Stellungnahme des Ethikrates

Suizidhilfe

Eine ethische Orientierung nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2.2020 zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier

ethikrat
IM BISTUM TRIER

Herausgegeben vom
Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier

Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

Geschäftsstelle: Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603
Telefax: +49 (0)261 6402-300
E-Mail: ethikrat@pthv.de

Autoren: Heinemann, Thomas; Sahm, Stephan; Proft, Ingo; Höfling, Wolfram; Wetzstein, Verena; Brantl, Johannes; Schuster, Josef; Niederschlag, Heribert; Reiter, Johannes; Gebert, Franz-Josef (Weihbischof von Trier); Schockenhoff, Eberhard (†)

Die Mitglieder des Ethikrats trauern um Eberhard Schockenhoff, der im Juli 2020 verstarb.

© 2020 Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.
Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-00-067345-0

Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **5**

1 Ausgangssituation **6**

2 Kritische Rekonstruktion des Urteils aus verfassungsrechtlicher Perspektive **7**

3 Philosophisch-ethische Perspektiven **10**

3.1 DIE WÜRDE DES MENSCHEN ALS NORMATIVE REFERENZ 10

3.2 ZUR FRAGILITÄT EINER SELBSTBESTIMMTEN ENTSCHEIDUNG ÜBER DAS EIGENE LEBEN 12

3.3 SUIZIDHILFE AUS ACHTUNG VOR DER SELBSTBESTIMMUNG? 14

3.4 ZUR BESONDEREN PROBLEMATIK EINER GESCHÄFTSMÄSSIGEN SUIZIDHILFE 16

3.5 SUIZIDHILFE ALS ÄRZTLICHE AUFGABE? 17

3.6 INTERNATIONALE ENTWICKLUNGEN 18

4 Sterben als Teil des Lebens – eine palliative Handlungsperspektive **20**

4.1 CHRISTLICHE KULTUR DES STERBENS 20

4.2 MEDIZINISCHE BEHANDLUNG UND SUIZIDPRÄVENTION 21

4.3 PALLIATIVE CARE ALS INSTITUTIONELLER RAHMEN 22

5 Zusammenfassung und Empfehlungen **24**

5.1 ZUSAMMENFASSUNG 24

5.2 EMPFEHLUNGEN 25

Appendix 28

Kontakt 30

Stellungnahmen des Ethikrats 31

Einleitung

Die Frage nach der Hilfe zur Selbsttötung wird seit Jahren in Deutschland kontrovers diskutiert. In dieser Auseinandersetzung hat der Deutsche Bundestag Ende 2015[1] eine wichtige Positionierung vorgenommen, indem er mit der Einführung des § 217 StGB die geschäftsmäßige Suizidhilfe unter Strafe gestellt hat. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Abs. 1 StGB wurden jedoch die Gewichte in dieser Debatte gravierend verschoben. Das Urteil verortet eine Rechtfertigung auch für eine geschäftsmäßige Suizidassistenz im Kontext der Menschenwürdegarantie und spricht dem Helfenden auf dieser Grundlage nicht nur entsprechenden Schutz, sondern grundrechtliche Legitimation zu.

Während Befürworter der Suizidassistenz deren verfassungsgerichtliche Anerkennung als überfällig ansehen, werten Kritiker dieses Urteil als eine gleichsam tektonische Verschiebung bisheriger ethischer Begründungen für den Lebensschutz, die entsprechend gravierende Auswirkungen auf das gesellschaftliche Zusammenleben, auf das Selbstverständnis des Menschen sowie auf die Bewertung und den Schutz des menschlichen Lebens erwarten lassen.

In diesem letzteren Sinne bedeutet das Urteil des Bundesverfassungsgerichts für katholische Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen ebenfalls eine höchst problematische Herausforderung.

Mit der vorliegenden Stellungnahme möchte der Ethikrat die gesellschaftspolitische Debatte über die Suizidhilfe insbesondere für katholische Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen mitgestalten und konkrete Empfehlungen zum Umgang mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts formulieren. Dazu werden in einem ersten Schritt die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der Debatte über die Suizidhilfe skizziert (Kapitel 1) und in einem zweiten Schritt eine kritische Bestandsaufnahme des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vorgenommen (Kapitel 2). Anschließend erfahren philosophische und ethische Argumente zur Bewertung der Suizidhilfe eine eigene Darstellung (Kapitel 3), gefolgt von einer Handlungsperspektive, die insbesondere eine palliative Hilfe in den Blick nimmt (Kapitel 4). Diese Überlegungen führt Kapitel 5 in konkrete Empfehlungen zusammen, die sich an Gesundheits- und Sozialeinrichtungen und ihre Trägerorganisationen richten.

1 Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, aus Bundesgesetzblatt Nr. 49 vom 09.12.2015, S. 2177.

1 Ausgangssituation

Viele Menschen blicken dem Ende des Lebens mit Sorge und großer Verunsicherung entgegen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Während immer mehr Menschen ein immer höheres Lebensalter erreichen, leben Familien heutzutage seltener zusammen vor Ort und können alternde An- und Zugehörige in wachsender Hilfsbedürftigkeit und den damit verbundenen Lebenssituationen oft nicht unmittelbar unterstützen: Wenn z. B. die Verrichtungen des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können, wenn sich eine beginnende Demenz einstellt oder Pflegebedürftigkeit eintritt, kann in Verbindung mit veränderten und insgesamt abnehmenden sozialen Beziehungen eine spezifische Art menschlicher Not entstehen, auf die der oder die Betroffene keine Antwort mehr weiß. Zudem hat die Medizin in den vergangenen Jahrzehnten große Fortschritte bezüglich ihrer Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie erzielt, die zwar zu einer längeren Lebenserwartung, bisweilen aber auch zu einer verlängerten Krankheits- und Sterbephase führen. Viele Menschen haben Angst davor, am Ende ihres Lebens mit der eingetretenen Situation überfordert und einer medizinischen Behandlung ausgeliefert zu sein. Ein weiterer Einflussfaktor besteht in steigenden Kosten im Pflege- und Gesundheitssystem, das zudem Leistungen zunehmend der privaten Finanzierung überträgt. Hierdurch können individuelle Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume verengt werden und ein sozialer Druck entstehen, der den Kostenfaktor zu einem relevanten Entscheidungskriterium über die Fortführung des eigenen Lebens werden lässt. Die Angst oder Gewissheit, Angehörigen zur Last zu fallen, kann eine Bereitschaft zum Suizid fördern. Neben der in diesem Kontext vor allem beachteten Gruppe älterer Menschen geraten zudem aber auch junge Personen in den Blick, die z. B. aus persönlichen und/oder sozialen Gründen ihrem Leben ein Ende setzen und hierfür möglichst eine qualifizierte Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Überdies wird die Frage gestellt, inwieweit es in Zukunft zur ärztlichen Aufgabe gehören sollte, Suizidhilfe auf der Basis einer professionellen ärztlichen Ausbildung zu leisten und welche Qualifikation gegebenenfalls hierfür notwendig wäre.

Der Ethikrat hat bereits im Jahr 2015 eine Stellungnahme zum assistierten Suizid[2] veröffentlicht, in der er grundsätzliche Argumente gegen eine

2 Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier (Hg.), Stellungnahme Assistierter Suizid, Vallendar 2015, online abrufbar unter: https://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/ALTE_ORDNER/PDF_Theo/Ethikrat/Stellungnahmen_und_Empfehlungen/Stellungnahmen_%C3%B6ffentlich/Stellungnahme_Assistierter_Suizid.pdf

Suizidassistenz formuliert hat. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 erfordert es nunmehr, diese Grundsätze anlässlich einer möglichen gesetzlichen Neuregelung der Suizidhilfe in Erinnerung zu rufen und mögliche Handlungsoptionen für die Einrichtungen und Trägergesellschaften aufzuzeigen.

2 Kritische Rekonstruktion des Urteils aus verfassungsrechtlicher Perspektive

Mit seinem Grundsatzurteil vom 26. Februar 2020 hat der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts das sogenannte Sterbehilferecht neu akzentuiert und die grundrechtliche Position suizidwilliger Personen deutlich gestärkt.[3] Eine wichtige Weichenstellung nimmt das Gericht mit der verfassungsrechtlichen Verortung des Rechts auf Selbsttötung vor, das es im allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG garantiert sieht.[4]

In der verfassungsrechtlichen Literatur werden noch andere Konzepte vertreten. So findet sich etwa die Auffassung, das Recht auf Selbsttötung sei lediglich durch die allgemeine Handlungsfreiheit geschützt. Andere sehen die Freiheit zur Selbsttötung durch das in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewährleistete Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit geschützt, da insoweit auch die Selbstbestimmung über die körperliche Integrität erfasst sei. Das Bundesverfassungsgericht hat im medizinrechtlichen Kontext in früheren Entscheidungen ebenfalls diese Position vertreten.[5] Mit der jüngsten Entscheidung zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht als demjenigen Grundrecht, das auch das Recht auf Selbsttötung umfasse, befindet sich das Bundesverfassungsgericht zwar in Übereinstimmung mit der wohl herrschenden Meinung in der Literatur. Diese Konzeption ist indes mit einem prinzipiellen dogmatischen Problem verbunden, das die Konstruktion

3 „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen." (BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 u. a., Leitsatz 1.)

4 Art. 2 Abs. 1 GG lautet: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt". Art. 1 Abs. 1 GG lautet: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt."

5 Näher hierzu W. Höfling, Selbsttötung und Selbsttötungsassistenz – einige grundrechtsdogmatische Überlegungen, in: Festschrift für Jarass, 2015, S. 195 ff.

als sogenanntes Kombinationsgrundrecht zum einen aus Art. 2 Abs. 1 GG und zum anderen aus Art. 1 Abs. 1 GG betrifft: Während das in Art. 2 garantierte Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit durchaus Einschränkungen unterworfen ist, ist die Menschenwürdegarantie nach Art. 1 als unantastbar gewährleistet und abwägungsresistent.

Die Kombinationslösung eröffnet aber auch argumentationsstrategische Vorteile: Auf diese Weise erfährt das Grundrecht nämlich eine rhetorische Aufwertung und zugleich normative Aufladung. Die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, wird seitens des Bundesverfassungsgerichts in geradezu beschwörender Formulierung als eine Entscheidung charakterisiert, die „wie keine andere" die Identität und Individualität des Menschen berühre. Und als sei „persönliche Autonomie" (Rn. 208) oder „individuelle Selbstbestimmung" (Rn. 210, 300) nicht genug, spricht der Zweite Senat von „autonome(r) Selbstbestimmung" (Leitsatz 1, Rn. 207, 299).[6] Angesichts dieser überschießenden Autonomierhetorik ist es dann überraschend, dass der Senat dem Gesetzgeber attestiert, er verfolge mit dem Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung einen legitimen Zweck: Zum einen wollte der Gesetzgeber der Gefahr begegnen, dass Angebote geschäftsmäßiger Suizidhilfe den Anschein einer Normalität erzeugten und vor allem kranke und alte Menschen sich zur Selbsttötung gedrängt fühlten. Zum anderen ging es ihm darum, Interessenskonflikten entgegenzuwirken und „fremdbestimmter Einflussnahme in Situationen prekärer Selbstbestimmung" vorzubeugen. Damit erfülle der Gesetzgeber in legitimer Weise seine Schutzpflicht für das Leben und die Selbstbestimmung.[7] Der Senat bejaht auch die Eignung der Strafnorm, Selbstbestimmungs- und Integritätsschutz zu bewirken, und billigt insoweit dem Gesetzgeber einen Einschätzungsspielraum zu. Doch dann erfolgt eine erneute argumentative Wendung: Das Bundesverfassungsgericht unterwirft im Weiteren die gesetzgeberische Entscheidung einer strengen Kontrolle („hohe Kontrolldichte")[8], da schwere Grundrechtseingriffe in Rede stünden. Unter Anknüpfung an seine Ausführungen zur existenziellen Bedeutung eines Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben erlegt das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber strenge Bindungen bei der

6 Hierzu und zum folgenden eingehend Wolfram Höfling, „Autonome Selbstbestimmung" – Und was nun? Kritische Anmerkungen und rechtspolitische Fragen zum Urteil des Bundesverfassungsgericht zu § 217 StGB, Zeitschrift für medizinische Ethik 66 (2020), 245 ff.

7 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 228 ff.

8 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 266.

normativen Ausgestaltung eines Schutzkonzepts im Zusammenhang mit der Suizidhilfe auf.[9] Nunmehr mutiert die zuvor als autonomie- und integritätsschützend gedeutete Vorschrift des § 217 StGB zu einer autonomieverletzenden Norm. Der legitime Einsatz des Strafrechts ende – so das Bundesverfassungsgericht – nämlich dort, wo die freie Entscheidung nicht mehr geschützt, sondern unmöglich gemacht werde (Rn. 273). Die Möglichkeit zur Selbsttötung müsse bei realitätsgerechter Betrachtung immer gewährleistet sein. In diesem Zusammenhang betont das Gericht, § 217 StGB dürfe nicht als ein isolierter Rechtsakt gedeutet werden; entscheidend sei vielmehr ein Blick auf die „Einheit der Rechtsordnung". In der wertenden Wirklichkeitsbeschreibung des Gerichts stellt sich für suizidwillige Personen die Situation so dar, dass ihnen jenseits der Angebote von Sterbehilfeorganisationen keine realistischen Optionen zur Verfügung stehen. Der Senat verweist diesbezüglich auf die Verbote der Suizidhilfe im ärztlichen Berufsrecht. Dem Ansatz einer Suizidprävention durch einen Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung (Rn. 298 ff.) wird mit dem Hinweis begegnet, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben dem Gesetzgeber selbstverständlich nicht die Befugnis nimmt, palliativmedizinische Angebote auszubauen und zu bestärken, wobei allerdings – so das Bundesverfassungsgericht – (palliativ-)medizinische Behandlung nicht in eine „autonomiefeindliche Pflicht" umschlagen dürfe (Rn. 299).

Neben derartigen Erwägungen lässt das Bundesverfassungsgericht jedoch andere relevante Fragen offen, etwa wie mit Fallkonstellationen umzugehen ist, in denen beispielsweise ein intensivmedizinisch behandelter Patient durch Ablehnung einer weiteren Beatmung seinen Tod herbeiführen könnte, stattdessen aber eine Suizidhilfe wünscht. So stellt sich etwa die Frage, ob die Option, durch den Behandlungsverzicht aus dem Leben zu scheiden, in einem verfassungsrelevanten Sinne „unzumutbar" ist. Auch bleibt ungeklärt, wie der freiwillige Verzicht auf Ernährung und Flüssigkeitszufuhr zu bewerten ist; etliche Kritiker der Regelung des § 217 StGB hatten im Verfassungsbeschwerdeverfahren diese Form selbstbestimmter Entscheidung über das eigene Leben als Suizid qualifiziert, um ihn in den Anwendungsbereich des § 217 StGB einzubeziehen und dessen überschießende Funktion zu belegen. Doch lässt der Zweite Senat derartige Fragen offen und konstatiert vielmehr einen „tatsächlichen Bedarf nach geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe" (Rn. 297). Nach seiner Auffassung ist das Grundrecht auf ein selbstbestimmtes Sterben in Deutschland „faktisch

9 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 266.

entleert" (Rn. 268 und 301). Zu Recht ist kritisiert worden, die „Heroisierung des Suizids als finaler Akt personaler Autonomie" blende die Lebenswirklichkeit aus und feiere den „Hyperindividualismus" der Menschen als beziehungslose Monade.[10]

3 Philosophisch-ethische Perspektiven

Das Urteil des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts wirft neben rechtlichen auch grundlegende philosophische und ethische Fragen auf. Diese betreffen zunächst die Interpretation der Idee von der Würde des Menschen als normative Referenz (1), vor diesem Hintergrund die Frage nach der Bedeutung und der praktischen Sicherstellung einer selbstbestimmten Entscheidung zum Suizid (2), die Frage nach der Einschätzung einer Hilfe zum Suizid (3), die Frage, inwieweit der Ansatz einer organisierten Geschäftsmäßigkeit bei der Suizidhilfe zu rechtfertigen ist (4), die Frage nach einer Einbindung von Ärzten in die Suizidhilfe (5) sowie eine Bewertung von Erfahrungen mit Suizidhilfe im internationalen Kontext (6).

3.1 Die Würde des Menschen als normative Referenz

Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist an zahlreichen Stellen von „Menschenwürde" bzw. „Würde des Menschen" die Rede, ohne dass das Gericht über den Sprachgebrauch explizit Rechenschaft abgibt. Da der Begriff der Menschenwürde – auch in rechtstheoretischen Überlegungen – in unterschiedlicher Bedeutung verwendet werden kann, erscheint es notwendig, unterschiedliche Begriffsdeutungen zu skizzieren.

In der Vielzahl von Menschenwürdekonzeptionen lassen sich typologisch grob vier Gruppen abgrenzen:

1. „Werttheoretische" Konkretisierungen des Menschenwürdebegriffs knüpfen an bestimmte Eigenschaften des Menschseins an, insbesondere an sein Vermögen zur Vernunft und der hierin gründenden Moralfähigkeit, die den Menschen als selbstbestimmtes und für seine Handlungen verantwortliches Wesen qualifizieren. Vor allem die Lehre von Immanuel Kant[11], der Würde auf Grund des Vermögens moralischer Freiheit konstatiert und dadurch ihre prinzipielle Un-

10 S. Rixen, Suizidale Freiheit? Bayerische Verwaltungsblätter 2020, 397–403, hier: 403, gleichsinnige Kritik auch bei H. Lang, Das Bundesverfassungsgericht und die Strafbarkeit des assistierten Suizids, NJW 2020, 1562 ff.

11 I. Kant, GMS, AA IV, 436/Kant 1994, 60.

antastbarkeit begründet, ist hierfür ein wirkmächtiges Beispiel. Da Vernunft zur menschlichen Natur gehört und die Voraussetzung für moralische Freiheit darstellt, kommt Würde unterschiedslos allen Menschen zu.

2. Christliche Deutungen rekurrieren – ähnlich wie Interpretationen im Judentum und im Islam – auf eine „Mitgifttheorie", der zufolge jeder Mensch als Abbild Gottes mit der Statthalterschaft Gottes auf Erden betraut ist. Damit verbindet sich eine unverlierbare, unverfügbare sowie nicht zu relativierende Würde, die sich auf Grund des durch Gott verliehenen Status einer Abwägung entzieht und damit per se unantastbar ist.

3. Leistungstheoretische Konzeptionen stützen sich auf die Zuerkennung von Würde auf Grundlage von erbrachten bzw. zu erbringenden Leistungen oder Entwicklungsschritten. Ein solches Würdeverständnis kann indes eine Relativierung oder Aberkennung des Würdestatus rechtfertigen.

4. Kommunikationstheoretischen Ansätzen ist im Wesentlichen gemeinsam, die sozialen und institutionellen Rahmenbedingungen für einen würdevollen Umgang der Menschen miteinander zu schaffen. Demnach muss sich jeder Mensch im Rahmen zuvor definierter, allerdings auch veränderbarer Parameter als vollwertiges Gegenüber anerkannt fühlen können.[12]

Insofern das Grundgesetz die Würde des Menschen als unantastbar deklariert (Art. 1 Abs.1 GG), kann es sich nur auf Würdekonzeptionen beziehen, die eine Unantastbarkeit konzeptionell beinhalten, wie dies für die vorausgehend dargestellten Typen 1 und 2 zutrifft. Allerdings ist das Grundgesetz keiner religiösen Begründung, wie sie Typ 2 vorsieht, verpflichtet. Das Bundesverfassungsgericht hat sich daher offenbar am ehesten an dem oben skizzierten Typ 1 orientiert und in seiner Entscheidung zu § 217 StGB implizit eine weitgehend auf den Selbstbestimmungsaspekt fokussierte Interpretation vorgenommen.

Im Zentrum der Auseinandersetzungen um die verfassungsrechtliche Garantie der Menschenwürde in Art. 1 Abs. 1 GG steht die Frage, welche Handlungen die Würde verletzen. Aber auch in dieser Hinsicht ist der Begriff der Würde des Menschen nach Typ 1 für eine praktische Umsetzung

12 Siehe auch Deutscher Ethikrat, Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus", Berlin 2016, S. 89.

mit erheblichen Schwierigkeiten und Unsicherheiten verbunden. Vor diesem Hintergrund hat sich in Bezug auf Typ 1 in Philosophie und Ethik mitunter ein praxisorientiertes, wenngleich verengtes Begriffsverständnis von Menschenwürde verbreitet, das die Anerkennung der Würde statt an einem umfassenden und verantwortungsorientierten Begriff von Selbstbestimmung wesentlich an der Selbstachtung der Person und dem Schutz vor Demütigung festmacht und die Unantastbarkeit von Würde vor allem in der Garantie dieser Kriterien erkennt.[13] Mit dieser Interpretation verbindet sich dann ein sozialer Minimalkonsens, der Schutz und Achtung dieser Kriterien als eine der Würde des Menschen entspringende reziproke moralische Pflicht gegenüber dem Anderen versteht. Praktische Deutungen eines solchen Würdeverständnisses bewegen sich zwischen dem Vorwurf eines defizitären und dem Anspruch eines radikalen Konzepts von Selbstbestimmung. Als Zuspitzung einer letzteren Deutung ließe sich nicht nur die Selbsttötung als selbstbestimmte und solcherart die Würde wahrende Handlung rechtfertigen, sondern auch ein Anspruch auf Hilfe durch darin erfahrene Personen begründen.

3.2 Zur Fragilität einer selbstbestimmten Entscheidung über das eigene Leben

Inwieweit ein z. B. durch Alter oder Erkrankung sinkender Lebensmut, der sich mit Suizidgedanken verbindet, überhaupt als Grundlage für eine autonome Entscheidung angesehen werden kann, oder ob er nicht vielmehr das Urteilsvermögen überschattet und damit eine autonome, d. h. freie Entscheidung behindert, bleibt bereits in der Theorie unklar, ist jedoch von ausschlaggebender Bedeutung für die Frage nach der geeigneten Hilfe, die einem Suizidwilligen zuteil werden muss. Auch wenn die Frage nach einer grundsätzlichen Rechtfertigung eines Suizids in der säkular-ethischen und der kirchlich-theologischen Diskussion keine allseits befriedigende Antwort erkennen lässt,[14] stellt eine freie, selbstbestimmte Entscheidung des Suizidwilligen und ihre Sicherstellung, unabhängig von den jeweiligen weltanschaulichen Voraussetzungen, in jedem Fall ein unabdingbares Kriterium für die Bewertung eines Suizidbegehrens dar. Neben offensichtlich als selbstbestimmt zu bewertende Entscheidungen zum Suizid können Suizidbegehren auch erheblichen fremdbestimmten Einflüssen unterliegen.

13 Vgl. Ch. Horn, Ethik: Die verletzbare und die unverletzbare Würde des Menschen – eine Klärung, in: Information Philosophie (2011)3: 30–41.

14 Vgl. Fußnote 2, S. 12.

Insbesondere ältere und kranke Menschen sind häufig auf die Hilfe von Anderen in Entscheidungssituationen angewiesen und gehören bereits diesbezüglich zu einer vulnerablen Personengruppe. Aber auch Menschen jüngerer Altersgruppen und nicht erkrankte Menschen können Formen eines sozialen oder kulturell begründeten Drucks ausgesetzt sein, die ihnen eine Selbsttötung in bestimmten Situationen als geeigneten Ausweg erscheinen lassen oder gar nahelegen. Es liegt auf der Hand, dass unter solchen Umständen selbstbestimmte Entscheidungen der Betroffenen grundsätzlich in Frage stehen und vor allem die Freiheit einer Entscheidung zum Suizid, der seiner Natur nach mit einem raschen Todeseintritt und Irreversibilität verbunden ist, höchst kritisch zu bewerten ist.

Die Vulnerabilität von älteren und kranken Menschen kann sich aber auch in einer Vereinsamung oder der Notwendigkeit ihrer Unterstützung in Alltagsprozessen darstellen, die von ihnen als demütigend empfunden werden und ihnen prospektiv ihre zunehmende Hilflosigkeit vor Augen führen können. Auch in jüngeren Altersgruppen können etwa soziale Herabsetzung oder familiäre Problemstellungen zu Situationen der Verzweiflung führen, deren Aussichtslosigkeit eine Selbsttötung in den Blick nehmen lässt. Es ist indes offensichtlich, dass in diesen Fällen selbstbestimmte Entscheidungen zum Suizid im Kontext der jeweiligen Umstände, für deren Änderung die Betroffenen selbst keine Möglichkeit sehen, getroffen und hierdurch begründet werden. Jedoch könnte eine Änderung dieser Umstände durch Andere zu neuem Lebensmut und einer entgegengesetzten selbstbestimmten Entscheidung führen. Eine Ermöglichung und Förderung von Selbstbestimmung hat daher immer auch auf die Umstände zu achten, in denen Entscheidungen gegen ein Weiterleben getroffen werden.

Zudem kann eine Entscheidung über das Weiterleben insbesondere bei Erkrankungen oder körperlichen Einschränkungen unter den Einfluss einer materiellen Bewertung geraten, etwa wenn die Kosten und die Zeiträume einer erforderlichen Pflege generell als unvertretbar hoch angesehen werden oder wenn finanzielle Zwänge im Einzelfall bestehen.

Überdies ist bekannt, dass Suizidhandlungen einen Nachahmungseffekt hervorrufen können, der gegebenenfalls Zweifel an einer freien und selbstbestimmten Entscheidung zum Suizid begründen kann.

Bereits diese Beispiele möglicher Einflüsse in Entscheidungen zum Suizid lassen erkennen, dass Selbstbestimmung begründungstheoretisch für die Handlungen einer Person zwar unabdingbar ist, in der Praxis jedoch immer

eine hohe Sensibilität für die grundsätzliche Gefährdetheit von Selbstbestimmung bestehen muss. Die Vorstellung, dass der einzelne Mensch als selbstbestimmtes Wesen frei von Fremdeinflüssen, sozusagen allein aus der Binnenperspektive, über die Sinnhaftigkeit seiner eigenen Existenz und den Wert seines Lebens urteilt,[15] zeugt von einem ausschließlich auf das eigene Selbst fokussierten (Selbst-)Bild des Menschen, das der interpersonalen und sozialen Abhängigkeit des menschlichen Daseins kaum gerecht zu werden vermag. „Das Bild, das ein Mensch von sich selbst gewinnt, hängt nicht zuletzt davon ab, wer er in den Augen der Anderen ist. Die Einschätzung des eigenen Lebenswertes stellt in der einen oder anderen Richtung immer auch eine Reaktion auf die Wertschätzung dar, die er im Urteil der Anderen erfährt."[16]

3.3 Suizidhilfe aus Achtung vor der Selbstbestimmung?

Aus dem Würdegedanken folgt, die Freiheit des Menschen, dem eigenen Willen entsprechend selbstbestimmt handeln zu können, zu respektieren. Im Zusammenhang mit einer Hilfe zum Suizid stellt sich jedoch die Frage, inwieweit die Kriterien der Urteilsfähigkeit und Informiertheit des Suizidwilligen sowie seine von unmittelbar erkennbaren Zwängen freie Entscheidung alleine eine hinreichende Rechtfertigung für die Suizidhilfe als eine Form der Sterbehilfe darstellen können. Dies hätte zunächst zur Voraussetzung, dass Leben und Tod als Güter gleichen Wertes aufzufassen wären. Jedoch ist dies – auch in der Grundrechtsdogmatik – keineswegs der Fall, womit sich die Hilfe zum Suizid per se als rechtfertigungsbedürftiges moralisches Problem darstellt. Eine einfache allgemeine Rechtfertigung einer Suizidhilfe, die der Logik folgt, dass die Hilfe bei dem nicht strafbaren Akt der Selbsttötung selbst nicht strafbar sein kann, mag formal richtig sein, genügt jedoch in moralischer Hinsicht offensichtlich nicht, da sie den Helfer als moralisch verantwortlich Handelnden nicht hinreichend in den Blick nimmt.

Mit der Suizidhilfe gehen nämlich Probleme wie die einher, dass der Helfer kausal in das Geschehen der Selbsttötung involviert ist und die Folgen seiner Handlung nicht revidierbar sind. Seine Handlung richtet sich auf die Hilfe bei der Beendigung von menschlichem Leben, das kein beliebi-

15 Vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn.210.

16 E. Schockenhoff, Niemandem zur Last fallen? Suizid und Suizidbeihilfe als ethische Herausforderung, in: Ders./M. Quante (Hg.), Autonomie am Lebensende. Assistierter Suizid aus philosophischer und moraltheologischer Sicht, Münster 2016, 41–54, hier: 44.

ges, sondern im objektiven Sinne ein fundamentales und schützenswertes Gut darstellt. Ein Rechtfertigungsmodell, das sich bloß auf die Erlaubnis des Suizidwilligen stützen würde, ihm beim Suizid zu helfen, würde den objektiven Charakter des fundamentalen Gutes des menschlichen Lebens gänzlich in einer subjektiven Bewertung des Suizidwilligen aufgehen lassen. Für den Suizidwilligen kann letztere Perspektive genügen. Er kann sie jedoch nicht für den Suizidhelfer als normativ gerechtfertigt und verbindlich voraussetzen, der seine Handlungen vielmehr selbst verantworten muss. Auch lässt sich kein Anspruch des Suizidwilligen gegenüber Anderen auf Suizidhilfe begründen. In der Frage, ob vor diesem Hintergrund eine Suizidhilfe grundsätzlich als eine Grenzüberschreitung zu bewerten ist, die kategorisch abzulehnen ist, oder ob sie eine Grenzentscheidung darstellt, die als Ausnahme im individuellen Fall zu rechtfertigen ist, ergeben sich vor diesem Hintergrund zwei unterschiedliche Positionen. Gemeinsam ist beiden Positionen allerdings, dass Suizidhilfe weder alleine durch die selbstbestimmte individuelle Entscheidung des Suizidwilligen noch im Sinne einer allgemeinen Regel legitimiert werden kann.

Zudem wird durch den Suizid mit dem leiblichen Leben als physische Voraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung des Suizidwilligen auch die Grundlage dieser Erlaubnis ausgelöscht und für den Suizidhelfer damit jede Möglichkeit einer konstatierenden Revision genommen. Der Suizidhelfer muss seine Beteiligung am Suizid nicht nur selbst, sondern auch dauerhaft rechtfertigen können, und zwar sich selbst und der Gesellschaft gegenüber. Dies bedeutet, dass jeder individuelle Fall einer Suizidhilfe ein eigenes komplexes Verantwortungsverhältnis und hierfür eine vertiefte persönliche Beziehung zwischen den beteiligten Personen erfordern würde. Dieser Voraussetzung kann ein regelhaftes Angebot einer Suizidhilfe nicht Rechnung tragen.

Vor diesem Hintergrund ist auch bei einer enggeführten Deutung von Selbstbestimmung zu konstatieren, dass jede Suizidhilfe einer komplexen moralischen Rechtfertigung im individuellen Einzelfall bedürfen würde und ein regelhaft vorgehaltenes Angebot hierfür nicht geeignet ist. Zudem ist – wie bereits die gegenwärtige Diskussion in Deutschland über das Urteil des BVerfG vom 26.2.2020 erkennen lässt – die gesellschaftlich höchst relevante Folge einer Suizidhilfe nicht von der Hand zu weisen, dass mit einem regelhaften Angebot einer Suizidhilfe in der Praxis zunehmend die im Recht vorausgesetzte klare Unterscheidung zwischen einer Hilfe zum Suizid und einer Tötung auf Verlangen aufgeweicht und einer Grauzone Raum

gegeben werden könnte, die dem Suizidhelfer diesbezüglich eine moralische Deutungshoheit ermöglicht und auferlegt – und Missbrauch nicht ausschließt. Denn zumindest besteht die – nur schwerlich nachzuweisende – Möglichkeit, dass die Motive des Suizidhelfers andere sein könnten als solche, bloß die Selbstbestimmung des Suizidwilligen zu achten.[17]

3.4 Zur besonderen Problematik einer geschäftsmäßigen Suizidhilfe

Ein Angebot einer organisierten bzw. auf Wiederholung angelegten Form einer Suizidhilfe kann sich auf verschiedene Aspekte beziehen, etwa auf die konkrete technische Durchführung eines Suizids einschließlich der Besorgung der hierfür erforderlichen Mittel, auf personalen Beistand im Falle eines Suizidwunsches oder auf seine werbende Förderung. In jedem Fall trägt allerdings bereits die Tatsache, dass ein Angebot zu einer geschäftsmäßigen Suizidhilfe besteht und öffentlich gemacht wird, den Gedanken des Suizids als Option in den Horizont einer Entscheidung. Zugleich lässt ein solches Angebot eine geschäftsmäßige Suizidhilfe zum normalen Angebot am Lebensende werden. Vor einer derartigen Normalisierungswirkung hat selbst das Bundesverfassungsgericht gewarnt. Mit einer solchen Entwicklung wäre ein fundamentaler Perspektivenwechsel der bisherigen grundrechtlichen und ethischen Wertmaßstäbe im Hinblick auf den Lebensschutz verbunden. Solche Änderungen stehen im dringenden Verdacht, menschliches Leben zu bewerten und damit den Gedanken der Würde des Menschen, die keine Abwägungen im Hinblick auf den Wert und Schutz des Lebens erlaubt, gesellschaftlichen Strömungen und ihren verfügenden Deutungen unterzuordnen.

Demgemäß folgt eine Geschäftsmäßigkeit der Suizidhilfe keineswegs einfach nur den Regeln einer Gesellschaft, sondern nimmt selbst Einfluss darauf, wie diese Gesellschaft ihrerseits menschliches Leben normativ bewertet, gegebenenfalls auch unter Umdeutung des Würdebegriffs, der die Grundlage für fundamentale Vertrauensbeziehungen wie z. B. das Arzt-Patient-Verhältnis darstellt.

17 Vgl. E. Schockenhoff, Stellungnahme zur Anhörung im Deutschen Bundestag zur Verabschiedung des § 217: https://www.bundestag.de/resource/blob/386980/bb4fb279a428f36d42c8b12c8f20fe15/schockenhoff-data.pdf (letzter Zugriff 7.9.2020).

3.5 Suizidhilfe als ärztliche Aufgabe?

Mit einer Suizidhilfe durch den Arzt wird die Vorstellung von einer professionellen Hilfe verbunden, die dem Arzt aufgrund seiner medizinischen Kenntnisse am ehesten zutraut, dabei zu helfen, einen Menschen schmerz- und komplikationslos vom Leben zum Tode zu befördern. Suizidhilfe als ärztliche Handlung würde indes eine Doppelbotschaft aussenden, insofern ärztliches Handeln zwar von der Aufgabe getragen wäre, menschliches Leben zu erhalten, andererseits aber auch die Bereitschaft signalisiert, auf Nachfrage zu helfen, dieses Leben zu nehmen. Der Weltärztebund lehnt die Hilfe zum Suizid ab und hat dieses Statement aktuell erneut bestätigt.[18] Auch nach Auffassung nahezu aller Landesärztekammern in Deutschland stellt die Hilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe dar.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat mit Blick auf eine solche Doppelbotschaft betont kritisch auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts reagiert,[19] insofern dieses in seiner Konsequenz beinhalte, dass zukünftig Ärzten und vor allem Psychiatern eine ebenso neue wie eigenartige Rolle zukommen könnte: Sie liefen Gefahr, in ihrer besonderen Vertrauensposition entweder als Fürsprecher oder als Gegner des Sterbewunsches eines Menschen vereinnahmt zu werden, indem sie als Gutachter in Zukunft entscheiden müssten, inwieweit die Selbstbestimmungsfähigkeit und der freie, uneingeschränkte Wille einer Person, die Suizidhilfe in Anspruch nehmen möchte, auch tatsächlich gegeben ist.

Doppelbotschaften solcher Art unterminieren überdies die Selbstbestimmung von Patienten in vulnerablen Situationen in besonderer Weise. Palliativmediziner berichten, dass gerade Palliativpatienten vielfach zutiefst verunsichert sind, ob das eigene Leben angesichts aller Belastungen, die sie ihren Angehörigen und der Gesellschaft zuzumuten scheinen, überhaupt noch „wertvoll" ist.[20] Dem ärztlichen Selbstverständnis entspricht es, dem Patienten in dieser Situation unzweideutig eine lebensbejahende

18 World Medical Association (2019): Declaration on Euthanasia and Physician Assisted Suicide. https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/ (letzter Zugriff 7.10.2020).

19 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Pressemitteilung vom 27.02.2020, dokumentiert unter: https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2020/suizidbeihilfe.html (letzter Zugriff am 07.10.2020).

20 Vortrag M. Weber „Kontroversen am Lebensende: Das Beispiel der Sterbehilfedebatte", Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Kongress 09.09.–12.09.2020.

Perspektive zu eröffnen und diese sicherzustellen.

Das Arzt-Patient-Verhältnis verpflichtet den Arzt auf das Wohl und das Nicht-Schaden seines Patienten. Die Ausdeutung dieser Prinzipien im Zusammenhang mit der Suizidassistenz wird in Deutschland vor allem mit Blick auf die in den Benelux-Staaten getroffenen Regelungen aktuell hinterfragt. So wird verschiedentlich eine ärztliche Suizidhilfe im Sinne einer Beendigung von Schmerzen und menschlichem Leid als gerechtfertigt angesehen, von Anderen eine solche Handlung jedoch als unvereinbar mit den dem ärztlichen Ethos zugrundeliegenden ethischen Prinzipien betrachtet. Für letztere Position ist klar festzuhalten, dass jede ärztliche Handlung an einem Patienten neben der Einwilligung des Patienten zudem einer medizinischen Indikation als Legitimierung bedarf und eine solche im Falle des ärztlich assistierten Suizids per se nicht gegeben ist. Die Prüfung einer medizinischen Indikation als Voraussetzung für ärztliches Handeln umfasst nicht nur die Frage, ob für den Arzt ein Grund für medizinisches Handeln vorliegt, etwa ein Leidenszustand bei einem Patienten. Sondern es geht immer auch um die Prüfung der Fragen, ob die verfügbaren bzw. die in den Blick genommenen medizinisch anzuwendenden Mittel für die Behandlung dieses Leidenszustands geeignet, erforderlich und ihr Einsatz für den individuellen Patienten verhältnismäßig sind. Einen Leidenszustand bei einem Patienten als Arzt durch Hilfe zum Suizid des Patienten zu beenden, ist weder erforderlich noch verhältnismäßig und überschreitet per se den ärztlichen Behandlungsauftrag, der auf eine Heilung des kranken Menschen oder eine Linderung seiner Krankheitssymptome, nicht jedoch auf die Beendigung seiner Existenz ausgerichtet ist. Vor diesem Hintergrund ist überdies nicht erkennbar, wie ein Suizidbegehren ein Arzt-Patient-Verhältnis begründen könnte. Bezüglich einer ärztlichen Suizidassistenz besteht allerdings ein erheblicher ethischer und rechtlicher Dissens zwischen den in Deutschland getroffenen Regelungen und denjenigen, wie sie in einigen anderen Ländern, etwa in den Benelux-Staaten, gelten.

3.6 Internationale Entwicklungen

Für die Bewertung einer ärztlichen Suizidassistenz kann ein Blick in bundesdeutsche Nachbarländer, insbesondere die Benelux-Staaten und die Schweiz (hier ist nur die Suizidassistenz liberalisiert), wichtige Kriterien und Argumente liefern. Mögen sich auch die rechtlichen Regelungen der Assistenz beim Suizid wie der Tötung auf Verlangen (nach § 216 StGB in Deutschland verboten) in diesen Staaten von den geltenden Gesetzen in

Deutschland unterscheiden, so zeigen sich in den Benelux-Staaten über einen Zeitraum von 20 Jahren hinweg statistisch belegte Trends in der signifikanten Zunahme von ärztlich assistiertem Suizid wie auch der Tötung auf Verlangen, die durchaus auf ähnliche Entwicklungen in Deutschland schließen lassen. Denn die gesellschaftlichen Verhältnisse in den Benelux-Staaten und der Schweiz sind im Vergleich zu denen in Deutschland nicht so verschieden, dass vergleichende Prognosen auszuschließen wären.

Empirische Daten deuten darauf hin, dass ein geschäftsmäßiges Angebot der Suizidassistenz eine Erweiterung dieser Form der Sterbehilfe fördert. In vielen Ländern mit entsprechenden Regelungen ist eine stetige, teils dramatische Zunahme der Zahl des ärztlich assistierten Suizids zu beobachten. Überdies deutet sich eine Ausweitung der Gründe an, die als Rechtfertigung angeführt werden.[21] So ist – unabhängig von der grundsätzlichen Problematik, den Begriff der medizinischen Indikation auf die Frage des assistierten Suizids anzuwenden – eine Kriteriologie für eine Indikationsstellung unter dem Gedanken der Würde des Menschen als allgemein verbindliche Norm nicht vorstellbar. Auch der subjektive Nachvollzug des Suizidhelfers kann diese normative Begründungslücke nicht schließen. Zudem sprechen psychologische und soziologische Faktoren dafür, dass in Bezug auf Suizidhilfe eine Gewöhnung eintreten kann, die den Suizidhelfer dazu führen kann, die Praxis zu erweitern und zu wiederholen. Sozialwissenschaftliche Befunde deuten überdies darauf hin, dass sich die Akzeptanz des ärztlich assistierten Suizids negativ auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirkt, und dass zudem das soziale, politische und berufliche Umfeld Ärzte dazu drängen kann, suizidales Begehren zu unterstützen.[22]

---

21 T. A. Boer (2018), Dialectics of lead: fifty years of Dutch euthanasia and its lessons. International Journal of Environmental Studies 75:2, 239–250 DOI: 10.1080/00207233.2017.1415834. Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie: Chiffres de l´annee 2019. (2020). https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2019 (27.9.2020); D. A. Jones/C. Gastmans/C. Mackellar (2017), Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium. Cambridge University Press, Cambridge 2017; D. Jones/D. A. Paton (2015), How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide. Southern Medical Journal 108: 599–604; J. Kewon (2018²), Euthanasia, Ethics and Public Policy. Cambridge University Press, Cambridge, 117–120; T. Sitte (2015), Palliative Versorgung statt Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen? Über eine mögliche Notwendigkeit lebensverkürzender Maßnahmen. Promotionsarbeit. Universität des Saarlandes, Homburg/Saar; E. Montero (2017), The Belgian Experience of Euthanasia since its legal Implementation in 2002, in: D. A. Jones/C. Gastmans/C. Mackellar, Euthanasia and assisted suicide, Cambridge University Press, Cambridge 2017, 26–48; S. Sterckx/K. Raus (2017), The Practice of Continuous Sedation at the End of Life in Belgium, in: D. A. Jones/C. Gastmans/C. Mackellar, Euthanasia and assisted suicide, Cambridge University Press, Cambridge 2017, 86–100.

22 D. P. Sulmasy, Ethics and the Psychiatric Dimension of Physician-assisted Suicide, in: D. A. Jones/C. Gastmans/C. Mackellar (2017), Euthanasia and assisted suicide. Cambridge University Press, Cambridge, 52–56.

4 Sterben als Teil des Lebens – eine palliative Handlungsperspektive

Sterben ist Teil des Lebens. Der Mensch lebt in der eigentümlichen Spannung, um die eigene Sterblichkeit zu wissen, ohne jedoch den genauen Zeitpunkt des Todes zu kennen.

Den Menschen zeichnet es aus – so der Psychiater und Philosoph Viktor E. Frankl –, dass er nicht nur als „homo faber" (der Sinnerfüllung findet, indem er schöpferische Werte verwirklicht) oder als „homo amans" (der Sinnerfüllung im Erleben, Begegnen und Lieben findet), sondern gerade auch als „homo patiens" (der Sinnerfüllung in der Art und Weise findet, wie er sich zu Krankheit und Leid verhält) zu agieren bzw. zu reagieren vermag.[23] Damit verbindet sich die Überzeugung, dass sich in jeder auch noch so belastenden und beängstigenden Situation des menschlichen Lebens bis zu seinem Ende eine Chance zur Sinnerfahrung und Sinnverwirklichung bietet. Würde und ein erfülltes Leben findet der Mensch keineswegs nur unter den Voraussetzungen möglichst uneingeschränkter Agilität, Leistungsfähigkeit und Autarkie, sondern er kann sie ebenso im Annehmen und Aushalten vielfältigster Grenzen und physisch-psychischer Schwäche sowie in der Abhängigkeit von fremder Hilfe erfahren. Vor diesem Hintergrund ergeben sich für eine praktische Hilfestellung folgende Handlungsfelder:

4.1 Christliche Kultur des Sterbens

Menschen beizustehen, die am Ende ihres Lebens auf Zuwendung, Begleitung und Fürsorge angewiesen sind, ist seit den Anfängen des Christentums Ausdruck gelebter Nächstenliebe in der Nachfolge Jesu Christi (Mk 12,28–34). Krankendienst ist Gottesdienst. In den kranken und sterbenden Menschen können wir Gott begegnen. Was wir für sie tun, tun wir für Ihn: „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan" (Mt 25,40). Hieraus leitet sich auch heute der caritative Handlungsauftrag der Kirche ab (Deus caritas est, Kap. 22),[24] der sich in einer christlichen Kultur des Sterbens verwirklicht. Zum christlichen Selbstverständnis gehört es, das Leben eines jeden Menschen bis zuletzt

23 Vgl. V. Frankl, Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Bern 1998.

24 Enzyklika Deus caritas est von Papst Benedikt XVI. an die Bischöfe, an die Priester und Diakone, an die gottgeweihten Personen und an alle Christgläubigen über die christliche Liebe vom 25. Dezember 2005, Bonn 2006 (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 171).

zu begleiten und zu schützen. Sterbebegleitung, die diesem Verständnis folgt, nimmt den Menschen ganzheitlich und insbesondere in seinen körperlichen, geistigen, spirituellen und sozialen Dimensionen wahr. Christen sowie alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen in konfessionellen Trägerschaften und Einrichtungen wie Krankenhaus, Pflegeheim, Hospizdienst, Hospiz und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) etc. sind gefordert, sich für eine christliche Kultur des Sterbens einzusetzen.

4.2 Medizinische Behandlung und Suizidprävention

In der Debatte um die Rechtfertigung des Suizids und der Suizidhilfe spielt die Möglichkeit einer angemessenen Behandlung am Lebensende eine wichtige Rolle[25]. Sowohl in medizinischer als auch in rechtlicher wie ethischer Hinsicht besteht heute Konsens, dass eine Behandlung, die als nicht (mehr) medizinisch indiziert zu bewerten ist oder von dem Patienten abgelehnt wird, nicht durchgeführt werden darf. In einem solchen Fall kann ein Therapiezielwechsel geboten sein, der die zugrunde liegende Erkrankung nicht mehr kausal zu behandeln sucht, sondern als palliative Therapie in erster Linie auf die Linderung von Symptomen abzielt. In extremen Fällen von nicht in üblicher Weise behandelbaren Schmerzen kann eine sogenannte palliative Sedierung des Patienten auch massive Schmerz- und körperliche Leidenszustände zuverlässig lindern.

Eine qualifizierte medizinische Behandlung am Lebensende erweist sich auch insoweit als anschlussfähig für eine christliche Kultur des Sterbens, als diese von einer lebensbejahenden Grundhaltung getragen ist. Auf dieser Basis wird auch das Verlangen nach Suizid als ein besonderes Problem wahrgenommen, dessen individuelle Gründe nicht mit einer pauschalen Lösung beantwortet werden können. Daher geht mit der lebensbejahenden Grundhaltung unabdingbar eine Beziehungsgestaltung einher, die den Mitmenschen gerade auch in seiner Fragilität als wertvolles Gegenüber schätzt und ihn nach Möglichkeit dazu ermutigt, Ja zu sich und zu seiner Lebenssituation sagen zu können. Aufgabe der Institutionen ist es, hierfür die Rahmenbedingungen in Form von personellen und zeitlichen Ressourcen zu schaffen.

25 M. Wolfersdorf/E. Etzersdorfer, Suizid und Suizidprävention, Stuttgart 2011.

4.3 Palliative Care als institutioneller Rahmen

Palliative Care erachtet das Sterben als einen normalen Prozess und unterstützt Angehörige im Abschiednehmen und begleitet sie in ihrer Trauer. Es gilt heute, die im christlichen Glauben vorhandenen, aber oftmals verschütteten Zugänge zu einer Kultur des Sterbens neu zu nutzen. Dazu gehört das weite Verständnis von „Sorge" um den Sterbenden, im Sinne einer selbstbestimmungsermöglichenden Sorge[26], und um seine Angehörigen im Zusammenspiel der unterschiedlichen Disziplinen (Medizin, Pflege, Seelsorge und andere), wie es „Palliative Care" zum Ausdruck bringt. Der Begriff Palliative Care umfasst alle Bereiche der Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen: Hospizarbeit, Palliativmedizin, Palliativpflege, Seelsorge etc. Kern der Palliative Care ist das Engagement in einem multiprofessionellen Netzwerk, das sich an der Person des sterbenden Menschen ausrichtet.

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen. Sie beinhaltet sowohl medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen als auch psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung und bemüht sich darum, Patientinnen und Patienten bis zu ihrem Tod ein möglichst hohes Maß an Wohlbefinden zu gewährleisten. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Unterstützung von Angehörigen und Bezugspersonen.

Summarisch kann für dieses Verständnis auf die Definition der WHO verwiesen werden: *"Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art."*[27]

Mit dem Konzept der Palliative Care verbindet sich die Idee einer selbstbestimmungsermöglichenden Sorge um den Patienten am Ende seines Lebens. Symptome und Leiden werden bestmöglich gelindert. Dies erfordert von allen beteiligten Personen ein hohes Maß an Fachkompetenz und ver-

26 Zu dem Begriff der selbstbestimmungsermöglichenden Sorge siehe Deutscher Ethikrat, Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus", Berlin 2016, S. 38f.

27 WHO-Definition Palliative Care, 2002.

lässlicher Zusammenarbeit über Engagement und Professionen hinweg, wie es etwa in der Zusammenarbeit von ehrenamtlichem Hospizdienst und professioneller Pflege zum Ausdruck kommt. Palliative Care ist zu einem frühen Zeitpunkt in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen, kommt aber erst dann richtig zum Tragen, wenn eine kausale Heilung nicht mehr möglich ist.

Somit kann festgehalten werden: Zu einer Kultur des Sterbens gehört anzuerkennen, dass im Zusammenspiel von Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen eine angemessene Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen gelingen kann. Einer solchen Kultur des Sterbens zur Durchsetzung zu verhelfen bedeutet, in den verschiedenen Rahmenbedingungen – etwa ambulante Hospizdienste, Hospize, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Palliativstationen, Dienste der SAPV und der AAPV, in der Häuslichkeit, in der Nachbarschaft etc. – Palliative Care-Strukturen und Netze wo vorhanden weiter zu befördern oder Konzepte vor Ort zu entwickeln.

5 Zusammenfassung und Empfehlungen

5.1 Zusammenfassung

Insofern das Grundgesetz die Würde des Menschen als unantastbar deklariert, kann es sich nur auf Würdekonzeptionen beziehen, die eine Unantastbarkeit konzeptionell beinhalten.[28] Als praktischer Ausdruck des Würdegedankens kann das Vermögen zur Selbstbestimmung angesehen werden. Selbstbestimmtes Handeln ist unter dem Gedanken der Würde des Menschen durch eine umfassende Verantwortung qualifiziert, die sich insbesondere auf den Schutz des menschlichen Lebens als fundamentales Gut bezieht.

Vor diesem Hintergrund ist die Hilfe zum Suizid als eine moralisch problematische Handlung zu bewerten. Dies betrifft bereits vorzunehmende Abwägungen im einzelnen Fall. Insbesondere aber ist Suizidhilfe zurückzuweisen, wenn sie in Form eines regelhaften Anspruchs des Suizidwilligen auf Suizidhilfe gerechtfertigt werden soll. Zudem ist nicht zu übersehen, dass eine solche geschäftsmäßige, d. h. regelmäßige bzw. auf Wiederholung angelegte Suizidhilfe nicht nur den Regeln einer Gesellschaft folgt, sondern diese Gesellschaft auch normativ im Hinblick auf eine Bewertung von menschlichem Leben prägen kann. Hinzu kommt die Gefahr, dass Entscheidungen zum Suizid und die Hilfe dazu vielfältigen subtilen Einflüssen unterliegen, die die Freiheit des Suizidwilligen einschränken können.

In einer solchen Konzeption kann Suizidhilfe auch keine ärztliche Aufgabe darstellen. Stattdessen bedarf es individualisierter Hilfestellungen für Suizidwillige, die auf eine lebensbejahende Hilfestellung abzielen und insbesondere in einer christlichen Kultur des Sterbens einschließlich auf Suizidprävention angelegter Behandlungsangebote und dem Konzept der Palliative Care ihren Ausdruck finden.

Der Ethikrat hat sich ausdrücklich dafür entschieden, keine Empfehlung für ein prozedurales Schutzkonzept abzugeben. Denn die Gefahr eines solchen Konzepts besteht darin, dass es falsch dahingehend interpretiert werden kann, jede Suizidhilfe, wenn sie nur den Vorgaben eines solchen prozeduralen Schutzkonzeptes genügt, automatisch als „qualitätsgeprüft", „ethisch unbedenklich" und „normal" zu begreifen. Einer solchen Art von Normalitätsbeglaubigung der Suizidhilfe möchte der Ethikrat keinesfalls Vorschub leisten.

28 Vgl. hierzu die Darstellungen in Kapitel 3.1.

5.2 Empfehlungen

Auf dieser Grundlage kommt der Ethikrat zu folgenden Empfehlungen:

1. Die Träger von konfessionellen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen müssen sicherstellen, dass Suizidhilfe kein Teil professioneller und ehrenamtlicher Tätigkeiten in ihren Einrichtungen ist, und dies in Form von Leitbildern und Richtlinien festschreiben und gegebenenfalls vertraglich (etwa durch Betreuungs- und Arbeitsverträge) regeln.

2. Die Träger sollten auf politischer Ebene darauf hinwirken, dass es auch in Zukunft den kirchlichen Trägern und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gestattet bleibt, die geschäftsmäßige Suizidhilfe in ihrem Tätigkeitsbereich zu unterbinden. Konkret sollte die gegenwärtige Situation erhalten bleiben, in der weder bundes- noch landesrechtliche Regelungen des einfachen Rechts, etwa des Krankenhaus- oder Heimrechts, die Gewährung von Suizidhilfe einfordern oder eine Mitwirkung verbindlich machen.

3. Den Trägern wird empfohlen, den Zutritt für Sterbehilfeorganisationen zu ihren Einrichtungen durch entsprechende Verbote und deren Durchsetzung zu verhindern.

4. Die Träger und die einzelnen Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Diensten sollten einer christlichen Kultur des Sterbens zur Entfaltung und Entwicklung verhelfen. Dazu bedarf es

   - eines weiteren Ausbaus palliativer Angebote und der nachhaltigen Implementierung von Palliative Care durch die Träger. Hierfür ist die Berücksichtigung entsprechender zeitlicher Ressourcen für Fort- und Weiterbildung sowie der Bildungszeit im Stellenplan der Einrichtungen notwendig.

   - der Sicherstellung einer selbstbestimmungsermöglichenden Sorge[29] für die Patienten. Diese erfordert eine umfassende Kommunikation und Beziehungsgestaltung zwischen allen Beteiligten sowie eine breite Einbindung in eine geeignete gesundheitliche Versorgungsplanung (ACP)[30] im Sinne einer christlichen Kultur des Sterbens.

29 Vgl. dazu die Darstellungen in Kapitel 4.3.

30 Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier (Hg.), Stellungnahme Advance Care Planning, Vallendar 2017, online abrufbar unter: https://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/ALTE_ORDNER/PDF_Theo/Ethikrat/Stellungnahmen_und_Empfehlungen/Stellungnahmen_%C3%B6ffentlich/Ethikrat_Stellungnahme_ACP_2017_final.pdf

- des Ausbaus und der Vernetzung stationärer und ambulanter ebenso wie ehrenamtlicher Strukturen der Palliativ- und Hospizversorgung.
- einer Palliativen Kultur, welche in den Einrichtungen und Diensten auch für die Angehörigen der sterbenden Patienten, Bewohner und Gäste Sorge trägt, u. a. durch entsprechende Angebote der Trauerbegleitung.

5. Die Träger sollten die Ausbildung ihrer Mitarbeitenden in Palliative Care sicherstellen und Strukturen und Netzwerke der Palliative Care, wo bereits vorhanden, einrichtungsübergreifend weiter fördern bzw. bedarfsorientiert Konzepte vor Ort entwickeln.

Insgesamt sollten die Träger im Zusammenhang mit ihrem gesellschaftlichen und kirchlichen Handlungsauftrag die Empfehlungen 1–5 im politischen und gesellschaftlichen Diskurs wirksam zur Geltung bringen und darüber folgende Ziele mit Nachdruck verfolgen:

Die Vertreter der verfassten Ärzteschaft sollten aufgefordert werden, an der Ablehnung der Suizidhilfe als ärztliche Tätigkeit festzuhalten. Dabei ist darauf hinzuwirken, dass Suizidhilfe auch zukünftig keine ärztliche Aufgabe, d. h. keine aus der beruflichen Verantwortung erwachsende ärztliche Tätigkeit ist.[31] Der Gesetzgeber sollte auf der Ebene der Bundesländer Schutzklauseln zugunsten kirchlicher Träger in die einschlägigen Gesetze aufnehmen, um sicherzustellen, dass die kirchlichen Einrichtungen den eingegangenen Versorgungsauftrag ihrem Selbstverständnis entsprechend durchführen können.

31 Deutscher Ethikrat, Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention. Ad-hoc-Empfehlung, Berlin 2014.

Appendix

Information über den Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier (EKT)

Träger des Ethikrates sind die Marienhaus Unternehmensgruppe, die BBT Gruppe, die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die cusanus trägergesellschaft trier mbH (ctt), die Franziskanerbrüder vom Hl. Kreuz (Hausen/Wied) sowie die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Karl Borromäus (Trier). Der Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er behandelt überdies auch Themen, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs besonders erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können.

Die Mitglieder des Ethikrates

Prof. Dr. Johannes Brantl
Theologische Fakultät Trier; Lehrstuhl für Moraltheologie

Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann (Vorsitzender)
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin

Prof. Dr. Wolfram Höfling
Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht

Prof. Dr. Helen Kohlen
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Care Policy und Ethik in der Pflege

Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC
Professor em. für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

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

Prof. Dr. Stephan Sahm
Ketteler Krankenhaus, Offenbach; Chefarzt Medizinische Klinik I

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff (†) (Stellvertretender Vorsitzender)
Theologische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Lehrstuhl für Moraltheologie

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

Ständiges beratendes Mitglied

Weihbischof Franz Josef Gebert
Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Trier e.V.

Koordinator

Prof. Dr. Ingo Proft
Moraltheologe und Bioethiker, Leiter des Ethik-Instituts an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Kontakt

Ethik-Institut an der PTHV
Geschäftsstelle des Ethikrates katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603
Telefax: +49 (0)261 6402-300
E-Mail: ethikrat@pthv.de

Stellungnahmen des Ethikrats

Die Stellungnahmen des Ethikrats sind im Ethik-Institut an der PTHV verfügbar.
Die digitalen Versionen finden Sie unter:

www.pthv.de/forschung/institute/ethik-institut/ethikrat/stellungnahmen-des-ethikrats/

Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage
ISSN 2194 -1386

Assistierter Suizid

Erscheinungsjahr: 2016
3. Auflage

Postkoitale Antikonzeption (»Pille danach«)

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage

Plastisch-ästhetische Chirurgie

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen

Erscheinungsjahr: 2017

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Erscheinungsjahr: 2018
ISBN 978-3-00-059782-4

Organspende

Erscheinungsjahr: 2019
ISBN 978-3-00-059782-4

ISBN 978-3-00-067345-0