

Wilhelm Schwendemann / Katrin Hagen /
Detlev G. Theobald / Silke Trillhaas

Sterbehilfe und medizinisch-assistierter Suizid

Materialien und Unterrichtsentwürfe zu den Themen:

- Was ist Sterbehilfe?
- Die rechtlichen Grundlagen
- Christliche Positionen
- Assistierter Suizid in der Schweiz
- Kants Leitsatz vom »kategorischen Imperativ«
- Utilitarismus
- Die Fähigkeiten des Menschen im Blick behalten
- Bundestagsdebatte zur Sterbehilfe 2015
- TV-Film »Gott« von Ferdinand von Schirach

calwer materialien

Bild- und Textnachweis sind jeweils an entsprechender Stelle vermerkt.

Leider war es nicht möglich, alle Urheber zu ermitteln. Betroffene Inhaber/innen von urheberrechtlichen Ansprüchen, bitten wir, sich beim Verlag zu melden.

Im Interesse des Textflusses und der Leserfreundlichkeit werden in diesem Materialienheft weitestgehend geschlechtersensible Termini gebraucht. Die zum Teil noch vorhandenen Bezeichnungen Patient, Arzt, Mitarbeiter etc. beziehen selbstverständlich jeweils die anderen Geschlechter mit ein.

Abkürzungen:

AB = Arbeitsblatt

L = Lehrkraft

S*S = Schülerinnen, Schüler und Divers

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7668-4560-3

3. erweiterte und aktualisierte Auflage 2021

© 2017 by Calwer Verlag GmbH Bücher und Medien, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten.

Satz und Herstellung: Karin Class, Calwer Verlag

Umschlaggestaltung: Karin Sauerbier, Stuttgart

Druck und Verarbeitung: Mazowieckie Centrum Poligrafii –

05-270 Marki (Polen) – ul. Słoneczna 3C – www.buecherdrucken24.de

Internet: www.calwer.com

E-Mail: info@calwer.com

O

Einleitung

Der modernen Medizin verdanken die Menschen in Europa, dass sie, im Vergleich zu früher, durchschnittlich länger leben. Ihr ist aber auch zuzuschreiben, dass sie ebenso länger sterben. Moderne Therapiemöglichkeiten ermöglichen es, den Tod nach der Erstdiagnose zuweilen noch lange hinauszuzögern (Frieß 2010, S. 8). So ist das Sterben nicht mehr nur ein Schicksal, das den Menschen unweigerlich eines Tages ereilt und dem er passiv ausgeliefert ist. Das Sterben wird zu einem Lebensabschnitt, über den es nachzudenken gilt und bezüglich dessen Entscheidungen zu treffen sind und die das Selbstverständnis des modernen Menschen nicht nur herausfordern, sondern bisweilen auch infrage stellen (vgl. Platow 2010, S. 37). Reiner Marquard formuliert treffend: »Das Sterben vollzieht sich langsamer, und es vollzieht sich multifaktoriell (Demenz, Multimorbidität, chronische Verläufe).« (Marquard 2014, S. 40)

Jeder Mensch hat den Wunsch nach einem guten und leichten Tod. Dem gegenüber steht die Angst vor einem langen und schmerzvollen Leiden, hilflos und abhängig von Geräten, fremdbestimmt durch die Entscheidung von Ärzten über die aus ihrer Sicht notwendige und nützliche medizinische Versorgung. Diese Angst konkretisiert sich dabei gleichermaßen in der Befürchtung, am Ende des Lebens überversorgt zu werden, sodass ein schnelles Sterben in Würde verhindert wird. Gleichermaßen besteht Angst vor medizinischer Unterversorgung, also der Befürchtung, dass nicht mehr alles getan wird, um eine mögliche Heilung herbeizuführen (vgl. Frieß 2010, S. 7).

Noch vor ca. dreißig Jahren war es für die Ärzteschaft aufgrund des eigenen beruflichen Ethos fraglos, dass bis zum Ende des Lebens alles getan werden müsse, um Leben zu erhalten und nur in Ausnahmesituationen davon abzusehen. Die Möglichkeiten dazu haben sich im Zuge der Entwicklung der modernen Medizin jedoch in einer Weise erweitert, dass sich heute eine andere Frage stellt: Müssen die Möglichkeiten der Medizin wirklich in vollem Umfang ausgeschöpft werden oder gibt es Situationen, in denen es im Sinne des Patienten / der Patientin ist, auf weitere Behandlungsmaßnahmen zu verzichten? Anders gesagt: Wenn das Leben eines Menschen nur noch in völliger Abhängigkeit und Unselbstständigkeit möglich ist und dieser Zustand auch nicht revidiert werden kann, handelt es sich dann noch um »lebenswertes Leben«? Die von

Kant herrührende Selbstzwecklichkeit des Menschen begrenzt jedoch seine Autonomie und ist bezogen nicht auf ein absolutes Sein, sondern auf das Beziehungsgeflecht, in dem der Mensch erst Mensch wird und worin seine Gottebenbildlichkeit wurzelt. Gottebenbildlichkeit wurzelt in der Relationalität des Menschen zu Gott, zur Welt, zum Mitmenschen zu sich selbst und findet ihren Ausdruck im Mit-Sein, im Mitempfinden und auch im Mit-Leiden, nicht im Mitleid (vgl. Marquard 2014, S. 28–33). Menschenwürde findet ihren Ausdruck also zuerst im Mit-Sein und nicht im absoluten Sein und nur im Mit-Sein ereignet sich Beziehung. Ärztliches Ethos wäre in diesem Fall das Ethos der Zuwendung und Achtsamkeit oder auch in gewisser Weise der Hingabe (vgl. Marquard 2014, S. 36). Hingabe im Sinne der Gottebenbildlichkeit ist kein altruistisches Verhalten, sondern eine grundsätzlich dialogische Haltung, die Beziehungsgeschehen setzt.

Selbstbestimmung in Form der Tötung auf Verlangen, bzw. aktiver Sterbehilfe, sucht die Würde des Menschen bis zu seinem Tod so zu bewahren, in dem Modus, den eigenen Todeszeitpunkt durch eine suizidale Handlung selbst herbeizuführen (vgl. Marquard 2014, S. 41; Platow 2010, S. 37). Tötung auf Verlangen bedeutete in diesem Verständnis aber einen radikalen Bruch der Beziehungsgestaltung.

Selbstbestimmung in diesem Fall zielt auf den Tod durch eigene Hand, medizinisch assistiert und vorbereitet und sie zielt nicht auf den Modus palliativer Medizin, die nicht die Hilfe **zum** Sterben, sondern die Hilfe **beim** Sterben bereitstellt, was u.E. ein qualitativer Unterschied bedeutet. Bedeutungsmäßig wird hier eine absolut sich gebende Selbstbestimmung als Ausdruck persönlicher Freiheit geriert, die im Kern jedoch bereit ist, den Tod zu wollen, indem dem Leiden durch eigene Hand ein Ende gesetzt und auf das Mitsein, z.B. in Form unterstützender palliativer, seelsorglicher Art, gänzlich verzichtet und so der Kern des Humanen preisgegeben wird. Diese Form der Selbstbestimmung sieht im Mitsein eine Gefahr der Autonomie, ist aber letztlich einem defizitären Menschenbild verpflichtet, weil z.B. Pflegebedürftigkeit als Verlust von Selbstständigkeit und nicht als Ausdruck der Freiheit wahrgenommen wird. In den Entscheidungen des Nationalen Ethikrates von 2006 wird der Konflikt verdoppelt: Die Mehrheit der Ratsmitglieder hat sich gegen die Zulassung der Tötung auf Verlangen ausgesprochen, die Min-

derheit für die Zulassung (vgl. Marquard 2014, S. 53). Das Problem der Zulassung der Tötung auf Verlangen besteht vor allem darin, dass die Interessen anderer tangiert sein können, die einer Tötung auf Verlangen Vorschub leisten. Das im Moment zentrale ethische Problem taucht da auf, wo nach außen altruistische Motive dargestellt sind, die aber möglicherweise einem anderen Interesse, das eben auch gewerbsmäßig sein kann, folgen. (vgl. Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/11126 vom 22.10.2012) So orientierte sich der gesellschaftliche Nutzen des Todes auf Verlangen ausschließlich an Effizienzgesichtspunkten und übte einen gesellschaftlichen Druck auf Schwerkranke und Sterbende aus. Die Alternative zu einem solchen Modell bestünde u.E. – wenn man utilitaristisch weiterdächte – in einer Praxis, die sich an der Bedürftigkeit aller Beteiligten nach menschlicher Wärme und Zuwendung orientierte und so größtmögliches Glück bewirkte: »Die Menschen wollen zusammenleben und sie wollen gut zusammenleben.« (Nussbaum 2010, S. 126)

Am 10.12.2015 trat das Gesetz zum »Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe« in Kraft, was bedeutet, nach §216 StGB und § 217 StGB (neu), dass sich derjenige strafbar macht, »wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt«. Allerdings hatten daraufhin mehrere schwerkranke Menschen, in- und ausländische Sterbehilfevereine sowie einzelne Medizinerinnen und Mediziner in den letzten Jahren Verfassungsbeschwerden gegen § 217 eingereicht. In dem Verfahren ging es nicht um ethische, moralische oder religiöse Fragen, sondern darum, ob der § 217 des Strafgesetzbuches verfassungsgemäß sei.

Die Erkrankten wollten geltend machen, dass sich aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Grundgesetzes ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben ableiten lasse. Dieses Recht müsse die Inanspruchnahme der Hilfe Dritter umfassen. Die Sterbehilfevereine sahen Grundrechte verletzt, weil ihre Mitglieder nicht tätig werden könnten. Ärzt*innen argumentierten, der § 217 stelle nicht sicher, dass im Einzelfall geleistete Suizidbeihilfe straffrei bleibe. Auch sei unklar, ob die Neuregelung bislang straffreie Formen der Sterbehilfe und Palliativmedizin erfasse. Dies verhindere in der Konsequenz eine am Wohl der Patienten orientierte Behandlung.

Das Bundesverfassungsgericht hatte im Februar 2020 entschieden, dass das 2015 verabschiedete Verbot organisierter Hilfe beim Suizid nicht mehr mit dem Recht auf Selbstbestimmung vereinbar ist. Sterbehilfevereine, die der Gesetzgeber damit bekämpfen wollte, können damit wieder tätig sein. Über eine mögliche neue gesetzliche Regelung wird bereits diskutiert. Konkrete Gesetzesvorschläge aus dem Bundestag liegen aber noch nicht vor.

Aus der Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020: Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Mit dieser Begründung hat der Zweite Senat mit Urteil vom heutigen Tage entschieden, dass das in § 217 des Strafgesetzbuchs (StGB) normierte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gegen das Grundgesetz verstößt und nichtig ist, weil es die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung faktisch weitgehend entleert. Hieraus folgt nicht, dass es dem Gesetzgeber von Verfassungs wegen untersagt ist, die Suizidhilfe zu regulieren. Er muss dabei aber sicherstellen, dass dem Recht des Einzelnen, sein Leben selbstbestimmt zu beenden, hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung verbleibt.

I. Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verletzt das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) von zur Selbsttötung entschlossenen Menschen in seiner Ausprägung als Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Das gilt auch dann, wenn die Regelung in enger Auslegung ausschließlich die von Wiederholungsabsicht getragene Förderung einer Selbsttötung als Akt eigenhändiger Beendigung des eigenen Lebens erfasst. [...]

III. § 217 StGB ist wegen der festgestellten Verfassungsverstöße für nichtig zu erklären. Eine einschränkende verfassungskonforme Auslegung ist nicht möglich, weil sie den Absichten des Gesetzgebers zuwiderliefe.

Daraus folgt nicht, dass der Gesetzgeber die Suizidhilfe nicht regulieren darf. Eine solche Regelung muss sich aber an der Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen ausrichten, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten.

Das Recht auf Selbsttötung verbietet es aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren Krankheit abhängig zu machen.

Allerdings muss dem Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichender Raum zur Entfaltung und Umsetzung belassen werden. Das erfordert nicht nur eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzt*innen und der Apotheker*innen, sondern möglicherweise auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts.

1

Sterbehilfe im Spannungsfeld widerstrebender Interessen

Gerade in Deutschland steht das Thema Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Geschichte und Gegenwart. Aufgrund der Geschehnisse während des Nationalsozialismus, »Aktion T4« zum Beispiel, (Schwendemann/Stahlmann 2006, Ethik für das Leben I, 2. Aufl., S. 75ff) wird Sterbehilfe leicht pauschal mit Euthanasie konnotiert und ist daher »ein stigmatisierter und schwer belasteter Begriff.« (Platow 2010, S. 37)

Das zweite Spannungsfeld ist mit dem Begriff Autonomie zu überschreiben und markiert durch die beiden Pole die Patientenautonomie und Autonomie des Arztes / der Ärztin. Im Gegensatz zu früheren Zeiten, in denen Mediziner*innen sich »mit Ablegen des hippokratischen Eides als Verantwortliche für Schutzbefohlene [verstanden], deren Meinung und Wollen sie zu deren eigenem Besten ignorieren konnten« (Platow 2010, S. 38), wird der Patient / die Patientin heute als gleichberechtigtes Subjekt verstanden, das aktiv über den Verlauf der medizinischen Behandlung nicht nur mitentscheidet, sondern dessen Wille und Autonomie uneingeschränkt an erster Stelle stehen (vgl. Platow 2010, S. 38–41).

In Bezug auf das Thema Sterbehilfe ist jedoch zu fragen: »Schließt die Autonomie des Patienten das Recht ein, den Mediziner wider seiner natürlichen Verpflichtung handeln und jemanden sterben zu lassen oder sogar dabei zu unterstützen? Oder ist damit nicht vielmehr die Autonomie des Arztes verletzt?« (Platow 2010, S. 38; Marquard 2014, S. 59)

Ein drittes Spannungsfeld entsteht durch die Gegenüberstellung des staatlichen Anspruchs, einerseits das Leben und die körperliche Unversehrtheit und andererseits die Zusicherung individueller Persönlichkeitsrechte, wie das Recht auf Selbstbestimmung seiner Bürgerinnen und Bürger zu schützen. Die Frage ist hierbei, was im Falle der Sterbehilfe schwerer wiegt.

Viertens steht die Selbstbestimmung des Menschen in Spannung zu religiösen Ansprüchen. Das Leben als Geschenk Gottes ist nach christlichem Verständnis in jedem Falle zu bewahren und zu schützen. Sterbehilfe in jeder Form widerspricht diesem Anspruch fundamental (vgl. Platow 2010, S. 39).

2

Begriffserklärung: Was ist Sterbehilfe?

»Sterbehilfe bedeutet im heutigen Sprachgebrauch, den Tod eines Menschen durch fachkundige *Behandlungen* herbeizuführen oder zu erleichtern oder nicht aufzuhalten.« (Schwendemann 2011, S. 51). Es werden vier Formen der Sterbehilfe unterschieden, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen:

Aktive Sterbehilfe

Von aktiver Sterbehilfe ist die Rede, wenn das »Leben eines Patienten (...) durch einen aktiven, nicht einer Behandlung dienenden Eingriff (...) gezielt verkürzt [wird], um weiteres Leiden zu ersparen.« (Marquard 2007, S. 186)

Ein anderer Begriff für aktive Sterbehilfe ist der der Tötung auf Verlangen (vgl. Platow 2010, S. 34). Diese Bezeichnung deutet auf die rechtlich relevanten Merkmale der aktiven Sterbehilfe hin, welche sind: Ein sterbewilliger Mensch äußert seine Absicht ernstlich und ausdrücklich und bestimmt eine andere Person zur Ausführung der aktiven Sterbehilfe. Darüber hinaus muss die betreffende Person in Eigeninitiative mit ihrem Wunsch an einen Arzt herantreten und diesen über einen längeren Zeitraum hinweg äußern.

Bei der Durchführung aktiver Sterbehilfe wird dem Sterbewilligen in der Regel intravenös eine hochdosierte Medikamentenmischung zugeführt, die kreislauf- und atemdepressiv wirkt. Nach kurzer Zeit kommt es zu einer tiefen Bewusstlosigkeit und schließlich zum Herzstillstand. Gleichzeitig sorgt ein Muskelrelaxans dafür, dass ein Atemstillstand eintritt. Durch die Herbeiführung der Bewusstlosigkeit spürt der Sterbewillige im Sterben von beidem nichts (vgl. Frieß 2010, S. 22).

Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe meint, dass bei einem sterbenskranken Patienten lebenserhaltende oder lebensverlängernde Therapien von vorneherein nicht begonnen oder eine bereits begonnene Behandlung abgebrochen wird (vgl. Marquard 2007, S. 186). Unter lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen versteht man dabei »den Einsatz von Geräten und alle Handlungen, die das Leben des Patienten

/ der Patientin künstlich verlängern, wie beispielsweise Beatmung und künstliche Ernährung.« (Platow 2010, S. 42)

Ein weiteres Beispiel für passive Sterbehilfe stellt der Verzicht auf die Gabe von Antibiotika bei bettlägerigen Menschen dar, die, verursacht durch länger andauernde Bettlägerigkeit, häufig eine Lungenentzündung entwickeln. Wird diese nicht behandelt, verstirbt der Patient / die Patientin aufgrund seines / ihres sowieso schon geschwächten Zustandes in der Regel schnell.

Während das Abstellen der Geräte als aktive Handlung dem Begriff der passiven Sterbehilfe zu widersprechen scheint, zeigt sich am letztgenannten Beispiel deutlicher, was sich hinter der gemeinten Passivität verbirgt (Frieß, 2010, S. 16f): »Passive Sterbehilfe (...) bedeutet keineswegs eine passive Haltung gegenüber den Kranken und ihren Leiden im Sinne von Nichtstun und Nichtentscheiden. Die Behandelnden verhalten sich lediglich in Bezug auf die Therapie der bestehenden Grunderkrankung passiv (...).« (Frieß, 2010, S. 16f) Die Behandlung der Grunderkrankung geht über in schmerzlindernde, die Krankheit erleichternde, aber eben nicht mehr therapeutische Maßnahmen (vgl. Marquard 2007, S. 186). Der Patient / die Patientin verstirbt im Falle der passiven Sterbehilfe letztlich an der Grunderkrankung, der gegenüber sich der Behandelnde in eine passive Haltung begibt. Dem Sterbeprozess wird sein natürlicher Lauf gelassen. Dieser passiven Haltung geht jedoch eine sehr aktive Auseinandersetzung des Behandelnden voraus, mit der Frage, ob es angezeigt ist, die Therapie zu beenden oder eine Therapie gar nicht erst zu beginnen. Zu dieser Auseinandersetzung gehören intensive Gespräche mit den Patient*innen selbst, oder, wenn diese nicht mehr ansprechbar sind, mit den Angehörigen, um dem mutmaßlichen Willen des Patienten / der Patientin im vorliegenden Fall auf die Spur zu kommen und in seinem / ihrem Sinne entscheiden zu können (vgl. Frieß 2010, S. 17).

Indirekte Sterbehilfe

Die indirekte Sterbehilfe bildet gemeinsam mit der passiven Sterbehilfe die am häufigsten praktizierte Form in Deutschland. Sie findet bei 90% der Ärzt*innen grundsätzliche Zustimmung. Wenn es sich um finale Patient*innen

handelt, also solche, deren Tod aufgrund der Grunderkrankung unmittelbar bevorsteht, stimmen sogar 95,7% der Ärzt*innen der indirekten Sterbehilfe zu (vgl. Frieß 2010, S. 19).

In der letzten Phase einer tödlich verlaufenden Erkrankung kann es neben großen Schmerzen zu Angst- und Unruhezuständen bei den betroffenen Patient*innen kommen, die das Sterben belasten. Ihnen kann mit schmerzlindernden und sedierenden Medikamenten begegnet werden. Unter indirekter Sterbehilfe versteht man die Fälle, in denen Patient*innen solche Medikamente, wie beispielsweise Morphium, gegeben werden, wobei in Kauf genommen wird, dass diese Medikamente aufgrund der zusätzlichen Belastung des ohnehin geschwächten Körpers den Sterbeprozess beschleunigen (vgl. Platow 2010, S. 42).

Entscheidend ist dabei – vor allem auch im Hinblick auf die Unterscheidung zur aktiven Sterbehilfe – dass die Beschleunigung des Todeseintrittes eine ungewollte Nebenwirkung der Medikamentengabe darstellt. Auch wenn der Patient / die Patientin nicht ausschließlich an den Folgen der Grunderkrankung stirbt, sondern die medikamentöse Behandlung im Sinne eines ›double effect‹ dazu beiträgt, liegt die Intention nicht darin, den Tod des Menschen schneller herbeizuführen, sondern sein Leiden bis zum unvermeidlichen Todeseintritt zu lindern (vgl. Frieß 2010, S. 19f).

Assistierter Suizid

Der Begriff des assistierten Suizids oder auch der Beihilfe zur Selbsttötung bzw. Freitodbegleitung bezeichnet die »Mitwirkung bei der Selbsttötung eines erwachsenen, zurechnungsfähigen Menschen, vor allem durch die Verschaffung tödlich wirkender Medikamente, die Nichtverhinderung des suizidalen Aktes, aber auch durch das Unterlassen einer Behandlung des Suizidenten.« (Marquard 2007, S. 186)

Gemeint ist also die Übergabe einer tödlichen Medikamentenmischung, beziehungsweise eines tödlichen Giftes an den Sterbewilligen. Entscheidend ist in der Unterscheidung zur aktiven Sterbehilfe, dass der Patient das den Tod herbeiführende Mittel selbst zu sich nimmt und nicht von einer anderen Person verabreicht bekommt (vgl. Platow 2010, S. 43). Die über Tod oder Leben entscheidende letzte Handlung führt hier also der Sterbewillige selbst aus. Dieser hat also bis zum Schluss die uneingeschränkte Entscheidungsmacht, ob er den letzten Schritt gehen möchte oder nicht, während er diese bei der aktiven Sterbehilfe aus der Hand gibt (vgl. Frieß 2010, S. 22f).