

Robert Poll

Der Streit um die Freiverantwortlichkeit des Suizids

Die Gegner_innen einer organisierten Sterbehilfe beziehen sich häufig auf die nach ihrer Auffassung nicht gegebene Freiverantwortlichkeit des Suizids. Ihre Zweifel an der Selbstbestimmung bzw. Freiverantwortlichkeit des suizidalen Entschlusses beziehen sich auf verschiedene Aspekte - philosophische, medizinische, psychologische, soziologische etc. Alle haben jedoch eines gemein: Sie unterstellen äußeren Determinanten einen maßgeblichen Einfluss auf die Suizidentscheidung und sprechen damit den/der Suizidwilligen die Selbstbestimmung ab. Diese Argumentationen münden regelmäßig in einem Paternalismus. Robert Poll setzt sich mit der Frage auseinander, ob es gerechtfertigt ist, einem Menschen vor sich selbst zu schützen, ihn womöglich zum Leben zu zwingen - eine Frage, der sich auch die Rechtsordnung stellen muss.

Was bedeutet es, eine Entscheidung frei zu verantworten? In der Philosophie wird darüber heftig gestritten. „Diese Willensfreiheit ist die Fähigkeit des Menschen, freiwillig zu tun, was er unfreiwillig will.“¹ Robert Musils Behauptung aus „Der Mann ohne Eigenschaften“ verdeutlicht mit einem Schlag den Ernst einer der grundlegendsten und im Lichte neurowissenschaftlicher Erkenntnisse spannendsten Debatten in der Philosophie. Gerade auf die Freiverantwortlichkeit des Suizids hat die Frage nach der Freiheit des Subjekts überhaupt bzw. nach seiner grundsätzlichen Möglichkeit zur Selbstbestimmung entscheidende Bedeutung. Ohne sie ist aber auch die wertende Beurteilung einer jeden Handlung ihrer Grundlage beraubt. Davon ausgehend haben sich in der Philosophie drei Positionen etabliert: Einerseits wird von so genannten naturalistischen Inkompatibilisten ein deterministisches Weltbild vertreten, welches die Existenz von Willensfreiheit grundsätzlich bestreitet. In der Prämisse der Unvereinbarkeit von Willensfreiheit mit einem vollständig determinierten Weltverlauf stimmen sie mit der Position der libertären Inkompatibilisten überein. Diese kommen jedoch zu einem anderen Schluss. Nach libertärer Auffassung wird menschliche Freiheit postuliert und eine von deterministischen Gesetzen bestimmte Welt verneint. Dasselbe voraussetzend, führen also beide Auffassungen zu diametral entgegengesetzten Ergebnissen. Eine dritte Position ist nun bemüht diese Fronten aufzulösen, indem sie die zugrunde liegende Prämisse angreift. So genannte Kompatibilisten argumentieren für eine Vereinbarkeit menschlicher Freiheit mit Determination.

Erkenntnisse aus den Naturwissenschaften, insbesondere der Neurowissenschaft, bestärken die erstgenannte Auffassung in ihrem Bild einer vollkommen determinierten Welt. Die zentrale Frage nach Lücken im Kausalzusammenhang, die es einem „Ich“ ermöglichen sollen Akteurskausalität zu entfalten, scheinen durch wissenschaftlichen Fortschritt vor der Widerlegung zu stehen. So scheinen denn längst sind nicht alle „Lücken“ gefüllt.² Doch selbst bei der Ausweitung solcher Lücken zum völligen Indeterminismus der Libertären wäre kein Raum für Freiheit geschaffen. Handlungen die sich dem Zufall verdanken, sind kaum freier zu nennen, als unter dem Diktat der Bestimmtheit. So oder so entfiele das Konzept der Freiheit und damit auch der Verantwortung.³ Daher gehen kompatibilistische Auffassungen davon aus, dass Freiheit ohne Determinismus gar nicht zu denken ist. Jede Entscheidung sei immer auf gute Gründe zurückzuführen, welche objektiv betrachtet nichts anderes als determinierende Ursachen seien.

Aus dieser Perspektive lässt sich auch das berühmt gewordene „Libet-Experiment“ von dem, scheinbar zwingend daraus gefolgerten, reduktionistischen Menschenbild lösen. Als sich zeigte, dass 350 Millisekunden vor einer durch den Probanden getroffenen Entscheidung Hirnaktivitäten im entsprechenden Bereich zu messen waren, zeichnete sich zunächst ein Punktsieg des Determinismus ab. Aus kompatibilistischer Sicht scheint die Erkenntnis jedoch nicht überraschend, denn auf welcher Grundlage als den bereits vorhandenen Wünschen und Überzeugungen kann eine Person entscheiden? Dies verdeutlicht die Schwierigkeit, Willensfreiheit als Begriff überhaupt zur Grundlage folgender Ausführungen zu machen. Strittig ist zudem ob die Existenz von Willensfreiheit eigentlich beweis- oder widerlegbar ist. Aus pragmatischer Sicht verlagert sich die Perspektive daher auf die Frage, was es ausmacht, dass von einer autonomen Entscheidung gesprochen werden kann. Für freies Handeln kann es nicht mehr darauf ankommen, durch welche Faktoren der Wille bedingt ist, als vielmehr wie sich das Subjekt in ihnen bewegt. Hier finden Begriffe wie „authentische Identifikation“⁴ oder „Aneignung des eigenen Willens“⁵ Eingang in kompatibilistische Positionen, die eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Person als Voraussetzung von Autonomie beschreiben. Nicht zuletzt kommt es so zu einer Reduktion auf Einsicht- und Steuerungsfähigkeiten der Person, die den Begriff der Verantwortung wieder in das Zentrum philosophischer Auseinandersetzung rücken.

Zwischen Autonomie und Verpflichtung

Der Begriff Autonomie stammt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich sich selbst (autos) das Gesetz (nomos) geben. Ein anschauliches Beispiel für diese Selbstgesetzgebung findet sich in Sophokles Tragödie „Antigone“, als die allein ihrem Gewissen folgende Protagonistin auf dem Weg in den Tod durch den Chor gepriesen wird:

„Sondern nach eigenem Gesetz / Gehst lebend du / Als einzige unter den Sterblichen / Hinab in das Reich der Toten!“⁶

Doch bezogen auf die Entscheidung zum Suizids, wird bereits in der Antike eine Einschränkung der Autonomie vorgenommen, da, wie Aristoteles hervorhebt, sich das Gute im Allgemeinwohl manifestiere, sei der Suizid eine Flucht aus der Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft (polis). Platon hingegen leitet das Suizidverbot direkt aus einer Verpflichtung gegenüber der Gottheit ab, der ein Mensch gehöre. Die christliche Ethik wurde maßgeblich von diesen Positionen beeinflusst und verdrängte eine weitere philosophische Erörterung bis zur Renaissance.

Der Mensch als ein von Gott unabhängiges Wesen wird hier vor allem durch Pico della Mirandola mit einer, ihn von allen anderen Existenzen unterscheidenden Würde ausgestattet beschrieben, die sich in der Fähigkeit manifestiere, sich nicht nur von Gott sondern auch von sich selbst loslösen zu können - also in letzter Konsequenz, durch eigene Entscheidung schlicht Materie zu werden. Das Autonomieverständnis Kants knüpft hingegen im Ergebnis an die Grenzziehung der Antike an. Ausgehend von einem normativen Ansatz, stellt er mit dem Kategorischen Imperativ ein Instrument zur Verfügung, welches die Entfaltung der Autonomie durch den Willen, den er als praktische Vernunft bezeichnet, illustriert. Unfrei sei der Wille, der sich gegen die Vernunft richtet bzw. schlicht seinen Neigungen folgt. Aus diesem transzendentalen Autonomieverständnis folgt schließlich die Unverantwortlichkeit des Suizids, da dieser die Existenz als Zweck beende und damit nicht im Einklang mit dem vernünftigen Sittengesetz steht. Diesem ontologischen Autonomieverständnis wird von John Stuart Mill eine funktionale Sicht entgegengesetzt, nach welcher ein Mensch autonom entscheidet, der auf seine Weise, also subjektiv entscheidet. Hervorgehoben wird so die Abwehrfunktion nach außen hin, auch als Freiheit von etwas bzw. negative Freiheit umschrieben. Kollektivistische (und auch religiöse) Positionen wenden sich von diesem liberalen Autonomieverständnis ab und setzen die individuelle Autonomie in den Kontext sozialer Beziehungen. Daraus ergibt sich das enge Geflecht einer Gemeinschaft, die hohe Loyalitätspflichten an das Individuum stellt, was den Suizid als egoistische und somit die Grenzen der Autonomie überschreitende Entscheidung klassifiziert.

Um Freiverantwortlichkeit überhaupt denkbar zu machen, ist entweder von einem libertären inkompatibilistischen oder kompatibilistischen Weltverständnis auszugehen. Unser heutiges (europäisches) Verständnis von Freiverantwortlichkeit umfasst ein dichotomes Konzept: Einerseits beruht es auf einem essentiellen Autonomieverständnis, also der intrinsisch vorhandenen und indisponiblen Würde eines jeden Menschen, andererseits auch auf funktionaler Autonomie, welche den graduellen Charakter von Autonomieausübung verdeutlicht. Dies könnte als kompatibilistisch abgeschliffener Kantianismus bezeichnet werden. Die Frage nach der tatsächlichen Freiverantwortlichkeit des Suizids ist damit jedoch noch nicht entschieden. Vielmehr verlagert sie sich, mit wissenschaftlichen Fortschritt, auf andere Ebenen der Erörterung. Um Kriterien des Für oder Widers von Freiverantwortlichkeit finden zu können, ist es daher pragmatisch von einer funktionalen Autonomievorstellung ausgehend, auf das tatsächliche Maß an Kontrollfähigkeit bzw. Selbstbestimmung eines Menschen abzustellen.

Die Entwicklung medizinisch-psychologischer Kategorien

An dieser Ausgangslage knüpfen Medizin und Psychologie mehr oder minder an. In das Zentrum der Betrachtung rückt dabei zunächst die Auseinandersetzung mit der Definition des Krankheitsbegriffs, als notwendige Voraussetzung zur Wahrung der theoretischen Möglichkeit selbstbestimmter Suizidenten. Im Anschluss wird versucht zu zeigen, welche Einflussfaktoren aus medizinisch wie psychologischer Sicht die Entschlussfassung zum Suizid begleiten und welche Folgerungen sich daraus für die Selbstbestimmtheit, also den Grad funktionaler Autonomie ergeben.

Psychische Gesundheit und Selbstbestimmung

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde der Suizid aus Sicht von Ärzten/Ärzt_innen noch nicht als medizinisch relevante Thematik aufgefasst. Nach einer Bezeichnung Gottfried Benns handele es sich bei Selbstmördern um „Minusvarianten der Gesellschaft“, einfacher gesprochen: Menschen mit sozialen Problemen. Beschäftigungsansätze finden sich allerdings bereits in der aufkommenden Psychologie, so etwa bei Sigmund Freud, welcher den Suizid als einen in Selbstbestrafung mündenden Versuch der Kompensation von Selbstwertkrisen deutete.

Ausgehend von diesem Ansatz kam es in der Psychologie zunehmend zur Ausarbeitung der Krankheitstheorie des Suizids, die diesen als Abschluss einer krankhaft verlaufenden psychischen Entwicklung beschrieb. Maßgeblich beeinflusst wurde diese Perspektive von Erwin Ringel mit dem Begriff des präsuizidalen Syndroms. Dieses umfasse drei Merkmale, die regelmäßig einer Suizidhandlung vorausgehen sollen: 1) situative Einengung, als Empfinden einer ausweglosen Lage 2) Aggressionsumkehr gegen sich selbst und 3) Suizidphantasien als Realitätsverlust. Begünstigt bzw. ermöglicht wurde diese Auffassung auch durch den relativ weiten Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation, welche Gesundheit als das totale körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden definiert hatte. Die Krankheitstheorie stand jedoch vor einem Problem: ihr Absolutheitsanspruch scheiterte an nicht subsumierbaren Phänomenen, wie etwa dem politischen Selbstmord, bei welchem ein pathologischer Zustand ausgeschlossen werden kann. Auch die Wiederbelebung soziologischer Theorien, wie etwa von Émile Durkheim,⁷ trugen dazu bei, Zweifel an diesem extensiven Krankheitsbegriff anzumelden. Letztendlich führte aber vor allem der Einfluss der Medizin zu einer Ausdifferenzierung, da hier eine wesentlich stärkere, auf somatische Wirkungen bezogene Klassifizierung entwickelt wurde. Psychologische Theorien konnten sich nun ohne weiteres als Alternative zum Krankheitszusammenhang etablieren, wie z.B. die Lerntheorie, nach welcher Suizidhandlungen ein erlerntes Verhalten darstellen können. Verstärkt wurde der Einfluss biographischer und soziokultureller Faktoren untersucht, welche das von Erwin Ringel postulierte präsuizidale Syndrom letztlich in diskutabel machten. Aus der empirischen Suizidforschung findet diese Entwicklung heute Bestätigung. Nachdem der Anteil Kranker an den Suizidraten lange Zeit über

50% bis zu 95% betrug, hat er sich mit Hinweis auf methodische Schwächen der Untersuchungen⁸ immerhin zwischen 30% und 50% eingependelt.

Psychische Störungen als Einschränkung der Selbstbestimmung

Nach dem von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Klassifikationssystem ICD-10, zählt die Depression zu den affektiven Störungen. Interessant ist dabei vor allem die Phasenhaftigkeit des Auftretens. So wird erst von einer Störung gesprochen, wenn depressive Phasen wiederholt vorkommen. Eine erstmalig diagnostizierte „Depressive Episode“ (F.32) kann sich demnach zu einer „Rezidivierenden depressiven Störung“ (F.33) entwickeln. Dies beschreibt indes nur die zeitliche Komponente. Ursächlich werden u.a. reaktive Depressionen, die sich auf ein spezifisches Ereignis beziehen und endogene Depressionen, also aus dem „Inneren“ kommende Verstimmungen, unterschieden. Hierbei kann es sich in Ermangelung wissenschaftlicher Erkenntnisse jedoch nur um Vermutungen bzgl. der Ursache handeln, weshalb moderne Klassifikationssysteme wie die ICD-10 eine Einteilung nach Symptomatik und Verlauf vornehmen. Unter dem Gesichtspunkt der Selbstbestimmung wirft dies zunächst die Frage nach dem Schweregrad der Depression auf. Als Typisches Symptom ist neben der Stimmungsbeeinträchtigung die Antriebshemmung zu nennen. Diese führt zu einer interessanten Paradoxie: Je stärker die Antriebslosigkeit umso geringer ist auch die Suizidwahrscheinlichkeit. Besonders suizidgefährdet sind demnach Menschen mit abklingender starker Depression (z.B. durch Therapie) und dem einhergehenden Rückgewinn an Antrieb. Dies zeigt, dass schwere Depressionen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zwar immens reduzieren, wenn nicht gar ausschließen, aber nicht zwangsläufig in einen Suizid münden. Unabhängig vom Schweregrad ist also zu fragen wann Depressionen zum Suizid führen. Eine mit Verweis auf die Ursachenproblematik schwer zu beantwortende Frage. Voraussetzung ist zunächst, wie gezeigt wurde, ein Minimum an Antriebsvermögen. Festgehalten werden kann auch, dass Depressionen mit Suizidtendenzen, mindestens jedoch mit Suizidgedanken einhergehen.

Hier findet sich eine feine aber wichtige Unterscheidung: Der Gedanke an den Suizid ist notwendig jedoch nicht hinreichende Bedingung für eine Suizidtendenz bzw. deren Verwirklichung. Andere Faktoren können demnach Eingang in die Ausbildung von Suizidtendenzen finden. Pohlmeier unterscheidet hier fünf Bereiche: 1) Persönlichkeit, 2) Lebensgeschichte, 3) Lebenssituation, 4) Vererbung und 5) Chemie. Eine genaue Analyse des Einflusses dieser Bereiche, scheitert jedoch am Mangel wissenschaftlicher Erkenntnisse oder der grundsätzlichen Problematik empirischen Datenerhebung.

Hervorzuheben ist aber der Verweis auf soziokulturelle und biologische Einflussfaktoren, welche das Entstehen einer Depression beeinflussen, ihr auch als externe Faktoren anbei treten können. Wird in der Konsequenz also ein maßgeblicher Einfluss der Depression (als pathologischer Zustand) auf die Suizidtenz gefordert, so kann eine Vielzahl an Suiziden als gesund bezeichnet werden.

Progressiv verlaufende Störungen anhand der Demenz

Eine andere Problematik werfen psychische Störungen auf, die einen progressiven Verlauf beschreiben und somit keine zeitweilige, sondern eine stetig zunehmende Beeinträchtigung der Selbstbestimmung zu konstatieren ist. Ein Beispiel dafür sind degenerative Hirnerkrankungen wie Morbus Alzheimer. Hier kann ohne weiteres von einem, im Zusammenhang mit Depressionen geforderten, maßgeblichen Einfluss auf die Abnahme von Selbstbestimmung ausgegangen werden, da die Symptome u.a. Störungen von Gedächtnis, Denken, Orientierung, Sprache und Urteilsvermögen umfassen, also unmittelbare Voraussetzungen der Ausübung von Selbstbestimmung beeinträchtigen.

Zusammengefasst werden diese Symptome auch als Demenz bezeichnet. Einerseits kommt es so zu der Frage, wie in einem fortschreitenden Prozess der Abnahme von Selbstbestimmung, dieser noch Rechnung getragen werden kann. Der Deutsche Ethikrat hat sich dazu in einer Stellungnahme zu „Demenz und Selbstbestimmung“ folgendermaßen geäußert:

„Wo ein Mensch die geistige Fähigkeit zur Bewahrung seines Wohls vor schweren Schäden nicht oder nicht mehr hat, müssen in seinem Interesse andere für ihn entscheiden und handeln. Dem eigenen Willen des Betroffenen, auch wenn er ihn nur unvollkommen bilden und äußern kann, kommt jedoch in der Abwägung mit seinen Interessen, wie andere sie sehen, eine herausragende Bedeutung zu. Die Berücksichtigung auch eines unvollkommenen Willens ist im Laufe der letzten Jahrzehnte in Gesetzgebung, Rechtsprechung und Anwendungspraxis stärker hervorgehoben worden.“⁹

Die Gewichtung des „unvollkommenen Willens“ ist Teil einer jeden Einzelfallprüfung und daher schwer weiter zu kategorisieren. Beachtenswerter scheint daher eher die Kontroverse, welche durch das Sondervotum Volker Gerhardts am Ende der Stellungnahme verdeutlicht wird:

„Es geht nicht an, dass man die Selbstbestimmung bei Demenz zum nachhaltigen Ziel erklärt, die Selbstbestimmung vor der Demenz aber mit keinem Wort erwähnt. Wer davon ausgeht, dass es eine personale Kontinuität zwischen dem gesunden und dem kranken Menschen gibt, muss beim Urteil über den Kranken auch das in Rechnung stellen, was er als Gesunder über den Zustand festgelegt hat, in dem er sich in der Demenz befindet.“¹⁰

Die Ausgangsfrage dreht sich um. Hier geht es nicht mehr darum, die Selbstbestimmung von Suizidenten in Relation zu einer vorausgegangenen psychischen Krankheit zu beurteilen, sondern Menschen in Erwartung einer nicht heilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit in den Blick zu nehmen. Das Instrument der Patient_innenverfügung bietet dabei nur einen ersten Ansatz, indem es die Selbstbestimmung eines be-

reits entscheidungsunfähigen Menschen durch einen zeitlichen Rückgriff auf den Willen des noch gesunden Menschen konstruiert. Konkrete Wirkung entfaltet es also erst bei der Entscheidung ob lebenserhaltende bzw. -verlängernde Maßnahmen vorgenommen werden sollen.

In diesem Rahmen ist v.a. die indirekte und passive Sterbehilfe zu verorten. Einer Beantwortung der Frage nach der Freiverantwortlichkeit des Suizids ist damit allerdings nicht näher zu kommen. An dieser Stelle tritt der ärztlich assistierte Suizid auf den Plan. Die Erfahrungen im US-Bundesstaat Oregon, wo das Verfahren zulässig ist, belegt, dass über 90% der dieses in Anspruch nehmenden Patient_innen, die Sorge vor Autonomieverlust als Begründung angeben. Ist es also selbstbestimmt aus Angst vor einem drohenden Autonomieverlust den Suizid anzustreben? Hier läuft man Gefahr nach „guten“ und „schlechten“ Motiven trennen zu wollen. Natürlich kann Angst, besser gesagt Abneigung, ein legitimes Motiv darstellen - unter dem Vorbehalt kein schwerer pathologischer Zustand zu sein. Dabei drängt jedoch eine ganz andere Kategorie in den Vordergrund: die von pathologischen Zuständen unabhängige Beeinträchtigung der Selbstbestimmung durch externe Faktoren.

Sozialpsychologische Faktoren als Einschränkung der Selbstbestimmung

Trifft ein gesunder Kopf automatisch eine selbstbestimmte Entscheidung? Mit Verweis auf den philosophischen Exkurs ist dies zunächst zu verneinen. Erst ein sich mit sich selbst auseinandersetzendes Subjekt ist in der Lage, selbstbestimmt zu entscheiden. Dabei soll besonders der Einfluss externer Faktoren abgeschliffen werden. Die Gefahr ist groß, einen Suizid als selbstbestimmt zu bezeichnen, der maßgeblich durch direkten oder indirekten Druck des sozialen Umfelds veranlasst wurde.

Aus psychologischer Sicht ist dabei entscheidend, Ursachen und Motive auseinanderzuhalten. Ersteres bezieht sich auf die verschiedenen Sozialisationsbedingungen, die Ausprägung von Wertbezügen und Bedeutung von Beziehungen. Motive setzen sich hingegen zusammen aus kognitiven und affektiven Faktoren, d.h. Sie beschreiben die aktuelle psychische bzw. psychopathologische Verfassung des Menschen. Selbstbestimmung artikuliert sich also gerade in der Motivlage. Ursachen sind dagegen vor allem der Kontext, in dem der Mensch existiert. Diese in die Beurteilung von Selbstbestimmung mit einzubeziehen, führt über kurz oder lang zu einem deterministischen Weltbild, auf Grund dessen keine Form der Selbstbestimmung mehr annehmbar wäre.

Ursachen sind zudem nicht mit einem Auslöser zu verwechseln, der als Katalysator des Übergangs zwischen Ursachen und Motiven beschrieben werden kann, also direkten Einfluss auf die Motivbildung ausübt und daher in Selbstbestimmungsbeurteilungen mit einbezogen werden muss. Verdeutlicht wird die Bedeutung der psychischen Sozialisationsbedingungen durch ein kulturvergleichendes Beispiel: Bei einer Untersuchung schwer depressiver ägyptischer Studenten, ließ sich im Unterschied zu westlichen Referenzgruppen absolut keine Suizidgefahr konstatieren. Dies wurde auf das im Einflussbereich des Islams geltende Suizidverbot zurückgeführt. Genaue Differenzierungen wie sie theoretisch möglich sind, können in der Praxis jedoch oft nicht erbracht werden. Das liegt an den bereits angesprochenen erkenntnistheoretischen

Schwierigkeiten. Zudem sind die Grenzen zwischen Ursachen und Motiv oft fließend.¹¹

Festzuhalten ist, dass es die Entwicklung des medizinischen Krankheitsbegriffs erst ermöglicht hat, im Bereich psychischer Einflüsse auf die Suizid tendenz, Raum für Freiverantwortlichkeitserwägungen zu schaffen. Pathologische Zustände, wie zeitweilig auftretende psychische Störungen, wirken auf die Selbstbestimmung des/der Betroffenen ein. Sie können als Gleitschiene bezeichnet werden, von der die Entwicklung zum Suizid oft ihren Ausgang nimmt. Jedoch ist immer nach dem Maß des Einflusses auf die Motive zu fragen. Dies gilt auch für den Einfluss externer Faktoren, mit welchen sich das Subjekt nicht unmittelbar identifiziert. Konstatiert wird also, dass einerseits die Möglichkeit eines freiverantwortlichen Suizids evident ist, durch das Ablegen monokausaler Erklärungsansätze aber der empirisch genaue Nachweis der Einflussfaktoren bedeutend erschwert wird. In den Worten Jean Améry's:

„Jeder Akt ist ein Schnittpunkt unzähliger Kausalitäten. Aus diesem ungeheuren Komplex von Kausalitäten nimmt die Psychologie jeweils mehr oder weniger willkürlich ihr die von den Traditionen zugereichten Stränge heraus...“¹²

Abseits philosophischer oder medizinisch-psychologischer Erörterungen in der Theorie, gewinnt daher die Frage an Bedeutung, wie in der Praxis die Beurteilung von Selbstbestimmung zu handhaben ist. Eine Antwort darauf sollte vom Recht zu erwarten sein.

Rechtliche Paradigmen und Maßstabsfindung

Bisher wurde bei der Frage nach der Freiverantwortlichkeit des Suizids, aus einer Vielzahl verschiedener Richtungen, eine Vielzahl verschiedener Antworten aufgelistet. Dabei hat sich zumindest die Evidenz der Möglichkeit eines freiverantwortlichen Entschlusses herausgebildet, sofern das vorausgesetzte Weltbild eine solche nicht unmöglich macht. Wie geht also das Recht mit der Problematik um, welche Lösungen kann es bieten?

Verfassungsrechtliche Grundlagen der Freiverantwortlichkeit

Welches Verständnis von Freiverantwortlichkeit lässt sich aus dem Grundgesetz ableiten? Art. 1 Abs. 1 GG spricht von der Unantastbarkeit der Würde des Menschen. Diese Setzung ist eng verwandt mit dem Kantischen Ideal eines „unabweisbaren, aber auch unbeweisbaren“ moralischen Gebots in uns. Die darin Ausdruck findende Autonomie des Menschen, schlägt sich auch in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG nieder.

Das Recht auf Leben beinhaltet ebenso den Schutz desselben, wie das Recht seiner Nichtausübung. Aus praxisrelevanten Gründen ist jedoch die bloße Setzung eines Autonomieverständnisses, das Zurechnungsfähigkeit prinzipiell unterstellt, unzureichend. Vielmehr müssen „Regelungszusammenhänge“ gestiftet werden, die in der Realität eine solche Unterstellung plausibel erscheinen lassen. Dies geschieht mit dem Instrument der Zurechnung. Denn für die Annahme von Willensfreiheit ist es entscheidend zu fragen, ob auch andere Entscheidungen möglich gewesen wären.

„Eben aus diesem Grund müssen Rechtsordnungen zwischen Kausalität und Zurechnung unterscheiden. Das Setzen einer Ursache allein sagt weder etwas über die Fähigkeit zur Willensbildung noch über die individuelle Vermeidbarkeit des Handlungsbeitrages aus. Hier entwickeln Rechtsordnungen eigene Kriterien, nicht um Willensfreiheit in Frage zu stellen, sondern um sie für praktische Zusammenhänge zu konstituieren.“¹³

Zurechnung kann, wie gezeigt wurde, bei schweren pathologischen Zuständen entfallen. Ein zweites, auf die Zurechnung aufbauendes Instrument zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit ist die Begründung. Diese liefert Aufschluss über die Motivlage des Subjekts. Hier findet die bereits erörterte Unterscheidung zwischen Ursache und Motiv bzw. Grund, Eingang in die Beurteilung.

Aus dem gesetzten Autonomieverständnis des Art.1 Abs.1 GG i.V.m. dem Recht der Disponibilität über das eigenen Leben oder Nichtleben aus Art.2 Abs.2 S.1 GG kommt es zu einer inhaltlichen Abkehr von Kant. Das Subjekt entwickelt eigene Maßstäbe – eine individuelle Vernunft. Die Begründung kann daher nicht im Rahmen streng festgelegter (z.B. rationaler) Kriterien bewertet, sondern muss im Rückbezug auf das Subjekt, auf seine eigene Identität hin beurteilt werden. Es wäre ja auch realitätsfern einem katholischen Priester, der die Ablegung des Zölibats mit dem Schutz vor einer HIV-Infektion begründet, Glauben zu schenken. Vielmehr kann hier eine Dissonanz von Identität und Begründung unterstellt werden, die ein Nichtnachfragen naiv erscheinen lässt.

Es ist also festzuhalten, dass nicht das Leben, sondern die Autonomie des Individuums das verfassungsrechtlich höchste Gut darstellt. Nichtsdestotrotz kommt dem Staat aus der Verfassung eine Pflicht zu, die körperliche Unversehrtheit und das Leben seiner Bürger zu schützen. Da die externe Beurteilung einer subjektiven Begründung ein schwieriges Unterfangen darstellt und höchstens in eine Plausibilitätskontrolle münden kann, ist zu fragen, welche Kriterien der Zurechenbarkeit aufgestellt werden.

Strafrechtliche Maßstäbe für Freiverantwortlichkeit

Suizid ist kein Straftatbestand. Nach dem StGB wird allein die Tötung eines anderen Menschen mit Strafe bedroht. Daher ist die Beihilfe zum Suizid bisher ebenfalls straflos. Über die Ausgestaltung des Begriffs der Freiverantwortlichkeit ist sich das straf-

rechtliche Schrifttum jedoch nicht einig. Einerseits soll die Zurechnung des Suizids zum Willen des Suizidenten/der Suizident_in über ein prinzipielles Verantwortungsprinzip, andererseits über allgemeine Regeln der Einwilligungstheorie gelöst werden. Die u.a. von Claus Roxin vertretene Verantwortungslehre geht regelmäßig von freiverantwortlichem Handeln aus, sofern keine gegenteiligen Indizien vorliegen. Zu den Ausnahmen zählt die in §19 und §20 StGB geregelte Schuldunfähigkeit. An seine Grenzen stößt diese Lösung bei einem Motivirrtum, wie z.B. im Fall der vorgetäuschten Bereitschaft zum Doppelmord.¹⁴

Die Einwilligungstheorie lehnt die Konstruktion von Verantwortung für die eigene Tötung ab, da diese den Suizidenten/die Suizident_in wie eine_n fremdverletzende_n Täter_in behandle. Eher seien die Maßstäbe der Einwilligung in eine Körperverletzung heranzuziehen. Auf diesem Weg kommt es zu einer „Negativ-Abschichtung“ des Verantwortungsmodells anhand der Prüfung mehrerer Faktoren:

- natürliche Einsichtsfähigkeit,
- Urteils- und Hemmungsvermögen,
- Ernstlichkeit der Entscheidungen
- Mangelfreiheit der Willensbildung,
- Freiheit von Zwang,
- Freiheit von zielgerichteter Täuschung,
- Fähigkeit nach geistiger Reife und psychischen Zustand, die Tragweite des Entschlusses sachgerecht zu erfassen und nach dieser Einsicht zu handeln.¹⁵

Durch die Vielzahl an zu erfüllenden Kriterien ist fraglich, wie praktikabel die Einwilligungstheorie in der Realität sein kann. Angreifbar ist auch die Erfordernis der Ernstlichkeit der Entscheidung, welche de facto durch nichts anderes als die Ausführung der Suizidhandlung selbst bewiesen werden kann. Es ist daher wohl davon auszugehen, dass die Verantwortungslehre dem verfassungsrechtlich verankerten Autonomie Grundsatz näher kommt. Eine strafrechtsdogmatisch begründete Streitentscheidung soll hier jedoch nicht Gegenstand der Ausführungen sein.

Im Ergebnis kann dem Grundgesetz ein kompatibilistisches Verständnis der Welt unterstellt werden. Einerseits übergeht es die strikte Trennung einer Innen- und Außenseite des Subjekts im Sinne Kants, welcher die Bildung des eigenen Willens außerhalb der Kausalitätsordnung ansiedelt. Andererseits scheint ein liberal-demokratischer Verfassungsstaat mit einem deterministischen Weltbild unvereinbar. Vielmehr kann erst durch das prinzipielle Unterstellen von Autonomie, ergänzt durch das Mittel der Zurechnung, Verantwortung für das individuelle Handeln, als Fixpunkt einer sanktionsbewährten Rechtsordnung, konstruiert werden. Im speziellen Fall des Suizids, wird der Streit philosophischer und medizinisch-psychologischer Ansichten, in der strafrechtlichen Frage nach der begrifflichen Abdichtung von Freiverantwortlichkeit, weiter ausgefochten. Unabhängig vom Restriktionsgrad des anzulegenden Maßstabs kann jedoch festgehalten werden, dass das Grundgesetz die Möglichkeit eines selbstbestimmten Suizids in sein Autonomieverständnis mit aufgenommen hat.

ROBERT POLL studiert Rechtswissenschaft mit Schwerpunkt Rechtsgestaltung und Rechtspolitik an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Literatur

Améry, Jean et al. 1994: Auszüge aus der öffentlichen Podiumsdiskussion „Freiheit zum Tode?“; in: *Selbstmordverhütung, Anmaßung oder Verpflichtung*, 2. Aufl. Düsseldorf u. Bonn, S.17.

Bieri, Peter 2007: *Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens*, Frankfurt am Main.

Dahl, Edgar 2010: *Schuld und freier Wille – Denn Sie wissen nicht was sie tun...;* in: *Spektrum der Wissenschaft Juni 2010*, S.72.

Fink, Udo 1992: *Selbstbestimmung und Selbsttötung*, Köln/Berlin/Bonn/München.

Gather, Jakov / Vollmann, Jochen 2014: *Die ärztlich assistierte Selbsttötung und advance care planning – Medizinethische Überlegungen zur Selbstbestimmung am Lebensende von Menschen mit Demenz;* in: *Psychiatrische Praxis*, S.385.

Gerhardt, Volker 2012: *Sondervotum, Die Tragödie der Demenz darf nicht verschwiegen werden;* in: *Deutscher Ethikrat, Demenz und Selbstbestimmung, Stellungnahme*, Berlin.

Gropp, Walter 1996: *Zur Freiverantwortlichkeit des Suizids aus juristisch-strafrechtlicher Sicht;* in: *Pohlmeier/Schöch/Venzlaff (Hrsg.), Suizid zwischen Medizin und Recht*, Stuttgart, S.13.

Herpertz, Sabine et al. 1996: *Die Suizidproblematik aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht;* in: *Pohlmeier/Schöch/Venzlaff (Hrsg.), Suizid zwischen Medizin und Recht*, Stuttgart, S.1.

Lehmann, Karin 1996: *Zur Psychologie des Suizids am Beispiel der affektiven und schizophrenen Psychosen;* in: *Pohlmeier/Schöch/Venzlaff (Hrsg.), Suizid zwischen Medizin und Recht*, Stuttgart, S.135.

Möllers, Christoph 2008: *Willensfreiheit durch Verfassungsrecht;* in: *Lampe/Pauen/Roth (Hrsg.), Willensfreiheit und rechtliche Ordnung*, 1. Aufl., Frankfurt am Main, S.250.

Musil, Robert 1957: *Der Mann ohne Eigenschaften*, Berlin.

Nida-Rümelin, Julian 2005: *Über menschliche Freiheit*, Stuttgart.

Panagopoulou-Koutnatzki, Fereniki 2008: *Die Selbstbestimmung des Patienten, Eine Untersuchung aus verfassungsrechtlicher Sicht*, Berlin.

Pauen, Michael 2011: Eine Frage der Selbstbestimmung; in: Spektrum der Wissenschaft März 2011, S.68.

Pauen, Michael 2010: Schuld und freier Wille – Viele wissen eben doch was sie tun!; in: Spektrum der Wissenschaft Juni 2010, S.76.

Platzer, Johann 2010: Autonomie und Lebensende - Reichweite und Grenzen von Patientenverfügungen, Würzburg.

Pohlmeier, Hermann 1996: Wie frei ist der Freitod? Einschränkung frei verantwortlichen Handelns durch Krankheit?; in: Berliner Medizinethische Schriften, 1. Aufl., Dortmund.

Pohlmeier, Hermann 1995: Depression und Selbstmord, 3.Aufl., Düsseldorf u. Bonn.

Roxin, Claus 1987: Die Sterbehilfe im Spannungsfeld von Suizidteilnahme, erlaubten Behandlungsabbruch und Tötung auf Verlangen; in: NSTZ 1987, S.345.

Sophokles 1955: Antigone, Stuttgart.

Tölle, Rainer / Windgassen, Klaus 2005: Psychiatrie, 14. Aufl., Luxemburg/Berlin.

Walter, Henrik 1999: Neurophilosophie der Willensfreiheit. Von libertarischen Illusionen zum Konzept der natürlicher Autonomie, Paderborn.

Welz, Rainer 1994: Gesellschaftliche Einflussgrößen auf die Selbstmordhandlung; in: Pohlmeier (Hrsg.), Selbstmordverhütung, Anmaßung oder Verpflichtung, 2. Aufl. Düsseldorf u. Bonn, S.53.

Anmerkungen:

- 1 *Musil*, Der Mann ohne Eigenschaften, S. 1240.
- 2 Insbesondere in der Physik zeigt ein Blick auf die verschiedenen Interpretationen der Quantenmechanik die Zerrissenheit der Wissenschaft bzgl. dieser Frage. Nicht unpopulär ist die von *Heisenberg* und *Bohr* begründete *Kopenhagener Deutung*, nach welcher von einem indeterministischen, also unvorhersagbaren Charakter quantenphysikalischer Naturvorgänge ausgegangen wird., vgl. Stanford Encyclopedia of Philosophy, Copenhagen Interpretation of Quantum Mechanics, <http://plato.stanford.edu/entries/qm-copenhagen/>.
- 3 Der britische Philosoph *Jonathan Glover* schlägt in diesem Zusammenhang vor, moralische Urteile durch ästhetische zu ersetzen. Statt eine Handlung zu verurteilen, sei sie vielmehr zu bedauern., vgl. *Dahl*, Schuld und freier Wille – Denn Sie wissen nicht was sie tun..., Spektrum der Wissenschaft Juni 2010, S. 72.
- 4 *Walter*, Neurophilosophie der Willensfreiheit. Von libertarischen Illusionen zum Konzept der natürlicher Autonomie, S. 323.
- 5 *Bieri*, Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens, S. 383.
- 6 *Sophokles*, Antigone, S. 40.
- 7 *Émile Durkheim* beschrieb den anomischen Selbstmord als eine Reaktion auf starke gesellschaftliche Veränderung, in welcher die mittlere Integration des Einzelnen in seiner sozialen Gruppe verloren ginge, zu Isolation und damit zu einer starken Suizidgefährdung führe ohne krank zu sein. vgl.

Pohlmeier, Wie frei ist der Freitod? Einschränkung frei verantwortlichen Handelns durch Krankheit?, S. 9.

- 8 Es bleibt fraglich wie genau empirische Erhebungen zur Suizidursache überhaupt sein können, da bei vollendeten Suiziden die Motivlage nur näherungsweise bestimmt werden kann und viele Suizidversuche im Dunkeln bleiben., vgl. *Lehmann*, Zur Psychologie des Suizids am Beispiel der affektiven und schizophrenen Psychosen, in: Suizid zwischen Medizin und Recht, S.135.
- 9 Deutscher Ethikrat, Demenz und Selbstbestimmung, Stellungnahme, S.74.
- 10 *Gerhardt*, Sondervotum in: Demenz und Selbstbestimmung, Stellungnahme, S. 105.
- 11 Nach der *Lerntheorie* kann eine Suizidhandlung als erlerntes Verhalten beschrieben werden. Vorstellbar wäre also ein_e Suizident_in, dessen/deren Entscheidung auf familiären Erfahrungen fußt, welche durch die Wahrnehmung des Suizids als Problembewältigungsmittel geprägt wurden. Hier verwischen die theoretisch aufgezeigten Grenzen zwischen Ursachen und Motiv. vgl. *Pohlmeier*, Wie frei ist der Freitod? Einschränkung frei verantwortlichen Handelns durch Krankheit?, S.9.
- 12 *Jean Améry*, Auszüge aus der öffentlichen Podiumsdiskussion „Freiheit zum Tode?“, in: Selbstmordverhütung, Anmaßung oder Verpflichtung, S. 19/20.
- 13 *Möllers*, Willensfreiheit durch Verfassungsrecht, in: Willensfreiheit und rechtliche Ordnung, S.2254, 255.
- 14 Sog. Störfaktor-Fall, BGH GA 1986,508.
- 15 *Gropp*, Zur Freiverantwortlichkeit des Suizids aus juristisch-strafrechtlicher Sicher, in: Suizid zwischen Medizin und Recht, S. 27.