

Ex in the City

1 Sprachverschleierung „Sterbehilfe“: Ist Töten eine neue Therapieform?

Die meisten Menschen sterben im Bett. Sie sterben einen leisen Tod, ohne eine Mediennachricht wert zu sein. Sie sterben, weil ihr Leben zu Ende geht, privat, im Krankenhaus oder zu Hause, meist im Kreis ihrer Lieben. Bei einem gewaltsamen Tod entscheiden verschiedene Faktoren darüber, ob und wieviel Platz ihm in den Medien eingeräumt wird, auch der Grad der Betroffenheit spielt dabei eine Rolle. Besonders heikel ist die mediale Berichterstattung aber bei spezieller Gewalt: da, wo Menschen sich selbst das Leben nehmen. Bei Suiziden.

Zwei Fälle von Selbsttötung in den USA waren 2014 international medial präsent. Beide Suizide standen mit Krankheit in Verbindung, doch medial wurden sie höchst unterschiedlich bewertet. Während der eine Suizid generell als tragisch dargestellt wurde und die Betroffenheit hoch war, wurde der andere vielfach als eine mutige und in gewisser Weise lösungsorientierte Handlung präsentiert.

In dieser – relativ neuen – Ambivalenz in der Bewertung des Suizids wird die Spannweite der Schwierigkeiten deutlich, die die Debatte über Sterbehilfe und das Recht auf assistierten Suizid mit sich bringen. Einerseits versucht man für Suizidprävention, Sterbebegleitung und Würde bis zuletzt zu sensibilisieren und beklagt Unwissen und Entsolidarisierung, andererseits soll der Zugang zur Beihilfe zum Suizid zunächst ein legales und dann quasi ein normales Standardangebot für unheilbar Kranke werden, die sich dafür selbst entscheiden. Was genau heißt hier „Selbstbestimmung“, „freier Wille“, „unerträgliches Leiden“, „unheilbar krank“? Und wie ist der Todeswunsch eines Menschen einzuschätzen – nicht abstrakt, sondern ganz konkret, Fall für

Fall? Ein Hilfeschrei? Ein Notruf, nicht zur Last fallen zu wollen? Nicht mehr leben, so leben zu wollen? Sich selbst zu vernichten?

Jeder Mensch hofft auf ein menschenwürdiges Sterben. Doch ist der vorzeitige Tod als Dienstleistung für alle – Junge und Alte, Kranke oder lebensmüde Gesunde, ausgeführt von staatlich geprüften Fachleuten – jene Zukunft des Sterbens, die wir uns wünschen? Zeigt sich echtes Mitleid darin, den Leidenden zu beseitigen? Oder darin, sein Leid zu lindern? Ist die Aufgabe des Arztes Sterbehilfe im Sinne von Beihilfe zur Selbsttötung oder Töten auf Verlangen – oder Lebenshilfe im Sinne von Schmerzlinderung und Beistand?¹ In Großbritannien startet die Generationen übergreifende Kampagne „No One Should Have No One“, um solidarisch gegen die schlimmste Krankheit der wachsenden Population alter Menschen zu kämpfen: gegen die Vereinsamung und soziale Isolation. Zeitgleich kommt die von Lord Falconer eingebrachte „Assisted Dying Bill“ im Januar 2015 bereits zur zweiten parlamentarischen Lesung. Sie dauerte 10 Stunden.² Auf Wunsch des Patienten solle „ein Arzt helfen“ dürfen, dass dieser „sein Leben beenden“ darf. Kritiker merken an, dass der Text irreführend sei: Das Wort Suizid sei in der Vorlage des gesamten Gesetzestextes tunlichst vermieden worden und komme nur einmal kurz in einem Unterparagraphen vor. Außerdem werde so getan, als ob Töten eine Therapieform ist, durch Medikamente, die „vom Arzt verschrieben werden“, die es laut Gesetz „der Person ermöglichen, ihr eigenes Leben zu beenden“. Statt von Medikamenten sollte man besser von Präparaten mit tödlicher Wirkung sprechen, oder wie die Past-Präsidentin der *Royal Society of Medicine* Ilora Finlay, selbst Palliativmedizinerin, sagt, von „Medikamenten die wie eine ‚geladene Waffe‘ wirken“.

Die *British Medical Association* bekräftigt ihren Standpunkt angesichts der wieder aufflammenden Debatte: Sie erteilt dem ärztlich assistierten Suizid eine klare Absage³ und kündigt an, sich ab 2015 in einem Forschungsprojekt

¹ Vgl. Euthanasie aus ethischer Sicht: *Imabe-Info*, Mai 2014, <http://www.imabe.org/index.php?id=2062> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

² Protokoll der Britischen Parlamentsdebatte: House of Lords, Friday, 16 January 2015, Assisted Dying Bill, <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201415/ldhansrd/text/150116-0001.htm#15011659001145> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

³ BMA reiterates opposition to assisted dying, online 2 July 2014, <http://bma.org.uk/news-views-analysis/news/2014/july/bma-reiterates-opposition-to-assisted-dying> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

gemeinsam mit Ärzten und Patienten die Frage der Patientenversorgung und -begleitung am Lebensende genauer anzusehen. Überraschend schwenkte das Publikationsorgan der BMA, das *British Medical Journal* kürzlich in einem Editorial aus dieser offiziellen Linie aus,⁴ was die Herausgeber respektierten, sich aber zugleich erneut von einer Legalisierung des assistierten Suizids klar distanzierten.

Mit der sogenannten Sterbehilfe-Debatte öffnet sich der Graben einer Doppelmoral. Wir predigen Suizidprävention und fordern gleichzeitig die Bereitstellung von tödlichen Medikamentencocktails für Suizidwillige. Wir erheben Autonomie und Selbstbestimmung zur Bedingung eines guten Todes, stellen aber gleichzeitig enge Regeln auf, unter welchen dann ein Todeswunsch auch wirklich echt ist, um offiziell zertifizierte Tötungen als ordnungsgemäß einzustufen. Wir verpflichten Ärzte und Pfleger zum Heilen, Schmerz lindern und trösten – und wollen von ihnen verlangen, ihr Berufsethos an den Nagel zu hängen und zeitweilig in die Rolle des Todesengels zu schlüpfen, um „Leid zu ersparen“. Wir wollen Einzelfälle durch Gesetze regeln – und übersehen, dass dem Recht eine Schutzfunktion für die Allgemeinheit innewohnt, die im Falle des Grundrechts auf Leben nicht ohne gesellschaftliche Kollateralschäden über Bord geworfen werden kann.

Am Beispiel des derzeit diskutierten sog. ärztlich assistierten Suizids / Beihilfe zum Selbstmord oder neuerdings euphemistisch genannt „Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende“ oder „Hilfe beim Sterben“ zeigt sich, dass der Rekurs auf den Respekt vor der Autonomie des Patienten, gekoppelt an dessen lebensbedrohliche Erkrankung, die ärztliche Beratungspflicht und damit kolportierte Rechtssicherheit eine ambivalente, mitunter auch explosive Mischung ist. Sie stellt nicht nur Ärzte, Pflegefachleute und Angehörige vor große Herausforderungen im Umgang mit Suizidwünschen, sondern auch die Gesellschaft. Und die mediale Berichterstattung.

Wer die Deutungshoheit über die Begriffe an sich reißen will, muss zunächst die Sprache verändern: Wolf Biermann beschrieb dies als eines der bedrückendsten Momente des DDR-Regimes: dass man die Dinge nicht mehr beim Namen nennen durften. Statt Mauer musste man „antifaschistischer Schutz-

⁴ Ebd.

wall“⁵ sagen. Ähnliches lässt sich derzeit in der sogenannten „Sterbehilfe“-Debatte beobachten, in der bewusst Sprachverschleierung betrieben wird. Sprache kann Wirklichkeit klarer machen, aber auch verschleiern. Das hat Rückwirkungen auf das Denken und die Meinung der Menschen.

Die Freigabe der sog. „Sterbehilfe“ wird mit edlen Rechtfertigungsgründen debattiert: einerseits mit Motiven der Barmherzigkeit und des Mitleids, etwa um jemandem „unnötiges Leiden“ oder ein „nicht mehr sinnvolles Leben“ zu ersparen – oder aber unter Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht, wonach jeder sich frei und autonom zum Suizid entscheiden könne, und der Staat sich nicht einzumischen habe, wenn ein Arzt ihm dabei zur Seite steht. Beide Begründungen zeigen eine offenbar gezielt betriebene Sprachverwirrung, die zu einer semantischen Veredelung führen soll. Auch die Verwendung des Wortes „Sterbehilfe“ für vorsätzliche Tötung auf Verlangen kommt einer gefährlichen Sprachverschleierung gleich mit dem Ziel, die Bereitschaft zum Suizid oder der Tötung auf Verlangen gesellschaftsfähig zu machen.

Eine Gallup-Meinungsumfrage unter US-Bürgern im Jahr 2013 zum ärztlich assistierten Suizid zeigt, wie die Formulierung der Frage – also Sprache – die Antworten veränderte. Je nach Wortwahl sank die Zustimmung der 1.535 Befragten zur Beihilfe zum Selbstmord um fast 20 %. Als die Teilnehmer gefragt wurden, ob sie befürworten, das „Leben eines Patienten möglichst schmerzfrei zu beenden“, waren 70 % dafür. Wenn die Formulierung hingegen lautete: „dem Patienten zu helfen, sich das Leben zu nehmen“⁶ sank der Prozentsatz auf 51. „Je schwammiger und weichgespülter die Sprache, desto akzeptabler wird der Satz“ unterstrich der Labour-Abgeordnete Daniel Brannan in der britischen Parlamentsdebatte über die Beihilfe von Ärzten beim Selbstmord und ergänzt: „Je klarer die Sprache ist, desto näher sind wir an der Realität und desto besser können wir Entscheidungen treffen.“⁷ Das gilt auch für die Sprache der Bilder.

⁵ Zum 1961 in der DDR eingeführten Begriff „Antifaschistischer Schutzwall“: Chronik der Mauer, 1961-1989/90, 17. Oktober, <http://www.chronik-der-mauer.de/index.php/de/Chronical/Detail/month/Oktober/year/1961> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

⁶ Gallup 2013 U.S. Support for Euthanasia Hinges on How It's Described; Link zu den Ergebnissen: <http://www.gallup.com/poll/162815/support-euthanasia-hinges-described.aspx> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

⁷ Protokoll der Britischen Parlamentsdebatte, ebd., Spalte 1005.

2 WHO-Report: „Jeder Suizid ist eine Tragödie“

„Jeder Suizid ist eine Tragödie, die Familien, Gemeinden und ganze Länder betrifft“, betonte WHO-Generaldirektorin Margaret Chan anlässlich der Präsentation des ersten WHO-Reports 2014 zur Suizidprävention.⁸ 800.000 Menschen nehmen sich weltweit jährlich das Leben, das heißt, alle 40 Sekunden einer. Nicht jeder, der sich tötet, will sterben. Oft aber fehlt die Hilfe, den Menschen ihren Lebenswillen zurückzugeben.

In Österreich nahmen sich laut den aktuellen Zahlen der WHO im Jahr 2012 rund 1.300 Menschen das Leben, in Deutschland rund 10.000. Der weltweite Durchschnitt liegt bei 11,4 Selbstmorden pro 100.000 Einwohner. Mit 11,5 liegt Österreich knapp darüber, gleichauf mit Äthiopien. Deutschland liegt mit 9,2 unter dem Durchschnitt, die USA mit 19,4 erschreckend hoch. Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass von jeder Selbsttötung durchschnittlich sechs andere Personen existenziell betroffen sind.

Die WHO forderte die Gesundheitsminister der Welt und die Regierungen auf, Präventionsmaßnahmen zu erstellen und bestehende Hilfsangebote zu verbessern. Es gelte, „Suizid behutsam aber entschieden zu thematisieren und Pläne zu erstellen, wie gefährdeten Menschen geholfen werden soll.“⁹

Der weltweite WHO-Präventionsbericht präsentierte ein Bündel von Maßnahmen zur Suizidprävention und wies dabei auch auf einen bislang wenig beachteten Punkt hin: Medien sollten über Suizide zurückhaltend berichten und darauf verzichten, die Umstände einer Selbsttötung detailliert zu beschreiben, so eine der Forderungen.

Während das Sterben weitgehend ein Tabuthema ist, berichten Medien geradezu euphorisch von einem „würdevollen“ und selbstbestimmten Tod, wenn Prominente heute Beihilfe zum Selbstmord in Anspruch nehmen. Studien belegen klar, dass dies bei gefährdeten Menschen einen Nachahmungseffekt auslösen kann (sog. „Werther-Effekt“).

⁸ WHO-Report: „Preventing Suicide – a global Imperative 2014“ http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

⁹ Stockrahm (2014).

Bereits im Jahr 2008 hatte die WHO deshalb eigene Richtlinien zur Darstellung von Suizid in Medien erlassen.¹⁰ Sie fordert darin Medienschaffende auf, sowohl eine „Sensationssprache“ als auch „normalisierende Darstellung von Selbstmord als Lösung für Probleme“ zu vermeiden, ebenso eine „prominente Platzierung von Geschichten über Selbstmord“ sowie eine „explizite Beschreibung der verwendeten Methode“. Besondere Zurückhaltung sollte bei der Berichterstattung über Promi-Selbstmorde geübt werden. Umgekehrt können Medien auch einen suizidprotektiven Effekt haben, wie eine österreichische Studie¹¹ zeigt, etwa durch Berichte über Betroffene, die Krisensituationen konstruktiv und ohne suizidales Verhalten bewältigen konnten („Papageno-Effekt“).

3 Die zwei Gesichter des Suizids

Fall 1: Der „schlechte“ Suizid

Robin Williams, das Tabu Depression und der Ruf nach Suizidprävention

11. August 2014: Der 63-jährige Oscar-Preisträger und Hollywood-Schauspieler Robin Williams – er hatte seit Jahren gegen Alkoholprobleme und Depressionen gekämpft – nimmt sich das Leben. Sein Tod kam überraschend und schockierte die Öffentlichkeit. Die tragische Selbsttötung des beliebten Komikers lenkte medial die Aufmerksamkeit auf das Thema der Suizidprävention und darauf, dass Depression immer noch eine tabuisierte Krankheit ist.¹² Öffentlich über die eigene Krebserkrankung zu sprechen, ist salonfähig, nicht aber über Depression und psychische Erkrankungen. Diese stigmatisieren immer noch. Williams habe „den Kampf gegen die Depression verloren“, so der mediale Tenor zum Suizid des Schauspielers. Psychische Erkrankungen sollten aus der Tabuzone geholt werden, auch die Bestürzung

¹⁰ WHO 2008: Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals Link: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

¹¹ Niederkrotenthaler (2010), 234-243.

¹² Vgl. dpa: Depression. Fans nach Tod von Robin Williams bestürzt, in: *Handelsblatt*, 13.08.2014, <http://www.handelsblatt.com/panorama/aus-aller-welt/depression-fans-nach-tod-von-robin-williams-bestuerzt/10326544.html> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

wurde thematisiert, im eigenen Umfeld manchmal vielleicht nicht rechtzeitig erkannt zu haben, wie ernst die Lage eines Suizidgefährdeten war, auch die Ohnmacht, warum es nicht gelingt, jemanden davor zu bewahren, sich das Leben zu nehmen. Es folgte ein breiter Appell, alles nur Mögliche zu tun, um Suizidwillige von ihrem Vorhaben abzubringen.

Hat es Sinn zu versuchen, jemand vom Suizid abzubringen? Es hat. Die Annahme, wer sich einmal umbringen wollte, der tötet sich irgendwann zwingend sowieso, ist vielfach widerlegt. Suizidverhalten, sagen die Experten, ist „krisenorientiert und von akuter Natur“. Das bedeutet: je mehr Akuthilfe, desto weniger Suizidtote.¹³ Suizidale haben zwar ein erhöhtes Suizidrisiko, die überwältigende Mehrheit aber ist dankbar, über den aktuellen Moment hinweg gerettet zu werden und überlebt. Das belegt auch eine Langzeitstudie der *University of California Berkeley* von 1978, die bis heute als Meilenstein der Suizidforschung gilt. Von 515 Menschen, die innerhalb von 34 Jahren am Geländer der Golden Gate Bridge in San Francisco von Patrouillen am Suizid gehindert wurden, waren im Schnitt mehr als 90 % nach 25 Jahren noch am Leben oder inzwischen eines natürlichen Todes gestorben. Die verbreitete Aussage, „dass die doch einfach woanders hingehen“, schreibt Studienautor und Psychiater Richard H. Seiden, „ist durch die Daten eindeutig nicht gestützt“¹⁴. In San Francisco rückte im Jahr 2014 der Konsens näher, nach mittlerweile 1.600 Selbstmorden durch einen Sprung von der Golden Gate seit ihrer Eröffnung im Jahr 1937 Sicherheitsnetze zur Suizidprävention einzubauen.¹⁵ Auch in Bern hat die Stadtregierung 2014 erst nach jahrlangem Lobbying der Suizidprävention eingewilligt, mit 6,5 Millionen Franken zwei häufig von Suizidalen genutzte Brücken mit festen Netzen zu sichern. „Stoppt Suizide, baut Netze“, hatte die Forderung gelautet. Auffangnetze bauen: Ein Bild sagt mehr als tausend Worte. Haben die Auffangnetze bei der US-Amerikanerin Brittany Maynard versagt?

¹³ Vgl. Kühni (2014).

¹⁴ Seiden (1978), 203-216.

¹⁵ Polgash (2014).

Fall 2: Der „gute“ Suizid: Brittany Maynard, die suizidale Selbstbestimmung und das „Sterben in Würde“

06. Oktober 2014: „Ich werde in meinem Bett sterben, mit meinem Ehemann und meiner Mutter an der Seite und im Hintergrund eine Musik, die ich mag.“¹⁶ Eine junge, gut aussehende US-Amerikanerin kündigt via Youtube¹⁷ ihren Plan an: „Ich habe mich dazu entschieden, am 1. November zu sterben.“ Die strahlende, frisch verheiratete 29-jährige, der wenige Monate zuvor ein aggressiver Gehirntumor¹⁸ diagnostiziert wurde, spricht öffentlich über ihren Suizid: „Ich will nicht sterben, aber ich sterbe. Und ich will so sterben, wie ich es für richtig halte.“ Die Deutung ihres freiwilligen Aus-dem-Leben-Scheidens mittels tödlicher Überdosis an Barbituraten übernahm Maynard in den Video-Botschaften auch selbst: „Wer kann mir vorschreiben, wie viel Leid ich zu tragen habe? Niemand kann für mich bestimmen, es ist meine Wahl.“ Innerhalb weniger Wochen wurde ihre emotionale Video-Botschaft millionenfach auf Youtube angeklickt und erreicht weltweit ein enormes mediales Echo. Maynard wird zum neuen Aushängeschild der *Death with Dignity*-Bewegung (deutsch: Ein Tod in Würde) in den USA. In Internetbotschaften forderte sie die generelle Zulassung des assistierten Suizids („ärztliche Sterbehilfe“) für alle todkranken Menschen. Die Psychologin und Absolventin der *University of California Berkeley*, die wenige Monate zuvor geheiratet hatte, wird dabei von der Sterbehilfeorganisation *Compassion and Choices* (früher: *Hemlock Society*¹⁹), die sich ebenfalls für „selbstbestimmtes Sterben“ einsetzt, unterstützt. Der PR-mäßig hochprofessionell erstellte

¹⁶ Briggs (2014).

¹⁷ Youtube vom 06.10.2014: *The Brittany Maynard Fund*, <https://www.youtube.com/watch?v=yPfe3rCcUeQ> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

¹⁸ Brittany Maynard war Eizellen-Spenderin (was mit einer erheblichen Hormonbelastung einhergeht). Es ist nicht ausgeschlossen, dass ihre Erkrankung in so jungen Jahren damit im Zusammenhang stehen könnte. Das durchschnittliche Alter für die Erkrankung an einem Glioblastom liegt laut Daten der Deutschen Tumorthilfe zwischen 50 und 60 Jahren. Männer erkranken doppelt so oft an diesem Krebs wie Frauen. (Vgl. Navarro Silvera (2006), 1321-1324).

¹⁹ Erst im Jahr 2003 wurde die im Jahr 1980 gegründete *Hemlock Society* umbenannt in *Compassion and Choices*. Die *Hemlock Society* sprach sich unumwunden auch für das Recht auf Euthanasie und assistierten Suizid für Behinderte („hoffnungslos Kranke“) aus.

Kurzfilm von 6,30 Minuten wurde im Youtube-Kanal von *Compassion and Choices* veröffentlicht.²⁰

In den Schlagzeilen galt Maynard „als die Frau, die beschlossen hat, am 1. November zu sterben“. Davor erfüllte sie sich noch einige Träume, wie etwa eine Reise zum Grand Canyon gemeinsam mit ihrem Mann. Auch diese Botschaft war neu: eine attraktive junge Frau, die ihr dem Tod geweihtes Leben noch einmal genießt, für eine Legalisierung der Beihilfe zum Selbstmord kämpft und selbst vor diesem Schritt – mutig und tapfer – nicht zurückschreckt. Ihr Suizid kommt nicht überraschend, sondern „wie angekündigt“. Und veröffentlicht. Die Inszenierung, die die Verfechter des assistierten Suizids vornehmen, ist medientechnisch betrachtet perfekt. WHO-Richtlinien aus dem Jahr 2008 wirken dagegen verstaubt.

Für Maynard stand fest, dass sie einen assistierten Suizid für sich als Todesart bestimmen wollte – nicht den Krebs. Da ihr Heimatstaat Kalifornien Beihilfe zum Selbstmord („Sterbehilfe“) verbietet, zog sie mit ihrem Ehemann, ihrer Mutter, ihrem Stiefvater und den beiden Hunden im Sommer von San Francisco nach Portland in Oregon.²¹ Oregon ist einer von fünf der 50 US-Bundesstaaten, in denen der assistierte Suizid unter bestimmten Bedingungen erlaubt ist. Die „*Death with Dignity*“-Akte erlaubt Medizinern seit 1997 volljährigen, unheilbar erkrankten Patienten mit einer Lebenserwartung von nur sechs Monaten auf deren Wunsch hin und nach entsprechender Aufklärung ein tödlich wirkendes Mittel zu verschreiben, mit dem sich die Antragsteller selbst das Leben nehmen. Im März 1998 fanden die ersten beiden Suizide mit ärztlicher Unterstützung statt. Nach diesem Muster wurde auch die derzeit debattierte „Assisted Dying Bill“ in Großbritannien entworfen, Befürworter des Oregon-Modells in Deutschland und Österreich stellen es gerne als Vorzeigemodell für eine strenge und bestens funktionierende ärztliche Hilfe beim Suizid dar.

²⁰ Youtube vom 06.10.2014: *The Brittany Maynard Fund*, <https://www.youtube.com/watch?v=yPfe3rCcUeQ> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

²¹ Heil (2014).

4 Die Scheinfreiwilligkeit: Warum wählen Menschen den Suizid?

Sieht man sich die Begründungen an, mit der die an einem unheilbaren Gehirntumor erkrankte junge Amerikanerin ihren Suizid gemeinsam mit dem Sterbehilfeverein *Compassion and Choices* plante und durchführte, decken sie sich mit den Angaben der überwältigenden Mehrheit der Oregon-Opfer. Denn es wird Zeit, dass wir beginnen von Opfern zu sprechen. Aus ihren Interviews kristallisieren sich folgende Punkte heraus. Die Patientin hatte

- Angst, „die Kontrolle zu verlieren“ und „zu lange zu warten und irgendwann nicht mehr selbstbestimmt handeln zu können“;
- Angst vor dem körperlichen Verfall: Gewichtszunahme und Haarverlust wegen der Therapien, möglicher Verlust des Augenlichts, Sprachverlust;
- Angst vor Identitätsverlust: nach einem epileptischen Anfall habe sie ihren Mann zwar erkannt, konnte aber seinen Namen nicht aussprechen.
- Der Suizid ermögliche ein „Sterben in Würde“: er geschehe „selbstbestimmt“, erspare Leiden und „anderen zur Last [zu] fallen“.
- Der assistierte Suizid schaffe die richtige Atmosphäre für einen guten Tod: „kontrolliert“, „friedlich“, „zu Hause“, „im Kreise meiner Lieben“.

Die Erkenntnis des bevorstehenden Lebensendes löst Gefühle von Entsetzen, Schock, Angst, Flucht, Wut, Verzweiflung und Depression aus. Das ist die eine, emotionale Seite. Kann angesichts dieser teils dramatischen Reaktionen und Existenzängste überhaupt von einem „freiverantwortlichen Suizidwillen“ ausgegangen werden?²²

Die andere Seite ist die Verrechtlichung. Voraussetzung für die Verabreichung einer tödlichen Substanz ist, dass der Patient seine Entscheidung nach vorheriger Information getroffen hat, dass es sich also um eine „informed decision“ handelt. Wo Information, da ist die Bedingung der Autonomie und

²² Vgl. Duttge (2014), 621-625.

Was heißt: In Würde sterben?

Wider die Normalisierung des Tötens

Hoffmann, Th.S.; Knaup, M. (Hrsg.)

2015, XII, 314 S., Softcover

ISBN: 978-3-658-09776-9