

Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende Zur Diskussion über Suizidhilfe

Pastor Dr.
Michael Coors

michael.coors@evlka.de
www.zfg-hannover.de

Evangelische Akademie der Nordkirche
„Wie nah ist mir der Tod?“
Güstrow, 1.3.2015

1. Was diskutieren wir?

Begriff	Phänomen	rechtliche Regelung
Tötung auf Verlangen	Person A tötet Person B auf deren Verlangen hin	verboten (§216 StGB)
Sterben (zu)lassen (Therapiebegrenzung)	Person B verhindert nicht, dass Person A an einer Erkrankung stirbt	erlaubt / geboten, wenn Patient/in es so will (BGH 2010)
Therapien am Lebensende (indirekte Sterbehilfe)	Beschleunigtes Sterben als Nebenwirkung von Leidenslinderung	erlaubt, wenn Patient/in informiert einwilligt (BGH 1996)
Hilfe zur Selbsttötung	Person B tötet sich selbst, Person A hilft dabei	strafrechtlich: kein Verbot ärztl. Berufsrecht: z.T. verboten

1. Was diskutieren wir?

- Es geht ausschließlich um *Hilfe zur Selbsttötung* (Suizidhilfe)
- Thema ist *nicht*: Tötung auf Verlangen oder die sog. aktive Sterbehilfe, auch *nicht* ganz allgemein „die Sterbehilfe“.
- Es geht nicht um eine Liberalisierung der Rechtslage!
Alle Vorschläge bedeuten eine Verschärfung der aktuellen Rechtslage!

1. Was diskutieren wir?

Die Begriffe „aktive“ und „passive Sterbehilfe“ sind irreführend!

Ob ich aktiv bin oder nicht, ist für die ethische und juristische Bewertung kein primär relevantes Kriterium!

Beispiel für irreführende Fragestellung in einer Umfrage:

- „Ein Arzt darf das Leben eines Patienten aktiv beenden, wenn der Patient dies verlangt.“ Ja/Nein
- 58 % antworten mit „Ja“.
- offizielles Ergebnis: „Die Mehrheit der Deutschen ist der Meinung, Ärzte dürfen ihre Patienten töten.“
- Implizite Annahme „aktiv beenden = töten“ ist falsch!

1. Was diskutieren wir?

Hilfe zur Selbsttötung

- o Bereitstellung der nötigen Mittel zum Suizid
 - „Tatherrschaft“ bleibt beim Suizidenten
- o Nach StGB nicht strafbar
 - Hat der Arzt eine Pflicht zur Intervention (Fürsorgepflicht)?
 - BGH 1984: Ja (Garantenpflicht)
 - DJT 2006: Nein, wenn der Suizid freiverantwortlich geschieht
- o Berufsrechtliche Konsequenzen für Ärzte?

2. Aktuelle Diskussion

Änderung der **Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung** (Januar 2011)

Präambel

Formulierung von 2011	Formulierung von 2004
Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.	Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

2. Aktuelle Diskussion

Änderung der **ärztlichen Musterberufsordnung** auf dem Ärztetag in Kiel (31.5-3.6.2011)
§ 16 MBO

Formulierung von 2011	alte Formulierung
Es ist ihnen [Ärztinnen und Ärzten] verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.	Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.

Diese Änderung haben 10 von 17 Landesärztekammern übernommen. 7 haben sie nicht übernommen.

2. Aktuelle Diskussion

Aktuelle Diskussion im Bundestag: Eckpunktepapiere

1. Verbot der organisierten bzw. geschäftsmäßigen Suizidhilfe: 4 Papiere von Abgeordneten aus CDU, CSU, SPD und Grünen
2. Verbot des Suizidhilfe, Zulassung von rechtlich klar definierten Ausnahmefällen (Oregon-Modell): Hintze (CDU) und Reimann (SPD)
3. Zulassung von sog. Sterbehilfevereinen unter klaren Auflagen: Künast (Grüne), Sitte (Linke) und Gehring (Grüne)

3. Ethische Aspekte

a. Fürsorge und Selbstbestimmung

Ausgangspunkt der Ethik sind die Fürsorgepflichten gegenüber mir anvertrauten Menschen: Nur wer sich um den Anderen sorgt und für ihn sorgt, gerät überhaupt hinein ins ethische Fragen.

⇒ Fürsorge für den/die Andere/n in als selbstbestimmte Persönlichkeit

⇒ **Respekt vor der Selbstbestimmung ist eine Implikation von Fürsorge!**

⇒ Respekt vor der Selbstbestimmung heißt nicht, das man alles einfordern kann, was man will, sondern soll der Fürsorgepflicht eine Grenze setzen => **Abwehrrecht**

3. Ethische Aspekte

a. Fürsorge und Selbstbestimmung

Was ist der Inhalt von *Fürsorgepflichten*?

- Schadensvermeidung und Wohltun
- grundsätzlichsste Form der Schadensvermeidung: Lebensschutz (auch grundrechtlich verankert)

⇒ fundamentale Bedeutung des Tötungsverbotes

Selbsttötung als kritischer Grenzfall:

- Erstreckt sich das Tötungsverbot auch auf einen Selbst?!
- Was ist wenn das Leben selbst aufgrund von Leiden nicht mehr als ein „Wohl“ erscheint?
- Wie klar ist die Grenze zwischen Hilfe zur Selbsttötung und Tötung?

3. Ethische Aspekte

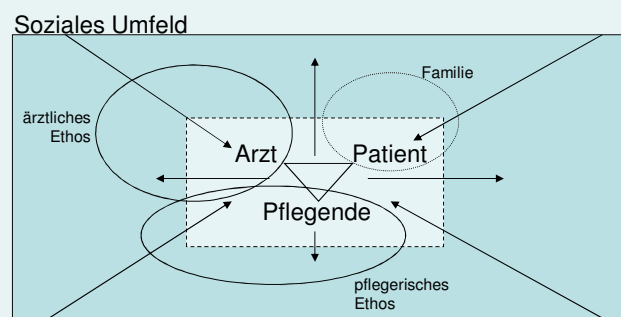
b. Sozialethische Aspekte

Jede (ärztliche und pflegerische) Handlung findet in einem sozialen Kontext statt.

- ⇒ Jeder Wunsch nach Sterbehilfe oder Suizid ist von einem sozialen Kontext geprägt.
- ⇒ Welche gesellschaftlichen Bewertungen von Leben und Sterben prägen den Wunsch des Patienten und das Handeln der Pflegenden und des Arztes?
- ⇒ Wie verändern pflegerische und ärztliche Handlungen die gesellschaftliche Bewertung des Sterbens?

3. Ethische Aspekte

b. Sozialethische Aspekte



3. Ethische Aspekte

c. Theologische Aspekte

Soll ein Mensch über sein eigenes Sterben entscheiden dürfen?

- Faktisch kann er es, aber ist das ein Privileg (Améry) oder ist es die Abgründigkeit der Freiheit (Rosenzweig)?

- Biblisch: Leben ist Geschenk/Gabe (kein wertneutraler Begriff). Die Zeit des Menschen liegt in der Hand Gottes

- Aber: Der Mensch kann erkennen, was an der Zeit ist, und sich zu seiner Zeit verhalten (Weisheitstheologie)

⇒ **Selbstbestimmung** ist nicht aktive Gestaltung des Möglichen, sondern **Antwort** auf Situationen, die mir von Gott her begegnen

3. Ethische Aspekte

d. Fazit

- gesellschaftlich *erstrebenswert* ist der Schutz des Lebens, nicht die Hilfe beim Suizid!

⇒ Gefahr der Verschiebung des Selbstverständlichen, bzw. der Ausweitung dessen, was als schweres Leiden gilt

- Aber: Es kann eine Spannung zwischen dem Gut des Lebensschutzes und der individuellen Notlage des Einzelnen bestehen.

⇒ Eine Hilfe beim Suizid kann darum in einzelnen Grenzfällen legitimierbar sein: als **Kapitulation angesichts der Aussichtslosigkeit**, nicht als eine Option neben anderen

⇒ individuelle Gewissensentscheidung im Grenzfall

3. Ethische Aspekte

d. Fazit

Wie stellt man sicher, dass der Grenzfall ein Grenzfall bleibt?

Zwei Modelle:

1. Grundsätzliches Verbot der Suizidhilfe, aber Zulassen von klar definiert Ausnahmefällen in engen Grenzen (i.d.R. Angehörige und Ärzte) (Position des Hintze-Papiers)
2. Verbot der organisierten Suizidbeihilfe (Bsp. Schweiz), Suizidbeihilfe nicht als Regelfall (Anliegen des BMG und der Kirchen)

Auch der Gewissensentscheid im Einzelfall darf nicht beliebig sein:
Welche Kriterien legen wir hier an?

(G. Neitzke, M. Coors u.a.: Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe der AG Ethik am Lebensende in der AEM, <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00481-013-0256-6>)

3. Ethische Aspekte

EKD: Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung, 2007

„Man wird dann aber auch zu respektieren haben, wenn ein anderer in solcher Lage zu der Entscheidung gelangt, sein Leben zu beenden, und wenn Dritte ihm dabei helfen, auch wenn man selbst dies nicht bejahen kann oder tun könnte. Wer Situationen schweren Leidens erlebt hat, der **wird sich hier jedes Urteils enthalten**. Und vielleicht weiß er auch um den tiefen Gewissenskonflikt, der in solchen Situationen aus der eindringlichen Bitte um Beistand bei der Beendigung des eigenen Lebens erwachsen kann.“ (S. 29)



Zentrum für Gesundheitsethik
an der Evangelischen Akademie Loccum

Pastor Dr. Michael Coors
Theologischer Referent

Zentrum für Gesundheitsethik
Knochenhauerstr. 33
30159 Hannover
michael.coors@evlka.de
Tel. 0511 1241 670

www.zfg-hannover.de
www.ev-medizinethik.de