

Stellungnahme des Ethikrates

Assistierter Suizid

Trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier



Herausgegeben vom

Trägerübergreifenden Ethikrat im Bistum Trier

Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

Geschäftsstelle: Ethik-Institut an der
Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar
Pallottistr. 3, D-56179 Vallendar
Telefon: +49 (0)261 6402-603
Telefax: +49 (0)261 6402-300
E-Mail: ethikrat@pthv.de

© 2015 Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar. Alle Rechte vorbehalten.
Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

Layout: Dr. Claudia Gerstenmaier, Rosa Roeben

Einleitung	5
1 Klärung der Begriffe	6
1.1 Unschärfen.....	6
1.2 Vorschlag zur Terminologie.....	6
2 Rechtslage	9
2.1 Verfassungsrechtliche Orientierungslinien.....	9
2.2 Zur grundrechtlichen Einordnung von Suizid und Suizidassistenz.....	9
2.3 Verfassungslegitime Beschränkungen der Suizidassistenz.....	10
2.4 Standes- und berufsrechtliche Regelungen.....	11
3 Ethische und moraltheologische Argumente	12
4 Empfehlungen	14
4.1 Sicherstellung von Selbstbestimmung und Fürsorge.....	14
4.2 Personale Sorge am Lebensende.....	14
4.3 Suizidassistenz – keine Aufgabe für Ärzte und Pflegende.....	15
4.4 Keine Suizidassistenz in Einrichtungen in katholischer Trägerschaft.....	15
4.5 Ausbau der Suizidprävention und Palliative Care.....	16
4.6 Einwirkung auf den gesellschaftlichen Diskurs.....	17
5 Appendix	18
5.1 Kurzinformation Trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier.....	18
5.2 Übersicht der Ratsmitglieder.....	18

Einleitung

Wenn Menschen an Suizid denken, ist dies häufig mit existenziell belastenden Situationen verbunden. Diese können geprägt sein durch Ängste, Einsamkeit, akute Leiderfahrungen in Verbindung mit einer schweren Krankheit oder tiefgehende persönliche Lebenskrisen, aus denen der Betroffene keinen Ausweg mehr sieht. Zudem ist für viele Menschen, die ein bewusstes und selbstbestimmtes Leben führen, die Vorstellung vom Verlust jeglicher Selbstbestimmung und Selbstkontrolle und damit von totaler Abhängigkeit von Anderen unerträglich.

Viele Menschen wünschen sich heute einen „selbstbestimmten Tod“ und ein „menschwürdiges Sterben“. Allerdings fragen sie sich, ob dieser Wunsch rechtfertigt, ihrem Leben vorzeitig ein Ende zu setzen. Zudem ist es für alle Beteiligten konfliktreich und belastend, wenn ein Mensch sein Leben beenden möchte und dafür andere um Hilfe bittet. Damit verbunden ist auch die Frage, ob eine Assistenz zum Suizid geleistet werden darf. Besondere Bedeutung kommt der Frage zu, inwieweit sich die Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegenden an einer Suizidassistenz beteiligen dürfen bzw. sollen.

Diese Debatte ist geprägt von unterschiedlichen kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Grundauffassungen. Sie wird zusätzlich erschwert durch eine missverständliche Terminologie.

Der Trägerübergreifende Ethikrat bietet mit der nachfolgenden Handreichung insbesondere für konfessionelle Träger von Einrichtungen der Gesundheits- und Altenhilfe, aber auch für Einrichtungen in konfessioneller Trägerschaft und für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Empfehlungen für eine Positionierung in der Debatte um die Suizidassistenz an. Die Handreichung ist auch für Patienten und ihre Angehörigen gedacht, die sich mit der ethischen Brisanz des Suizids und der Suizidassistenz auseinandersetzen.

Die Empfehlungen werden eingeleitet mit einer Klärung der verwendeten Begriffe (Kapitel 1). Daran schließt sich die Darstellung der rechtlichen Situation der Suizidassistenz in Deutschland an (Kapitel 2). Nachfolgend werden ethische Argumente in Bezug auf den Suizid und die Suizidassistenz entfaltet (Kapitel 3). Auf dieser Grundlage legt der Trägerübergreifende Ethikrat Empfehlungen vor (Kapitel 4).

1 Klärung der Begriffe

1.1 Unschärfen

Handlungen, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Todeseintritt auswirken, werden in der gegenwärtigen Diskussion oft noch als aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe bezeichnet. Diese Begrifflichkeit führt nicht selten zur Verwirrung. Das gilt schon für den Terminus Sterbehilfe. Da das Wort „Hilfe“ als ein Begriff mit positiver Bedeutung gilt, es aber z. B. bei einer aktiven Tötung zweifelhaft ist, ob die Bedeutung von Hilfe in diesem Zusammenhang Verwendung finden kann, sollte der Begriff der Sterbehilfe besser nicht verwendet werden.

Aber auch die immer noch geläufigen Unterscheidungen von direkt und indirekt sowie aktiv und passiv führen oftmals in die Irre und werden nicht selten in einer strategischen Absicht verwendet.

Die überkommene Terminologie leistet dem irrtümlichen Eindruck Vorschub, zwischen durchaus unterschiedlichen Handlungsweisen gebe es einen kontinuierlichen Übergang, bei dem die eine Art der „Hilfe“ in die andere übergeht oder eine schwer durchschaubare Grauzone entsteht, in der ethische Unterscheidungen nicht mehr greifen. Daher ist es erforderlich, zunächst eine klare Sprachregelung festzulegen.

1.2 Vorschlag zur Terminologie

Die nachfolgende Terminologie lehnt sich an ein Gutachten zum Deutschen Juristentag¹, an die Formulierung des Nationalen Ethikrates² und an eine von der Bioethikkommission beim österreichischen Bundeskanzleramt³ vorgeschlagene Unterscheidung an:

Suizid

Der Begriff Suizid kann bezeichnet werden als vorsätzliche Selbsttötung. Die Bezeichnungen Suizid und Selbsttötung werden synonym gebraucht. Der Begriff Selbstmord wirkt diskriminierend, der Begriff Freitod verharmlosend, weshalb beide in dieser Stellungnahme nicht verwendet werden. Der Suizidversuch ist in Deutschland nicht strafbewehrt.

¹ Vgl. hierzu: <https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/stellungnahmen/33.pdf> [zuletzt abgerufen am 05.06.2015].

² Vgl. Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006 und ähnlich Deutscher Ethikrat, Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention, Berlin 2014.

³ Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen, Wien 2015.

Assistierter Suizid

Unter dem assistierten Suizid bzw. der Suizidassistenz versteht man eine Handlungskonstellation, in der ein Mensch, der Suizid begehen will, dazu die Hilfe eines anderen in Anspruch nimmt. Dies kann etwa bedeuten, dass der Suizidassistent einen Becher mit einer tödlichen Substanz bereitstellt oder die Substanz auf Wunsch besorgt. Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen kommt es beim assistierten Suizid darauf an, dass der Hilfeleistende nicht die Tatherrschaft ausübt. Der Sterbewillige muss also den Suizid selbst vollziehen.

Sterbehilfeorganisationen, wie sie in der Schweiz seit langem tätig sind und auch in Deutschland Nachahmer gefunden haben, bieten sterbewilligen Menschen Suizidassistenz an. Dabei kommt es bei vielen dieser Organisationen nicht darauf an, ob beim Suizidwilligen die Sterbephase eingesetzt hat oder ob überhaupt eine Krankheit vorliegt. Zur Rechtfertigung wird allein der Wunsch des Sterbewilligen angeführt.

Die Begriffe „assistierter Suizid“ und „Beihilfe zum Suizid“ werden synonym gebraucht. Die Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland straflos.

Ärztlich assistierter Suizid

Unter dem Begriff des ärztlich assistierten Suizids wird die Assistenz eines Arztes beim Suizid verstanden. Eine besondere Bedeutung hat der ärztlich assistierte Suizid dadurch, dass Ärzte ihre Fähigkeiten nutzen könnten, dem Suizidwilligen qualifizierten Rat zum Suizid zu geben und wirksame, zum Tode führende Substanzen zur Verfügung zu stellen. Bislang gilt die ärztliche Assistenz zum Suizid als unvereinbar mit dem ärztlichen Ethos. Der ärztlich assistierte Suizid ist straflos, allerdings kann er durch standesrechtliche Regelungen verboten sein.

Tötung auf Verlangen

Tötung auf Verlangen liegt dann vor, wenn jemand, z. B. auch ein Arzt, den Tod eines anderen Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin durch ein tödlich wirkendes Mittel herbeiführt. Die Tötung auf Verlangen steht in Deutschland unter Strafe. In den Niederlanden, Belgien und Luxemburg ist die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen straffrei. Wenn der Wille des Patienten unbekannt ist und ein Sterbewunsch nur von dritter Seite vermutet wird, liegt bei einer Herbeiführung des Todes eine Tötungshandlung (ohne Verlangen) vor.

Sterben zulassen sowie palliative Behandlung und Begleitung (Palliative Care)

Jeder Mensch hat das Recht, am eigenen Sterben nicht durch Maßnahmen gehindert zu werden, die medizinisch nicht indiziert sind. Darüber hinaus hat ein Patient unabhängig von einer medizinischen Indikation jederzeit das Recht, die Aufnahme oder die Weiterführung einer Behandlung abzulehnen.

Wenn das Sterben durch ärztliche Maßnahmen nicht mehr aufzuhalten ist, sondern der Sterbevorgang nur noch in die Länge gezogen würde, muss über eine Therapiezieländerung entschieden werden. Dies bedeutet das Aufgeben kurativer Zielsetzungen und die Einleitung einer palliativen Behandlung und Begleitung.

Die palliativmedizinische Behandlung setzt an den jeweils vorliegenden Symptomen, insbesondere bei Schmerzen an. Die entsprechende Indikation bestimmt die jeweilige medizinische Maßnahme. Auch wenn das Risiko eines vorzeitigen Todes eintritt, ist dies wie bei jeder medizinischen Maßnahme nicht auszuschließen. Insoweit unterscheiden sich die palliativmedizinischen Indikationen nicht von denen anderer medizinischer Maßnahmen überhaupt.

Mit der palliativen Behandlung und Begleitung wird dem Menschen in einem absehbaren oder begonnenen Sterbeprozess eine gezielte Unterstützung am Ende des Lebens angeboten. Neben einer konsequenten Schmerztherapie gehören dazu körperliche Pflege, Linderung von Übelkeit, Angst und Atemnot sowie menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand.

Vielfach ist das Missverständnis anzutreffen, die Therapiezieländerung entspreche einer medizinischen Resignation. Dem ist entgegenzuhalten, dass der Wechsel zu einer palliativen Behandlung die Fortführung einer differenzierten und spezialisierten medizinischen Behandlung mit anderer Zielsetzung darstellt.

Suizidprävention

In jedem Jahr nehmen sich nach offiziellen Statistiken etwa 10.000 Menschen in Deutschland das Leben.⁴ Viele Suizidversuche stellen Alarmsignale dar und haben appellativen Charakter. Studien verweisen auf die Möglichkeit, die Suizidraten durch Präventionsprogramme positiv zu beeinflussen. Dafür spricht der Umstand, dass die Mehrzahl von Menschen, die einen Suizidversuch begehen, einen solchen nicht mehr wiederholen. Neben dem Ausbau der Suizidprävention geht es langfristig darum, das Leben von alten und beeinträchtigten Menschen so zu gestalten, dass Suizide nicht mehr als Alternative zu einem vereinsamten und sinnentleerten Leben wahrgenommen werden. Für die betroffenen Menschen geht es um eine Sinngebung und die Bewältigung von negativ empfundenen Erfahrungen wie Altersgebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit und zunehmender Abhängigkeit.

⁴ https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400137004.pdf?__blob=publicationFile [zuletzt abgerufen am 04.03.2015]

2.1 Verfassungsrechtliche Orientierungslinien

Ein „Sterberecht“ oder „Sterbehilferecht“ im Sinne einer systematischen gesetzlichen Regelung existiert nicht. Orientierungslinien müssen aus allgemeinen zivil-, straf- und verfassungsrechtlichen Vorschriften abgeleitet werden.

Den Ausgangspunkt der Überlegungen bilden dabei die zentralen verfassungsrechtlichen Maßstäbe der Selbstbestimmung und Integrität. Diese sind insoweit aufeinander bezogen, als das dynamische Selbstbestimmungsrecht sich auf das primär statisch-bewahrend konzipierte Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bezieht. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, der die genannten Grundrechtsgarantien enthält, gewährleistet „zuvörderst Freiheitsschutz im Bereich der leiblich-seelischen Integrität des Menschen. ... In diesem Bereich ist er aus Sicht des Grundgesetzes frei, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu leben und zu entscheiden“.⁵ Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewährleistet das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit als ein Freiheitsrecht und macht deshalb auch das ärztliche Handeln vom Willen des Patienten abhängig.⁶ Dem jeweiligen Grundrechtsträger steht damit aber auch die Befugnis zur „Letztentscheidung über die in seinem Fall anzuwendende Therapie“ zu.⁷ In der Konsequenz einer solchen Konzeption garantiert das Grundgesetz damit auch ein Recht zu sterben.

In ihrer abwehrrechtlichen Funktion sichern die Freiheitsrechte dem Einzelnen gegenüber dem Staat einen Raum formaler Freiheit: Die Inanspruchnahme dieser Freiheit bedarf keiner Rechtfertigung durch den Einzelnen. Vielmehr gilt: Jede Beschränkung dieser Freiheit durch den Staat muss von diesem rechtfertigt werden können.

2.2 Zur grundrechtlichen Einordnung von Suizid und Suizidassistentz

Vor diesem Hintergrund anerkennt die herrschende Verfassungsrechtslehre auch, dass die freiverantwortliche Selbsttötung zunächst einmal („prima facie“) Grundrechtsschutz genießt. Zwar gibt es Meinungsunterschiede darüber, von welcher Grundrechtsbestimmung eine solche Handlung erfasst wird. Im Ergebnis aber entspricht es der herrschenden Auffassung, dass das Grundgesetz nicht nur ein Recht zu sterben umfasst, sondern auch die Selbsttötung grundsätzlich gewährleistet. Auch die Suizidassistentz ist eine Handlung, für die sich die Assistentz leistenden Personen auf ihre grundrechtliche Freiheit berufen können. Auch insoweit können

⁵ BVerfGE 52, 131, 174f. – abweichende Meinung; s. ferner BVerfGE 89, 120, 130.

⁶ BVerfGE 89, 120, 130.

⁷ So BVerfG (K), NZS 1997, 225, 225 (unter Bezugnahme auf BVerfGE 89, 120, 130).

unterschiedliche grundrechtliche Normen eine Rolle spielen. Für Ärzte beispielsweise kommt ein Rückgriff auf die Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG in Betracht – und zwar unabhängig davon, dass die Suizidassistentz nach breiter medizinethischer Auffassung keine ärztliche Aufgabe darstellt. Für andere Personen liegt es nahe, auf die Gewährleistung der allgemeinen Handlungsfreiheit in Art. 2 Abs. 1 GG zu verweisen. Dieser „liberalen“ Grundkonzeption, die im Einklang steht mit den Prinzipien eines freiheitlichen Verfassungsstaates, entspricht es, dass in Deutschland die Suizidassistentz keine Straftat darstellt. Dies gilt auch für Ärzte. Zwar hat der Bundesgerichtshof in einer lange zurückliegenden Entscheidung angenommen, nach allgemeinen Grundsätzen mache sich wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen strafbar, wer einen Bewusstlosen in einer lebensbedrohlichen Lage antreffe und ihm die erforderliche und zumutbare Hilfe zur Lebensrettung nicht leiste, obwohl ihn – z. B. als behandelndem Arzt – Garantenpflichten für das Leben träfen.

Bis heute ist nicht höchstrichterlich entschieden, ob die damals gefundene und auf breite Ablehnung gestoßene „Lösung“ weiterhin Geltung für die Praxis beansprucht. Jedoch bestehen an dieser Konzeption erhebliche Zweifel. Mit der im Patientenverfügungsgesetz zum Ausdruck kommenden Verbindlichkeit des Patientenwillens ist es nicht zu vereinbaren, eine strafrechtssanktionierte Pflicht des „Lebensgaranten“, insbesondere des Arztes zu konstruieren, den Willen des entscheidungsfähigen Suizid-Patienten außer Acht zu lassen und ihn zum Weiterleben zu nötigen.⁸ Inzwischen hat beispielsweise auch das Landgericht Deggendorf hervorgehoben, der früheren Position des BGH nicht mehr folgen zu wollen.⁹

2.3 Verfassungslegitime Beschränkungen der Suizidassistentz

Die vorstehend skizzierte verfassungsrechtliche Ausgangsposition schließt nun aber keineswegs aus, dass der Gesetzgeber die Suizidassistentz über das geltende Recht hinaus beschränkt. Der legitime Zweck entsprechender Regelungen ist der Schutz vor fremdbestimmten Integritätsverletzungen. Der Staat, der von Grundrechts wegen auch zum Schutz vor privaten Übergriffen in grundrechtliche Schutzgüter verpflichtet ist, ist sogar grundsätzlich aufgerufen, eine normative Abschichtung von freiverantwortlichem Suizid (ggf. unter Assistenz) und drittbestimmter Lebensbeendigung vorzunehmen. Dort, wo ein Dritter in den Sterbeprozess einbezogen wird, steht die

⁸ So nachdrücklich der frühere Vorsitzende Richter des Dritten Strafsenats des BGH, Klaus Kutzer.

⁹ Zum Ganzen auch W. Höfling, Recht auf Sterben, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen: Was steht im Gesetz?, in: Frankfurter Forum (Hg.), Selbstbestimmt leben, in Würde sterben, Oktober 2014, 18ff.

Selbstbestimmung gleichsam „unter Verdacht“. In der existentiellen Grenzsituation zwischen Leben und Tod ist das Selbstbestimmungsrecht ein fragiles Konstrukt. Die Gefahr der fremdbestimmenden Überwältigung des Willens und damit zugleich der Verletzung der Integrität ist deshalb Anlass genug, dass der Staat regulatorische Schutzvorkehrungen ergreift. So dürfte er durchaus der Institutionalisierung oder organisatorischen Verstetigung der Suizidassistenz („geschäftsmäßige“ Suizidassistenz) umfassend Einhalt gebieten. Assistierter Suizid als „Geschäftsmodell“ bedeutet auch eine abstrakte Gefährdung höchststrangiger Rechtsgüter: des Lebens ebenso wie des darauf bezogenen Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen.¹⁰

2.4 Standes- und berufsrechtliche Regelungen

Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer nimmt eine gegenüber dem geltenden Strafrecht deutlich restriktivere Position ein. Nach ihr ist Ärzten eine Suizidassistenz ausnahmslos verboten. Dieses sog. Standesrecht entfaltet allerdings keine unmittelbaren normativen Wirkungen. Diese können erst eintreten aufgrund einer Übernahme entsprechender Regeln in die Satzungen der einzelnen Landesärztekammern. Allerdings bieten die 17 Berufsordnungen kein einheitliches Bild. Überwiegend folgen sie zwar dem Beispiel der Musterberufsordnung. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass das ärztliche Berufsrecht seinerseits verfassungsrechtlichen Vorgaben entsprechen muss.¹¹

¹⁰ Siehe Höfling, ZRP 2014, 123f.

¹¹ Siehe dazu auch VG Berlin, Urteil vom 30.3.2012 – VG 9 K 63.09.

3 ETHISCHE UND MORALTHEOLOGISCHE ARGUMENTE

Es ist unbestreitbar, dass der Mensch seinem Leben ein Ende setzen kann. Ethisch umstritten ist indes die Frage, ob er dies darf und ob und inwieweit er dabei unterstützt werden darf. So stellt sich auch die Frage, inwieweit die ethische Bewertung der Suizidassistenz mit der Bewertung des Suizids mittelbar zusammenhängt. Wenn auch das deutsche Recht die Assistenz zum Suizid nicht sanktioniert, erscheint es in ethischer Perspektive fraglich, ob diese in jedem Fall gerechtfertigt ist.

Als nicht mehr hinreichend wird heute die traditionelle moraltheologische Argumentation gegen den Suizid gesehen, die bei dem Axiom ansetzt, dass der Mensch nicht absoluter Herr seiner selbst ist und daher kein freies Verfügungsrecht über seinen Leib besitzt. Selbsttötung wäre demnach eine Anmaßung, denn das Recht über das Leben jedes Menschen steht allein Gott, dem Eigentümer, zu.

In der gegenwärtigen Moraltheologie und auch in ethischen Ansätzen wird die Frage nach einer möglichen Vertretbarkeit von Suizidhandlungen in der Weise formuliert, welcher Wert dem fundamentalen Gut des Lebens vorzuziehen sei. Das menschliche Leben wird als fundamentales Gut angesehen und geschützt. Es ist deshalb ein fundamentales Gut, weil es die Voraussetzung darstellt für die Realisierung von Würde und selbstbestimmtem Handeln. In dieser ethischen Frageperspektive sind moralische Entscheidungen denkbar, die den Einsatz des Lebens rechtfertigen können. So können etwa die Hingabe des Lebens für seine Freunde, die Wahrung eines Geheimnisses, das vielen Menschen das Leben rettet, oder die Wahrung der Integrität der eigenen Glaubens- und Gewissensüberzeugung ethisch rechtfertigende Gründe darstellen. Weitergehend kann man fragen, ob auch ein subjektiv nicht mehr ertragbarer Leidenszustand einen ethisch zu rechtfertigenden Grund für den Suizid darstellen kann. Eine allseits befriedigende Antwort auf die Frage gibt es weder in der säkular-ethischen noch in der kirchlich-theologischen Diskussion.

Entsprechende Überlegungen gelten auch für die Assistenz bei einem Suizid. Sie kann nicht generell gerechtfertigt werden, sondern gilt allenfalls in Ausnahmefällen. Dazu bedarf es besonderer schwerwiegender Gründe, die der Suizidhelfer zudem in einer persönlichen Gewissensentscheidung zu verantworten hat. Hierin zeigen sich Unterschiede zu der oben dargestellten rechtlichen Bewertung des Suizids.

Sowohl der Gedanke der Würde des Menschen und die hierin gründende Selbstbestimmung als auch der Glaube, dass das Leben vor Gott zu verantworten ist, entlasten den Menschen davon, sein Leben gegenüber anderen Menschen rechtfertigen zu müssen. Eine auf dem Gedanken der Menschenwürde basierende rechtliche Grundordnung muss sicherstellen, dass kein Mitglied der Gesellschaft sich für sein Weiterleben rechtfertigen muss. Wird die Suizidassistenz zu einer sozial akzeptierten Alltagspraxis, wäre dies unabweisbar mit dem fatalen Signal verbunden, die Gesellschaft lege den Schwerstkranken und Sterbenden in ihrer Mitte ein gesteuertes Abschiednehmen nahe, sobald sie ihrer Umgebung oder dem Gesundheitssystem zur Last zu fallen drohen. Es genügt, wenn Sterbende diesen Verdacht spüren, um einem Zwang zur Rechtfertigung ihres Weiterlebens ausgesetzt zu sein. Die beschriebene Gefahr ist umso größer, je intensiver Ärzte und Pflegende in die Praxis der Suizidassistenz einbezogen werden.

4 EMPFEHLUNGEN

4.1 Sicherstellung von Selbstbestimmung und Fürsorge

Für die Frage nach der Rechtfertigung des Suizids und der Suizidassistenz besitzt die jeweilige Deutung des Begriffs der Selbstbestimmung erhebliche Relevanz. Zunächst ist festzuhalten, dass Selbstbestimmung auch die Bestimmung über die Fortführung des eigenen Lebens umfasst und daher auch als Rechtfertigung für den Suizid herangezogen wird. Selbstbestimmung und körperliche Integrität des Menschen sind zentrale ethische und verfassungsrechtliche Maßstäbe. Zugleich haben Staat und Gesellschaft Schutz-, Solidaritäts- und Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitgliedern. Selbstbestimmung und Fürsorge leiten sich aus dem Gedanken der Würde des Menschen ab.

Selbstbestimmung ist lebenspraktisch in Krise und Krankheit oftmals gefährdet. Umso wichtiger ist in diesen Situationen eine Begleitung der Betroffenen im Sinne einer Selbstbestimmung ermöglichenden Fürsorge. Diese verlangt eine einfühlsame Kommunikation, in der gemeinsam nach Möglichkeiten für ein Weiterleben und eine gezielte Gestaltung des natürlichen Sterbeprozesses zu suchen ist. Ein wichtiger Aspekt ist dabei auch die Erfahrung, dass jeder Suizid eines Menschen für sein soziales Umfeld ein einschneidendes Erlebnis darstellt, das dauerhaft nachwirkt.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Trägerübergreifende Ethikrat, die Diskussion über Suizid und Suizidassistenz in der Gesellschaft über ein bloß formales Verständnis von Selbstbestimmung hinauszuführen und diese in ein Feld von personalen Beziehungen einzubetten.

4.2 Personale Sorge am Lebensende

Mit dem demografischen Wandel, der tiefgreifenden Veränderung des Familienmodells, einer zunehmenden Vereinsamung im Alter, einer Verlängerung des Lebens durch die Medizin bei gleichzeitig ansteigender Multimorbidität einschließlich demenzieller Erkrankungen sowie dem durch eine Leistungs- und Produktionsgesellschaft ausgeübten Druck verbinden sich nicht nur im fortgeschrittenen Alter Ängste und Befürchtungen sowie Fragen nach dem Sinn des Lebens. Auch Menschen mit Behinderungen und mit physischen oder psychischen Erkrankungen, die es ihnen nicht mehr erlauben, im gewünschten Maße am Leben der Gesellschaft teilzunehmen, empfinden ihr Leben vielfach als Belastung für Mitmenschen und das Gesundheitssystem.

Der Trägerübergreifende Ethikrat empfiehlt, durch eine Sorge und Betreuung, die jeden Einzelnen als Person ernst nimmt, eine Atmosphäre zu schaffen, die den vorstehend skizzierten Ängsten und Befürchtungen entgegenwirkt. Verstärkt sollten hierzu die in anderen Einrichtungen gewonnenen positiven Erfahrungen aus der Palliativ- und Hospizversorgung in weiteren Einrichtungen genutzt werden.

4.3 Suizidassistenz – keine Aufgabe für Ärzte und Pflegende

Ärzte und Pflegende stehen in Bezug auf die Suizidassistenz in einer besonderen Verantwortung, da beide Berufsgruppen in ihrem Selbstverständnis und in der gesellschaftlichen Wahrnehmung eine Garantenstellung für das Leben einnehmen. Diese Feststellung leugnet nicht, dass in einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung aus Gewissensgründen eine andere Entscheidung getroffen werden kann.

Im Übrigen stellt sich in der medizinischen und pflegerischen Alltagspraxis nicht vorrangig die Frage nach Suizidassistenz, sondern nach einer auf dem Willen des Patienten beruhenden Therapiezieländerung.

Anders, als es in der öffentlichen Wahrnehmung verschiedentlich anzutreffen ist, verbindet sich mit der Therapiezieländerung keine medizinische Resignation, sondern ein neuer qualifizierter Therapieansatz, der das Augenmerk von einer kurativen auf eine palliative Versorgung richtet mit dem Ziel, dem Patienten möglichst lange eine bestmögliche Lebensqualität zu erhalten.

Nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrates darf die Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe darstellen. Der Trägerübergreifende Ethikrat empfiehlt, dass dies in den Gesundheitseinrichtungen der Träger und der Öffentlichkeit bekannt gemacht wird.

4.4 Keine Suizidassistenz in Einrichtungen in katholischer Trägerschaft

Das christliche Wert- und Fürsorgeverständnis ist bestimmt durch personale Freiheit, Nächstenliebe und die Verantwortung vor Gott als Schöpfer allen Lebens. Selbstbestimmung als Ausdruck personaler Freiheit wird in dieser Sicht ergänzt durch Nächstenliebe, die sich in Fürsorge entfaltet, und durch die Anerkennung von Grenzen menschlichen Handelns, die den Anspruch einer letztgültigen Verantwortung vor Gott tragen.

Auf der Grundlage dieser Werthaltung sind Einrichtungen in katholischer Trägerschaft dem Lebensschutz verpflichtet. Die Billigung der Suizidassistentz ist mit dieser Grundeinstellung nicht vereinbar.

Der Trägerübergreifende Ethikrat empfiehlt den Trägern, die Patienten und Bewohner in ihren Einrichtungen von vorneherein darauf hinzuweisen, dass eine Assistentz zum Suizid in ihren Einrichtungen nicht stattfindet. Für den Fall, dass ein Bewohner bzw. ein Patient in Kenntnis dieser Situation dennoch nach Suizidassistentz verlangt, sollen qualifizierte Gesprächsangebote unterbreitet werden, in denen versucht wird, die Ursache für den Suizidwunsch zu eruieren und präventive Maßnahmen vorzuschlagen.¹²

Die Träger sollten dafür Sorge tragen, dass die Anbieter organisierter und/oder geschäftsmäßiger Suizidassistentz keinen Zugang zu den Einrichtungen erhalten.

Der Trägerübergreifende Ethikrat empfiehlt darüber hinaus, Angebote der stationären und ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung, der Seelsorge sowie Angebote einer psychosozialen Beratung und einer psychiatrischen Behandlung in konfessionellen Einrichtungen konsequent zu etablieren und auszubauen bzw. soweit wie möglich in die reguläre stationäre Versorgung der Einrichtungen zu integrieren.

4.5 Ausbau der Suizidprävention und Palliative Care

Die Lebensumstände, die zu einem Suizidwunsch führen, sind sehr unterschiedlich. Häufig wird der Wunsch nach Selbsttötung bei Patienten in aussichtslosen Situationen geäußert, etwa bei nicht behandelbaren Tumorerkrankungen oder bei chronischen Schmerzen. Doch darauf beschränken sich Suizidwünsche keineswegs. Auch Einsamkeit, Lebensmüdigkeit und Lebensüberdruß spielen oftmals eine Rolle. Gleichfalls kann der Wunsch nach Selbsttötung bei psychischen Erkrankungen, etwa bei Depressionen, auftreten. Für diese unterschiedlichen Personengruppen müssen in den einzelnen Einrichtungen differenzierte Angebote vorgehalten werden. Hierzu gehören insbesondere die Etablierung bzw. der konsequente Ausbau der Palliative Care sowie der Suizidprävention mit einem besonderen Fokus auf psychosoziale Beratungsangebote und eine qualifizierte Seelsorge. Um dies zu erreichen, ist u.a. eine konsequente Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegenden, insbesondere

¹² Vgl. hierzu Kap. 4.2.

auch im Hinblick auf ganzheitliche Ansätze zum Umgang mit Schmerz, erforderlich. Auch im deutschen Gesundheitssystem wurden bereits zahlreiche Ansätze etabliert, die in den Kontext einer Suizidprävention eingeordnet werden können. Hierzu zählen die Entwicklung der Palliativmedizin im Krankenhaus, der ambulanten und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, ferner der Ausbau der Hospize, der psychosozialen und seelsorglichen Beratung und der psychiatrischen Behandlung. Gleichwohl ist festzustellen, dass mit der demografischen Entwicklung und dem sich verändernden psychosozialen Status der deutschen Gesellschaft ein weitaus höherer Bedarf an entsprechenden Angeboten besteht.

Der Trägerübergreifende Ethikrat empfiehlt daher, unter dem Aspekt der Suizidprävention in den Einrichtungen der Träger die Palliative Care für die stationäre und ambulante Versorgung einschließlich der Fort- und Weiterbildung nachhaltig zu fördern und weiter auszubauen. Darüber hinaus empfiehlt der Trägerübergreifende Ethikrat die Suizidprävention auch auf der Ebene des Gesundheitssystems zu fördern.

4.6 Einwirkung auf den gesellschaftlichen Diskurs

In der Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland sind sowohl der Suizid als auch die Suizidassistenz straffrei. Fraglich bleibt aber, inwieweit die Suizidassistenz, die sich als Teilnahme an der Beendigung eines menschlichen Lebens darstellt, ethisch gerechtfertigt werden kann. Dabei ist insbesondere umstritten, ob der Wille der suizidwilligen Person für die helfende Person vor dem Hintergrund ihrer Selbstbestimmung eine hinreichende Handlungslegitimation darstellt.

Der Trägerübergreifende Ethikrat empfiehlt, auf den Diskurs, der in der Gesellschaft über die ethische Legitimation der Suizidassistenz geführt wird, einzuwirken. Dabei sollte geltend gemacht werden, dass insbesondere Formen der Suizidassistenz, die geschäfts- oder erwerbsmäßig auf Wiederholung angelegt sind und Angebotscharakter tragen, gesetzlich verboten werden. Die Möglichkeit einer gesellschaftspolitischen Einflussnahme ist umso größer, je glaubwürdiger die Einrichtungen Alternativen zu Suizid und Suizidassistenz im oben dargelegten Sinne aufzeigen können.

5.1 Kurzinformation Trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier

Das Ethik-Institut koordiniert die Sitzungen des Trägerübergreifenden Ethikrates im Bistum Trier und übernimmt die Vor- und Nachbereitung. Träger des Ethikrates sind die Marienhaus Unternehmensgruppe, die BBT Gruppe, die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die cusanus trägergesellschaft trier mbh (ctt) sowie die Franziskanerbrüder vom HI. Kreuz (Hausen/Wied). Der Trägerübergreifende Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er bearbeitet auch Themen, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs besonders erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können. Mit seinen Empfehlungen will der Rat den Verantwortlichen in den Einrichtungen der Träger im normativen Bereich helfen, ihre Entscheidungen vor Ort ethisch reflektiert zu treffen.

5.2 Übersicht der Ratsmitglieder

Vorsitzender

Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin

Stellvertreter

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff

Theologische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Professor für Moralthologie; Mitglied des Nationalen Ethikrates (2001-2007); jetzt Mitglied des Deutschen Ethikrates

Mitglieder

Prof. Dr. Johannes Brantl

Theologische Fakultät Trier; Lehrstuhl für Moralthologie

Prof. Dr. Wolfram Höfling

Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Inhaber des Lehrstuhls für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht

Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC

Professor em. für Moralthologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar; Direktor des Ethik-Instituts an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Prof. Dr. Johannes Reiter

Prof. em. für Moraltheologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Helen Kohlen

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Care-Policy und Ethik in der Pflege

PD Dr. Stephan Sahn

Ketteler Krankenhaus, Offenbach; Chefarzt Medizinische Klinik I

Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ

Professor em. für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main

Dr. Verena Wetzstein

Studienleiterin an der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg; Wissenschaftliche Redakteurin der Zeitschrift für medizinische Ethik

Ständiges beratendes Mitglied

Domdechant Prälat Franz Josef Gebert

Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Trier e.V.

Koordinator

Dr. Ingo Proft

Moraltheologe und Bioethiker, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Kontakt

Ethik-Institut an der PTHV

Geschäftsstelle des Trägerübergreifenden
Ethikrates im Bistum Trier

Pallottistr. 3

56179 Vallendar

E-Mail: ethikrat@pthv.de