



ENTSCHEIDUNGEN AM ENDE DES LEBENS

***ARGUMENTATIONSHILFE
ZUR
STERBEBEGLEITUNG UND STERBEHILFE***

VORWORT

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pastoralen Dienst,

im Glauben erkennen wir unser Leben als Geschenk Gottes an, der den Menschen als sein Abbild erschaffen hat. Damit ist jedem Menschen ungeteilte Würde zugesprochen. Im Glauben vertrauen wir als Christen darauf, dass Gott uns auch im Sterben nicht allein lässt.

Die Kirchen fördern und unterstützen alle Wege der Sterbebegleitung, die dem Menschen helfen, sich in Krankheit, Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit als angenommen und wertvoll zu erfahren. Dazu gehören alle Wege, die Leiden lindern, gute Rahmenbedingungen schaffen und auch helfen, den letzten großen Weg spirituell zu verstehen. So verstanden ist der Tod kein Scheitern, sondern ein Geschehen, das zur Vollendung führt, in ein Leben in Gottes Hand hinein.

In der öffentlichen Diskussion werden in diesem Zusammenhang Themen wie Sterbehilfe in Form von begleitetem Suizid oder Tötung auf Verlangen immer wieder breit behandelt. Auch Christen reagieren häufig verunsichert. Sowohl Seelsorger, als auch unsere katholischen Einrichtungen sind angefragt, Stellung zu beziehen und die christliche Sichtweise darzustellen.

In der hier vorliegenden Argumentationshilfe finden sie zunächst eine Klärung der Begriffe und die rechtliche Einordnung. Die gängigen Argumente werden erläutert und moraltheologisch eingeordnet.

Wir hoffen, Sie auf diese Weise darin unterstützen zu können, eine gute Sterbebegleitung zu fördern, die den Menschen bis zum Schluss begleitet und ihm Mut macht, sein Leben Gottes Hand anzuvertrauen.



Prälat Dr. Stefan Heße
Diözesanadministrator

1. DIE AKTUELLE DISKUSSION

Immer wieder nehmen sich Menschen das Leben, weil sie die nahende Pflegebedürftigkeit, den Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten oder eine unheilbare Krankheit nicht ertragen können und wollen. So erschoss sich Gunter Sachs im Alter von 78 Jahren. In seiner Begründung legte er dar, dass er zunehmende Gedächtnisprobleme habe und darin eine Alzheimer-Erkrankung sehe. Nicht klar ist, ob er sich diese Vermutung durch ärztliche Diagnose bestätigen ließ. Der Schriftsteller Wolfgang Herrndorf nahm sich im August 2013 48-jährig das Leben. Er litt an einem unheilbaren Hirntumor und hatte nach mehreren Operationen und Chemotherapien beschlossen, sein Leben selbst zu beenden.

Im Zusammenhang mit diesen Ereignissen stellt sich vielen ganz automatisch die Frage, welche Möglichkeiten es für die Situationen schwerer und auch drohender schwerer Erkrankung geben muss, ein als unerträglich empfundenenes Leben zu beenden. Für einen Großteil der bundesdeutschen Bevölkerung (60 – 70 %) legt sich die „aktive Sterbehilfe“ nah. Auch unter Katholiken wird diese Form der Tötung schwerkranker und leidender Patienten zunehmend als akzeptabel erachtet. Die Speerspitze bildete der Theologe Hans Küng, der gemeinsam mit dem Schriftsteller Walter Jens bereits 1995 das Recht forderte, „dieses unerträglich gewordene Leben zu verkürzen und es ... in einer letzten Hingabe in die Hände Gottes zurückzugeben.“ (FR vom 14.6.1995).

Immer wieder weisen Befürworter der aktiven Sterbehilfe darauf hin, dass die aktuelle Rechtsprechung in dieser Frage nicht die Haltung der Mehrheit der Bevölkerung widerspiegelt. Nachdem in einigen Nachbarstaaten der Bundesrepublik Gesetze erlassen wurden, nach denen die aktive Sterbehilfe straffrei bleibt – im Februar 2014 in Belgien sogar für schwerkranke Kinder - nehmen auch hierzulande die Stimmen zu, die eine ähnliche Gesetzgebung in der Bundesrepublik fordern. Gegenwärtig verfolgt Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) die Absicht, organisierte Sterbehilfe grundsätzlich unter Strafe zu stellen, während sich der eigentlich zuständige Justizminister Heiko Maas (SPD) zurückhält und erklärt, man habe sich bei den Koalitionsvereinbarungen (2013) darüber verständigt, dass eine solche Initiative aus der Mitte des Parlaments kommen müsse.

Die Fragestellung berührt innerhalb der aktuellen Debatte im Wesentlichen den Themenkomplex Suizid, insbesondere den assistierten Suizid und die Tötung auf Verlangen.

Die Diskussion um die (aktive) Sterbehilfe wird an allen Orten in unserer Gesellschaft und immer wieder geführt: Im Januar dieses Jahres standen sich in einer TV-Sendung bei Günther Jauch Franz Müntefering als Gegner und Udo Reiter als Befürworter der aktiven Sterbehilfe gegenüber und Zuschauer konnten mitdiskutieren. Das Thema wird auch von Spielfilmen (Million Dollar Baby, aktuell: Und morgen Mittag bin ich tot) und Zeitschriften wie Tageszeitungen in regelmäßigen Abständen aufgegriffen. Es ist deshalb für Seelsorger und für alle Engagierten, die als Ehrenamtliche im Erzbistum Köln Verantwortung tragen, wichtig, sich mit den Begriffen auseinanderzusetzen, die aktuelle Gesetzeslage zur Kenntnis zu nehmen, die theologischen Argumente nachvollziehen zu können und die eigene moralische Haltung zu dieser Frage gut zu reflektieren.

2. TERMINOLOGIE

Handlungen, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Todeseintritt auswirken, werden gemeinhin als aktive, passive und indirekte Sterbehilfe bezeichnet. Nicht selten sorgen diese Begrifflichkeiten für Verwirrung. Ist das vom Patienten gewünschte Beenden einer künstlichen Beatmung in einer aussichtslosen Krankheitssituation aktive oder passive Sterbehilfe? Grundsätzlich nicht zu rechtfertigen oder unter bestimmten Umständen gerechtfertigt, gar geboten? Der Nationale Ethikrat kritisiert 2006, dass der Begriff der „Hilfe“ so positiv besetzt sei, dass auch die aktive Sterbehilfe von vornherein schon wünschenswert zu sein scheint¹. Insgesamt ist feststellbar, dass „aktive Sterbehilfe“ keinesfalls ein eindeutiger Begriff ist und Menschen unterschiedliche Dinge damit meinen. Die Interpretation reicht von „Tötung auf Verlangen“ bis hin zur Beendigung medizinischer Maßnahmen, wie z.B. der künstlichen Beatmung. Sehr oft wird in der Diskussion die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe mit der Grenze zwischen erlaubt und verboten gleichgesetzt.

Da dies weder juristischen noch ethischen und moraltheologischen Positionen entspricht, sollen die verwendeten Begriffe hier genau erklärt werden.²

¹ Nationaler Ethikrat, S. 49

² Der Nationale Ethikrat hat 2006 Begriffe vorgeschlagen, die eine hilfreiche Zuordnung ermöglichen sollen.

Sterbebegleitung³

Mit dem Begriff der Sterbebegleitung werden alle Maßnahmen zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung und der umfassenden Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet. Dazu gehören körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand.

Therapiezieländerung/Therapieverzicht/Therapieabbruch/Sterben zulassen⁴

Die Erkenntnis, dass ein Sterben durch ärztliche Therapien nicht mehr aufzuhalten ist, führt zu Situationen, in denen über Fortführung, Begrenzung oder Beendigung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Therapien entschieden werden muss. Dazu zählt insbesondere der Verzicht auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, Beatmung, Intubation, Dialyse, Reanimation. In der lange Zeit gebräuchlichen Sprachregelung wurden solche Entscheidungen als *passive Sterbehilfe* bezeichnet.

Der Begriff „*Therapiezieländerung*“ will verdeutlichen, dass der sterbenskranke Patient keinesfalls ohne ärztlichen Beistand bleibt. Auch wenn das Ziel der Heilung nicht mehr erreicht werden kann, stellt die Linderung des Leidens ein Ziel dar, das durch viele therapeutische Maßnahmen verwirklicht werden kann. (-> Palliativtherapie)

Rechtliche Situation:

Nicht strafbar ist das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht.

Behandlung am Lebensende

„Die Gabe stark wirksamer Medikamente kann zur Symptomkontrolle notwendig sein. Dabei ist nicht auszuschließen, dass durch unbeabsichtigte Nebenwirkungen der medikamentösen Symptomlinderung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.“

Auf dieser Grundlage nimmt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) eine Präzisierung vor, die uns im Weiteren als Grundlage dient. Vgl. Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme, Berlin 2006; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Ärztlich assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin 2014.

³ Vgl. Nationaler Ethikrat, S. 53

Der Begriff der „Sterbebegleitung“ wird von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin nicht eigens in die Begriffsbestimmung aufgenommen.

⁴ Die folgenden Definitionen sind der oben genannten Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum ärztlich assistierten Suizid entnommen. Wörtliche Zitate beziehen sich auf diesen Text.

Rechtliche Situation:

Palliative Therapie ist rechtlich unstrittig unter der Voraussetzung, dass die Schritte gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet wurden und sein Wille handlungsleitend ist.

Palliative Sedierung

„Palliative Sedierung ist der überwachte Einsatz von Medikamenten mit der Absicht, das Bewusstsein zu reduzieren oder auszuschalten, um so die Belastung durch sonst unerträgliches und durch keine anderen Mittel beherrschbares Leiden zu lindern. (...) Die Palliative Sedierung kann intermittierend oder kontinuierlich erfolgen und eine oberflächliche (mit reduziertem Bewusstsein) oder eher tiefe Sedierung (mit Verlust des Bewusstseins) zum Ziel haben. Die Intention besteht eindeutig in der Symptomlinderung, nicht in einer Beschleunigung des Todesesintrittes.“

Rechtliche Situation:

Auch für die Palliative Sedierung gilt, dass sie rechtlich erlaubt ist, wenn sie den Willen des Patienten umsetzt.

Suizid

„Suizid ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Akt der vorsätzlichen Selbsttötung.“⁵

Rechtliche Situation:

„Der Bundesgerichtshof geht in seiner Rechtsprechung von der Straflosigkeit der Selbsttötung aus, wenn sie frei und eigenverantwortlich gewollt und verwirklicht ist.“

(Bei-)Hilfe zum Suizid / Assistierter Suizid

„Beihilfe zum Suizid leistet, wer einem Menschen, der sich selbst tötet, dabei Hilfe leistet. Diese Hilfe kann vielfältige Formen haben, sie kann z.B. darin bestehen, jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation im Ausland zu fahren, Medikamente zu besorgen, einen Becher mit einer tödlichen Substanz zuzubereiten und hinzustellen. In Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“ kommt es darauf an, dass der

⁵ „Suicide is the act of deliberately killing oneself.“

Hilfeleistende das Geschehen nicht in der Hand hält. Den entscheidenden Akt des Suizids muss der Sterbewillige selbst vollziehen, indem er das Getränk mit der tödlich wirkenden Substanz austrinkt, den tödlichen Schuss abfeuert.“

Rechtliche Situation:

Beihilfe zum Suizid steht in Deutschland nicht unter Strafe. Da der Suizid selbst straffrei ist, bleibt auch die Beihilfe zum Suizid straffrei.

In einigen Ländern ist es möglich, sich legal Medikamente zu verschaffen, mit denen der Suizid vollzogen werden kann. Dieses Konzept ist verwirklicht in der Schweiz, in den Niederlanden, in Belgien und in den US-Bundesstaaten Oregon und Washington.

Ärztlich assistierter Suizid

Richtet sich der Wunsch nach assistiertem Suizid an einen Arzt, entstehen Fragen im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsordnung und dem ärztlichen Selbstverständnis. Einerseits wird davon ausgegangen, dass Ärzte mit ihrer Fachkompetenz den Sterbewilligen tatsächlich einen sanften Tod ermöglichen können. Andererseits sind Ärzte aufgrund ihrer Garantenstellung dazu verpflichtet, einzugreifen und das Leben des Suizidenten zu retten.

Rechtliche Situation:

Rechtlich gesehen ist auch der ärztlich assistierte Suizid zuerst einmal eine Beihilfe zum Suizid und als solche straflos. Sollte der Arzt aber beim Sterben des Suizidwilligen anwesend sein, macht er sich auf Grund seiner Garantenstellung der unterlassenen Hilfeleistung schuldig.

Zudem unterstehen Ärzte einem eigenen Berufsrecht. Die Muster-Berufsordnung⁶ der Bundesärztekammer schlägt vor, die ärztliche Beihilfe zum Suizid zu untersagen. Dies wurde aber nicht von allen Landesärztekammern in dieser Eindeutigkeit umgesetzt.

Tötung auf Verlangen

Bei der Tötung auf Verlangen verabreicht jemand einem schwerkranken Patienten auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin ein todbringendes Medikament, um den Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde. Hierbei führt nicht der Patient selbst, sondern ein anderer die Handlung aus, die zum Tod führt.

⁶ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 5

Rechtliche Situation:

Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten, wird allerdings rechtlich anders bewertet als Totschlag oder Mord.

In den Niederlanden („Euthanasie“), Belgien und Luxemburg ist die Tötung auf Verlangen entgegen landläufiger Meinung nicht erlaubt, sondern bleibt unter bestimmten Bedingungen straffrei.

3. ETHISCHE UND MORALISCHE BEWERTUNG

Nach der Definition der Begriffe geht es nun darum, die damit verbundenen ethischen Fragestellungen auszufalten, Argumente zu sichten und die moraltheologische Bewertung darzustellen.

Sterbebegleitung

Das Bekenntnis zur Notwendigkeit guter Sterbebegleitung wird von allen Seiten gleichermaßen betont und von vielen Kräften der Gesellschaft als wichtige Aufgabe gesehen. Die Einrichtung von Hospizen und Palliativstationen in den vergangenen Jahrzehnten zeigt dies deutlich. Einigkeit besteht auch in der Einschätzung, dass gute Sterbebegleitung längst nicht immer realisiert wird. Erhebliche Differenzen bestehen allerdings in der Frage, was genau unter guter Sterbebegleitung zu verstehen ist und wie weit sie reicht: Welche der folgenden Bereiche gehören zu einer guten Sterbebegleitung und welche überschreiten eine moralische Grenze?

Therapiezieländerung/Therapieverzicht/Therapieabbruch/Sterben zulassen

In ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung formuliert die *Bundesärztekammer*⁷: Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.“ Mit Zustimmung des Patienten, sieht die Bundesärztekammer die Möglichkeit, auf eine

⁷ Vgl. Deutsches Ärzteblatt 2011, A346

Behandlung zu verzichten, auch wenn es sich noch nicht um einen unmittelbaren Sterbevorgang handelt.

Auch in der *kirchlichen Argumentation* wird die Möglichkeit, Therapien zu begrenzen, als eine Entscheidung gesehen, die moralisch gerechtfertigt sein kann.

In der ökumenischen Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens⁸“, heißt es:

„Wenn ein Sterbenskranker äußerungsfähig ist und bewusst weitere medizinische Maßnahmen ablehnt, so ist ihm zu folgen. Und wenn er nicht mehr äußerungsfähig ist, dann soll der Arzt wie ein guter Anwalt im wohlverstandenen Interesse des Sterbenden und zu dessen individuellen Wohl handeln. Dieser Grundsatz kann im Einzelfall sehr wohl das Unterlassen oder Einstellen von (weiteren) medizinischen Eingriffen zur Folge haben, wenn diese – statt das Leben dieses Menschen zu verlängern – nur dessen Sterben verlängern. Nicht jedoch folgt daraus, dass jegliches Ansinnen eines Sterbenden an andere, etwa an einen Arzt, von diesen zu befolgen wäre.“

Bereits die Erklärung der Glaubenskongregation für die Glaubenslehre „Zu einigen Fragen der Euthanasie“ vom 5.5.1980 äußert ein deutliches Ja zu der Möglichkeit des Sterbenlassens durch den Verzicht auf weitere Therapie:

„Wenn der Tod näher kommt und durch keine Therapie mehr verhindert werden kann, darf man sich im Gewissen entschließen, auf weitere Heilversuche zu verzichten, die nur eine schwache oder schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne dass man jedoch die normalen Hilfen unterlässt, die man in solchen Fällen einem Kranken schuldet. Dann liegt jedoch kein Grund vor, dass der Arzt Bedenken haben müsste, als habe er einem Gefährdeten die Hilfe verweigert.“⁹

Auch in der Broschüre zur Christlichen Patientenvorsorge¹⁰ machen die Kirchen deutlich, dass sie die Entscheidung, nicht alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen zu wollen, moralisch für möglich und sinnvoll erachten.

Wie bereits erwähnt, gibt es in der Bevölkerung, aber auch in medizinischen Fachkreisen, Unsicherheiten bezüglich der *ethischen Bewertung* einiger Handlungen.

⁸ „Gott ist ein Freund des Lebens“, S. 17

⁹ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre: Erklärung zur Euthanasie, 1980., besonders: IV. Das richtige Maß in der Verwendung therapeutischer Mittel

¹⁰ Vgl. Christliche Patientenvorsorge, S.11 ff.

Die Beendigung der künstlichen Beatmung eines sterbenskranken Patienten erfordert ein aktives Handeln. Die Beurteilung solcher Entscheidungen richtet den Blick aber auf das *Ziel des Handelns*: Kann die Therapie den Tod zwar noch aufhalten, aber nicht verhindern, kann die Entscheidung anstehen, auf belastende und lebensverlängernde medizinische Maßnahmen zu verzichten. Der Mensch stirbt an seiner Krankheit, nicht am Therapieverzicht. Die begleitenden Therapieentscheidungen gelten daher mit Recht als *Hilfe beim Sterben* mit dem Ziel, den Weg des Menschen am Ende seines Lebens zuzulassen. Sie sind nicht *Hilfe zum Sterben*, denn diese Entscheidungen haben nicht das Ziel, den Tod herbeizuführen.

Bei einem Patienten mit guter Aussicht, wieder zu genesen, ist das Ziel ein ganz anderes, nämlich die Überwindung einer lebensbedrohlichen Krise. Besteht Aussicht auf Genesung, werden die meisten Menschen die Belastungen lebenserhaltender Therapien auf sich nehmen wollen. Steht das Sterben in absehbarer Zeit bevor, finden viele Menschen nicht mehr die Kraft dazu und entscheiden sich anders.

Die Einschätzung, ob weitere Therapie noch eine Chance hat oder ob das Sterben im Raum steht, gehört zu den besonderen Herausforderungen ärztlichen Handelns. Sie ist immer eine Einzelfallentscheidung und muss viele Wahrnehmungen einbeziehen. Handlungsleitend ist dabei immer der Wille des betroffenen Menschen. Die Wahrnehmung des Menschen, der sagt: „Ich spüre, dass mein Weg zu Ende geht“, muss respektiert werden. Sich dem Sterben zu überlassen, das kann für den glaubenden Menschen ein Loslassen in die Hand Gottes hinein bedeuten. Das Erkennen der richtigen Zeit für das Loslassen speist sich aus Quellen, die sich dem Außenstehenden, auch der medizinischen Expertise entziehen können. Auch aus christlicher Sicht ist daher der Wille des kranken Menschen unbedingt zu respektieren. Die Fortsetzung belastender medizinischer Behandlungen am Lebensende kann auch aus kirchlicher Sicht nicht als ethische Pflicht gelten.

In der Praxis machen Menschen intuitiv einen Unterschied in der moralischen Beurteilung von solchen Entscheidungen, die eine *Behandlung nicht beginnen* im Vergleich zu Entscheidungen, die auf die *Fortsetzung verzichten*. Es finden sich allerdings keine moraltheologischen Grundlagen für eine solche Unterscheidung. Die Entscheidung, etwas zu unterlassen, bedarf genauso der moralischen Rechtfertigung wie ein Handeln, das durch Aktivitäten für alle offensichtlich ist. Die Fortsetzung medizinischer Behandlungen muss neu bewertet werden, wenn sich die Situation des

Kranken ändert und die Erfolgsaussichten schwinden. Die Belastungen fallen dann anders ins Gewicht. Schwindet die Hoffnung auf Erfolg gänzlich, sind belastende Therapien grundsätzlich nicht mehr zu rechtfertigen. Die Maßnahmen haben sich dann auf andere Ziele zu richten.

Behandlung am Lebensende

Das Beginnen, nicht Weiterführen oder Beenden ärztlicher Maßnahmen soll die Linderung von Leiden zum Ziel haben und muss dem Willen der Betroffenen entsprechen. Wird das Leben durch diese Entscheidungen verkürzt, kann dies im Sinne der *Doppelwirkung von Handlungen* in Kauf genommen werden. (Hilfe beim Sterben)

Das Aushalten schwerer Krankheit und der Weg zum Sterben können sehr viel erträglicher werden, wenn die Möglichkeiten der Palliativtherapie zur Schmerztherapie und Symptomlinderung genutzt werden. Ethische Konflikte könnten dann entstehen, wenn durch diese Therapien der Tod schneller eintritt. Hier gilt aber das gleiche Prinzip der Beurteilung wie beim Verzicht auf Behandlung: Das Ziel ist die Linderung des Leidens und nicht eine Beschleunigung des Sterbens.

Diese Behandlung ist unter der Voraussetzung einer entsprechenden medizinischen Indikation in Deutschland auch berufsrechtlich zulässig, wenn sie dem ausgesprochenen oder – bei Einwilligungsunfähigkeit – vorab geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Auch für die palliativen Therapien hat sich die Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre schon 1980 ausgesprochen. Bewusstseinstrübung und eine Lebensverkürzung kann in Kauf genommen werden, wenn die Linderung des Leidens anders nicht erreicht werden kann¹¹.

Palliative Sedierung

Palliative Sedierung wurde oft auch als terminale Sedierung bezeichnet. Mit dieser Bezeichnung wird der Eindruck erweckt, der Tod solle absichtlich herbeigeführt werden. Sie wird deshalb nicht mehr verwendet.

¹¹ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre: Erklärung zur Euthanasie, 1980., besonders: III. Die Bedeutung des Schmerzes für den Christen und die Verwendung schmerzstillender Mittel

Bei der Palliativen Sedierung geht es allein darum, unerträgliche Begleiterscheinungen des Sterbens erträglich zu gestalten, wenn dies auf anderem Wege nicht erreicht werden kann. Sie hat keinesfalls die Lebensverkürzung zum Ziel, soll dem Leben und nicht dem Tod dienen. Patienten unter Sedierung sterben, wie Studien belegen, nicht schneller als ohne die beruhigenden und schmerzlindernden Medikamente.¹² Es ist daher nicht gerechtfertigt, die palliative Sedierung in die Nähe von Tötungshandlungen zu rücken.

Dennoch entstehen im Zusammenhang mit der Anwendung weitere ethische Fragen¹³: Wird die Sedierung am Lebensende wirklich nur als letzte Möglichkeit in der Symptomlinderung eingesetzt? Darf die Sedierung am Lebensende auch bei psychosozialer Belastung ("Leiden am Leben") eingesetzt werden? Darf die Sedierung am Lebensende nur am Lebensende oder auch früher im Verlauf schwerer Erkrankungen eingesetzt werden?

Von einer internationalen Expertengruppe wurden deshalb Richtlinien zur Indikation und zur Durchführung der palliativen Sedierung veröffentlicht¹⁴, die eine ethisch vertretbare und sorgfältige Anwendung gewährleisten sollen.

Suizid

Udo Reiter, 69, ist der aktuell prominenteste und schärfste Vertreter des Rechtes auf Suizid. Dies ist besonders eindrücklich, weil er selber aufgrund eines Autounfalles querschnittsgelähmt ist und bereits 47 Jahre im Rollstuhl sitzt. 20 Jahre lang war er Intendant des Mitteldeutschen Rundfunks und wurde unter anderem mit dem päpstlichen Gregoriusorden ausgezeichnet. Er sagt u.a.:

„Es geht um Menschen, die nicht todkrank sind, aber in freier Entscheidung zu dem Entschluss kommen, nicht mehr weiterleben zu wollen, sei es, weil sie wie König den Verlust ihrer Persönlichkeit im Altwerden nicht erleben wollen, sei es, weil sie einfach genug haben und, wie es im ersten Buch Moses heißt, "lebensatt" sind. Diese Menschen werden in unserer Gesellschaft alleingelassen. Sie müssen sich ihr Ende quasi in Handarbeit selbst organisieren.

¹² Der Berliner Palliativmediziner H.-Christof Müller-Busch (z.Zt. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin DGP) verweist 2004 in der Zeitschrift für Palliativmedizin auf entsprechende Studien.

¹³ Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 2733-6.

¹⁴ Vgl. ebd.

Das kann nicht so bleiben. Für diese Menschen muss es Notausgänge geben, durch die sie in Würde und ohne sinnlose Qualen gehen können.¹⁵“

Aus *medizinischer Perspektive* sind folgende Zahlen zu beachten. Im Jahr 2009 nahmen sich in Deutschland insgesamt 9.571 Menschen das Leben¹⁶. Das ist ein Anteil von 1,1 Prozent an den Sterbefällen. Ärzte gehen davon aus, dass mindestens 90% aller Suizide von Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen ausgeführt werden. Die bekannteste, die auch den überwiegenden Anteil (65 – 90 %) ausmacht, ist dabei die Depression¹⁷. Selbsttötungsgedanken und dahingehende Handlungsimpulse sind gerade die Symptome dieser Erkrankung, können gezielt behandelt werden und verschwinden mit nachlassender Krankheit auch wieder. Daneben gibt es den „philosophischen“ Suizid, bei dem der Betreffende nach Abwägung aller positiven und negativen Aspekte seines Lebens zu einer negativen Bilanz kommt und sich in Folge das Leben nimmt. Dieser ist eine seltene Ausnahme.

Philosophisch-ethische Diskussion

Die Philosophie versucht, den Suizid als Handlung zu beschreiben und zu bewerten mit den Kategorien gerechtfertigt oder nicht gerechtfertigt. Zu allen Zeiten diskutierten Philosophen über die Suizid und seine Bewertung. Die Diskussion wird schon seit Platon geführt und verwendet hauptsächlich folgende Argumente:

- *Individualethisch*: Das Leben ist in sich wertvoll als Möglichkeit vieler Möglichkeiten. Der Mensch als Träger des Lebens darf dieses nicht zerstören. Er ist vielmehr verpflichtet, es zu erhalten und zu pflegen und damit sich selbst zu lieben und zu erhalten.
- *Sozialethisch*: Der Mensch steht in der Verpflichtung zur Gesellschaft, d.h. zu allen Menschen, mit denen er zusammenlebt. Diesen darf er seinen Beitrag und seine Unterstützung nicht entziehen, indem er sich das Leben nimmt. Der Suizid ist deshalb nicht zu rechtfertigen.
- *Kant als Vertreter der Aufklärung* wählt als Ausgangspunkt für seine Argumentationslinie die *moralische Handlungsfähigkeit des Menschen*. Der Mensch sei herausgefordert, viele Handlungen zu vollziehen und über sie zu entscheiden, ob sie gut und zu tun oder schlecht und zu unterlassen sind. Dabei sei die Entscheidung, sein Leben zu beenden, nicht eine Entscheidung

¹⁵ Reiter: Selbstbestimmtes Sterben - Mein Tod gehört mir, Süddeutsche Zeitung vom 04.01.2014

¹⁶ <http://www.heilpraxisnet.de/naturheilpraxis/die-haeufigsten-todesursachen-in-deutschland>

¹⁷ Jox, S.169

unter vielen, sondern mit dieser Entscheidung werde eine Vielzahl von Möglichkeiten ausgelöscht. Deshalb sei diese Entscheidung keine Ausübung von Freiheit, sondern im Gegenteil ihre Aufhebung. Der Widerspruch des Argumentes, der Suizid sei ein Ausdruck der Freiheit, besteht nach Kant also darin, dass in der Absicht, die Freiheit zu verwirklichen, vielfältige Möglichkeiten von Freiheit zerstört werden.

- *Freiheit als höchster Wert*: Reiter knüpft an die philosophische Tradition an, die Freiheit als den höchsten Wert erachtet. Diese Argumentation hat in der zeitgenössischen Diskussion viele Anhänger. Die Autonomie begründet den Suizid als Ausdruck der persönlichen Freiheit für alle Menschen und zwar unabhängig von Erkrankungen – seien sie physisch oder psychisch. Folgerichtig fordert Reiter die Gesellschaft auf, Regelungen dafür zu treffen, dass Sterbewilligen Unterstützer zur Verfügung stehen:

„Wer garantiert, dass der Entschluss eines Sterbewilligen nicht nur aus einer vorübergehenden depressiven Verstimmung oder einer momentanen Mutlosigkeit resultiert? Die Antwort lautet: Niemand garantiert das. Es ist die Konsequenz der Freiheit, auch Fehlentscheidungen treffen zu können. Dieses Risiko ist unaufhebbar mit einer freien Gesellschaft verbunden. Es kann nicht das Argument dafür sein, dass andere festlegen, ob und wann wir über uns entscheiden können. Das Prinzip der Selbstbestimmung sollte auch am Ende des Lebens gelten.“¹⁸

*Theologische Argumentation*¹⁹

Lange Zeit orientierte sich die Argumentation der katholischen Kirche an der Beziehung zwischen Mensch und Gott, die in rechtlichen Kategorien beschrieben wurde: Gott als Schöpfer ist Herr über Leben und Tod. Er gab dem Menschen das Leben als Leihgabe. Wer sich selbst das Leben nimmt, greift damit in das alleinige Verfügungsrecht Gottes über das Leben schlechthin ein. Deshalb kann der Suizid nicht gerechtfertigt werden. Der Mensch hat die Pflicht, das Leben zu pflegen und zu erhalten. Er darf es nicht zerstören, denn dies wäre ein Eingriff in das Hoheitsrecht Gottes über das Leben. Auf der Grundlage dieser Argumentation, die auf *Thomas von Aquin* zurückgeht, wurden Suizidenten als Sünder angesehen, denen sogar das Recht auf eine kirchliche Beerdigung abgesprochen wurde.

¹⁸ Reiter: Selbstbestimmtes Sterben - Mein Tod gehört mir, Süddeutsche Zeitung vom 04.01.2014

¹⁹ Schockenhoff: „Die Frage der Beendigung des eigenen Lebens in Philosophie und Ethik“, Audioprotokoll

Die Perspektive auf den Suizid hat sich in der jüngeren Theologie in doppelter Weise verändert:

Die Beziehung zwischen Mensch und Gott wird als eine personale Beziehung verstanden und erfahren. Gott wendet sich jedem einzelnen Menschen zu, begegnet ihm mit seiner Liebe und Fürsorge und sagt zu ihm sein unbedingtes Ja. Der Mensch ist vor Gott für sein Tun verantwortlich. Wer sich für den Suizid entscheidet, beurteilt damit sein eigenes Leben als unheilvoll. Der Suizid macht die Hoffnung auf Gott, seine Liebe, Fürsorge und Treue und sein Vertrauen zunichte und ist eine Absage an die Hoffnung und das Vertrauen zu Gott.

Zum zweiten hat sich die Sichtweise auf den Suizidenten selbst verändert – eine Entwicklung, die auch in gesellschaftlichen Kontexten festzustellen ist:

„In der Selbsttötung verneint ein Mensch sich selbst. Vieles kann zu einem solchen letzten Schritt führen. Doch welche Gründe es auch sein mögen – keinem Menschen steht darüber von außen ein Urteil zu. Die Beweggründe und die Entscheidungsmöglichkeiten eines anderen bleiben ebenso wie eventuelle Auswirkungen einer Krankheit im letzten unbekannt.“²⁰

Da es keine Einsicht die Motive und die Entscheidung des Einzelnen gibt, können diese Motive auch nicht moralisch bewertet (und verurteilt) werden. Dennoch gilt:

„Wir können über unser eigenes Leben nicht grenzenlos verfügen. Genauso wenig haben wir das Recht, über den Wert eines anderen menschlichen Lebens zu entscheiden.“²¹

Resümee

Es gilt also zu differenzieren: Ist jeder Wunsch nach Suizid tatsächlich bereits Ausdruck der Freiheit und der Selbstbestimmung? Wenn man den oben angeführten Zahlen Glauben schenkt, dann braucht der überwiegende Anteil der Suizidalen nicht Hilfe, um den Suizid zu vollenden, sondern Therapien, die die Depression gut behandeln und Wege aus der Erkrankung ebnen. Es sind zahlenmäßig die wenigsten Suizide, die aufgrund einer rein rationalen Bilanz erfolgen und als solche freiverantwortliche Entscheidungen zu sein scheinen. Wie Herr Reiter alle Suizide als Ausdruck einer freien Entscheidung und bereits deshalb als gerechtfertigt zu werten,

²⁰ „In Würde sterben – in Hoffnung leben“, S. 32 f.

²¹ Christliche Patientenvorsorge, S. 11

verkennt die Not, die oftmals zu einem solchen Handeln führt. Es wäre also äußerst verhängnisvoll, sich mit dem Todeswunsch schwerkranker Patienten vorschnell zu identifizieren und sie allein darin zu unterstützen.

Andererseits wird es immer Menschen geben, die keinen Weg finden, die Last ihrer schweren Erkrankung tragen zu können und sich deshalb für den Freitod entscheiden. Der Suizid wird von der katholischen Moraltheologie negativ bewertet, ohne den Suizidwilligen zu verurteilen. Dabei ist es unerheblich, ob der Hintergrund eine seelische Erkrankung ist, oder eine andere schwere Erkrankung, die zu tragen sich der betroffene Mensch nicht mehr in der Lage sieht.

Wie soll aber eine freiheitliche Gesellschaft mit Suizidwilligen umgehen, die das Recht auf den Freitod für sich und im Allgemeinen fordern? Eberhard Schockenhoff, Professor für Moraltheologie und Mitglied im Nationalen Ethikrat, gibt darauf folgende Antwort²²: Unsere Gesellschaft in der Bundesrepublik ist gegründet auf die Achtung vor der Würde jedes Menschen, nicht nur im Allgemeinen, sondern auch im Individuellen. Die Würde des Menschen als die Achtung vor dem Leben eines jeden Menschen ist von Staat sichtbar und auch symbolisch zu vertreten. Dies zeigt sich letztlich in der Pflicht, Suizide zu verhüten. Suizidenten, die den Suizid überlebt haben, stimmen in der Regel ihrer Rettung im Nachhinein zu. Damit ist also alles Handeln, das einen Suizid zu verhindern sucht, als Appell an die künftige Selbstbestimmung zu betrachten.

Beihilfe zum Suizid

In der Situation, in der ein schwerkranker Mensch angesichts der Last seines Leidens seinem Leben ein Ende setzen will, ist der Betroffene dazu aber oft gar nicht mehr allein in der Lage. Außerdem wünschen sich Menschen, gerade in dieser Situation nicht allein zu sein, sondern begleitet zu werden.

Für eine Beihilfe zum Suizid kommen drei Personengruppen in Frage: Angehörige, Ärzte und Sterbehilfeorganisationen. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist wegen der Standesethik der Ärzte gesondert zu betrachten und wird deshalb in einem eigenen Abschnitt behandelt.

Bei der ethischen Bewertung der Beihilfe zum Suizid ist es von zentraler Bedeutung, dass der Suizidwillige bis zuletzt selbst entscheidet, ob und wann er das tödliche

²² Schockenhoff: „Die Frage der Beendigung des eigenen Lebens in Philosophie und Ethik“

Präparat einnimmt oder nicht. Das ist ein wesentlicher Unterschied zur Tötung auf Verlangen, bei der eine andere Person die Tötungshandlung vollzieht.

In seiner Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ differenziert der nationale Ethikrat zwischen individueller, organisierter und gewinnorientierter Beihilfe zum Suizid:

Die **individuelle Beihilfe zum Suizid** sei wie der Suizid zu bewerten: „Wenn man den Suizid unter bestimmten Bedingungen für vertretbar hält oder sich zumindest einer moralischen Verurteilung enthält, wird man auch eine Handlung, die den Suizidenten bei der Tat unterstützt, etwa indem sie ihm geeignete Mittel verschafft, nicht schlechthin verwerfen.“²³ So plädiert die überwiegende Mehrzahl der Mitglieder dafür, dass die Beihilfe einer Person zur Selbsttötung eines Menschen auch künftig straflos bleibt.

Wie jemand, dem bei einem geplanten Suizid als Angehöriger die Rolle des Assistenten zukommt, seine Tat ethisch rechtfertigen könnte oder nicht, wird weder als eigene Fragestellung aufgeworfen noch diskutiert. Ist die Berufung auf die Selbstbestimmung des Suizidenten ausreichend? Inwiefern kann der Entschluss des Sterbewilligen auf seine Freiwilligkeit hin überprüft werden, wenn es sich nicht um Ärzte, sondern um Freunde und Verwandte handelt? Wann muss ein „Helfer“ wach sein und den Wunsch nach Suizid erkennen und wie könnte gerechtfertigt werden, ihm zu entsprechen?

Die **organisierte Beihilfe zum Suizid** wurde durch Gesundheitsminister Gröhe (CDU) jüngst im Bundestag thematisiert. Er fordert ein Verbot jeglicher organisierter Selbsttötungshilfe. Die beide Schweizer Vereine „EXIT“ und „Dignitas“ bieten für ihre Mitglieder laut Satzung die Beihilfe zu Suizid als Dienstleistung an.²⁴ Beide Vereine verschaffen ihren Mitgliedern Zugang zu ärztlich verschriebenen tödlich wirkenden Medikamenten. Dazu müssen vorliegen: die Entscheidungsfähigkeit des Suizidwilligen, ein dauerhafter Todeswunsch und eine hoffnungslose Prognose, unerträgliche Beschwerden oder eine unzumutbare Behinderung. Auch wenn die

²³ Vgl. Nat. Ethikrat, S.84

²⁴ Der Verein EXIT bietet seine Unterstützung nur Schweizer Bürgern an. Der Verein „Dignitas“ ermöglicht auch Nicht-Schweizern Begleitung bei schwerer, aussichtsloser Krankheit und damit verbundenem schweren Leiden. In der Schweiz ist die Verschreibung eines tödlichen Medikaments rechtlich möglich, so dass eine Rechtsgrundlage für einen begleiteten Suizid besteht. Der 2005 gegründete Verein „Dignitas Deutschland“ vermittelt Sterbewilligen Kontakte zu Ärzten in der Schweiz.

Mitwirkung des Arztes und des Suizidbegleiters vergütet werden, darf der Verein keinen Gewinn machen.

Im Blick auf die ethische Bewertung der organisierten Suizidbeihilfe zeichnen sich zwei Argumentationslinien ab:

CONTRA

- Vermittlung von Suizidbeihilfe durch Organisationen wird grundsätzlich abgelehnt. Beihilfe zum Suizid durch Vereine verleihe dem Angebot den *Anschein der Normalität* und setze die Schwelle des Suizidtabus in der Gesellschaft außerordentlich herab.
- Der Suizid *lege sich* somit für suizidgefährdete Menschen *als Möglichkeit immer stärker nahe*.
- Eine in Folge zunehmende soziale und kulturelle Akzeptanz dieser Organisationen führe dazu, dass die Gesellschaft den *Schutzauftrag* gegen suizidgefährdeten Menschen nicht mehr erfüllen.
- Die Vertreter dieser Position argumentieren, „für solche Art der Hilfeleistung im Einzelfall kämen jedoch allenfalls nahestehende Personen oder Freunde in Betracht.“²⁵

PRO

- Organisationen können dazu beitragen, dass die Rahmenbedingungen der Suizidbeihilfe transparent gestaltet und kontrollierbar werden. Dies könne im letzten auch bedeuten, dass z.B. eine angemessene Betreuung der Patienten besser gewährleistet sei.
- Das Verbot der organisierten Beihilfe zum Suizid sei nicht gerechtfertigt angesichts dessen, dass im Ergebnis suizidwillige Patienten sich selber oder überforderten Angehörigen zu überlassen sind. Solange Patienten nicht auf professionelle Suizidhilfe durch ihre Ärzte rechnen können, soll Suizidbeihilfe durch spezialisierte Organisationen nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.
- Ein Großteil der Menschen, die sich bei den Vereinen die Möglichkeit zum begleiteten Suizid verschafft haben, nimmt dies gar nicht in Anspruch und verstirbt an der vorliegenden Erkrankung. Der Verein Dignitas verweist darauf, dass 70% der Menschen, denen nach dem Durchlaufen des Verfahrens der Freitod offen steht, sich nie wieder melden, weiter 16% nehmen diesen Weg

²⁵ Vgl. Nat. Ethikrat, S.89

ebenfalls nicht in Anspruch. Dignitas betrachtet die eigene Arbeit als wirksame Suizid-Prophylaxe.

In der Gesellschaft besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass eine gewerbsmäßig **gewinnorientierte Suizidbeihilfe** (sei sie individuell oder in organisierter Form) ethisch nicht akzeptabel ist. Eine Kommerzialisierung sei nötigenfalls sogar strafrechtlich zu verbieten. Bei dem Versuch, die Gesetzeslage zu ändern, ist in der vergangenen Legislaturperiode die Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) gescheitert. Hintergrund war die Absicht der CDU, die organisierte Sterbehilfe grundsätzlich zu verbieten, nicht nur die mit der Absicht, Gewinne zu erzielen.

Beihilfe zum Suizid - ethische Diskussion

Die Unterscheidung des Ethikrates in individuelle, organisierte und gewinnorientierte Beihilfe zum Suizid spielt in der öffentlichen Diskussion kaum eine Rolle. Im Zentrum des Interesses steht eher die recht lösungsorientierte Frage der Umsetzung. Der Tod als Lösung wird dabei nicht hinterfragt. Leid und schwere Erkrankung scheinen hier per se alles Handeln zu seiner Erlösung zu rechtfertigen.

Die Stimmen, die für Menschen eintreten, die an Krankheiten mit unerträglichen Schmerzen und Einschränkungen leiden und ihr Leben beenden wollen, haben für viele Menschen eine hohe Plausibilität.

Als besonders bedrängend erlebt wird die empfundene Not und Verzweiflung darüber, dass diese Personen – gerade wenn sie im hohen Alter sind - einen würdevollen Umgang entbehren müssen. Die Rahmenbedingungen und Ressourcen in den Einrichtungen (Personalmangel, Zeitmangel in Pflegeheimen), Überforderungssituationen in Familien führen dazu, dass längst nicht alle Menschen sich so umsorgt und angenommen erleben, wie es Hospizbewegung und Palliativmedizin anstreben. Immer noch leiden zu viele Menschen an Schmerzen, die behandelbar wären.

Namhafte Vertreter der Palliativmedizin berichten, dass der Wunsch zu Sterben nicht zwingend den sofortigen eigenen Tod meint, sondern vor allem das Ende unerträglichen Leidens.

Befragungen im Oregon/USA²⁶ ergaben drei Motivgruppen beim Wunsch nach assistierten Suizid:

- der Wunsch nach Kontrolle der Todesumstände, nach Selbstbestimmung bis zuletzt und einem Sterben zu Hause;
- die Erfahrung des Verlustes von Selbstständigkeit und Würde;
- die Angst vor künftigen Schmerzen oder anderen leidvollen Symptomen.

Palliativmediziner weisen darauf hin, dass einem geäußerten Wunsch nach dem Sterben mit großer Wertschätzung und Zurückhaltung begegnet werden muss, denn er stellt einen Vertrauensbeweis dar. Werturteile und Besserwisserei übersehen die Nöte des Betroffenen. Der Wunsch zu Sterben darf nicht tabuisiert werden. Es ist vielmehr wünschenswert, wenn es gelingt, über diesen Wunsch ins Gespräch zu kommen und die Hintergründe (Motivationen, Ängste und Bedürfnisse) des Patienten zu erfahren, die zum Todeswunsch führen. Im vertrauensvollen Gespräch kann sich zeigen, dass der Todeswunsch „Ausdruck einer Ambivalenz²⁷“ sein kann. Es können „parallel zwei Hoffnungen – Hoffnung auf ein baldiges Ende und Hoffnung auf mehr Leben – nebeneinander bestehen“. Beides denken und ausdrücken zu können, kann für den Patienten und sein Umfeld eine große Entlastung sein und der Beziehung Professionelle – Patient eine neue Qualität verleihen.

In der Diskussion spielt aber ein weiterer Standpunkt eine wichtige Rolle. Mit Blick auf ihre Zukunft argumentieren viele Menschen, sie empfänden Pflegebedürftigkeit, Demenz, Hinfälligkeit und Gebrechlichkeit als menschenunwürdig und möchten selber entscheiden, wann das Leben endet. Diese zweite Position wird von Menschen vertreten, die mithilfe des assistierten Suizids Vorsorge vor dem Eintritt leidvoller und unerträglicher Belastungen treffen wollen. Ein wichtiger Begriff in der Argumentation ist die „Würde“, die mit Eintreten dieser Belastungen kleiner würde. Hier beginnt sich eine Tendenz ab zu zeichnen, die verleugnet, dass Leiden und Krankheit zum menschlichen Leben dazugehören und bewältigt werden müssen. Ist es nicht Ausdruck der Verabsolutierung von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, wenn Schwäche und Hilfsbedürftigkeit als derart unerträglich empfunden werden, dass ihnen der Tod vorgezogen wird?

²⁶ Jox, S. 173

²⁷ Vgl. hier und für die folgenden Zitate: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum assistierten Suizid

Beihilfe zum Suizid – Theologische Argumentation

Auch wenn die Beihilfe zum Suizid juristisch nicht geahndet wird, verurteilt die *katholische Moraltheologie* ein solches Tun scharf.

„Von den anderen ist jeder Sterbende als der zu achten, der sein Sterben selbst lebt. Deshalb kann auch beim Sterben eines Menschen alle Hilfe nur Lebenshilfe sein. Die Hilfe im Sterben, derer der Betroffene angesichts der Einsamkeit des Todes bedarf, besteht folglich in intensiver Zuwendung und in bestmöglicher ärztlicher Versorgung und Pflege. Sie will ihm darin beistehen, dass er sein körperliches Leiden ertragen und den bevorstehenden Tod selbst annehmen kann.²⁸“

„Nicht Hilfe zum Sterben, sondern Hilfe im Sterben sind wir dem Kranken schuldig.²⁹“

„Alle Teilnahme an der Krankheit und am Leiden eines Sterbenden wird darauf zielen, gemeinsam mit ihm herauszufinden, was sein Leben auch unter Einschränkungen, die ihm auferlegt sind, in der ihm noch verbliebenen Spanne Zeit lebenswert und sinnvoll macht. Alles Bestreben und Gutzureden wird ihm nahebringen wollen, dass sein Leben wie das jedes Menschen, und sei es auch noch so behindert, für andere bedeutsam und wichtig ist.³⁰“

Die Unverfügbarkeit des Lebens verbietet es, ein Leben vorzeitig zu beenden. Niemand hat ein derartiges Verfügungsrecht über sein eigenes Leben, dass er sein Leben vorzeitig beenden darf, er ist nicht Herr über Leben und Tod. Dem menschlichen Leid mit der Tötung eines Leidenden zu begegnen, ist nicht vertretbar. Das Ziel muss sein, Leiden zu lindern und nicht sich der Leidenden zu entledigen. Deshalb ist menschlicher und seelsorglicher Beistand geboten, das Achten der Würde des Sterbenden und seine ärztliche und pflegerische Versorgung. Nur dies ist mit der Würde des Menschen zu vereinbaren.

²⁸ „Gott ist ein Freund des Lebens“, S. 16

²⁹ „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“, S.16

³⁰ „Gott ist ein Freund des Lebens“, S.20

Ärztlich assistierter Suizid

Gegenwärtig spitzt sich die Diskussion zu auf das Thema, ob Ärzte bei sterbewilligen Patienten den Suizidwunsch nachkommen dürfen oder ob sie sogar dazu verpflichtet seien. Ärzte verfügten aufgrund ihrer medizinischen Kompetenz über Kenntnisse und Fähigkeiten, Patienten bei der Suizidplanung zu beraten und so zu langes Leiden zu verhindern. Außerdem könnten nur Ärzte durch ihre Verschreibungshoheit suizidwilligen Patienten den Zugang zu verschreibungspflichtigen Präparaten ermöglichen.

Ärzte unterstehen aber einer Berufsethik, die sie verpflichtet, das Leben als besonderen Wert zu schützen. Die *Bundesärztekammer* formulierte in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung³¹ unmissverständlich, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. Diese Position ist unter Ärzten zwar noch mehrheitsfähig, aber nicht mehr unumstritten.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)³² sieht Ärzte eindeutig in der Pflicht, das Leben von Patienten zu schützen. Dieser Grundwert unserer Gesellschaft stehe über der Selbstbestimmung des Suizidwilligen. So sind Ärzte, die bei einem Suizid assistieren, aufgrund der ärztlichen Garantenpflicht verpflichtet, das Leben des Menschen, dem sie eine tödliche Dosis eines Medikamentes zugänglich gemacht haben, zu retten, sobald dieser das Bewusstsein verliert.

Die DGP stellt klar, es gehöre nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder bei der gezielten Durchführung eines Suizids zu beraten³³. Dabei zähle es aber „unbedingt zu den ärztlichen Aufgaben, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patienten – wie auch Suizidwünschen im engeren Sinne – auseinanderzusetzen. Hierzu gehört in erster Linie, mit den betroffenen Patienten, deren Angehörigen und dem eingebundenen Team die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung von Leid zu erörtern und zu versuchen, einen gemeinsamen Weg zu finden.“³⁴

Die gesellschaftliche Diskussion wird gut in der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zusammengefasst³⁵:

³¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt 2011, A346

³² Vgl. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum assistierten Suizid, S.13

³³ Vgl. ebd.

³⁴ Vgl. ebd.

³⁵ Nationaler Ethikrat, S.84 -88

CONTRA

Zum ärztlichen Auftrag gehört es, schwere körperliche und psychische Leidenszustände mit allen zulässigen Mitteln zu bekämpfen. Mittel bereitzustellen, die den Suizid ermöglichen oder gar direkte Beteiligung am Suizid gehören nicht dazu, denn

- Ärzte könnten von ihren Patienten unter Druck gesetzt werden, solches zu tun.
- die Schwelle für die Patienten, um Suizidhilfe zu bitten, könne sinken, wenn ein Arzt assistiert.
- die zweifelsfreie Unterscheidung zwischen einem frei verantworteten Wunsch nach Suizid und einer depressiven Erkrankung oder eine vorübergehende Krise als Auslöser ist nur schwer möglich.
- es bestehe große Gefahr, dass festgesetzte Regeln für eine Mitwirkung von Ärzten am Suizid letztlich in der Praxis nicht kontrolliert werden können und sich der Missbrauch ausweitet.

PRO

- Die Gruppe, die dafür plädiert, die ärztliche Beihilfe zum Suizid berufsrechtlich unter bestimmten Bedingungen zuzulassen (unerträgliches und unheilbares Leiden des Patienten, Entscheidungsfähigkeit des Patienten, sein – nach Beratung und ausreichender Bedenkzeit – Wunsch zu sterben) argumentiert, die ärztliche Pflicht zur Achtung der Selbstbestimmung des Patienten und das Handeln zu seinem Wohl haben das größte Gewicht. Das könne auch bedeuten, diesem Wohl bei schwerer Krankheit und einem verzweifelten Patienten durch Suizidbeihilfe zu entsprechen. Grundsätzlich wird auch von den Befürwortern keine Verpflichtung zur Gewährung von Suizidbeihilfe eingefordert.

Die Wirkung auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird folgendermaßen beschrieben:

- Das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt werde bestärkt, wenn der Patient wisse, dass sein Arzt auch in dieser Situation für ihn da ist.
- Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eines Patienten stelle kein Problem dar, da sie alltägliche Aufgabe der Ärzte sei.

- Die Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe habe auch in anderen Ländern nicht dazu geführt, dass die Anzahl derer, die von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, enorm gestiegen sei. Vielmehr deute einiges darauf hin, dass die Gewissheit, auf ärztliche Hilfe zählen zu können, diesen Patienten Kraft gebe, ihr Leiden zu ertragen³⁶.

In der Diskussion findet sich inzwischen häufig eine *dritte Position*:

- Auch wenn der Arzt grundsätzlich zum Erhalt des Lebens verpflichtet sei, könne er nach langer Begleitung seines Patienten zu dem Schluss kommen, dass dessen Wunsch nach Suizidbeihilfe „ernstlich bedacht und angesichts seiner individuellen Situation zwar tragisch, aber nachvollziehbar ist“³⁷. Dies sei eine höchstpersönliche Gewissensentscheidung. Der Arzt übernehme dann persönlich die Verantwortung für die Hilfe beim Suizid seines Patienten. Im weiteren Geschehensablauf stehe er nicht mehr in der (Garanten-)Pflicht, sondern begleite seinen Patienten bis zum Eintritt des Todes. Standesethisch sollten derartige Gewissensentscheidungen als tragische Einzelfallentscheidungen gebilligt und auch berufsrechtlich nicht geahndet werden.

Aus der *Perspektive der katholischen Kirche* gilt hier wie auch schon beim assistieren Suizid: „Nicht Hilfe zum Sterben, sondern Hilfe im Sterben sind wir dem Kranken schuldig.“³⁸ Der Dienst des Arztes und auch der Pflegenden am Leben³⁹ schließen es folglich aus, dass beide Berufsgruppen Handlungen unternehmen, die den Tod eines Patienten zur Folge haben.

Tötung auf Verlangen:

Menschen können in eine Situation geraten, in der sie mit einem aussichtslosen Leiden und unbeherrschbaren Schmerzen, verzweifelt ihren Tod herbeisehnen und um Tötung als letzte mitmenschliche Hilfe bitten. In der Öffentlichkeit der bundesdeutschen Gesellschaft wird dies kontrovers diskutiert. Auch wenn die

³⁶ Jox, S. 180ff.: Der Autor berichtet von in Oregon/USA durchgeführten Studien. Dort wurde im Jahr 1997 ein Gesetz erlassen, das den ärztlich assistierten Suizid regelt. Die Erfahrungen zeigen, dass es Kranken durchaus genügt, im Besitz der Rezepte bzw. der tödlichen Medikamente zu sein. Zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Patienten, die sich die tödlichen Medikamente haben verschreiben lassen, wenden sie nicht an und versterben infolge ihrer Erkrankung.

³⁷ Nationaler Ethikrat, S.88

³⁸ „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“, S.16

³⁹ Ebd., S.14

Rechtsslage klar ist und Tötung auf Verlangen unter Strafe steht, gibt es immer wieder Stimmen, die fordern, ähnlich wie man einem Tier den Gnadenod gewährt, müsse man doch auch einen Menschen von seinem Leiden erlösen dürfen.

Die *Standpunkte in der öffentlichen Diskussion* spiegeln sich in der Debatte des Nationalen Ethikrates⁴⁰ gut wider:

CONTRA

- Bei der Tötung auf Verlangen liegt das zum Tode führende Geschehen ganz *in der Hand einer anderen Person*, die sich über das Tabu der Tötung eines anderen Menschen hinwegsetzen muss. Für Ärzte ist dies nicht denkbar.
- Die Tötung auf Verlangen ist unmittelbar *gegen das Leben* eines anderen gerichtet. Der Tod ist in alleiniger Verantwortung verursacht, während er beim Sterbenlassen Folge eines Krankheitsprozesses ist.
- Menschen geben dem *sozialen Druck* eher nach, wenn die Tötung auf Verlangen zugelassen werde.
- Das Ausweichen in den Tod wird zur Norm *im Umgang mit schwerem Leiden*. Der Wert des Lebens wird dauerhaft beschädigt.
- Es besteht große Gefahr, dass die Grenzen zu Tötungen ohne ausdrückliches Verlangen verwischt (*Argument der schiefen Ebene*).

PRO

- Die Befürworter erkennen *keinen Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und Sterben lassen*.
- Der Arzt sei verpflichtet, zum Wohl des Patienten zu entscheiden und zu handeln. Dieses *Wohl sei nicht immer identisch mit dem Lebenserhalt*. Für einen Patienten mit schwerem Leiden könne dieses „Wohl“ sogar mit dem Wunsch nach Tötung auf Verlangen vereinbar sein, wenn der Patient dies als einzigen Ausweg aus schwerem Leid sieht. Ein Suizid sei für einen sterbenskranken Menschen u.U. nicht mehr durchführbar. Auch das Sterben lassen sei nicht für jeden eine erträgliche Option.
- Allein der *andauernde Wunsch des Patienten* nach Beendigung eines aussichtslosen Leidenszustandes rechtfertige das Handeln eines Dritten. Das Abstellen eines Atemgerätes sei deshalb bei einem aussichtslos und schwer leidenden Patienten nicht anders zu bewerten als die tödliche Spritze.

⁴⁰ Nationaler Ethikrat, S. 91 -95

- Der *Wunsch des Patienten sei der höchste Wert* und solle deshalb handlungsleitend sein. Eine unterschiedliche Bewertung von gezielter Herbeiführung des Todes und einem Sterbenlassen wird nicht vorgenommen.

Auf das von den Gegnern angeführte „Argument der schiefen Ebene“ antworten die Befürworter:

- Die *Sorge vor negativen gesellschaftlichen Auswirkungen sei unbegründet*. Die Gesellschaft könne durchaus mit begrenzten Ausnahmen vom Tötungsverbot (zum Beispiel Notwehr oder übergesetzlicher Notstand) umzugehen, ohne in Missbrauch abzugleiten.
Auch in den Nachbarländern der Bundesrepublik sei eine Tendenz der Ausweitung der Tötung auf Verlangen nicht zu beobachten.

Ärztliche Perspektive

In den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer findet sich in der Präambel der Satz „Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.“⁴¹ Hier wird lediglich auf das Recht Bezug genommen, eine ethische Begründung erfolgt nicht. Die Heiligkeit des Lebens ist ein unbestrittener hoher Wert, der im Kontext der Ärzteschaft keiner weiteren Rechtfertigung bedarf.

Eine Umfrage unter deutschen Ärzten⁴² im Jahre 2009 konnte aufweisen, dass 78% der Ärzte die Legalisierung der Tötung auf Verlangen ablehnen, 17 % würden eine entsprechende gesetzliche Regelung, die die Tötung auf Verlangen ermöglicht, begrüßen. Nur 5% waren unentschieden. Bei den Gründen gegen die Legalisierung der Tötung auf Verlangen war die drei von den meisten Ärzten bejahten Argumente: Sie verstößt gegen den hippokratischen Eid (29 %), sie birgt die Gefahr des Missbrauchs (24 %) und verstößt gegen allgemeine ethische Werte (17%). Direkt danach wurde von 16 % das Argument genannt: „weil es gegen meine persönlichen Werte/ mein Gewissen verstößt“.

⁴¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt 2011, A346

⁴² Institut für Demoskopie Allensbach,

Theologische Perspektive

Die Argumentation der katholischen Moraltheologie orientiert sich am Leben als Grundwert. Dieser Wert verknüpft sich dabei eng mit der Würde des Menschen als Ausdruck seiner Unverfügbarkeit für Dritte. Beide Werte - Leben und Würde - bilden die Basis der kirchlichen Argumentation. Die Selbstbestimmung, als praktische Umsetzung der Würde und als Orientierung für den Arzt und sein Entscheiden, folgt erst an dritter Stelle.

Die Achtung der Menschenwürde eines jeden schließt ein, dass sein Recht auf Leben unabhängig von geistiger und körperlicher Verfassung geschützt ist. Ein Mensch wird also nicht danach beurteilt, ob er sein Leben bejaht oder ob sein Leben noch lohnt – für ihn persönlich oder für die Gesellschaft. „Was wir brauchen sind Ehrfurcht und Achtung vor dem Leben und Hilfsbereitschaft für alle Lebenden.“⁴³

Die kirchliche Argumentation richtet sich damit gegen die Stimmen, die schweres Leid und Gebrechlichkeit als Verlust der menschlichen Würde darstellen. Im Bewusstsein der Gesellschaft muss vielmehr das Bild entstehen, dass Krankheit und Hilfsbedürftigkeit zu menschlichem Leben gehören.

Diese Achtung und Ehrfurcht vor dem Leben fordert die Kirche auch von den Ärzten: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ist das oberste Gebot des ärztlichen Handelns. Dieser Dienst am Leben schließt es aus, dass der Arzt zu einem Befehlsempfänger für das Töten auf Verlangen erniedrigt wird oder sich selbst dazu bereitfindet.“⁴⁴ Eindrücklich heißt es deshalb: Das Gebot „Du sollst nicht töten“ gilt für alle Phasen des menschlichen Lebens und für alle Menschen. Jede gezielte vorzeitige Beendigung des Lebens ist eine Tötung und gleichzeitig eine Verfügung über das Leben eines anderen. Das Leben und der Eintritt des Todes eines Patienten stehen nicht in der Verfügung anderer, auch wenn der Patient um den Eingriff weiß und ihm sogar zustimmt.

Ein Sterbender soll auch am Ende seines Lebens über sich bestimmen können. „Alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sind in dieser Achtung vor seiner Würde vorzunehmen“ – ob er äußerungsfähig ist oder nicht. So kann der sterbende Patient das Unterlassen oder das Einstellen von Eingriffen fordern und der Arzt hat im

⁴³ „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“, S.16

⁴⁴ Ebd., S.14

wohlverstandenen Interesse des Sterbenden und zu dessen individuellem Wohl „wie ein guter Anwalt⁴⁵“ zu handeln. Daraus folgt jedoch nicht, dass der Arzt oder auch andere jedem Wunsch eines Sterbenden Folge leisten müsste.

Würde die Tötung auf Verlangen zur ärztlichen Aufgabe, wird sich dies nach moraltheologischer Einschätzung auch auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirken, „denn der Arzt würde nicht mehr ausschließlich dem Leben dienen, sondern zugleich ein Gehilfe des Todes sein.“⁴⁶

„Käme ein Arzt solchem Verlangen nach, so zöge er sich einen zerreißenden Konflikt zu zwischen seiner ärztlichen Berufspflicht, Anwalt des Lebens zu sein, und der ganz anderen Rolle, einen Menschen zu töten. Täte er es auch aus Mitleid – ließe sich dann vermeiden, dass man ihm auch noch andere Motive zu unterstellen beginnt? Das wäre das Ende jedes Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.“⁴⁷

⁴⁵ „Gott ist ein Freund des Lebens“, S. 17

⁴⁶ „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“, S.14

⁴⁷ „Gott ist ein Freund des Lebens“, S. 19f.

4. Verzeichnis der verwendeten Literatur

Kirchliche Dokumente

Deutsche Bischofskonferenz und Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland:
Gemeinsame Texte 17

Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe – Eine Textsammlung kirchlicher
Erklärungen, Bonn 2003

- Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie
- Gott ist ein Freund des Lebens
- Schwerstkranken und Sterbenden beistehen
- Im Sterben: Umfängen vom Leben
- In Würde sterben – in Hoffnung leben

Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland
in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft
Christlicher Kirchen in Deutschland:

Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,
Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung und Formular,
Hannover Bonn Frankfurt a.M. 2010.

Kongregation für die Glaubenslehre: Erklärung zur Euthanasie, 1980

Stellungnahmen

- *Aus ärztlicher Perspektive*
Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 2733-6.

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in: Deutsches
Ärzteblatt | Jg. 108 | Heft 7 | 18. Februar 2011, A 346

Institut für Demoskopie Allensbach , „Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft“ , Juni 2010

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe.pdf> vom 13.03.2014

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Ärztlich assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin 2014.

- *Aus ethischer Perspektive*

Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme, Berlin 2006;

Schockenhoff, Eberhard: „Die Frage der Beendigung des eigenen Lebens in Philosophie und Ethik“

Audioprotokoll des Ethikrates vom 22.01.2009

<http://www.ethikrat.org/themen/ende-des-lebens/suizid> vom 14.03.2014

Bücher

Ralf J. Jox: Sterben lassen – Über Entscheidungen am Ende des Lebens, Hamburg 2011

Artikel

Udo Reiter: „Selbstbestimmt sterben –mein Tod gehört mir“ in

<http://www.sueddeutsche.de/leben/selbstbestimmtes-sterben-mein-tod-gehört-mir-1.1856111> vom 8.03.2014

Internetseiten

<http://www.heilpraxisnet.de/naturheilpraxis/die-haeufigsten-todesursachen-in-deutschland-9091.php> vom 8.03.2013

<http://www.ethik-medizin-pflege.de>

IMPRESSUM

Herausgeber:

Erzbistum Köln
Generalvikariat
Hauptabteilung Seelsorge

Verantwortlich:

Msgr. Markus Bosbach
Leiter der Hauptabteilung Seelsorge

Redaktion:

Regina Bannert, PR, Diözesanbeauftragte für Ethik
Hildegard Huwe, PR, Diözesanbeauftragte für Ethik
Msgr. Rainer Hintzen, Abteilungsleiter
Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen

© Erzbistum Köln 2014

Bild:

© Sandor Kacso - Fotolia.com



Bezugsquelle:

**Erzbistum Köln | Generalvikariat
Hauptabteilung Seelsorge
Abteilung Seelsorge im Sozial- u.
Gesundheitswesen**

Marzellenstraße 32
50668 Köln

Telefax: 0221 1642 1556

ursula.lutsche@erzbistum-koeln.de