

**WUNSCH**

**NACH**

**LEBEN**

WUNSCH NACH LEBEN

# WUNSCH NACH STERBEN

BERND ALT-EPPING &amp; THOMAS STROWITZKI

Die moderne Medizin kann zu neuem Leben verhelfen – und sie kann das Ende eines Lebens erleichtern. Mit der Anzahl der dafür heute verfügbaren medizinischen Methoden steigt auch die Bedeutung der ethischen Fragen, die auch Fragen nach gemeinsamen Werten sind: Wollen wir in einer Gesellschaft leben, in der das Sterben durch Suizid oder gar durch Tötung zur Normalität geworden ist? Wollen wir in einer Gesellschaft leben, die eine künstliche Zeugung von Leben inklusive genetischer Diagnostik am Embryo oder gar Eingriffe in die Keimbahn erlaubt? Hinter all dem steht eine noch viel grundsätzlichere Frage: Was ist der Wert des Lebens?

# „Das Herz kennt Gründe zum Leben, die der Verstand nicht kennt.“

Blaise Pascal (1623 bis 1662)

# D

Die Zeugung menschlichen Lebens ist wie die Ausgestaltung des Lebensendes in unserer Gesellschaft in zunehmender Weise Gegenstand individueller Wünsche und Erwartungen. Die Umsetzung persönlicher Lebensziele, das Streben nach dem Vermeiden von Leid, die Optimierung und der Impuls zur Kontrolle elementarer Lebenssituationen motivieren möglicherweise zu diesen Wünschen und Erwartungshaltungen. Die Gründe, sich Leben zu wünschen oder das Ende des Lebens herbeizusehnen, sind extrem komplex. In der Reproduktionsmedizin können etwa der Kinderwunsch und die Ablehnung beeinträchtigten Lebens eng beieinanderstehen – in der Palliativsituation können schwerkranke Menschen gleichzeitig den Wunsch in sich tragen, sowohl weiterleben als auch sterben zu wollen. Auch wenn somit auf den ersten Blick das Entstehen und Vergehen von Leben als sehr unterschiedliche Szenarien empfunden werden, zeigen sich bei genauerer Betrachtung viele Analogien und Parallelen.

Für den Lebens- wie den Sterbewunsch wird heute häufig das Bild einer schiefen Ebene bemüht, die sich einseitig zu einer immer weitergehenden Liberalisierung bewegt. Im internationalen Vergleich gibt es eindruckliche Beispiele dafür, wie „liberal“ Lebensendwünsche heute umgesetzt werden; auch in der Reproduktionsmedizin steht immer mehr das Machbare im Vordergrund, ohne ethische Barriere-

ren auszuloten. Die Fragen nach einer weiteren Liberalisierung der Methoden, die Leben schaffen, oder der Handlungen, die Leben beenden, sind weniger medizinischer oder juristischer Natur – es ist vielmehr die Frage nach gemeinsamen Werten: Wollen wir in einer Gesellschaft leben, in der das Sterben durch Suizid oder gar durch Tötung zur Normalität geworden ist? Wollen wir in einer Gesellschaft leben, die eine künstliche Zeugung von Leben inklusive genetischer Diagnostik am Embryo oder gar Eingriffe in die Keimbahn erlaubt? Hinter all dem steht eine noch viel grundsätzlichere Frage: Was ist der Wert des Lebens?

## Wunsch nach Leben

Fruchtbarkeit wird oft als Selbstverständlichkeit betrachtet. So fruchtbar, wie gemeinhin angenommen, ist der Mensch aber nicht: Selbst bei idealen Bedingungen liegt die Schwangerschaftschance bei Paaren unter 30 Jahren allmonatlich nicht über 30 Prozent. Hier kommt die Reproduktionsmedizin ins Spiel: Jährlich erfolgen hierzulande mehr als 100.000 künstliche Befruchtungen (In-vitro-Fertilisationen, IVF), Tendenz steigend; weltweit sind bislang mehr als 8,5 Millionen Kinder nach künstlicher Befruchtung geboren worden.

Unstrittig ist: Die Fortpflanzungsfreiheit ist als hohes und schützenswertes Gut im Grundgesetz festgehalten. In der modernen Fortpflanzungsmedizin geht es aber um mehr als um die Freiheit, sich fortzupflanzen. Es geht nicht nur um eine Person, sondern auch um den Partner oder die Partnerin, es geht um eventuelle Eispenderinnen und Samenspender – und in allererster Linie geht es um das Wohl der Kinder, die durch Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gezeugt worden sind. Diesen Punkt betont auch die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina in ihren aktuellen Stellungnahmen. Fortpflanzungstechniken dürfen laut Leopoldina „keine voraussehbar schwerwiegenden Risiken für das körperliche oder seelische Wohl des Kindes mit sich bringen“.

Unstrittig ist zweitens: Die künstliche Befruchtung ist eine segensreiche Behandlung, die Millionen von Menschen, die auf natürlichem Wege kein Kind bekommen können, zu Nachwuchs verhelfen kann. Über die eigentliche „Kinderwunschbehandlung“ gehen die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin jedoch heute weit hinaus. Da ist zum einen die Tatsache, dass die künstliche Befruchtung den Embryo erstmals auch außerhalb des Mutterleibes verfügbar macht. Dies ermöglicht es auch, den Embryo zu untersuchen, bevor er in die Gebärmutter übertragen wird. Die Verfügbarkeit frühen menschlichen Lebens außerhalb des Mutterleibes kann sogar dazu führen, dass eine künstliche Befruchtung ausschließlich zum Zwecke der Diagnostik am Embryo vorgenommen wird – auch bei Frauen, die gar keine eingeschränkte Fruchtbarkeit haben. Die modernen Möglichkeiten rund um die klassische künstliche Befruchtung sind zahlreich – und sie haben eine breite Diskussion ausgelöst. Im Fokus stehen dabei die Stichworte Embryoscreening und elektiver Embryotransfer, Präimplantationsdiagnostik, polygenes Embryoscreening, Eizellspende, Gebärmuttertransplantation und Leihmutterchaft.

### Selektion von Embryonen

Methoden, um das Entwicklungspotenzial von Embryonen bei einer künstlichen Befruchtung zu prüfen, sind heute klinische Routine. In erster Linie zu nennen ist die Beurteilung der embryonalen Teilungsstadien bis zum fünften Tag nach der Befruchtung (Blastozystenstadium). Zu diesem Zweck – gemäß dem sogenannten Deutschen Mittelweg, der mit dem Embryonenschutzgesetz vereinbar ist – ist es möglich, eine begrenzte Anzahl befruchteter Eizellen in Kultur zu nehmen und äußerlich (morphologisch) zu untersuchen. Für den sogenannten elektiven Einzelembryotransfer wird jedoch nicht eine begrenzte, sondern eine viel höhere Anzahl befruchteter Eizellen kultiviert. Nur so kann derjenige einzelne Embryo für den Transfer in die Gebärmutter ausgewählt werden, der bis dahin die beste Entwicklung genommen hat. Es wird also bewusst ein Zuviel an Embryonen in Kauf genommen – und es wird vor dem Transfer eine Auswahl getroffen. Dieses Vorgehen ist in Deutschland laut Embryonenschutzgesetz verboten.

Die Frage, welcher Embryo die beste Entwicklung genommen hat und weiterhin erwarten lässt, kann auch die sogenannte Präimplantationsdiagnostik (PID) beantworten. Im Unterschied zum bloß äußerlichen Durchmustern (Screening) embryonaler Teilungsstadien ist die PID invasiv: Die nach künstlicher Befruchtung entstandenen Embryonen werden vor der Übertragung in die Gebärmutter genetisch untersucht, wozu dem Embryo zu einem frühen Zeitpunkt einzelne Zellen entnommen werden müssen. In Deutschland ist die PID etwa dann erlaubt, wenn in einer Familie schwerwiegende Erbkrankheiten bekannt sind. Hierzulande gelten für die PID nicht nur strenge In-



**PROF. DR. THOMAS STROWITZKI** ist seit 1999 Ärztlicher Direktor der Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen am Universitätsklinikum Heidelberg und Mitglied der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Universität Heidelberg. Seit 2001 ist er Vorsitzender der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg und seit 2015 Co-Direktor des für Baden-Württemberg zugelassenen PID-Zentrums. Nach Medizinstudium und Promotion an der Universität des Saarlandes habilitierte er sich 1995 an der Ludwig-Maximilians-Universität München, wo er acht Jahre die Reproduktionsmedizin leitete. Für seine wissenschaftlichen Leistungen erhielt Thomas Strowitzki, der Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission „Demographischer Wandel“ der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina war, 1994 den Ludwig-Fraenkel-Preis der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Kontakt: [thomas.strowitzki@med.uni-heidelberg.de](mailto:thomas.strowitzki@med.uni-heidelberg.de)

dikationsgrenzen, sie darf auch erst dann erfolgen, wenn ihr eine speziell dafür eingerichtete Ethikkommission zugestimmt hat. Das Heidelberger Institut für Humangenetik und die Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen der Universitätsklinik Heidelberg sind ein für Baden-Württemberg zugelassenes PID-Zentrum. Unserer Erfahrung nach ist für die Betreuung der Menschen, die den Wunsch nach einer PID äußern, in erster Linie Aufklärung wichtig: Die meisten Patientinnen fragen nach einer PID aus Gründen, die keine Indikation für eine Präimplantationsdiagnostik darstellen.

Weit über die PID hinaus geht das „polygene Embryoscreening“ (polygenic risk scores; PRS). Hierfür werden Cluster von Genvarianten untersucht, die auf ein höheres Risiko für spätere Erkrankungen hinweisen können, etwa auf Diabetes, Krebserkrankungen, Bluthochdruck oder psychische Leiden. Mittlerweile wird ein polygenes Embryoscreening kommerziell auch hinsichtlich Körpergröße oder Intellekt angeboten. Basierend auf den jeweils ermittelten Risikoscores werden dann Embryonen – trotz normaler Entwicklung – verworfen. Beim polygenen Embryoscreening geht es um Selektionskriterien, die nur noch zu einem geringen Teil auf schwerwiegenden medizinischen Gründen beruhen. Wird hier die ethische Grenze des Machbaren überschritten? Sind wir damit auf dem Weg, nur noch weitgehende Sicherheit für ein vermeintlich gesundes Leben einzufordern? Und: Dürfen Ärzte Patientinnen diesen Wunsch verweigern? Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, beispielsweise die „European Society of Human Reproduction and Embryology“ (ESHRE), haben sich hier eindeutig positioniert: „ESHRE shares the concerns expressed by the European Society of Human Genetics (ESHG) over the use of polygenic risk scores in preimplantation genetic testing. A statement issued by the ESHG at the end of 2021 was firm in its objections that the use of PRSs in clinical practice is unproven and unethical.“

### Eizellspende und Gebärmuttertransplantation

Ein weiteres kontrovers diskutiertes Thema ist die Eizellspende, die Zeugung eines Kindes mithilfe von Eizellen, die eine andere Frau gespendet hat. Die Eizellspende ist im Unterschied zur Samenspende in Deutschland verboten. Eine Folge des Eizellspendenverbots in Deutschland ist, dass sich jährlich mehrere Tausend deutsche Paare im Ausland behandeln lassen, wo oft eine anonyme Eizellspende praktiziert wird. Für eine Eizellspende gibt es durchaus gute medizinische Gründe, etwa wenn Frauen bereits sehr früh in die Wechseljahre kommen oder wenn Frauen nach einer Krebsbehandlung keine eigenen fruchtbaren Eizellen mehr haben. Das aber sind zumeist nicht die Gründe für die im Ausland stattfindenden Eizellspenden. Dort wird eine Eizellspende häufig von Frauen in

Anspruch genommen, die das natürliche Menopausealter von etwa 51 Jahren längst überschritten haben und sich trotz fortgeschrittenen Alters noch ein Kind wünschen. In Deutschland verboten wurde die Eizellspende seinerzeit vor allem mit dem Argument der „gespaltenen Mutterschaft“: Es wurden Schäden für das Kind befürchtet, weil die gebärende Mutter nicht die genetische Mutter ist. Diese Sorge wurde inzwischen wissenschaftlich widerlegt: Die internationale Literatur weist darauf hin, dass die weitere Entwicklung der Kinder nach Eizellspende unauffällig ist. Aus medizinischen Gründen empfiehlt die Leopoldina, das Eizellspendenverbot in Deutschland aufzuheben – allerdings unter der Einführung von Altersgrenzen. Im neuen Koalitionsvertrag ist die Legalisierung der Eizellspende bereits festgeschrieben.

Um den Wunsch nach Schwangerschaft und einem eigenen Kind realisieren zu können, nehmen Frauen auch schwere medizinische Belastungen wie eine Gebärmuttertransplantation (Uterustransplantation) auf sich. Sie wird derzeit vor allem Frauen mit dem sogenannten Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH) angeboten: Die Frauen haben zwar funktionierende Eierstöcke, ihnen fehlt aber von Geburt an die Gebärmutter. In Heidelberg haben wir die ersten erfolgreichen künstlichen Befruchtungen bei

Frauen vorgenommen, denen zuvor in der Universitätsklinik Tübingen eine Gebärmutter transplantiert worden war. Die Schwangerschaften der Frauen verliefen ohne Probleme, auch die Operationen waren für die Gebärmutterspenderin und die Empfängerin komplikationslos. Die potenziellen Risiken sind jedoch bei einer Entnahmezeit der Gebärmutter von neun bis zwölf Stunden bei der Spenderin und einer Transplantationszeit von vier bis acht Stunden bei der Empfängerin hoch.

Die „Leihmutterschaft“ hat nicht nur die Verfügbarkeit menschlichen Lebens außerhalb des Mutterleibes, sondern auch die Trennung von genetischer und biologischer Mutterschaft Realität werden lassen. In Deutschland ist es verboten, dass eine Frau im Auftrag eines Paares oder eines alleinstehenden Menschen mit Kinderwunsch ein Kind austrägt. In verschiedenen anderen Ländern findet Leihmutterschaft jedoch statt. Auch für eine Leihmutterschaft gibt es durchaus gute medizinische Gründe, etwa der frühzeitige Verlust der Gebärmutter aufgrund einer Krebserkrankung. Im weiteren Sinne fällt unter den Begriff Leihmutterschaft auch folgende Möglichkeit: Die Leihmutter wird mit ihrer eigenen Eizelle und nach der künstlichen Befruchtung mit dem Samen des Mannes der Wunscheltern schwanger; sie trägt das Kind aus und überlässt es

**„In Deutschland regelt das Embryonenschutzgesetz den Umgang mit Embryonen außerhalb des Mutterleibes – der Inhalt des Gesetzes hält dem medizinischen Fortschritt jedoch nicht mehr stand.“**

# „Die Palliativmedizin strebt danach, Patient:innen und ihre Angehörigen so breit zu unterstützen, dass Gedanken an einen Suizid nicht weiter verfolgt werden müssen.“

nach der Geburt den Wunscheltern. Eine weitere Variante ist, dass sich ein Paar von einer Leihmutter einen Embryo austragen lässt, der sowohl aufgrund einer Eizell- wie einer Samenspende entstanden ist. Die Leopoldina hat sich in ihrer aktuellen Stellungnahme ausdrücklich gegen Leihmutterschaft ausgesprochen. Sie mahnt darüber hinaus an, dass es für Kinder, die im Ausland von einer Leihmutter ausgetragen worden sind, hierzulande einen gesetzlichen Regelungsbedarf gibt.

## Risiken für Mutter und Kind

Der drängende Wunsch, sich mithilfe künstlicher Befruchtung den Traum vom eigenen, gesunden Kind zu erfüllen, lässt oft vergessen, welche Risiken damit einhergehen. Davon ist nicht allein die Frau, sondern auch das Kind betroffen, oder sogar beide. Der Transfer mehrerer Embryonen in die Gebärmutter beispielsweise erhöht zwar die Chance, schwanger zu werden, vor allem bei Frauen in höherem Alter. Damit steigt jedoch auch das Risiko für eine Mehrlingsschwangerschaft. Das belegen die jüngsten Zahlen des deutschen IVF-Registers: Die Zwillingsrate nach künstlicher Befruchtung liegt derzeit bei knapp 17 Prozent. Mit der Mehrlingsschwangerschaft einher gehen ein höheres Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und eine zu frühe Geburt der Kinder. In Deutschland sind 8,7 Prozent aller Geburten Frühgeburten – nach künstlicher Befruchtung werden 18 Prozent der Einlinge und 83 Prozent der Zwillinge zu früh geboren. Weil Mehrlingsschwangerschaft und

Frühgeburt wesentliche Faktoren für kindliche Morbidität und Mortalität sind, geht die Beratung bei der künstlichen Befruchtung zunehmend dahin, nur einen Embryo in die Gebärmutter zu transferieren.

Insgesamt verläuft die Entwicklung von Kindern, die aufgrund künstlicher Befruchtung entstanden sind, medizinisch betrachtet meist unauffällig. Ein gering erhöhtes Fehlbildungsrisiko wird für die sogenannte intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) diskutiert, bei der ein einzelnes Spermium mit einer feinen Nadel direkt in die Eizelle gespritzt wird. Ob diese Art der künstlichen Befruchtung per se für das erhöhte Fehlbildungsrisiko der Kinder verantwortlich ist oder ob es eher die fertilitätseinschränkenden Faktoren des Paares sind, ist noch unklar.

Das große Angebot fortpflanzungsmedizinischer Techniken weckt Begehrlichkeiten, die oft auf falschen Vorstellungen beruhen. So kann die künstliche Befruchtung sowohl aufgrund einer klaren medizinischen Indikation als auch als medizinisch nicht begründbare Wunschleistung eingesetzt werden. Das morphologische und genetische Embryoscreening kann aus klaren medizinischen Gründen beim Vorliegen schwerer Erbkrankheiten in der Familie erfolgen – aber auch, um die speziellen Erwartungen der künftigen Eltern an die Eigenschaften des Kindes zu erfüllen. Die Eizellspende kann medizinisch beispielsweise bei einer Frau mit vorzeitigen Wechseljahren eingesetzt werden – aber auch bei Frauen, die noch im Alter von 60 Jahren ein Kind

wollen. Die Leihmutterchaft mag bei einer Frau mit nicht vorhandener Gebärmutter eine Alternative zur Gebärmuttertransplantation sein – eine Leihmutter kann aber auch benutzt werden, wenn Frauen zwar ein eigenes Kind, aber keine Schwangerschaft wollen. Die Beispiele zeigen: Eine detaillierte Beratung tut not – und es muss dabei klar aufgezeigt werden, in welchen Grenzen Reproduktionsmedizin sinnvoll angewendet werden sollte.

In Deutschland regelt das Embryonenschutzgesetz den Umgang mit Embryonen außerhalb des Mutterleibes – der Inhalt des Gesetzes hält dem medizinischen Fortschritt jedoch nicht mehr stand. Deshalb spricht sich die Leopoldina in ihren aktuellen Stellungnahmen für eine zeitgemäße Gesetzgebung aus und empfiehlt – mit Einschränkungen – die Eizellspende, die Spende von Embryonen und befruchteten Eizellen sowie die Präimplantationsdiagnostik.

### Wunsch nach Sterben

Nicht nur schwer erkrankte Menschen, sondern auch Menschen, die nicht krank sind, suchen im Alter nach „Exit-Strategien“, nach möglichen Auswegen aus einem Leben, das sie als nicht mehr zu ertragen oder als nicht mehr lebenswert empfinden. In der öffentlichen Diskussion stehen zumeist Suizide oder gar Tötungshandlungen und deren juristische Implikationen im Vordergrund. In der klinischen Praxis aber geht es vor allem um die häufig vorkommende Situation, dass Maßnahmen, die das Leben verlängern sollten, nicht weiter wirksam oder angemessen sind und begrenzt werden müssen, oder dass Patient:innen ihre Zustimmung oder Ablehnung gegenüber lebensverlängernden Therapiemaßnahmen zum Ausdruck bringen. Dies kann als unmittelbare Willensäußerung geschehen, mittelbar durch eine Patientenverfügung oder stellvertretend durch einen Vorsorgevollmächtigten oder Betreuer.

Der Zustimmungsvorbehalt zu jeder medizinischen Maßnahme ist eine wesentliche, womöglich sogar die wichtigste Handhabe eines Patienten oder einer Patientin, die konkrete Ausgestaltung seines oder ihres Lebensendes zu beeinflussen. Dabei geht es keineswegs immer „nur“ um große Entscheidungen, etwa eine intensivmedizinische Behandlung oder eine schwere Operation. Nicht selten geht es vor allem um die Begrenzung niederschwelliger Behandlungssituationen, beispielsweise alle Formen der künstlichen Ernährung, eine Dialysebehandlung, eine Antibiotikatherapie oder die Deaktivierung eines implantierten Defibrillators oder Herzschrittmachers. Im Grundgesetz ist das Recht einwilligungsfähiger Patient:innen, sowohl aufwändige als auch sehr niederschwellige Therapiemaßnahmen abzulehnen, umfassend verbrieft. Dieses Recht gilt auch dann, wenn das Ablehnen einer medizinischen Maßnahme nicht sinnvoll ist oder wenn es dazu führt, dass das Leben in absehbarer Zeit endet.



**PROF. DR. BERND ALT-EPPING** ist seit 2021 Ärztlicher Direktor der neu eingerichteten Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg und Mitglied der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Universität Heidelberg. Nach dem Medizinstudium in Münster und Cardiff (Wales) arbeitete er ab 1997 in der Abteilung für Innere Medizin des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke, bevor er 2002 an die Klinik für Hämatologie und Medizinische Onkologie der Universitätsmedizin Göttingen wechselte, wo er sich als Onkologe unter anderem auf die Palliativmedizin spezialisierte. Von 2006 an bis zu seinem Wechsel nach Heidelberg war er leitender Oberarzt am Palliativzentrum der Universitätsmedizin Göttingen und in allen Arbeitsbereichen der Palliativmedizin tätig. Er wirkte bei der Implementierung der klinischen Ethikberatung an der Universitätsmedizin Göttingen mit und war Mitglied des Klinischen Ethik-Komitees. Bernd Alt-Epping engagiert sich in zahlreichen Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Kontakt: [bernd.alt-epping@med.uni-heidelberg.de](mailto:bernd.alt-epping@med.uni-heidelberg.de)

### Linderung von Leid

Situationen, die als nicht mehr zu ertragen oder als nicht mehr lebenswert empfunden werden, können schwerste Erkrankungen mit unerträglichem Leid und Siechtum sein. Es kann sich aber ebenso um Situationen handeln, in denen es „nur“ um den Verlust von Autonomie, um das Angewiesensein auf andere, um Pflegebedürftigkeit, Einsamkeit oder Überforderung geht. Welche enorme Rolle schon allein die Sorge vor einem möglichen Autonomieverlust spielt, geht aus der Begleiterhebung des „Oregon Death with Dignity Act“ hervor, eines staatlichen Unterstützungskonzepts in Oregon (USA) für den freiverantwortlichen Suizid. Auch eine dezidierte „Lebenssatttheit“ kann dieser Erhebung nach bereits als unaushaltbar und nicht mehr lebenswert empfunden werden. Dieses Wissen hilft, realistisch die Rolle einzuordnen, die die Palliativmedizin in der Prävention von Todeswünschen spielen kann: Trotz allerbesten Palliativmedizin wird es immer Menschen geben, die weiterhin lebensverneinende Gedanken haben und nach Auswegen aus ihrem Leben suchen. Insofern ist der freiverantwortliche Wunsch nach lebensbeendenden Maßnahmen eine Frage, die nicht ausschließlich palliativmedizinisch gelöst werden kann, sondern deren Lösung ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag ist, der in Deutschland zurzeit noch ergebnisoffen debattiert wird.

Denn im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht die erst 2015 beschlossene und zuvor kontrovers diskutierte Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid wieder aufgehoben und den Gesetzgeber beauftragt, die Sterbehilfe neu zu regeln. Das Verbot, Selbsttötung „geschäftsmäßig“ im Sinne von „auf Wiederholung ausgerichtet“ zu fördern, erklärte das Gericht für verfassungswidrig, weil das Recht auf selbstbestimmtes Sterben die Freiheit einschließt, sich selbst zu töten und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Dieses Recht sei auch nicht auf bestimmte Lebens- und Krankheits-situationen beschränkt. Allerdings lässt sich daraus laut Bundesverfassungsgericht auch keine Verpflichtung beispielsweise für Ärzt:innen zur Suizidhilfe ableiten.

Im Bundestag wurden (Stand Herbst 2022) drei Gesetzesentwürfe zur Ausgestaltung der Suizidhilfe diskutiert. Alle drei betonen die Bedeutung von Prävention, Linderung und sämtlichen Maßnahmen zum „Aushaltbarmachen“ von Leid – was auch den erklärten Zielen der Palliativmedizin entspricht: Diese strebt danach, Patient:innen und ihre Angehörigen so breit zu unterstützen, dass eine schwere Erkrankungssituation ertragbar bleibt und Gedanken an einen Suizid nicht weiter verfolgt werden müssen. Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts wie auch in autonomie-basierten Begründungsansätzen der Medizinethik wird aber das Recht, das Leben bei freiverantwortlicher Entscheidung selbst beenden zu dürfen, nicht mehr an das Vorhandensein einer schweren Grunderkrankung gekoppelt: Das

THE WISH TO LIVE

# THE WISH TO DIE

BERND ALT-EPPING &amp; THOMAS STROWITZKI

In our society, the conception of human life, in particular the arrangements made for the end of life, is increasingly defined by individual wishes and expectations. The reasons may include our ambition to achieve personal life goals, the wish to avoid suffering, the pursuit of optimisation and the impulse to control elemental life situations. Even if, at first glance, the beginning and the end of life seem very different scenarios, a closer look reveals a number of analogies and parallels.

The number of available interventions in reproductive and palliative medicine today gives greater urgency to ethical questions, which primarily concern common societal values: do we want to live in a society in which death by suicide or even by sanctioned forms of killing has become normal? Do we want to live in a society that permits artificial methods of conception, including genetic diagnostic tests performed on embryos or even interventions in the germ line? At the root of all this lies a much more fundamental question: what is the value of life itself? ●

**PROF. DR THOMAS STROWITZKI** is Medical Director of the Department of Gynecologic Endocrinology and Fertility Disorders at Heidelberg University Hospital and a member of Heidelberg University's Medical Faculty Heidelberg. In 2001 he became Chairman of the ethical review committee of the Medical Faculty Heidelberg and in 2015 Co-Director of the state-approved PID centre. Prior to his transfer to Heidelberg in 1999, Thomas Strowitzki studied medicine and earned his doctorate at Saarland University and completed his habilitation in 1995 at LMU Munich, where he headed the department of reproductive medicine for eight years. He is a former member of the scientific commission "Demographic Change" of the German National Academy of Sciences Leopoldina. In 1994 the German Society of Gynecology and Obstetrics awarded him the Ludwig Fraenkel Prize for his scientific work.

Contact: [thomas.strowitzki@med.uni-heidelberg.de](mailto:thomas.strowitzki@med.uni-heidelberg.de)

**“In our society, the conception of human life, like the arrangements made for the end of life, is increasingly defined by individual wishes and expectations.”**

**PROF. DR BERND ALT-EPPING** joined Heidelberg University in 2021 as Medical Director of the newly established Department of Palliative Medicine at Heidelberg University Hospital and as a member of the university's Medical Faculty Heidelberg. He studied medicine in Münster and Cardiff (Wales), then worked at the Department of Internal Medicine of the community hospital in Herdecke from 1997 before transferring to the Department of Haematology and Medical Oncology at Göttingen University Medical Center in 2002, where he trained as an oncologist, specialising in palliative medicine. From 2006 until his transfer to Heidelberg in 2021, he contributed to building up the palliative care centre at Göttingen University Hospital, working in all areas of palliative medicine. He helped establish a clinical ethics advisory board at the Göttingen University Medical Center and was a member of the clinical ethics committee. Bernd Alt-Epping is an active member of numerous specialist societies, such as the German Association for Palliative Medicine (DGP), and is heading the palliative medicine working group of the German Cancer Society (DKG).

Contact: [bernd.alt-epping@med.uni-heidelberg.de](mailto:bernd.alt-epping@med.uni-heidelberg.de)

# „Strebt unsere Gesellschaft nach konsequentem Liberalismus und Säkularismus mit der prioritären Stellung von Autonomie? Oder sollen noch weitere Werte zumindest gleichrangig zu Grundwerten wie Autonomie und Selbstbestimmung stehen?“

Kriterium der „Freiverantwortlichkeit“ der Entscheidung (im Gegensatz zu einer durch psychiatrische Erkrankung überlagerten Motivation) reicht dann als Begründung für einen Suizid mit oder ohne Beihilfe aus.

Diese Entwicklung macht in paradigmatischer Weise deutlich, dass die Frage, ob ein Wunsch nach Suizid zugelassen werden soll, vor allem eine Frage nach unserem Gesellschaftsbild und unserem Wertgefüge ist: Strebt unsere Gesellschaft nach konsequentem Liberalismus und Säkularismus mit der prioritären Stellung von

Autonomie? Oder sollen noch weitere Werte zumindest gleichrangig neben Grundwerten wie Autonomie und Selbstbestimmung stehen?

Gerade die jüngsten Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie haben überdeutlich gemacht, wie übergeordnete gesellschaftliche Werte in Konflikt mit individueller, frei verantworteter Autonomie treten können. Unter diesem Eindruck sollten auch die Fragen kollektiver versus individueller Ethik offen diskutiert werden können. ●