten zu planen, berichtet von familiären Unstimmigkeiten, ungeachtet dessen entsteht bei ihm jedoch allmählich eine Gestimmtheit in Richtung Tod. Bei jeder Sitzung thematisiert

er das Problem noch keinen Termin nennen zu können. Bei einem dieser Termine wirkt Herr A sehr geschwächt und auch geknickt, er plagt sich zu essen und zu trinken, kauert am Bettrand und wirkt gequält. Ich spüre, wie sehr er an seinem Leben hängt. Heute empfinde ich ihn zum ersten Mal deutlich gezeichnet und eingeschränkt durch die Erkrankung und trotzdem beginnt er die Stunde so:

Sequenz 2 aus einem palliativen Betreuungsgespräch: "Das Gefühl der unerfüllten Lebensträume"

Manifeste Ebene des Gesprochenen	Psychodynamischer Kommentar
<p>P: Es geht mir so schlecht, aber ich sag's gleich: Ich bin noch nicht bereit! Wenn ich das [die Begräbnis-vorbereitungen] fertig hätte, dann habe ich Angst vor dem Loch, das dann kommt, dann ist nichts mehr zu tun, deshalb mache ich das nicht fertig, aber ich will es fertig machen und auch wieder nicht...weil ich mich nicht mehr auskenne. Da ist das eine (das Leben) und da das andere (die Möglichkeit zu Sterben) und ich bin in der Mitte, was soll ich jetzt tun?"</p> <p>Ä: Ja, das Sterben ist nicht so einfach.</p> <p>P: Ach, nein, das ist es wirklich nicht, das habe ich mir so anders vorgestellt. Nein, das mit dem Termin, das macht mich wirklich fertig. Ich kann das nicht, ich kann da nicht hin...fühlen, und ich kann da nicht mal hindenken. Sollte ich es nicht mehr schaffen die "Anzeige" [Todesanzeigen] zu schreiben, dann werden das dann wohl die anderen machen, es passt mir zwar so nicht, aber es ist halt dann so...aber eigentlich erwarte ich es von mir, und die anderen erwarten es auch von mir, dass ich es selbst mache.</p> <p>Ä: Sie sind enttäuscht über sich selbst, dass sie es nicht machen können, so, wie sie es sich gedacht haben. Für sie ist es Enttäuschung, ich sehe: <i>Entwicklung</i>.</p> <p>P: Jeden Tag in der Früh denke ich: nein, so nicht mehr, das ist alles eine...und was passiert dann? dann sagt irgendwas in mir: Nein, heute noch nicht.</p> <p>Ä: Also entscheiden sie sich jeden Tag für das Leben. Sie schaffen es jeden Tag eine Entscheidung zu treffen.</p> <p>P: Irgendwie ist alles so sinnlos. Und doch: für diese 4 Stunden am Tag, in denen ich Kräfte habe, mache ich weiter, das hätte ich mir nie gedacht. Ich habe das im Radio von Ihnen gehört [Anm.: er bezieht sich auf ein Interview, das ich am Tag zuvor Ö1 gegeben hatte] und mir gedacht: Vielleicht bin ich einer von denen, die es dann gar nicht machen. Bin ich der?</p> <p>Ä: Sie werden es am Ende wissen, welchen Weg sie gehen können, und dann wird es gut sein, so wie es ist.</p>	<p>Ich fühle in meiner Gegenübertragung diese Schwere seiner "unerfüllten Lebensträume". In mir entsteht ein Bild von ihm: Er war jemand der stets viele Lebensträume hatte, sprang von einem zum anderen und konnte sich nichts davon erfüllen oder umsetzen und bevor er die Zermürbung durch die eigene Entscheidungsschwäche zulassen konnte, sprang er an mehreren Stationen seines Lebens schon hinüber zum nächsten Traum. Ähnlich ist es mit dem Wunsch jemand sein zu können, der seinem Leben selbstbestimmt ein Ende setzen kann, weil er es will. Aber je näher der Zeitpunkt kommt, fühlbar durch die körperliche Verschlechterung, desto mehr spürt er, dass er nicht derjenige ist, der diesen Schritt vermag. Selbst diesen "Traum" ist er nicht in der Lage umzusetzen und darüber ist er unendlich enttäuscht. Diese Enttäuschung erfüllt in diesem Moment den ganzen Raum.</p> <p>Ich sehe ein Ringen um Individuation am Lebensende und fokussiere in meiner folgenden Intervention darauf. Herr A scheint sich daraufhin körperlich zu entspannen. Er wirkt erleichtert.</p> <p>Entscheidungen zu treffen, oder sie eben nicht zu treffen, ist einer der zentralen biographischen Konflikte von Herrn A.</p> <p>Der Patient beginnt seine Individuation anzuerkennen.</p>

Der Zustand von Herrn A verschlechtert sich zusehends. Es wird wieder eine stationäre Aufnahme auf der Palliativstation nötig. Er hält telefonisch Kontakt zu mir und berichtet, dass er "immer noch nicht so weit" sei, einen Termin zu bestimmen. Wir vereinbaren eine Sitzung. Herr A ist in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, nahezu bettlägerig:

Sequenz 3 aus einem palliativen Betreuungsgespräch: "Finalität"

Manifeste Ebene des Gesprochenen	Psychodynamischer Kommentar
<p>P: Ja, so ist das nun.</p> <p>Ä: Wie fühlen Sie sich jetzt?</p> <p>P: Es ist gut so wie es ist. Ich bin im Frieden. Ich will immer noch nicht sterben, aber ich werde es wohl müssen. So ist das halt.</p> <p>Ä: Hm, ja, so ist das. Es ist wohl nun alles anders gekommen. Wie geht es ihnen damit? Würden sie sagen, sie haben sich damit versöhnt?</p> <p>P: Ja, das habe ich. Und Sie haben mir dabei geholfen. Ach das mit dem Termin, wer kann denn schon sowas? Na, ich kann es jedenfalls nicht. Aber was ist, wenn ich in die totale Atemnot komme, ich habe Angst, immer noch große Angst, dass es schrecklich wird und ich schrecklich bin und es nicht aufhört.</p> <p>Ä: Sie sind jetzt so ruhig und im Frieden mit sich, ich kann das fühlen. Was sagt ihnen denn ihr Gefühl, wenn Sie in sich hineinhören, wie es werden wird?</p> <p>P: Dass es gut sein wird.</p> <p>Ä: Dann wird es das auch. Aber eben anders, als Sie es anfänglich gedacht haben...Ich bin ein paar Tage nicht da, ich muss beruflich verreisen.</p> <p>P: Was?! Und was ist, wenn ich Sie noch brauche? Kann ich dann die Frau Doktor P anrufen?</p> <p>Ä: Ja, das können Sie. Aber Sie werden sie dafür nicht brauchen.</p> <p>P: Na eh, aber sicher ist sicher.</p>	<p>Ich nehme einen sehr ruhigen und gefassten Patienten wahr.</p> <p>Ich rege ihn zum Mentalisieren an.</p> <p>Hier sind eine starke Übertragung bzw. Aktivierung des Bindungssystems sichtbar, weil eine Trennung von mir droht und damit ein kurzes Aufkeimen seiner Ambivalenz.</p>

In dieser Nacht verstirbt der Patient ruhig. Mit diesem Fallbericht möchte ich aufzeigen, wie wichtig (und suizidpräventiv) die echte *Ergebnisoffenheit* des Arztes im Rahmen einer Betreuungsbeziehung mit assistiertem Suizidwunsch ist (denn allzu oft ist diese ein reines Lippenbekenntnis). Für mich persönlich hat das Wort "ergebnisoffen" hier einen sehr hohen Stellenwert und bedeutet die Akzeptanz genau desjenigen Ergebnisses, zu dem der Patient im Laufe des interpersonellen Betreuungsprozesses kommt, ungeachtet meiner eigenen Vorstellungen und Weltanschauungen. Es wird deutlich, dass ein Wunsch nach assistiertem Suizid nicht in jedem Fall ein "gutes Sterben" für eine Person bedingt, auch wenn sie dies zunächst vielleicht über sich selbst denkt. Das tut es ebenso wenig, wie ein Sterben zu einem nicht selbstgewählten Zeitpunkt. Dieses Beispiel soll auch den Weg der Individuation am Lebensende veranschaulichen sowie die Funktion *der zum Sterben aufklärenden Ärztin* als Seelenführerin. Ich kann zu Beginn einer Betreuungsbeziehung nie sagen, wie es letztlich ausgehen wird. Aber ich kann mich als Gegenüber zur Verfügung stellen und mit jedem Schritt, den der Patient geht, mitgehen, mitwachsen und lernen und auf diese Weise einem anderen Beihilfe leisten, der zu werden, der er ist.

6 Schlussbemerkung

Zum Sterben aufklären ist der bewusst mehrdeutige Titel vorliegender Thesis. Es dürfte deutlich geworden sein, dass die hier verhandelte "Aufklärung" für mich nicht nur einen formalrechtlichen Verfahrensschritt nach § 7 StVfG bildet. Aufklärung impliziert beim assistierten Suizid für mich gleich mehreres; vorwiegend geht es mir um einen Prozess des umfassenden *Verstehens* von Sterbewünschen, die immer eine tiefere Dimension haben, als es auf den ersten Blick scheint. Aufklärung im Sinne der Psychoanalyse bedeutet eine Bewusstwerdung des Subjekts über das (eigene) Unbewusste. Dazu gehört auch die Aufklärung über unbewusste Verstrickungen mit anderen, d.h. das Unbewusste in der Arzt-Patient-Beziehung. Aufklärung hat ideengeschichtlich selbstverständlich auch eine innige Nähe zur Idee der Bildung und des Humanismus, hier vor allem im Sinne von: Bildung und Entwicklung des Subjekts (Individuation) am Lebensende und damit zusammenhängend: Herausbildung einer neuen Sterbekultur. *Zum Sterben aufklären* spielt auch auf die Tradition der europäischen Aufklärung an, die auch heute noch gegen starre religiöse Weltanschauungen und ideologischen Dogmatismus steht. Letztlich adressiert mein Titel einen (medizinethischen, palliativen und gesellschaftlichen) Diskurs, der mir in Sachen assistierter Suizid *immer noch sehr unaufgeklärt* scheint.

Zum Sterben Aufklären betrifft am Ende also vor allem mein eigenes Fach: die (Palliativ-)Medizin, die sich über ihre Motive und Widerstände beim terminisierten Sterben noch selbst aufklären muss. Warum bewerten wir die sectio caesarea, also das terminisierte "ins-Leben-Kommen" moralisch so fundamental anders als das terminisierte "aus-dem-Leben-Gehen"? Ich habe keine zufriedenstellende Antwort darauf gefunden. Die Parallele von Geburt und Tod liegt nicht nur aufgrund des zäsurhaften Charakters beider Ereignisse auf der Hand; die Idee eines Geburtshelfers oder einer Hebamme hat in der Entwicklungsphase des Sterbens ihr Analogon in der mythischen Figur eines Seelenführers. Die Kulturgeschichte des Sterbens zeigt, "dass das Bedürfnis nach Sicherheit, Begleitung und Anwesenheit am Lebensende ein Menschheitsmotiv ist [...] und weitgehend kulturunabhängig ist" (Vogel 2023, S.30). Eine modern gedachte Seelenführerschaft *und* Freitodbegleitung könnte von der Palliativmedizin übernommen werden, wenn sie bereit ist, Konzepte dafür zu entwickeln, wie derartige Begleitungen heute professionell umgesetzt werden können. Danach sieht es nicht aus. Den hier vorgestellten psychodynamischen Ansatz sehe ich jedenfalls im Dienst einer medizinethischen Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Betreuung von Patienten, die ihr Lebensende persönlich und individuell gestalten wollen. Im Rahmen meiner essayistischen Überlegungen konnte ich dazu nur erste Schritte skizzieren.

Für mich ist alles in dieser Masterarbeit Beschriebene und Gedachte nicht nur Teil einer theoretischen Debatte, da ich mich vor allem anderen der palliativmedizinischen Praxis und meinen Patienten verpflichtet sehe, denen ich diese Arbeit widmen möchte.

7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Entwurf einer Infografik zu den 4 Verfahrensschritten	28
Tab. 1	Einige klinische Charakteristika konsistenter und nicht-konsistenter Sterbewünsche	50
Tab. 2	Gegenübertragungsgefühle der Ärztin bei konsistenten und nicht-konsistenten Sterbewünschen	54

8 Literaturverzeichnis

- Adorno, T.W. (2003): Der Essay als Form. In: Ders., Noten zur Literatur, Gesammelte Schriften 11. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 9-33.
- Aulberg E., Radbruch L., Nauck F., (2007): Grundlagen der Palliativmedizin. In: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer. 1-138.
- Bauriedl, T. (1999): Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Berthold, D., Müller, H., Stingl, M., Dumitrascu, R., Sibelius, U. (2022). Akzeptanz und Mitgefühl. Den Umgang mit dem Unveränderlichen. *Spiritual Care*, 11(2), 129-137.
- Bettighofer, S. (2016): Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bielefeldt, H. (2022): Ein verengter und entleerter Autonomiebegriff. In: Teising, M., Küchenhoff, J. (Hrsg.): Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid. Gießen: Psychosozial-Verlag, 23-38.
- Birnbacher, D. (2017): Tod. Berlin: de Gruyter.
- Birnbacher, D. (1995): Tun und Unterlassen. Stuttgart: Reclam.
- Boothe, B., Frick, E. (2017): Spiritual Care. Über das Leben und Sterben. Zürich: Orell Füssli.
- Borchers, D. Czaniera, U. (2005): Wenn Prinzipien nicht weiterhelfen : Argumentationsmuster als Nothelfer in moralischen Sonderfällen. In: Rauprich, O., Steger, F. (Hrsg.): Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis. Frankfurt am Main: Campus, 439-464.
- Brockmann, J., Kirsch, H., Taubner, S. (2022): Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692.
- Crepaldi, G. (2018): Containing. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Epikur (1973): Philosophie der Freude. Eine Auswahl aus seinen Schriften. Stuttgart: Kröner.
- Freud, S. (1915): Zeitgemäßes über Krieg und Tod. GW XV, 264-303.
- Frick, E. (2009): Spiritual Care und Analytische Psychologie. *Jung-Journal*, 12(22), 61-64.
- Frick, E. (2020) Unterwegs zum Facharzt für Spirituelle Medizin? Entwurf eines medizinisch-therapeutischen Spiritual Care-Modells zwischen Professionalisierung und Deprofessionalisierung. *Spiritual Care*, 9, 137-147.
- Grieser, J. (2023): Über den Tod sprechen. *Forum Psychoanal*, 39, 189–203.
- Gronemeyer, R. (2023): Hospizarbeit in Deutschland – Sterbende begleiten, den Tod sichtbar machen. SWR Wissen. Verfügbar unter: <https://www.swr.de/swrkultur/wissen/hospizarbeit-in-deutschland-sterbende-begleiten-den-tod-sichtbar-machen-102.html> (Stand: 11-9-2024).
- Halmich, M., Klein, A. (2023): Selbstbestimmtes Sterben. Wien: Educa.
- Henningsen, P. (2022): Moderne Psychoanalyse und biopsychosoziale Medizin von heute – (wie) passt das zusammen? *Gruppenpsychother Gruppensdynamik*, 58, 245-252.
- Hierdeis, H. Scherer, M. (Hrsg.) (2018): Psychoanalyse und Medizin. Göttingen: V&R.
- Hildt, E. (2005): Vom Miteinander und Gegeneinander der Beauchamp-Childress-Prinzipien. In: Rauprich, O., Steger, F. (Hrsg.): Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis. Frankfurt am Main: Campus, 315-338.

- Illich, I. (2022): Die Nemesis der Medizin. München: C.H. Beck.
- Jakobs, G. (1998): Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem. Vortrag an der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. München 2.2.1998.
- Jung, C.G. (1945): Analytische Psychologie und Erziehung. GW Bd.17. Olten: Walter
- Jung, C.G. (1930): Die Lebenswende. In *Gesammelte Werke* (Bd.8, §749-795). Soloturn: Walter.
- Jung, C.G. (1933): Die Bedeutung der Psychologie für die Gegenwart. GW Bd. 10. Olten: Walter.
- Kahnemann, D. (2016): Schnelles Denken, langsames Denken. München: Siedler.
- Kast, V. (2022): Die Tiefenpsychologie nach C.G. Jung. Ostfildern: Patmos.
- Kaneider, C., Crepaldi, G. (2024): Psychodynamisches Verstehen assistierter Suizidwünsche im palliativen Setting. *Z Palliativmed*, 25, 127–133.
- Knipping, C. (Hrsg.) (2006): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber.
- Küchenhoff, J. (2022): Unaushaltbarkeit – Wer misst das Maß des Leidens. In: Teising, M., Küchenhoff, J. (Hrsg.): Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid, 39-56.
- Marckmann, G. (Hrsg.) (2022): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: MWV.
- Maio, G. (2017): Mittelpunkt Mensch. Stuttgart: Schattauer.
- Maio, G. (2020): Über die heilende Kraft des echten Gesprächs. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 52, 30–34
- Maio, G. (2023): Ethik der Sorge am Lebensende. *Public Health Forum*, 31(1) 35–37.
- Maio, G. (2024): Ethik der Verletzlichkeit. München: Herder.
- Metzger, G.U. (2023): A shelter from the abyss: exploring Cicely Saunders' vision of hospice care through the concept of worldview. *Palliat Care Soc Pract*, online first 2023.
- M'Uzan, M. (1977): Die Arbeit am Übergang. In ders.: Depersonalisation und Kreativität. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Münchener Erklärung (2024): D-A-CH Forum "Suizidprävention und assistierter Suizid. Verfügbar unter: <https://www.d-a-ch-forum.org> (Stand: 11-9-2024).
- OPG (2022): Österreichische Palliativgesellschaft. Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid. Langfassung, Living Document (Stand 25.1.2022).
- Petersen, Y., Köhler, L. (2005): Die Bindungstheorie als Basis psychotherapeutischer Interventionen in der Terminalphase. *Forum Psychoanal*, 21, 277–292.
- Pleschberger, S. (2006): Die historische Entwicklung der Hospizarbeit und Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 24-47.
- Rauprich, O. (2005): Prinzipienethik in der Biomedizin – Zur Einführung. In: Rauprich, O., Steger, F. (Hrsg.): Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis. Frankfurt am Main: Campus, 11-45.
- Rixen, S. (2022): Rechtliche Anforderungen an die Arzt-Patient-Interaktion. In: Marckmann, G. (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: MWV.
- Rudolf, G. (2019): Psychodynamisch Denken – Tiefenpsychologisch handeln. Stuttgart: Schattauer.
- Ruelff, D. (2006): Sterben und Selbstbestimmung. *Vorgänge*, 175(3). Verfügbar unter: <https://www.hsozkult.de/journal/id/z6ann-101888?title=vorgaenge-175-45-2006-3> (Stand 5-09-2024)
- S3LL (2020): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2 – September 2020. AWMF-Registernummer: 128/001OL.
- Seneca L. Annaeus (1965): Briefe an Lucilius. Hrsg. von Ernst Glaser-Gerhard, Band 1. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schöne-Seifert, B. (2020): Beim Sterben helfen – dürfen wir das? Berlin: Metzler.
- Schöpf, A. (2015): Kultiviert Sterben. Innsbruck: Limbus Verlag.
- Simon, A. (2022): Patientenautonomie und informed consent. In: Marckmann, G. (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: MWV.
- Steffen-Bürgi, B (2006): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber. 30-38.
- van den Daele, W. (2006): Selbstbestimmung am Lebensende. Der Konsens der Eliten und die Meinung der Bevölkerung. *Vorgänge* 175(2), 81–86

- Vogel, R., Frick, E. (Hrsg.) (2017): Den Abschied vom Leben verstehen. Psychoanalyse und Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer.
- Vogel, R. (2015): Der Tod ist groß, wir sind die seinen. Ostfildern: Patmos.
- Vogel, R. (2023): Psychodynamische Psychotherapie am Lebensende. Göttingen: Hochgrefe.
- Vogel, R. (2022): Todesthemen in der Psychotherapie. Göttingen: Hochgrefe.
- Vogel, R. (2017): Individuation und Wandlung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wallner, J. (2018): Rechtethik in der Medizin. Wien: Manz.
- Wetz, F.J. (1998): Die Würde des Menschen ist antastbar. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wiesemann, C., Simon, A. (Hrsg.) (2013): Patientenautonomie. Paderborn: Mentis.
- Winnicott, D. (1998): Die Menschliche Natur. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zimmermann-Acklin, M. (2009): Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid. Zeitschrift für *Medizinische Ethik* 55(3), 221-233.

Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die vorliegende Masterarbeit ist mit dem elektronisch übermittelten Textdokument identisch.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Dr. Christina Kaneider