

Karen Nestor

Wunsch nach assistiertem Suizid? Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen

Desire for Assisted Suicide? On the Challenge of Standing on the Side of Life

Zusammenfassung

Der Umgang mit Wunsch nach assistiertem Suizid ist ein Thema, das sich Angehörigen der Gesundheitsberufe in zunehmendem Maße stellt. Im Artikel werden einführend zentrale Aussagen der Suizidforschung dargestellt. Im Zentrum steht die Gesprächsbeziehung mit ihrer herausragenden Bedeutung sowohl für die Evaluation der Nöte und Motive beim Wunsch nach assistiertem Suizid als auch als therapeutisches Moment. Auf die besonderen Anforderungen an den Helfenden wird ebenso eingegangen, wie auf die Bedeutung des „Instruments“ der Beziehungsfähigkeit, besonders anspruchsvolle Gesprächssituationen und die gesellschaftliche Dimension der Fragestellung.

Schlüsselwörter: assistierter Suizid, Palliative Care, Gesprächsbeziehung, *Conditio Humana*, unerträgliches Leid

Abstract

Dealing with the wish for assisted suicide is an issue that increasingly confronts health professionals. In the article, key statements from research on suicide are presented as an introduction. The focus is on therapeutic assessment with its outstanding importance both for the evaluation of the needs and motives behind the wish for assisted suicide and as a therapeutic moment. The unique demands on helping professionals are discussed, as well as the importance of interpersonal skills, particularly in challenging conversational situations, and the social dimension of the question.

Keywords: assisted suicide, palliative care, therapeutic assessment, *conditio humana*, unbearable suffering

OA Dr. Karen Nestor
Fachärztin für Innere Medizin und Onkologie mit
interdisziplinärem Schwerpunkt Palliativmedizin
Kantonsspital St. Gallen
Klinik für Medizinische Onkologie & Hämatologie
Rorschacherstrasse 95, CH-9007 St. Gallen
karen.nestor@kssg.ch

„Der Mensch soll um der
Güte und Liebe willen dem Tode
keine Herrschaft einräumen
über seine Gedanken.“⁴¹

Sterben, Tod und Lebensende sind Themen, mit denen sich die Palliative Care beschäftigt. Richtung und Ziel der Palliative Care sind dabei Förderung von Lebensfreude und Lebensbejahung, Sinnfindung und Würde. Wenn sich dieser Artikel mit Todes-, Sterbe- und Suizidwünschen beschäftigt, dann geschieht das immer in Ausrichtung auf dieses Ziel hin und auf der Grundlage der Definition der EAPC (European Association for Palliative Care): „Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod hin zu erhalten.“⁴²

Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung, sah sich bereits Ende der 1950er Jahre mit dem Problem der ‚Euthanasie‘ konfrontiert. Sie betonte, dass mit der Ablehnung der Euthanasie gerade nicht das Leiden der Menschen negiert werde, sondern dass damit vielmehr die Pflicht einhergehe, zur Linderung dieses Leidens beizutragen.³ Ähnlich äußerte sich Erwin Ringel, der Wegbereiter der Suizidforschung, wenn er festhält, dass eine Suizidverhütung armselig wäre, wenn sie sich allein darauf beschränken würde, den Kranken daran zu hindern, dass er sich umbringt. Die Legitimation der Suizidprophylaxe bestehe hingegen darin, dass es gelingen könne, das Gefühl zurückzugewinnen, dass das Leben lebenswert sei.⁴

Todes- und Sterbewünsche im Kontext einer lebensbedrohlichen Krankheit können viele Schattierungen haben: von einer Akzeptanz des baldigen Versterbens über den Wunsch nach Beginn des Sterbeprozesses bis hin zur akuten Suizidalität.⁵ Da in der derzeitigen Diskussion in den deutschsprachigen Ländern die Frage des Umgangs mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid im Vordergrund steht, soll dieses Thema im Zentrum des Artikels stehen.

Erkenntnisse der Suizidforschung

Die Diskussion um den assistierten Suizid hat ihren Ursprung nicht in der Palliative Care. Gleichwohl ist sie heute Teil des Alltags der in der Palliative Care Tätigen und erfordert eine vertiefte Auseinandersetzung. Der große Wissens- und Erfahrungsschatz aus Psychiatrie und Psychologie kann urbar gemacht werden für diese Auseinandersetzung mit dem assistierten Suizid im Kontext der Palliative Care.

Ringel fasste in den 1950er Jahren erstmals die Gemeinsamkeiten des psychischen Zustandsbildes vor einem Suizid als *präsuizidales Syndrom* zusammen. Hierbei definierte er drei ‚Bausteine‘, aus denen sich dieser Zustand zusammensetzt: die *Einengung*, die *gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression* und die *Suizidphantasien*.⁶

Die *Einengung* steht am Anfang einer suizidalen Entwicklung und bezeichnet einen Zustand, in dem der mit einer schwierigen Situation konfrontierte Mensch diese als überwältigend und erdrückend erlebt, sich ohnmächtig und ausgeliefert vorkommt. Seine emotionale Wahrnehmung engt sich immer mehr auf das Gefühl ein, sein Leben nicht mehr gestalten zu können. Er empfindet, in der Welt und für die Mitmenschen keine positive Bedeutung mehr zu haben. Die Diagnose oder das Fortschreiten einer unheilbaren Krankheit führen nicht selten zu einer – glücklicherweise oft vorübergehenden – *Einengung*.⁷

Die *gegen die eigene Person gerichtete Aggression* ist beim Wunsch nach assistiertem Suizid manchmal nicht auf den ersten Blick erkennbar. Beim genaueren Hinsehen verbirgt sich aber hinter emotional hoch aufgeladenen Äußerungen wie „Ich bin ja nichts mehr wert“, „Ich bin nur noch eine Last“, „Ich bin ja nur noch ein Fleischklumpen“ durchaus eine Abwertung der eigenen Person, die meist nichts zu tun hat mit der realen Wertschätzung durch die Mitmenschen.⁸

Suizidphantasien können sich im Verlauf einstellen als Flucht in eine Scheinwelt und gehen einher mit gesteigerter Mutlosigkeit, durch die

die Gestaltung der realen Welt aufgegeben wird. Je konkreter die Phantasien dann in konkrete Pläne für eine Selbsttötung übergehen, desto grösser wird die Suizidgefahr.⁹ In Bezug auf den assistierten Suizid können Suizidpläne gefördert werden durch Rollenmodelle z. B. aus Filmen oder Sozialen Medien.

Aus der Suizidforschung stammen auch klare Erkenntnisse über den *Werther-Effekt*,¹⁰ also die soziale Ansteckung von realem und fiktivem Suizidverhalten, welches sich für Menschen in einer Einengung wie ein ‚Notausgang‘ darstellen kann. Zu einer Identifikation mit dem Modell und zur Nachahmung kommt es umso eher, je genauer und emotional aufgeladener das Modell Situationen darstellt und je ähnlicher diese der Lebenswirklichkeit von Menschen in einer Einengung ist. Aus diesen Erkenntnissen resultierten zahlreiche Empfehlungen für die Medienberichterstattung (z. B. der WHO¹¹). Diese werden aber insbesondere im Hinblick auf den assistierten Suizid immer mehr konterkariert, da durch zahlreiche (Spiel)filme und andere Medienprodukte mittlerweile Rollenmodelle geschaffen wurden, mit denen sich Menschen im Zustand der Einengung identifizieren können. ‚Angebote‘ für assistierten Suizid, wie sie von Sterbehilfeorganisationen gemacht werden, senken zusätzlich die Hemmschwelle gegenüber einem Suizid.

Suizidalität kann nicht nur bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung auftreten, sondern auch in *Krisensituationen*, wie Wolfersdorf et al. herausarbeiten: auch bislang psychisch Gesunde können unter bestimmten Umständen in eine Krise mit Suizidalität geraten, wenn zu einem in der Lebensgeschichte entstandenen selbstdestruktiven Stil der Krisenbewältigung zusätzlich Hoffnungslosigkeit oder Modelle in der Peergroup bzw. in Gesellschaft und Kultur hinzutreten und schließlich ein belastendes Lebensereignis als Auslöser das „Fass zum Überlaufen“ bringt.¹²

So kann z. B. ein gesellschaftlicher Zeitgeist, der kranke, alte oder in der Leistungsfähigkeit

eingeschränkte Menschen abwertet und den assistierten Suizid zum probaten Mittel erklärt, zur Suizidalität von Menschen beitragen, wenn diese durch ein Lebensereignis wie die Diagnose einer schweren Erkrankung oder den Tod eines nahen Menschen aus dem seelischen Gleichgewicht geworfen werden.

Die Bedeutung des Gesprächs bei Wunsch nach assistiertem Suizid

Äußert ein Mensch im Gespräch den Wunsch nach assistiertem Suizid, gilt es herauszufinden, was er damit zum Ausdruck bringen möchte. Es geht um die Erkundung der hinter diesem Wunsch stehenden Psychodynamik.

In aller Regel bringen Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid zum Ausdruck, dass sie in einer kritischen Lebenssituation sind: Sie möchten so nicht mehr leben! Die Aufgabe, die sich dem Helfenden stellt, dem diese Not anvertraut wird, besteht zunächst darin, im Gespräch mit dem Betroffenen einfühlsam zu erforschen, worin genau diese Not besteht. Dies ist nur im vertrauensvollen Gespräch möglich, wie schon Ringel festhielt: Nie werde sich jemand über die Suizidgefahr, die bei einem Mitmenschen besteht, wirklich schlüssig werden können, wenn er nicht bereit sei, demjenigen, der in solch einem dynamischen Prozess steht, in einer dynamischen Interaktion entgegenzukommen.¹³ Die in diesem Gespräch entstehende Vertrauensbeziehung kann bereits im anamnestischen Gespräch eine erste therapeutische Wirkung entfalten. Sie kann nie durch Fragebögen ersetzt werden.

Die innere Haltung des Helfenden ist dabei von großer Bedeutung: Er sollte die ruhige Zuversicht ausstrahlen, dass es für die dem Suizidwunsch zu Grunde liegende Not eine Lösung im Leben gibt – auch wenn zunächst weder der Betroffene noch der Helfende wissen, worin diese Lösung bestehen könnte. Aus der ruhigen Zuversicht des Helfenden kann der kranke Mensch neue Hoffnung schöpfen, zunächst als ein „Sich-offenhalten für eine Erfül-

lung, von der man nicht nur die Stunde, sondern auch die Gestalt nicht kennt“, wie Josef Pieper es formulierte.¹⁴ Bildlich gesprochen gilt es, „den Vogel singen zu hören, bevor er aus dem Ei geschlüpft ist“.

Der wohl größte Fehler, den man als Helfer in so einem Gespräch machen kann, ist es, den Wunsch nach assistiertem Suizid als Auftrag zu verstehen, organisatorische Maßnahmen zu ergreifen, um diesen assistierten Suizid zu ermöglichen. Damit würde nicht nur das Gesprächsangebot zurückgewiesen, welches der Mensch in Not durch die Äußerung seines Wunsches macht, sondern es blieben auch die Erlebnisse, Emotionen und Motive verborgen, die zu der Entwicklung geführt haben, deren (vorläufiger) Endpunkt der Wunsch nach assistiertem Suizid ist.

Für Menschen, die dem assistierten Suizid kritisch gegenüberstehen, besteht eine besondere Herausforderung im Gespräch darin, dass sie häufig innerlich emotional einen Schritt zurücktreten, weil sie nicht bereit sind, dem Wunsch nach assistiertem Suizid nachzukommen. Dieser emotionale ‚Schritt zurück‘ wird in der Regel von Menschen in Not als menschliche Distanzierung wahrgenommen. Dadurch wird aber die bestehende Einengung des Suizidalen gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen bestätigt und negativ verstärkt, obwohl der Helfende dies gar nicht beabsichtigt hat. Der Mensch mit Wunsch nach assistiertem Suizid braucht aber gerade einen helfenden Menschen, der nicht emotional distanziert wirkt, sondern ihm innerlich nahekommt, ihn emotional ‚berührt‘ und hält und ihm dadurch hilft, die Einengung in den zwischenmenschlichen Beziehungen zu durchbrechen.

Ringel hob heraus, dass in einer Situation, in der für den Suizidalen alle anderen nur Abwesenheit bedeuteten, die wichtigste Verpflichtung des Helfers darin bestehe, mit all seinen Kräften als Mensch emotional anwesend zu sein.¹⁵ Diese Präsenz in der Beziehung kann dann gelingen, wenn man den Wunsch nach assistiertem Suizid als ein Symptom innerer Not versteht, ihn weder tabui-

siert noch verherrlicht. Für diese innere Not kann und sollte sich der Helfende ohne jede Distanz interessieren, damit er dem Menschen in Not nahekommen und nahebleiben kann.

Wann tritt Suizidalität bei somatisch kranken Menschen auf?

Die Nachricht von der Diagnose einer schweren Erkrankung oder deren Fortschreiten stellt wohl für jeden Menschen eine existentielle Erschütterung dar. Wenn sich Menschen in so einer Situation mit Herausforderungen des Lebens konfrontiert sehen, denen sie sich vielleicht (noch) nicht gewachsen fühlen, kann der Gedanke an (assistierten) Suizid zunächst ein Gefühl der Erleichterung auslösen und sich als vermeintlicher ‚Notausgang‘ darstellen. Oft stehen in diesen Situationen Angst vor Abhängigkeit oder Kontrollverlust im Vordergrund, die sich der Betroffene in der bestehenden Einengung – quasi im zwischenmenschlichen Vakuum – negativ ausmalt. Wenn er später konkrete Menschen kennenlernt, die für seine Pflege da sind, löst sich diese Angst häufig auf, wenn er erfahren kann, dass eine Pflege in menschlicher Zugewandtheit und Würde möglich ist.

Es ist wesentlich zu wissen, dass eine Einengung oder Verzweiflung nie statisch ist, sondern sich verändern kann, wenn der Betroffene Menschen begegnet, die seine Verzweiflung durchbrechen, in ihm neue Hoffnung wecken und mit ihm Perspektiven entwickeln. Es gehe vor allem darum, durch ein gutes, tragfähiges Arzt-Patient-Verhältnis die Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen zu durchbrechen, schreibt Ringel, erfahrungsgemäß verliere man einen suizidalen Patienten in jenem Moment nicht mehr, in dem eine solche Beziehung aufgebaut sei.¹⁶

Auch wenn der Betroffene die Tatsache seiner Erkrankung nicht ändern kann, hat er doch die Freiheit, sich zu seiner Erkrankung auf die eine oder andere Art zu positionieren. Diese Freiheit erschließt sich dem Kranken dann, wenn Hoffnung an die Stelle der Resignation tritt. Giovanni Maio

schreibt, ein Hoffender vertraue darauf, dass er die innere Stärke haben werde, sich in seiner Weise zu den Dingen, die unvorhersehbar sind, zu verhalten und durch diese innere Haltung nicht an ihnen zu zerbrechen. Hoffen impliziere die Fähigkeit, sich in Zuversicht auf die Zukunft einzulassen, und davon überzeugt zu sein, dass – egal, was die Zukunft bringe – es zu bewältigen sein werde. Tiefe Hoffnung sei nicht die Hoffnung auf etwas Konkretes, sondern die Hoffnung auf die Bewältigbarkeit der noch grundlegend offenen Zukunft.¹⁷

Wenn der kranke Mensch – getragen von Hoffnung – beginnt, die Krankheit als Frage zu sehen, die das Leben ihm stellt, kann er sich überlegen, wie er auf diese Frage antworten, wie er diese Aufgabe bewältigen möchte. Je mehr Schritt für Schritt eine Sicherheit entsteht, die neue Lebenssituation bewältigen zu können und Menschen an der Seite zu haben, die einen dabei unterstützen, desto unbedeutender wird der ‚Notausgang‘ assistierter Suizid.

Auch wenn ein Leben dem Ende zugeht, kann Wichtiges gestaltet und Gutes erlebt werden. Jedes Leben ist wertvoll und unersetzlich. Oft besinnen sich Menschen gerade angesichts ihrer Endlichkeit auf das, was ihnen wichtig ist, geben sich tiefer in Beziehungen ein und gestalten diese bewusster. Dadurch kann sogar der Zeitbegriff relativ werden, so dass die letzten Lebensmonate kranken Menschen und ihren Angehörigen oft als ein längerer Zeitraum erscheinen als viele Jahre zuvor, gerade durch ihre zwischenmenschliche Intensität.

Wege zu einem gelingenden Dialog

Ringel formulierte als zentrale Grundvoraussetzung für den Dialog mit verzweifelten Menschen, „die Bereitschaft, die Not des Mitmenschen anzunehmen. Nur dort, wo ein Recht besteht, die eigene Depression zu zeigen – wo Unglücklichsein weder eine Schande noch eine Stigmatisierung, noch eine unerwünschte Störung bedeutet –, werden es Menschen wagen, dieses Unglück auch zu bekennen, und damit anderen die Möglichkeit geben, alles zu tun, um ihr Scheitern zu verhindern.“¹⁸

Die Bereitschaft im Helfer, offen zu sein für die Not des Mitmenschen, wird gefördert durch die Einsicht in die *conditio humana*: Menschen sind als soziale Wesen aufeinander angewiesen und bedürfen der gegenseitigen Hilfe. Dabei sind Not und Hilfe einander zugeordnet und aufeinander bezogen als eine Einheit von Wirken und Leiden, als Grundgestalt menschlichen Daseins.¹⁹ Immer werden Menschen im Laufe eines Lebens sowohl auf Hilfe angewiesen sein als auch Hilfe geben. Weder ist dabei der Helfende überlegen noch der Mensch in Not unterlegen. Denn das Überwinden von Schwächen, Unfähigkeiten und Leiden ist, wie Moritz Nestor schreibt, ihr gemeinsames Schicksal als Menschen.²⁰

Wenn der Helfende dem Menschen in Not mit dieser Gewissheit begegnet, wird er sich ‚auf Augenhöhe‘ und empathisch in dessen Lage hineinendenken und -fühlen können, so dass ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau möglich wird. Dies ist unverzichtbar für die Wiederbelebung von Hoffnung: „Um hoffen zu können“, so Maio, „braucht der Mensch das Gefühl, dass da jemand ist, der an ihn glaubt. Hoffnung ist daher ein durch und durch dialogischer Prozess. Ohne das Bewusstsein eines Mitmenschen, der an einen glaubt, ohne die Erfahrung eines Gegenübers ist Hoffnung schwer möglich.“²¹

Der Mensch mit Suizidwunsch kann im Gespräch die hinter seinem Wunsch stehenden Nöte und Gedanken mitteilen und in den geschützten Raum der Beziehung einbringen. Oftmals beginnt er selber erst beim Erzählen, seine Gedanken und Motive wahrzunehmen: Was sich in der Einengung als ohnmächtiges Gefühl unerträglichen Leids dargestellt hatte, kann in der vertrauensvollen Beziehung seinen Schrecken verlieren und genauer betrachtet werden. Gleichzeitig wächst die Gewissheit, nicht allein zu sein auf seinem schwierigen Weg. Bei vielen Menschen verblasst der Wunsch nach assistiertem Suizid bereits nach wenigen Gesprächen, wenn sie sich angenommen und verstanden fühlen. Bei manchen flammt das Ohnmachts-

gefühl bei neuen Schwierigkeiten wieder auf, so dass eine erneute Intensivierung des Gesprächs nötig wird. Andere Menschen stehen in für sie schwierig zu gestaltenden Beziehungen und empfinden Entlastung, indem sie die Angehörigen, mit denen ein Konflikt besteht, mit ins Gespräch bringen können. Wieder andere fühlen sich erst erfasst, wenn man ihre Überzeugung, „nichts mehr wert“ zu sein hinterfragt und sich über diese „Unmenschlichkeit wider sich selbst“ empört.

Die Vielfalt der Gedanken und Motive, die hinter einem Wunsch nach assistiertem Suizid steht, ist so vielfältig wie die Menschheit. Sie gemeinsam mit dem betroffenen Menschen zu ergründen, zu verstehen und zu hinterfragen, ist eine interessante Herausforderung, bei der der Weg gleichsam das Ziel ist: je mehr der einzelne sich selber versteht und sich gleichzeitig in der Beziehung zum Helfenden angenommen und verstanden fühlt, desto mehr wird er sich wieder mit Mut und Hoffnung dem Leben zuwenden und es gestalten können.

Anforderungen an den Helfenden

Für denjenigen, der einem Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid als helfende Fachperson begegnet, gilt es, sich der Bedeutung der helfenden Beziehung bewusst zu sein. Die Beziehung ist das zentrale Instrument, sowohl für die Anamnese als auch für die Therapie, und fordert den Helfenden zur Arbeit an sich selber heraus. Wie der Chirurg nach der Verbesserung seiner Operationskunst strebt, sucht der, dessen „Instrument“ die Beziehung ist, stetig an sich selbst zu arbeiten – kein Training von „Techniken“, sondern eine innere Auseinandersetzung mit dem eigenen Menschenbild, ein Ringen darum, sich selbst, den anderen und die Welt genauer zu erfassen und zu verstehen und dabei im eigenen Menschsein zu reifen.²² Im Gespräch müsse, wie M. Nestor schreibt, der Helfende sowohl die Persönlichkeit des anderen als auch sich selbst fortlaufend im Auge behalten. Das brauche fachliche Kenntnisse und Schulung der Persönlichkeit, die

mit einer gewissen „Selbsterziehung“ einhergehen sollte in Form von Supervision und Intervention.²³

Grundvoraussetzung vor aller Schulung ist das Bedürfnis, helfen zu wollen, den Mitmenschen nicht in seiner Not alleine lassen zu wollen. Das in den vergangenen Jahrzehnten vorherrschende Dogma der „professionellen Distanz“ führte leider allzu häufig zu einer Distanzierung oder gar Gleichgültigkeit gegenüber menschlichen Schwierigkeiten. Praxistauglicher erscheint der von Susanne Kränzle eingeführte Begriff der „professionellen Nähe“, welche auf jener Hilfsbereitschaft aufbaut, die junge Menschen in aller Regel mitbringen, wenn sie einen Beruf im Gesundheitswesen wählen.²⁴

Bereits Ringel forderte in seiner Zeit angesichts des Problems der Suizidalität „eine Mobilisierung der Mitmenschlichkeit – man könnte auch sagen: der Nächstenliebe: Verantwortungsgefühl für den anderen, besonders die Außenseiter und Unterprivilegierten.“²⁵

Im Gespräch mit Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid ist neben der Zuversicht, dass es eine Lösung im Leben geben wird, wichtig, dass der Helfende nicht versucht, das Problem für den anderen lösen zu wollen. Gerade Ärzte neigen hier zuweilen zu einem paternalistischen Aktionismus, der nicht weiterhilft. Es geht vielmehr darum, dem anderen dessen Lebenssituation zuzumuten im eigentlichen Sinne des Wortes: ihm den Mut zuzutrauen, mit Unterstützung der Mitmenschen die anstehende, anspruchsvolle Lebensaufgabe Schritt für Schritt zu lösen, ihm, so Maio, Hoffnung zu geben, dass dem Leben trotz aller Widrigkeit immer noch Möglichkeiten innewohnen.²⁶ Es geht darum, ein echtes menschliches Gegenüber zu sein auf diesem Weg, menschlich zugewandt zu bleiben, auch wenn man sich in Bezug auf den Wunsch nach Suizid in Gegensatz stellt.

Der Helfende sollte auch die Fähigkeit zur Reflexion mitbringen und seine eigenen Reaktionen und Empfindungen im Auge haben. Häufig ist von Fachpersonen zu hören, man verstehe, dass ein Patient in einer bestimmten Situation nicht

weiterleben wolle, man selber würde dies auch nicht wollen. Manchmal fließt bei Ärzten gerade hier auch ein unerkanntes eigenes Ohnmachtsgefühl mit ein, weil man mit den Therapien des eigenen Fachgebietes nichts mehr zur Verbesserung der Situation beitragen kann. Hier gilt es zu erkennen, dass die eigene emotionale Reaktion auf die Situation des Erkrankten nichts mit dessen Gefühlen und Motiven zu tun hat, sondern einem im Gegenteil den Blick darauf verstellt. Hier sollte der Helfende zunächst reflektieren, warum er auf die Situation des Kranken in dieser Form reagiert. Ringel stellte daher pointiert an den Helfenden die Anforderung, dieser solle „sein persönliches Selbstmordproblem gelöst haben, sich fragen, ob die eigene Existenz im Dienste des Lebens oder des Todes steht.“²⁷

Im Verlauf eines Gesprächsprozesses gilt es immer auch, Dynamiken und Übertragungen zu erkennen, immer wieder einen Schritt zurückzutreten und zu reflektieren: Was ist beim anderen los? In welche Richtung bewegt er sich? Was ist mit mir los? Wie kann ich meine Gefühle verstehen und klären, so dass ich ein echtes Gegenüber bleibe?

Herausfordernde Gesprächssituationen

Menschen in Verzweiflung mit einer Einengung in Richtung assistierter Suizid neigen nicht selten zu einem „Alles oder Nichts“-Denken. Dies kann sich zuspitzen zu Forderungen an den Helfenden als Bedingung, die erfüllt werden solle, damit man Abstand vom Wunsch nach assistiertem Suizid nehme. Man hilft dem Betroffenen nicht weiter, wenn man sich in dessen Einengung verstricken lässt und Versprechungen macht, die man nicht halten kann. Die Aufgabe des Helfenden besteht vielmehr darin, Hoffnung zu wecken und einen Ausweg aus dem „Alles oder Nichts“ hin in eine Lebensrealität zu weisen, in der kleine Schritte mit mitmenschlicher und fachlicher Unterstützung anderer den Lebensmut wieder stärken. Maio hält fest, dass es ein Charakteristikum des hoffenden Menschen sei, dass er keine Bedingungen

stelle, sondern dass, selbst wenn das jetzt Ersehnte nicht eintrete, etwas anderes sein werde, das ihm erlauben werde, zu leben.²⁸

Man kann als Helfender offen dazu stehen, dass im Hinblick auf den Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Schwierigkeiten vieles nicht voraussehbar ist, und gleichzeitig bekräftigen, dass der Kranke diesen Weg nicht alleine gehen müsse, dass man ihn begleiten und ihm helfen werde, einen gangbaren Weg zu bahnen. Dies kann übrigens auch den Helfenden entlasten, dass er keine schnellen Lösungen bereitstellen muss. Vielmehr eröffne sich mit der Hoffnung ein Spannungsfeld, wie Maio schreibt, zwischen den Polen Daseinsangst und Daseinszuversicht, zwischen denen sich der hoffende Mensch schwebend bewege.²⁹ In diesen Spannungszustand begibt sich der Helfende mit hinein. Hoffnung zu vermitteln heißt daher nicht, Ängste mit einem „Alles wird gut“ zu beschwichtigen, sondern den Mut zu stärken, sich im Vertrauen darauf, dass es sich zu leben lohnt, auf eine ungewisse Zukunft einzulassen und sich trotz der Unsicherheiten im Leben geborgen zu fühlen.

Neutralität

Häufig wird vom Helfenden eine *Neutralität* im Hinblick auf den Wunsch nach assistiertem Suizid gefordert. Führt man sich vor Augen, dass es in dem inneren Konflikt des Betroffenen darum geht, ob er sich das Leben nehmen oder sich wieder dem Leben zuwenden soll, wird deutlich, dass in diesem Zusammenhang ‚Neutralität‘ Gleichgültigkeit gegenüber dem Leben des anderen bedeuten würde. Richtig verstandene Neutralität darf sich aber durchaus zur Humanität bekennen. Neutralität im Kontext von assistiertem Suizid könnte so als Unvoreingenommenheit und Offenheit gegenüber dem betroffenen Menschen verstanden werden, dessen Motive nicht verurteilt und dessen Entwicklungsmöglichkeiten nicht durch Vorannahmen eingeschränkt werden dürfen.

Aus der Notwendigkeit einer Unvoreingenommenheit gegenüber den Entwicklungsmög-

lichkeiten begründet sich auch, weshalb sich ein Rückgriff des Helfers auf den assistierten Suizid als letzte Möglichkeit störend auf die helfende Beziehung auswirken kann: mit dieser Option vertraut der Helfende nicht bedingungslos in die Entwicklungsmöglichkeiten und die Hoffnungsfähigkeit des kranken Menschen und kann so selber zur Quelle von dessen Entmutigung werden. Denn Krisensituationen können dann bewältigt werden, wenn sich der Helfende einerseits auf die Verzweiflung des kranken Menschen einlässt und gleichzeitig unbeirrt an der Hoffnung nach einem Ausweg festhält. So durchlebte Krisen und die damit verbundene Reifung eröffnen dem Kranken und seinen Angehörigen oft noch einmal Momente besonderer Intensität, Qualität und Lebensbejahung.

Unerträgliches Leiden

Zuweilen wird mit dem Argument des *unerträglichen Leides* Druck auf den Behandelnden aufgebaut, einen assistierten Suizid zu unterstützen. Der Begriff ‚unerträgliches Leiden‘ wird beispielsweise in der niederländischen Gesetzgebung gebraucht, jedoch ohne klar definiert zu sein.³⁰ Hierbei gilt es zu bedenken: Menschliches Leiden zu erkennen und zu lindern ist die genuine Motivation, die der Medizin zugrunde liegt. Ein Leiden, das subjektiv als unerträglich erlebt wird, fordert den Helfenden zurecht heraus. Ärzte haben nun die Pflicht, Schmerz und Leiden zu bekämpfen und zu lindern, aber nicht den leidenden Menschen zu bekämpfen und „aus dem Weg zu räumen“.³¹

Das Ziel, das Leid eines Menschen zu lindern, hält Maio fest, könne nur verwirklicht werden, solange der Mensch, dessen Leid man lindern möchte, existiert.³² Ein kranker Mensch darf unerträgliches Leid empfinden und sollte auch ermutigt werden, dieses in die Beziehung zum Arzt einzubringen. Gleichzeitig darf von ihm aber auch eine Offenheit erwartet werden, sich auf lindernde Maßnahmen einzulassen und seine Situation immer wieder neu zu bewerten. Das ist sein Beitrag zur Verbesserung der Situation. Ein Anspruch auf

Beihilfe zum assistierten Suizid mit der Begründung eines unerträglichen Leides besteht nicht.³³ Auch kann einem Arzt nicht vorgeworfen werden, die Beziehung durch die Verweigerung der Beihilfe zum assistierten Suizid abubrechen, vielmehr zieht sich der Kranke durch seine Absicht selber aus der helfenden Beziehung zurück.

Urteilsfähigkeit

Mancher Arzt wird auch in Bedrängnis kommen, wenn der kranke Mensch von ihm eine Bescheinigung der *Urteilsfähigkeit* in Bezug auf den assistierten Suizid verlangt. Man scheut sich einerseits, einem bewusstseinsklaren und orientierten Menschen so eine Bescheinigung zu verweigern, schreckt andererseits von der Unumkehrbarkeit des Suizids zurück. Hier lohnt es sich, einen Schritt zurückzutreten und einen Blick auf den ursprünglichen Sinn der Beurteilung der Urteilsfähigkeit zu werfen: Eine Urteilsunfähigkeit wird normalerweise attestiert zum Schutz der beurteilten Person im Hinblick auf einzelne Handlungen/Geschäfte und für einen begrenzten Zeitraum. Der Auftrag, eine Urteilsfähigkeit in Bezug auf den assistierten Suizid zu attestieren, stellt dieses Anliegen komplett auf den Kopf: soll doch damit nicht zum Schutze des Menschen die Urteilsunfähigkeit, sondern im Dienste des Todeswunsches die Urteilsfähigkeit bezeugt werden. Dies für eine Handlung, die jegliche Wandlungsfähigkeit in Urteil und Tat unmöglich macht, weil der eingetretene Tod endgültig bleibt, und deren Folgen für die Angehörigen zudem nicht abschätzbar sind.³⁴ Es sollte daher für den Arzt immer möglich sein, die Beurteilung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf den assistierten Suizid abzulehnen.

Einfluss der eigenen Lebenssituation

Wer über längere Zeit Gespräche mit schwerkranken Menschen führt, wird realisieren, dass die *eigene Lebenssituation* die Sicht auf die Schicksale der Patienten beeinflusst: erlebt man eine Krankheit oder einen Todesfall bei Menschen, die

einem nahestehen, mag man dünnhäutiger werden; hat man selber eine Krankheit erlebt und die damit verbundenen Herausforderungen durchgestanden, mag man feinfühlicher werden für die Nöte, die ein Kranker schildert; ist man selber mit einer schwierigen beruflichen oder privaten Situation absorbiert, mag man sich weniger geduldig auf die Sorgen anderer einlassen. Das ist nur allzu menschlich und liegt in der Natur der Sache: Wenn sich Menschen mit ihrer individuellen Persönlichkeit anderen Menschen zuwenden, dann sind sie gleichzeitig immer auch als mitdenkende und -fühlende Subjekte persönlich berührt von dem, was sie erfahren und erleben, zuweilen vielleicht auch verstört.

Die Arbeit mit schwerkranken Menschen stellt einen darum vor die hohe Anforderung, bereit zu sein, an sich selbst zu arbeiten. Wenn man vor dem inneren Berührtsein zurückschrecken oder es gar ablehnen würde, würde man dadurch die Kostbarkeit der echten zwischenmenschlichen Begegnung und deren heilsame Wirkung nicht oder zu wenig zur Entfaltung kommen lassen. Es geht daher darum, das innere Berührtsein durch die persönliche Begegnung annehmen zu lernen, sich dabei selber besser kennen und verstehen zu lernen und sich als ‚ganz normalen‘ Menschen mit all seinen Stärken und Schwächen anzunehmen. Es geht dem Helfenden dabei letztlich nicht grundsätzlich anders als dem Patienten, dem er aus der Verzweiflung heraushelfen will: Wie der Patient muss auch er lernen, seine eigenen Schwierigkeiten als Entwicklungsmöglichkeiten anzuerkennen und zu deren Bewältigung selber Hilfe anzunehmen, um eigene Grenzen zu überwinden.

Die gesellschaftliche Dimension des Gesprächs

Das Problem des assistierten Suizids ist immer zugleich ein individuelles und ein gesellschaftliches, denn der Suizid „ist ein individuelles Problem, das soziale Ursachen und Folgen hat“, wie Alfred Adler, Begründer der Individualpsychologie, bereits 1910 schrieb.³⁵

Bei der Beurteilung eines Wunsches nach Suizid sollten daher immer auch die jeweiligen gesellschaftlich vorherrschenden Ideale, Werte, Haltungen und Stimmungslagen einbezogen werden, die sowohl den Menschen mit Wunsch nach Suizid als auch den Helfenden beeinflussen und prägen. Maio erläutert, dass die Entscheidung, sich zu töten, oder der Wunsch, der Arzt möge einem dabei helfen, nicht einfach allein der inneren Persönlichkeit entspringe. Sie müsse zugleich als Reaktion, als Widerspiegelung jener Signale gesehen werden, durch die der Mensch von der Gesellschaft geprägt werde. Kein Mensch entscheide allein aus sich selbst heraus, was sein Weg sein solle. Er wähle diesen Weg auch als Resultat dessen, was seine Umwelt ihm vermittelt habe.³⁶

Gleichzeitig aber strahlt jedes einzelne Schicksal seinerseits in die Gesellschaft hinein und prägt diese mit.

Derzeit geht mit einer Betonung von Individualität ohne soziale Bezogenheit, mit einer Selbstbestimmung ohne relationalen Bezug sowie mit Forderungen nach Selbstoptimierung eine besorgniserregende Entsolidarisierung der Gesellschaft einher, die, so Maio, den handhabbaren Tod, den Tod auf Bestellung schlichtweg als den effizienteren und damit in einem ökonomistischen Zeitalter geradezu automatisch als den besseren Weg erscheinen lasse. Immer mehr werde in den Debatten der assistierte Suizid als das gute Ende hochstilisiert, er werde geradezu beworben und als die Lösung aller Probleme dargestellt.³⁷

Die Sorgen mehren sich daher, welche Folgen der Zuspruch zum assistierten Suizid angesichts einer alternden Gesellschaft zeitigen werde. So schrieb Robert Spaemann: „Nun, da sich das Kollabieren des Generationenvertrags bereits deutlich am Horizont abzeichnet, gehört schon ein hohes Maß an Naivität dazu, an einen Zufall zu glauben, wenn ausgerechnet in diesem Augenblick die Tötung kranker und alter Menschen in den westlichen Industrieländern legalisiert oder deren Legalisierung jedenfalls ernsthaft diskutiert wird.“

Dies geschieht freilich nicht direkt, so dass die demographische Situation als Argument gebraucht und Euthanasie als Lösung empfohlen würde. Der Zusammenhang entfaltet gerade als latenter erst seine volle Wirkung.“³⁸

Welche Wirkung hat diese gesellschaftliche Entwicklung auf den einzelnen, der mit gesundheitlichen Beschwerden, altersbedingten Einschränkungen oder mit einer Behinderung zu recht kommen muss? Wie soll er sich in einem gesellschaftlich kälter werdenden Klima nicht auf seine Defizite zurückgeworfen und abgewertet fühlen? Woher soll er die Zuversicht nehmen, dass er der Unterstützung wert ist, und trotz allem etwas zum Zusammenleben beitragen kann, auch wenn er als ‘human resource’ keinen finanziellen Ertrag mehr bringt?

„So mancher, der seinem Leben ein Ende setzte“, geht Maio auf diese Fragestellung ein, „hatte schlicht den Mut verloren, an die Selbstverständlichkeit des Beistands zu glauben. Darin liegt die eigentliche Tragik der Befürwortung des assistierten Suizids als Lösung für die Not eines kranken Menschen. Die ärztliche Beihilfe zur wählbaren Dienstleistung zu erklären bedeutet, die Gesellschaft von ihrer Aufgabe zu entlasten, sich gegen die Vereinsamung, Entwertung und Verzweiflung kranker Menschen zu engagieren.“³⁹

Bereits Ringel formulierte es daher als sozialpsychologische Aufgabe der Gesamtgesellschaft, (wieder) ein antisuizidales Klima⁴⁰ im Zusammenleben zu schaffen, in dem alle Menschen sich angenommen und aufgehoben fühlen und sich in gegenseitiger Hilfe entfalten können. Es geht bei der Frage des assistierten Suizids letztlich um keine geringere Frage als die, wie wir als Menschen zusammenleben möchten.

Ein helfendes Gespräch mit einem verzweiferten Menschen mag angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung immer nur als ein Tropfen auf den heißen Stein erscheinen. Und doch braucht es jedes einzelne Gespräch. Denn „jeder Suizid löscht ein wichtiges Leben aus, verringert die Gemeinschaft

der Menschheit“, so Ringel.⁴¹ Jeder einzelne ist es wert, dass man sich seines Leides annimmt. Und nur indem man das Leid des einzelnen ernst nimmt und darum ringt, es zu lindern, kann sich die Humanität der Gesellschaft erneuern. Nur indem Menschen einander helfend beistehen, können sie erleben, dass Angewiesenheit und Verletzlichkeit keine Schwächen sind, sondern dass gerade in der Fähigkeit zum Miteinander, zur Kooperation die eigentliche Stärke der Spezies Mensch liegt.

Jede Hoffnung, die die Verzweiflung hinter sich lässt, hat ihre Wirkung über das Einzelschicksal hinaus in die jeweiligen menschlichen Gemeinschaften: Sie gibt auch jenen, die diese Entwicklung miterleben und zu ihr beitragen, Hoffnung und Zuversicht, dass die Last, die das Leben bringen kann, geteilt und gemeinsam getragen werden kann. Jede Hoffnung legt ihnen das Samenkorn der Menschlichkeit ins Herz und regt sie an, diese zu entfalten. Und darin besteht die Hoffnung für uns alle.

Danksagung: Zu allererst danke ich meinen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, die mir ihr Vertrauen geschenkt haben und von denen ich viel gelernt habe und ständig dazulerne. Ich danke meiner zu früh verstorbenen psychologischen Lehrerin Dr. phil. Annemarie Buchholz-Kaiser, die bereits früh auf das Problem der Euthanasie aufmerksam gemacht und davor gewarnt hat. Meinem Mann Moritz danke ich für unsere intensiven Diskussionen zum Thema, für seinen Rat, seine Ermutigung und seine Liebe.

Referenzen

- 1 Mann T., *Der Zauberberg*, S. Fischer Verlag, Frankfurt a.M. (1954), S. 704.
- 2 Radbruch L. et al., *Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1*, Z Palliativmed (2011); 12: 216-227.
- 3 Saunders C., *The Problem of Euthanasia*, Nursing times (1959); 960-961.
- 4 Ringel E., *Das präsuizidale Syndrom – medizinische, soziale und psychohygienische Konsequenzen*, Hexagon ‚Roché‘ (1985); 13(1): 1-7.
- 5 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer*

- nicht-heilbaren Krebserkrankung, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL.Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf (letzter Zugriff am 10. April 2022).
- 6 Ringel E., siehe Ref. 4.
 - 7 Ebd.
 - 8 Ebd.
 - 9 Ebd.
 - 10 Ziegler W. et al., *Der Werther-Effekt*, Nervenarzt (2002); 73: 41-49.
 - 11 WHO, *Preventing Suicide: a resource series*, <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-series> (letzter Zugriff am 10. April 2022).
 - 12 Wolfersdorf, M., *Suizid und Suizidprävention – ein klinischer, psychosozialer Auftrag*, InFo Neurologie & Psychiatrie (2014); 16(1): 36-47.
 - 13 Ringel E., siehe Ref. 4.
 - 14 Pieper J., *Über die Hoffnung der Kranken*, in: Engelmeier M.-P. (Hrsg.), *Von der Hoffnung der Kranken*, Verlag Wort und Werk, St. Augustin (1977), S. 33.
 - 15 Ringel E., siehe Ref. 4.
 - 16 Ebd.
 - 17 Maio G., *Therapieziel Hoffnung – Zur Bedeutung der Hoffnung in einer technisierten Medizin*, Zeitschrift für medizinische Ethik (2015); 61: 257-269.
 - 18 Ringel E., siehe Ref. 4.
 - 19 Vgl. Gebtsattel V., *Not und Hilfe*, in: Ders., *Imago Hominis. Beiträge zu einer personalen Anthropologie – Das Bild des Menschen in der Wissenschaft* Band 1, Verlag Neues Forum, Schweinfurt (1964), S. 24.
 - 20 Vgl. Nestor M., *Aspekte der helfenden Beziehung im Lichte einer personalen Psychologie*, Zeitschrift für Personale Psychologie und Pädagogik (2017); 1: 9-18.
 - 21 Maio G., siehe Ref. 17.
 - 22 Nestor K., *Umgang mit Endlichkeit*, Praxis Palliative Care (2021); 51: 20-23.
 - 23 Nestor M., siehe Ref. 20.
 - 24 Kränzle S., *Professionelle Distanz? Streichen!*, Praxis Palliative Care (2010); 9: 48
 - 25 Ringel E., siehe Ref. 4.
 - 26 Vgl. Maio G., siehe Ref. 17.
 - 27 Ringel E., siehe Ref. 4.
 - 28 Maio G., siehe Ref. 17.
 - 29 Vgl. Ebd.
 - 30 Bozzaro C., *Ärztlich assistierter Suizid: Kann „unerträgliches Leiden“ ein Kriterium sein?* Dtsch Med Wochenschr (2015); 140: 131-134.
 - 31 Sprung C. L. et al., *Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective*, Journal of Palliative Care (2018); 33(4): 197-203; Maio G., *Der assistierte Suizid als ethische Resignation der Medizin*, in: Woelki R. M., Hillgruber C., Maio G., von Ritter C., Spieker M., *Wie wollen wir sterben*, Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn (2016), S. 51-70.
 - 32 Maio G., ebd.
 - 33 Universität Bern, *Abgabe von Natrium-Pentobarbital für den begleiteten Suizid einer psychisch kranken Person*, BGE 133 I 58, <https://www.servat.unibe.ch/dfr/bge/c1133058.html> (letzter Zugriff am 10. April 2022).
 - 34 Nestor K., *Hilfe statt Tötung*, Praxis Palliative Care (2013); 19: 14-15; Wagner B. et al., *Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide*, Eur Psychiatry (2012); 27(7): 542-546.
 - 35 Zitiert nach Ringel E., siehe Ref. 4.
 - 36 Maio G., siehe Ref. 31.
 - 37 Ebd.
 - 38 Spaemann R., *Die Vernünftigkeit eines Tabus*, in: Spaemann R., Wannenwetsch B., *Guter schneller Tod?*, Brunnen Verlag, Basel – Giessen (2013), S. 12.
 - 39 Maio G., siehe Ref. 31.
 - 40 Ringel E., siehe Ref. 4.
 - 41 Ebd.