

„Sterbehilfe“-Debatte

Das Thema ist ein sehr persönliches!

→ Was treibt „mich“ persönlich bei dieser Frage an?!

Wogegen wende ich mich!? Wer ist mein „Feind“?!

Was ist mein Wunsch, meine Hoffnung?

Zentral:

In den Diskussionen begegnen hauptsächlich zwei Argumentationsrichtungen:

- eine, die für Selbstbestimmung am Lebensende eintritt und ein „Sterben in Würde“ fordert,
- eine, die eine Liberalisierung der „Sterbehilfe“ ablehnt, vor den gesellschaftlichen Folgen warnt und eine Fokussierung auf die Selbstbestimmung der Sterbewilligen als einseitig betrachtet.

Beide Seiten argumentieren mit großem Ernst und nachvollziehbaren Argumenten. Jede geschilderte Einzelsituation berührt und wirft Fragen auf.

Zentral ist das Verhältnis von unterschiedlichen Polen und wie sie bewertet werden:

Selbstbestimmung ↔ Solidarität, Verantwortung für andere (Verwandte, Freunde sind auch betroffen!), passiv und Empfangende/r sein können

Autonomie ↔ Bindungen/Beziehungen

Ich ↔ Du/Wir

Individuethik ↔ Sozialethik

→ für sich *und* in Beziehung zu anderen, zur Gesellschaft entscheiden
(In der konkreten Notlage kann das der einzelne nicht.)

Gut wäre ein Selbstbestimmungsbegriff, der auch am Schutz der Schwachen orientiert ist.

„Die Verabsolutierung der Autonomie steht... in Gefahr, die fürsorgliche Begleitung Sterbender und den Schutz der Würde der Schwächsten zu vernachlässigen.“ (Kardinal Lehmann)

„Was allenfalls in Grenzfällen auf Grund einer Gewissensprüfung des Arztes in Frage kommen kann und immer den Charakter des Wagnisses behalten wird, soll nun bis ins einzelne geregelt und rechtlich abgesichert werden.“ (Wolfgang Huber, Frankfurter Allgemeine, 3.11.14, S.6)

Gleichzeitig sagen Menschen: „Das, was mir noch bevorsteht, möchte ich nicht erleben.“ (z.B. ALS-Patienten), Menschen, die Angst haben, nur noch dahinzuvegetieren, ...) – Auch eine solche Haltung hat ihre Gründe und ihr Recht!

Als erste Forderung muss stehen:

Palliative und hospizliche Versorgung muss für alle Menschen erreichbar und verfügbar sein!

Die Situation in Medizin und Pflege sowie in der psychosozialen und spirituellen Versorgung, auch in Alten- und Pflegeheimen, muss deutlich besser werden (im Spannungsfeld der Ökonomisierung im Gesundheitswesen)!

Denn: Sterben wollen heißt oft: nicht leiden wollen!

Ginge es dann bei einer ausreichenden entsprechenden Versorgung letztlich nur noch um wenige Grenz“fälle“ und Extremsituationen, die sich kaum rechtlich fassen lassen?

Vielleicht ist die Aufgabe:

→ Der Einzelne soll in dieser Frage die größtmögliche Freiheit haben,
ohne dass sich diese Freiheit am Ende gegen ihn wendet als Erwartung.

Fragen an mich selbst:

Was ist mein Menschenbild („jung, stark, schön leistungsfähig“)?

Wann lohnt es sich zu leben?! (Auch wenn ich etwas „vertrottelt“ [Reiter] bin?!)

Was verstehe ich unter „Menschenwürde“, „Wert des Lebens“? – Auch beschädigtes Leben ist kostbar („Würde des Fragments“)!

Wie geht ein Mensch, wie geht die Gesellschaft mit Leiden um?

(Es ist eine Lebensaufgabe, die eigene Sterblichkeit anzunehmen. Niemand lebt für immer.)

In den Medien:

„Mein Ende gehört mir.“ (Aktion der Giordano Bruno Stiftung, DGHS)

Brittany Maynard (<http://www.youtube.com/watch?v=W0eVum0weKg>) Suizid 1.11.14

Filme: „Das Meer in mir“ (2004)

„Hin und weg“ (2014)

Anne und Nikolaus Schneider

Udo Reiter

Hans Küng, Mitglied bei EXIT

Wolfgang Herrndorf

Belgien: 50-jähriger Sexualstraftäter soll nach 30 Jahren Haft sterben dürfen; eine Behandlung seiner Wahnvorstellungen in einem niederländischen Krankenhaus wurde abgelehnt; seine Haftbedingungen bezeichnet er als „unmenschlich“. (Sep 2014)

Januar 2015: Der Mann bekommt doch keine Suizidbeihilfe.

Beachte: *Beide* Seiten – sowohl die Gegner jeglicher Liberalisierung als auch „Sterbehelfer“ wie Dr. Arnold – erzählen glückliche und gelingende Einzelschicksale. Beide Seiten haben ihr Recht.

In vielen Umfragen sprechen sich 2/3 der Bevölkerung für „aktive Sterbehilfe“ aus.

Aber:

Wie gut kennen die sich tatsächlich im Thema aus und wissen, worüber sie abstimmen?!

➔ **ausreichend Informationen, auch über Palliativ- und Hospizangebote** (= Leidenslinderung)!

RECHTSLAGE

Aktive Sterbehilfe – besser: „Tötung auf Verlangen“ – Aktive Lebensverkürzung: verboten

Tötung eines anderen, der dies ausdrücklich will.

Beispiel: Ein Arzt spritzt einem schwer kranken Patienten ein tödliches Gift.

In Deutschland verboten (§216 StGB: bis zu 5 J. Freiheitsentzug), in den Beneluxstaaten erlaubt („Euthanasie“).

Auch Gefahr des Missbrauchs: Wer entscheidet?!

Passive Sterbehilfe – besser: „Sterben zulassen“: Erlaubt bzw. geboten

Nicht-Beginnen oder Beenden einer lebenserhaltenden Behandlung, so dass der Patient an den Folgen seiner Erkrankung bzw. Verletzung stirbt.

Beispiel: Abschalten einer künstlichen Beatmung oder Entfernen einer Magensonde – bei Bedarf begleitet durch Medikamente, so dass der Betreffende nicht leidet.

Wenn der Verzicht auf die Behandlung dem Willen des Patienten entspricht, ist zwingend geboten, das Sterben zuzulassen!

Weiterhin gibt es die Möglichkeit des „Sterbefastens“: Verzicht auf Nahrung (und Flüssigkeit) bei guter, auch medizinischer Begleitung.

Indirekte Sterbehilfe – besser: „Therapien am Lebensende“: Erlaubt

Behandlung oder Gabe von Medikamenten zur Linderung von Symptomen, wobei als unerwünschte Nebenwirkung der Patient früher sterben könnte.

Beispiel: Alle Medikamentengaben gegen belastende Beschwerden, jede Operation bei schwachen Patienten, sogar Absaugen von Schleim bei Atemnot können u.U. zu einem vorzeitigen Versterben führen. Der Tod ist dabei NIE das Ziel der Behandlung, sondern immer nur unerwünschte Nebenwirkung.

Assistierter Suizid – „Beihilfe zur Selbsttötung“/zum Suizid“: zurzeit grundsätzlich erlaubt

Der Sterbewillige tötet sich selbst, erhält aber dabei Hilfe. Die „Tatherrschaft“ liegt beim Sterbewilligen.

Beispiel: Dem Patienten wird ein Becher mit einem todbringenden Gift gereicht, den er selber trinkt.

Man sagt, dass etwa 90% aller Suizide in einer Situation psychischer Erkrankung vollzogen werden! Doch bei Suizidwünschen im Zusammenhang schwerster körperlicher Erkrankungen sollte man eher von einem „Bilanzsuizid“ sprechen, wo ein Mensch bei klarem Verstand zu dem Schluss kommt, nicht mehr leben zu wollen, weil für ihn die Lebenssituation unerträglich ist und bleiben wird.

Querschnittgelähmtenzentrum BUK-Hamburg:

(Soweit bekannt:) Ca. 5% aller seit 1997 gestorbenen Patienten haben, ohne vorher psychisch krank zu sein, einen Suizid begangen.

Therapieverzicht: bei 49 von 293 Verstorbenen (seit 2003)

Beihilfe zur Selbsttötung ist wie der Suizid nicht verboten, zurzeit auch nicht in gewerblicher oder geschäftsmäßiger Form!

Ein wichtiger Aspekt dabei ist die „unterlassene Hilfeleistung/ Garantienpflicht“:

Eigentlich müssten die Helfer nach Eintritt der Bewusstlosigkeit den Notarzt rufen, da der Suizid von Gerichten wie ein Unfall gewertet wird. Diese Pflicht entfällt aber, wenn der volljährige und freiverantwortlich handelnde Betreffende deutlich seinen Wunsch zu sterben geäußert hat und das dokumentiert ist.

Bei Ärzten steht in manchen Bundesländern das Berufsrecht gegen eine Beteiligung:

10 von 17 Landesärztekammern verbieten ihren Ärzten die Suizidbeihilfe: so Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, nicht aber Schleswig-Holstein. Die anderen 7 haben keine Vorschrift oder formulieren: „... sollen keine Suizidbeihilfe leisten“.

Aber nicht nur unter den Landesärztekammern, auch unter Ärzt/inn/en gehen die Meinungen auseinander: Umfrage im Auftrag der BÄK 2010:

Mehr als ein Drittel der Ärzte wäre u.U. bereit, Suizidbeihilfe zu leisten.

Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, BÄK, formuliert in §16 (2011, nach der Wahl Montgomerys):

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden untere Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ (Das hat die offenere Formulierung unter Präsident Hoppe ersetzt: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“)

Die Diskussion berührt das professionelle Ethos der Ärztinnen und Ärzte. In aller Regel steht für sie ihr ärztliches Gewissen an oberster Stelle, wenn es um entsprechende Entscheidungen geht.

Ist ein Verbot wie in der Musterberufsordnung – für eine bestimmte Berufsgruppe – überhaupt verfassungsgemäß?

Welche konkreten Folgen hätte die Suizidbeihilfe für einen Arzt? (Konkret ist noch kein Arzt wegen Beihilfe zum Suizid verurteilt worden oder hat seine Approbation verloren! [Die Ärztekammer kann die Aberkennung einer Approbation nur beantragen, nicht aussprechen.] Das aber schafft für einen Arzt natürlich noch keine Sicherheit.)

Unklar: Wie beeinflusst die mögliche Beihilfe zum Suizid das Vertrauensverhältnis zum Arzt: positiv („Mein Arzt begleitet mich auch an dieser Stelle!“) oder negativ („Mein Arzt könnte mir gefährlich werden.“)?

Problem: Betäubungsmittelrecht (§§ 13 I, 29 BtMG): Welche/s Mittel darf ein Arzt legal nutzen?

Ein weiterer Gedanke:

In wieweit verschöbe eine Rechtssicherheit für Ärzte, wenn z.B. das Positionspapier von Hintze, Lauterbach u.a. sich durchsetzte, die Verantwortung der einzelnen? Jetzt sind Ärzt/inn/e/n allein ihrem Gewissen verantwortlich. Dann würde gelten, anhand eines Kriterienkatalogs zu entscheiden. Wird die Entscheidung dann leichter gefällt? Wäre das gut?

Palliative Sedierung: Erlaubt, wenn es dem Patientenwillen entspricht.

Gabe beruhigender, teils sehr starker Medikamente, die das Bewusstsein eines Patienten so weit dämpfen, dass er nicht z.B. an Atemnot, Schmerzen, Übelkeit oder Ängsten leidet, sondern ausreichend tief schläft. Er kann dabei auch in den Tod hineinschlafen.

Sterbehilfe als Hilfe im Sterben – „Sterbebegleitung“

Als Beistand im Sterben, z.B. durch Leiden-Lindern, Handhalten, wohlthuende Nähe..., z.B. auf Palliativstationen oder in Hospizen, auch durch AAPV und SAPV, zu Hause.

Sie ist immer geboten.

ORGANISIERTE STERBEHILFE:

Sterbehilfe Deutschland e.V. (R. Kusch, J.F. Spittler):

7.000€: Lebensmitgliedschaft mit Sonderbeitrag; wer weniger zahlt, muss länger warten.

2010-13: 118 Tote (2010-2012: 77 Mitglieder beim Suizid begleitet, 2012: 29)

Ohne Kontrolle! Wie gut ist die Beratung? Hätten manche Kunden nur gut medizinisch behandelt werden müssen?

Dignitas, Zürich (gegründet 1998)

1998-2013: 1.701 „Freitodbegleitungen“ (2012: 198, 2013: 205), 10% Schweizer, ca. 56% Deutsche:

2008-09-10-11-12-13: 59-35-29-72-84-92 Deutsche.

Fast die Hälfte litt an neurologischen Erkrankungen (Parkinson, MS).

CH: Beihilfe „aus selbstsüchtigen Beweggründen“ ist verboten.

Geld:

Eintrittsgebühr: umgerechnet etwa 160 €, Mindestjahresbeitrag 65 €.

Vorbereitung einer tatsächlichen Suizidbegleitung: 2.400 €, zwei zusätzliche Arztgespräche: 800 €, ei-

gentliche Durchführung: 2.400 €, Einäscherung: 1.600 €, notwendige Behördengänge: 1.200 €.

„Alle Beträge exklusiv Mehrwertsteuer.“ → etwas über 9.000 €.

„Die Statuten von Dignitas sehen vor, dass Mitgliedern, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, die Beiträge reduziert oder erlassen werden können.“

(„Exit“, gegründet 1982, betreut nur Schweizer wie Hans Küng.)

Insgesamt starben 2013 in Deutschland: 893 825 Menschen.

GESETZENTWÜRFE – 1.7.15:

Einigkeit:

- Ausbau der palliativen und hospizlichen Versorgung ! Hier bestehen große Defizite!
(Nur 16% der Todkranken erhielten zurzeit die notwendige Begleitung, sagt die unabhängige Stiftung Patientenschutz!)
Beachte: teilweise schlechte Patientenversorgung auch in Pflegeheimen!
- Aktive Sterbehilfe soll verboten bleiben.
- Suizid und Beihilfe zum Suizid sind und sollen nicht strafbar/erlaubt bleiben!
- Viele fordern die Erlaubnis des ärztlich assistierten Suizids.
- Die meisten Entwürfe lehnen geschäfts- und gewerbsmäßige Sterbehilfe ab.

Griese, Brand, Terpe u.a. (mehr als 210 Befürworter)

Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen („wiederkehrenden“) Förderung der Selbsttötung als §217-E StGB.

Assistierter Suizid soll kein Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung werden (sonst →Gewöhnungseffekt, Normalisierung).

Ausgenommen werden Angehörige bzw. nahe stehende Personen, die nicht geschäftsmäßig handeln. Medizinische und pflegerische Berufe gewähren die Suizidbeihilfe grundsätzlich nicht – höchstens im Einzelfall. *[Ist das schon wiederkehrende Suizidbeihilfe, wenn ein onkologischer Stationsarzt ein- bis zweimal im Jahr so handelt?]*

Die sorgende Gesellschaft soll Antwort auf Menschen sein, die Angst haben, anderen zur Last zu fallen. Suizidprävention! – Es soll kein Erwartungsdruck erzeugt werden, sich zu suizidieren.

Gefahr: - Der gesellschaftliche Respekt vor dem Leben wird geschwächt.

- Menschen werden zur Selbsttötung verleitet, die dies ohne ein solches Angebot nicht täten.

Palliative und hospizliche Versorgung und pflegerische Versorgung müssen verbessert werden.

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht nutzen (↔ Selbstbestimmung!)

Kultur der Würde!

Die Zahlen steigen in Deutschland und Europa (Holland, Schweiz) an.

Die Einschränkung der Berufsfreiheit ist gerechtfertigt (Rechtsgüterabwägung).

Hintze, Reimann, Lauterbach u.a. (ca. 100 Befürworter)

Forderung nach ausreichender palliativer Versorgung. – Doch die kommt manchmal an Grenzen.

Wichtig: Selbstbestimmung am Lebensende! Achtung der Autonomie!

Feststellung: Suizidbeihilfe ist nicht verboten.

Ziel: Rechtssicherheit für Ärzte im BGB (Buch 4) schaffen.

Unter bestimmten Voraussetzungen ist ärztliche Suizidassistenz gestattet (Vorrang vor Kammerrecht):

- Patient ist volljährig und einwilligungsfähig *[Was ist mit einem reflektierten 17-Jährigen?]*
- Ärztliche Hilfestellung erfolgt freiwillig
- Umfassende Beratung
- Unheilbare, unumkehrbar zum Tode führende Erkrankung *[nicht erfasst: hohe Querschnittslähmung, psychische Erkrankungen, Demenz]*
- Vier-Augen-Prinzip
- *[fehlt im Gesetzestext: Bedenkzeit]*

↔ Vertrauensverhältnis Arzt – Patient.

Fallzahlen werden vermutlich im unteren dreistelligen Bereich liegen.

Oregon: Zahlen bewegen sich konstant auf niedrigem Niveau. *[Auf der Oregon-Webseite steigen die Zahlen deutlich!]*

↔ Suizidprävention!

Künast, Sitte u.a. (ca. 50 Befürworter)

Es geht um ein würdiges Lebensende. Der Mensch ist Souverän seines Lebens.

Es geht darum, Menschen zu helfen, wenn diese sich selbstbestimmt und aus objektiv verständlichen Gründen das Leben nehmen wollen („Gebot der mitfühlenden Barmherzigkeit“).

Eine kommerzielle Geschäftsidee darf daraus nicht gemacht werden. *[Dürfen dem Sterbehelfer Geschenke gegeben werden?]*

Gesetz:

→ Hilfe zur Selbsttötung ist nicht strafbar.

→ Gewerbsmäßige Hilfe ist verboten (nicht aber geschäftsmäßige).

→ hohe Standards für Beratung und Dokumentation.

Kriterien: freiwillig, selbstbestimmt, nach reiflicher Überlegung, volljährig *[Was ist mit einem reflektierten 17-Jährigen?]*

Der Tabuisierung soll vorgebeugt werden. Verzweiflungssuizide sollen verhindert werden.

Werbeverbot

Wissenschaftliche Belege, dass eine Öffnung Gefahren für die Zukunft bedeuten würden, gebe es nicht. Überprüfung nach vier Jahren.

Beachte: §6 Ärzte als Helfer zur Selbsttötung

(1) Wer als Arzt von einem sterbewilligen Menschen um Hilfe zur Selbsttötung gebeten wird, hat nicht die Pflicht, dieser bitte zu entsprechen.

(2) Die Hilfe zur Selbsttötung kann eine ärztliche Aufgabe sein und darf Ärzten nicht untersagt werden. Dem entgegen stehende berufsständische Regelungen sind unwirksam.

Sensburg, Dörflinger u.a. (wenige Befürworter)

§217 StGB (neu)

Anstiftung und Beihilfe an einer Selbsttötung wird verboten. Auch der Versuch ist strafbar.

(In extremen Einzelfällen könne mangels Schuld von einer Strafe abgesehen werden.)

Suizidassistenten verboten: z.B. in Österreich, Italien, Spanien, Polen, England

Der Entwurf argumentiert damit, dass sich hinter der Suizidbeihilfe ein Unwerturteil verberge. *[Die Betroffenen philosophieren nicht, sie können ihr Leiden nicht mehr ertragen!]*

Palliative Versorgung muss verbessert werden.

Weiterhin gibt es diesen Entwurf:

- Gian Domenico Borasio (Palliativmedizin), Ralf J. Jox (Medizinethik), Jochen Taupitz (Medizinrecht), Urban Wiesing (Medizinethik)

Verbot der Beihilfe zum Suizid! Ausnahmen:

- Angehörige und nahe stehende Personen
- Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen:
gründliche Untersuchung, Gespräch, lebensorientierte Aufklärung; Vier-Augen-Prinzip (d.h. zweiten Arzt zurate ziehen); 10 Tage Zwischen-/Bedenkzeit
- Patient:
volljährig, einwilligungsfähig, unheilbare Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung (\neq psych. Erkrankung oder gesunde Hochbetagte), ernsthaftes Verlangen, wohnt in Deutschland
- BtMG ändern (s.o.): Beihilfe zum Suizid begründet Verschreibung von Betäubungsmitteln.

Verbot der Werbung für die Beihilfe zum Suizid.

(Nur Ärzte entscheiden nach diesen Vorschlägen! Aber beachte: nicht sämtliche Ärzt/inn/e/n sind einfühlsame... Ärzt/inn/e/n!)

↔ Oregon: „Death with Dignity Act“ (seit 1997):

Suizidbeihilfe in engen Grenzen (aktuell 0,23% aller Sterbefälle, ca. 45-50 Patienten p.a., Zahlen auf gleichbleibendem Niveau)

Mit dieser Sicherheit im Hintergrund entscheiden sich viele Sterbewillige (vorerst) für das Leben.

(Stand Okt. 2014: Seit 1997: 1.173 Sterbewilligen wurde das Betäubungsmittel verschrieben → 752 [\cong 2/3] haben tatsächlich damit Suizid begangen.)

Parallel: Ausbau der Palliativmedizin.

Sozialer Druck auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen könne nicht festgestellt werden (?!).

Schon 2012 gab es einen Anlauf der damaligen Bundesregierung mit dem Ziel, die gewerbsmäßige (kommerzielle) Sterbehilfe zu verbieten. Dazu wurde ein Gesetzentwurf von der Bundesregierung beschlossen.

→ Vorlage vor dem Bundestag: Das ging CDU (und auch der EKD) nicht weit genug.

→ Entwurf wird von der Agenda genommen

→ Gröhe, FAZ, 20.1.14: „Jede Form der Selbsttötungshilfe muss verboten werden.“

= Anstoß für die aktuelle Debatte

Zeitplan für die parlamentarische Beratung zur Sterbebegleitung 2015

18./19. Juni 1. Lesung des Regierungsentwurfes zum Thema Palliativ- und Hospizversorgung

2./3. Juli 1. Lesung der Gruppenanträge zum Thema Sterbebegleitung

21. September Parlamentarische Anhörung zum Regierungsentwurf zum Thema Palliativ- und Hospizversorgung

23. September Parlamentarische Anhörung zu den Gruppenanträgen zum Thema Sterbebegleitung

5./6. November 2./3. Lesung und Beschlussfassung zum Thema Palliativ- und Hospizversorgung

6. November 2./3. Lesung und Beschlussfassung zum Thema Sterbebegleitung

Die meisten kirchlichen Stellungnahmen sagen:

- Wichtig ist der Ausbau der palliativen und hospizlichen Versorgung!
- Seelischer Beistand!
- Bevölkerung muss informiert werden über diese Möglichkeiten!
- Nein zu jeglicher Form der Sterbehilfe/Beihilfe zum Suizid.
„Wir wollen die Hand *beim* Sterben reichen, nicht *zum* Sterben!“
- Betonung der Würde auch des beschädigten Lebens! - Gottesebenbildlichkeit
- Recht auf Selbstbestimmung könne sich nicht auf das eigene Leben beziehen [*ohne Begründung*].

Diakonie:

- Suizidprävention!
- Befürchtung, Beihilfe zum Suizid werde zur „normalen Variante des Sterbens“ [*ohne Begründung*]
- Grenzfälle gebe es; das aber könne nicht rechtlich, allgemeinverbindlich geregelt werden (ähnlich BÄK).

Meist finden in diesen Stellungnahmen die konkreten Situationen unerträglich Leidender, die einen Ausweg brauchen zu wenig Beachtung!

Aus H. Bedford-Strohm: Leben dürfen. Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe, München 2015

Was die Kirchen sagen:

Römisch-katholische Kirche

Vatikan: Suizid ist Mord. Diese *Schuld* kann u.U. nicht zugerechnet werden. (Iura et Bona, 1980) = Ablehnung des Suizids und der Beihilfe dazu.

Die Bitte um Sterbehilfe ist eigentlich keine Bitte um Euthanasie. Sterbende brauchen menschliche Nähe.

CH-Bischofskonferenz: Ablehnung der Suizidassistenten (~ Vatikan)

NL-Bischofskonferenz: ~ (palliative Versorgung verbessern, Autonomie ↔ Verletzlichkeit)

DBK-Erw.katechismus: 1995: ärztlich assistierter Suizid: sittlich unerlaubt

Griechisch-orthodoxe Kirche:

Ablehnung jeglicher vorzeitiger aktiver Lebensbeendigung, indirekte Sterbehilfe ist erlaubt.

↑ Klarheit der Prinzipien

↓ Kontextsensibilität

Evangelische Kirche

2011, GEKE:

europäischer Konsens

↔ Rechtfertigungs-Lehre

Verantwortung, Freiheit und Liebe (≠ Verabsolutierung der Selbstbestimmung!)

Grundlegende Pflicht, Leben zu schützen; dem Nächsten dienen: „intensive und einfühlsame persönliche Begleitung“ (128)

in dubio pro vita ↔ Endlichkeit des Lebens anerkennen

Passive Sterbehilfe: ok [Text bezieht sich allerdings nur auf „belastende, schmerzhaft und quälende medizinische Behandlung“ 122]

Indirekte Sterbehilfe (rezipiert Borasio): ok

Palliative Sedierung: entsprechend

Aktive Sterbehilfe: Nein. Freiheit ↔ Verantwortung (Folgen bedenken!). Sterbende sollen die Situation annehmen können. Extremfälle würden strafrechtlich nicht verfolgt.

Assistierter Suizid: Nein. Die Entscheidung könne nicht autonom sein, der Betreffende sei beeinflussbar bzgl. seiner Werte; Widerspruch zu christlichem Freiheitsverständnis.

„In ausgesprochen einfühlsamer Weise macht die GEKE deutlich, dass es ihr bei dieser Bewertung des Suizids und des assistierten Suizids nicht um eine Verurteilung von Personen geht.“ (126) Mit der Bibel sei ein Recht auf Selbsttötung nicht begründbar.

EKD:

1989: Gott ist ein Freund des Lebens: Ablehnung von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid.

2008: Orientierungshilfe: Es gibt verzweifelte Lebenssituationen; doch die ärztliche Garantenpflicht soll beibehalten werden. Eine ausdrückliche Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe wird abgelehnt. Palliative Versorgung verbessern!

2012: Pressemitteilung: Jede organisierte Form der Sterbehilfe soll unter Strafe gestellt werden.

Theologie: (Ihre Aufgabe könnte sein, für Argumente zu sorgen in Dilemmasituationen!)

Suizid:

Bibel: berichtet meist militärisch begründete Suizide (z.B. Saul); keine Verurteilung

Erst Augustin verurteilt den Suizid: Du sollst nicht töten. Gott allein ist Herr über Leben und Tod. Gegen seinen Willen darf man sich nicht wenden.

Seit dem MA gilt Suizid als Todsünde.

Argumente und Zitate:

<p>Gott ist Herr über Leben und Tod.</p> <p>DBK: „Aus dem Wissen um Gottes Zuwendung und Liebe heraus darf und kann der Mensch auch im Leiden und im Sterben sein Leben bejahen und seinen Tod aus Gottes Hand nehmen.“</p> <p>Huber: Menschen dürften ihr Leben nicht „leicthin aus der Hand geben“.</p> <p>5. Gebot: Du sollst nicht töten. + 4. Gebot: Alte schützen!</p> <p>... die Selbsttötung billigen und gutheißen kann der Mensch nicht, der begriffen hat, dass er nicht nur für sich lebt. Jeder Selbsttötungsversuch kann für ihn nur ein "Unfall" und ein Hilfeschrei sein. (Gott ist ein Freund des Lebens, VI. 5c)</p> <p>Gerade das ärztliche Handeln im Zusammenhang mit dem Sterben ist ein Beispiel dafür, dass es Bereiche gibt, die sich rechtlich nicht regeln lassen, ohne dass damit über die konkrete Regelung des Sachverhalts hinaus allgemeine gesellschaftliche Veränderungen, die mit der Regelung nicht intendiert waren, bewirkt werden. → Einzelfalllösungen (Gemeinsame Texte 17, Sterbegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte, 2.7)</p> <p>Suizid = Urteil über Wert oder Unwert des eigenen Lebens</p> <p>1989: EKD und DBK: „Ein Christ kann diese Tat im Letzten nicht verstehen und nicht billigen und kann dem, der so handelt, seinen Respekt doch nicht versagen.“</p>	<p>Das ist ein frommer Wunsch, aber nicht die Wirklichkeit! <i>Beachte: Gott ist nicht „kränkbar“ durch menschliches Verhalten. (Allerdings könnte man fragen: Was tue ich meiner Seele/dem Leben mit meinem Verhalten an?!)</i></p> <p>Manche können das, aber... – Diese Aussage ist arrogant.</p> <p>Tun sie i.d.R. auch nicht!</p> <p><i>(Wissen die, wovon sie reden?!)</i></p> <p>= akademischer Blick von außen; so „denkt“ ein verzweifelter Mensch nicht.</p> <p>Es gibt Christen, die das können.</p> <p>Anne Schneider: Mein Leben ist ein Geschenk. Und ich kann das Geschenk zurückgeben.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gedanken und Fragen

Pro	Contra
<p>Selbstbestimmungsrecht des einzelnen: Maßgeblich sind „einzig und allein die Wünsche der betroffenen Patienten“ (Arnold).</p> <p>Sterben „in Würde“</p> <p>Gründe für Suizide (mehrheitlich Phänomen der zweiten Lebenshälfte):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ängste (v.a. Selbstständigkeit zu verlieren, nicht mehr kommunizieren können...) - unerträgliche Heimsituation (!) - Ekel vor sich selbst - Leiden, Schmerzen - Einsamkeit <p>Der „Tod im Schlaf“ wird möglich und machbar! ≠ brutale Todesarten (Schusswaffen, sich vor den Zug werfen [mehr als 800 Personen p.a. in D]...; Fehlschläge).</p> <p>Ärztlich Assistierter Suizid: kann Suizide verhindern!</p> <p>Ohne Regelung bleibt eine Grauzone, in der assistierte Suizide oder Tötung auf Verlangen geschehen.</p> <p>Oregon: 70% der Sterbewilligen sind palliativ versorgt.</p> <p>Doch die Belastungen sind ja auch real!</p> <p>GG Art.2: Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit → nicht „Pflicht zu leben“</p>	<p>Besser: Selbstbestimmungsbegriff orientiert am Schutz der Schwachen.</p> <p>Auch Abhängige, Leidende, Hilfsbedürftige haben Würde. Die hängt nicht am Ausmaß der Selbstbestimmung. ↔ Was heißt für mich „lebenswertes Leben“?!</p> <p>Die Schwelle ist niedriger, wenn ein anderer/ Arzt es tut.</p> <p>„... es macht schon einen Unterschied, ob man als freiwilliger Betreuer tagein, tagaus für jemanden in dem Wissen sorgt, dass es keine Alternative gibt, oder ob man es in dem Wissen tut, dass es eine Alternative gibt oder gegeben hätte.“ (van Loenen)</p> <p>Kosten-Nutzen-Rechnungen (Anhörung vor dem Kongress in Vermont: Krankenversicherung will teure Schmerzmittel nicht bezahlen, wohl aber tödliches Gift!) ↔ Druck auf Alte, Kranke, Pflegebedürftige, Schwache: nicht Last werden wollen (finanziell, psychisch) – „sozialverträgliches Frühableben“: „Die Erbenkonten werden nicht für Trotteligkeiten verplempert.“ (Müntefering ironisch)</p> <p>Aber: Pflicht der Rechtsgemeinschaft, Leben zu schützen</p>

*G. van Loenen: Das ist doch kein Leben mehr, Frankfurt a.M. 2014 (beschreibt aus NL-Sicht) :
Offenbar fällt es schwer, lebensbeendendes Handeln allein auf diejenigen zu beschränken, die darum
bitten, selbst wenn man das vorher laut und deutlich verkündet hat (Komapatienten, Demente, psychisch
Kranke).*

Was heißt „aussichtslos und erträglich leiden“?! Wer definiert das?!

„Slippery slope“: ein Schritt folgt auf den anderen: NL:

80er: Es geht um schwerst kranke Menschen, die ihren Arzt um Euthanasie bitten. →

2011: Diskussion über ältere, lebensmüde Patienten!

*→ Wer einmal gebilligt hat, dass Leid durch die Tötung eines Menschen vermieden werden kann, findet
nicht so schnell eine neue Grenze.*

*Schlägt das Urteil über etwas, das man selbst unter keinen Umständen möchte, in eine Meinung darüber
um, was andere nicht wollen sollten?*

Zusatz:

Wichtig für die Bewältigung von Leidenssituationen:

Salutogenese, Aaron Antonovsky (1923–1994):

Kohärenzgefühl ↔

- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit
- Gefühl von Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit

(jeweils als subjektive Empfindungen)