

Empfehlung des

Ethik-Komitees der
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

Ethische Orientierungshilfe



zum Thema
„Ärztliche Beihilfe zum Suizid“



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH

Kranken- und Pflegeeinrichtungen

Inhaltsübersicht

	Seite
Vorwort	3
1. Einleitung	4
2. Definition	5
- Suizid	6
- Beihilfe zum Suizid	6
- Ärztlich assistierter Suizid	6
- Tötung auf Verlangen	7
- Behandlungen am Lebensende	7
- Therapiezieländerung	7
3. Strafrecht / Standesrecht	8
- § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung	8
4. Überlegungen aus Sicht der Kirchen	10
- Evangelische Sicht	10
- Darlegung aus katholischer Sicht	12
5. Aufgaben / Möglichkeiten der Palliativmedizin	16
6. Suizidalität und die Grenzen der Autonomie	17
7. Stellungnahme	18
8. Quellenangaben	20
Autoren	22

**Empfehlung des Ethik-Komitees
der Kath. St. - Johannes - Gesellschaft Dortmund gGmbH**

zum Thema „Ärztliche Beihilfe zum Suizid“

Vorwort

Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Angehörige,
liebe Mitarbeiterinnen, liebe Mitarbeiter,

viele Menschen wünschen sich ein gutes und leichtes Sterben. Hierunter verstehen manche einen Tod ohne langes Leiden oder ohne eine bewusste Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens.

Andere wiederum wünschen sich ein bewusstes Abschiednehmen im Kreis der Familie und Freunde. Schließlich treffen wir auch auf Menschen, die Zeitpunkt und Art ihres Todes selbst bestimmen wollen.

Wird ärztlich assistierter Suizid zukünftig Teil unserer Sterbekultur?

Die vorliegende Empfehlung gibt Informationen für eine angemessene Diskussion dieses aktuellen medizinethischen Themas.

Dr. Horst Luckhaupt
Vorsitzender Ethikkomitee

1. Einleitung

Die Diskussion zum „Ärztlich begleiteten Suizid“ ist in den letzten Jahren immer stärker in die Wahrnehmung der Öffentlichkeit gerückt. Das Thema erlangt besondere Aktualität bei der Behandlung von schweren, unheilbaren Erkrankungen. Die Praxis zeigt, dass der hohe medizinische Fortschritt unserer Tage häufig keine Heilung garantieren kann, er gerät an seine Grenzen oder wird im schlimmsten Fall als Ursache für eine unnötige Verlängerung des Leidens betrachtet. In einer solchen, ausweglos erscheinenden Situation wird ein selbstbestimmtes Lebensende oftmals als einzige Alternative gesehen. Der professionell und ärztlich begleitete Suizid soll dabei eine menschenwürdige, humane Art des Scheidens aus diesem Leben sicherstellen. In der gegenwärtigen Argumentation „pro und contra“ stehen sich Befürworter und Gegner¹ einer Praxis des ärztlich begleiteten Suizids oftmals unversöhnlich gegenüber.

Gegner erwähnen häufig das „Dambruchargument“, eine Freigabe würde zu einem rapiden Anstieg der Suizide führen. Der Mensch dürfe nicht selbst über Tod und Leben entscheiden, denn das Leben sei ein Geschenk. Die Schmerztherapie sei so weit fortgeschritten, dass ausreichend Linderung möglich wäre. Hospizdienste und Palliativstationen leisteten eine wichtige Arbeit in der Begleitung schwerstkranker Menschen bis zum Tode.

Befürworter sprechen davon, dass ein Geschenk keinen verpflichtenden Charakter habe, jeder Mensch habe selbstverständlich das Recht, über die Art und Weise sowie den Zeitpunkt des eigenen Todes zu entscheiden. Das Palliativnetz sei keineswegs ausreichend ausgebaut, die Schmerztherapie könne nicht jedem Menschen helfen.

In der Debatte wird häufig auf das im Grundgesetz verbrieft Selbstbestimmungsrecht verwiesen: Jeder hat das „Recht auf körperliche Unversehrtheit“ (Art. 2 GG), d.h. auch auf eine angemessene medizinische Behandlung. Daraus ergibt sich aber nicht die individuelle Verpflichtung, alle Möglichkeiten der Medizin ausnutzen zu müssen. Der Mensch entscheidet in Freiheit (Art. 2 GG). Wunsch und Wille des Patienten müssen somit auch maßgeblich sein für eine medizinische Behandlung,

¹⁾ Wir bitten um Verständnis, dass wir zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes ausschliesslich die männlichen Bezeichnungen verwenden.

selbst wenn sich der Betreffende nicht mehr äußern kann. Für diese Lebensphase wurden 2009 durch den Gesetzgeber die Instrumente der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht gestärkt.

In der öffentlichen Diskussion lässt die Art der Formulierung nicht immer darauf schließen, was konkret mit „ärztlich assistiertem Suizid“ oder „Suizidbeihilfe“ gemeint ist: Wer hat die Handlungshoheit? Bedeutet „Assistenz“ das Geben einer Injektion oder nur das Verschreiben eines Medikamentes?

Jeder Mensch kann in eine besondere Situation kommen, die eine eigene Meinung oder sogar eine Entscheidung herausfordert. Die weiteren Ausführungen unserer Empfehlung sollen eine Hilfe sein für die eigene Argumentation und einen Beitrag dazu leisten, die Position der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund in diesen Fragen nachvollziehen zu können.

2. Definitionen

In Deutschland wurden bis vor kurzem die Begriffe aktive, passive und indirekte Sterbehilfe verwendet. Im internationalen Sprachgebrauch sind vergleichbare Ausdrücke unbekannt. Der Nationale Ethikrat empfahl schon 2006 in einer Stellungnahme, diese Bezeichnungen aufzugeben, da „es sich um missverständliche und irreführende Begriffe“ handle. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs vom 25.06.2010 darf der Patientenwille durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) umgesetzt werden.

In der Praxis zeigen sich extreme Unsicherheiten bzgl. der Zuordnung einzelner Maßnahmen am Lebensende zu den jeweiligen Sterbehilfebegriffen. Aus diesem Grund hat sich das Ethik-Komitee der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund entschieden, in weiteren Empfehlungen von „Tötung auf Verlangen“, „Behandlung am Lebensende“ und „Therapiezieländerung/Therapiebegrenzung“ zu sprechen.

Suizid:

Laut Weltgesundheitsorganisation ist der Suizid ein Akt der vorsätzlichen Selbsttötung. Eine eigenverantwortliche Lebensbeendigung ist in Deutschland nicht strafbar.

Der Suizidversuch ist eine selbst verursachte selbstschädigende Handlung eines Menschen mit der Absicht, sein eigenes Leben zu beenden.

Beihilfe zum Suizid:

Um Beihilfe zum Suizid handelt es sich, wenn jemand einem Sterbewilligen die Selbsttötung ermöglicht. Die Hilfe kann vielfältige Formen haben. Sie kann zum Beispiel darin bestehen, jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation ins 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 Unterstützer bei der helfenden Beteiligung am Suizid das Geschehen nicht selbst in der Hand hält. Den entscheidenden Akt des Suizids muss der Sterbewillige eigenständig vollziehen, indem er das Getränk mit der tödlich wirkenden Substanz austrinkt, den tödlichen Schuss abfeuert (Flaspöhler 2014).

Der Gesetzgeber hat im November 2015 das Strafrecht geändert und in § 217 StGB die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt (s. Kapitel 4 „Strafrecht / Standesrecht“).

Ärztlich assistierter Suizid:

Rechtlich gesehen ist auch der ärztlich assistierte Suizid zuerst einmal eine Beihilfe zum Suizid. Unter Umständen können in dieser Konstellation Abgrenzungsprobleme entstehen, die bei Nichtmedizinern nicht auftreten. Weil der Arzt eine Behandlungspflicht haben könnte, die andere Menschen in dieser Form nicht haben, könnte ein ärztlich assistierter Suizid strafrechtlich anders bewertet werden. Mit Blick auf die neueren gesetzlichen Regelungen zur Patientenverfügung und zur Bedeutung des mutmaßlichen Willens stehen diese Bedenken allerdings nicht im Zentrum der Diskussion.

Bedeutsamer ist die Bewertung des ärztlich assistierten Suizids unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Ärzte sich an das Strafgesetzbuch halten müssen, zusätzlich aber noch eine eigene Berufsordnung haben (s. Kapitel 3 „Strafrecht / Standesrecht“).

Tötung auf Verlangen:

Gemäß § 216 StGB liegt eine Tötung auf Verlangen vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt (= vormals „Aktive Sterbehilfe“). Die lebensbeendende Handlung führt ein Dritter aus, der den Betroffenen tötet.

Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten und wird mit Freiheitsstrafen zwischen sechs Monaten und fünf Jahren geahndet.

Behandlungen am Lebensende:

Bei der Gabe von Medikamenten mit der Absicht, Schmerzen zu lindern und/oder das Bewusstsein zu reduzieren (z.B. „Palliative Sedierung“), um so die Belastung durch sonst kaum erträgliches Leiden zu vermindern, kann möglicherweise durch unbeabsichtigte Nebenwirkungen der Eintritt des Todes beschleunigt werden. Im Vordergrund steht hier stets die Symptomlinderung und nicht die Beschleunigung des Sterbens. Diese Behandlung ist unter der Voraussetzung, dass eine medizinische Indikation vorliegt, in Deutschland straf- und auch berufsrechtlich für Ärzte zulässig (= vormals „Indirekte Sterbehilfe“).

Therapiezieländerung:

Nicht strafbar sind auch das Unterlassen, das Begrenzen oder Beenden von lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht. Dazu zählen insbesondere der Verzicht auf künstliche Ernährung, die Reduktion oder Beendigung von Flüssigkeitszufuhr, von Medikamenten, einer künstlichen Beatmung, einer Dialyse oder die Nichtdurchführung einer Reanimation. Der Begriff „Therapiezieländerung“ fokussiert darauf, dass nicht grundsätzlich auf alle therapeutischen Maßnahmen verzichtet wird, wie der Begriff des

„Behandlungsabbruchs“ nahelegt. Vielmehr wird die Therapie an die individuellen Wünsche angepasst. Vorrangig soll das Leiden des Patienten verringert werden (= vormals „Passive Sterbehilfe“).

Die Bundesärztekammer nimmt in den 2011 novellierten Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung wie folgt Stellung: „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.“

3. Strafrecht / Standesrecht

In den Niederlanden ist die Tötung auf Verlangen in bestimmten Fällen schon seit Jahren straffrei, in Belgien in ausgewählten Situationen sogar bei Minderjährigen. Wie stellt sich die Situation bei uns in Deutschland dar: was ist wie geregelt?

Suizid ist in Deutschland straffrei. Straffrei ist auch die Beihilfe zum Suizid, nicht aber die Tötung auf Verlangen. Neu ins Strafgesetzbuch aufgenommen wurde 2015 der § 217 zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB). Bestraft wird danach, wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt. Nicht bestraft werden hingegen Angehörige des Suizidenten oder Personen, welche ihm nahestehen.

§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Der Gesetzgeber will damit die Dienstleistung von Sterbehilfevereinen unterbinden. Dazu wurde die Bedingung „geschäftsmäßig“ verwendet. Das bedeutet, dass das Handeln auf Wiederholung angelegt ist, unabhängig von einer finanziellen Honorierung.

Diese strafrechtlichen Regelungen gelten für alle Personen – natürlich auch für Ärzte.

Zusätzlich zum Strafrecht gelten für Ärzte allerdings auch standesrechtliche Regelungen. Die Bundesärztekammer formuliert 2011 in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist hingegen keine ärztliche Aufgabe“. Auch wenn die Beteiligung am Suizid nicht unter den § 217 StGB fällt, drohen möglicherweise standesrechtliche Konsequenzen bis zum Entzug der ärztlichen Berufserlaubnis.

Für die Berufsordnung für Ärzte sind jeweils die einzelnen Bundesländer bzw. Behörden der Landesärztekammern zuständig, wo die Regelungen teils unterschiedlich ausformuliert werden. In der Bayerischen Berufsordnung lautet der § 16: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen“ (2015). Andere Landesärztekammern fügen noch einen Satz zum Suizid hinzu, und auch diese Regelungen fallen teils unterschiedlich aus, sogar innerhalb Nordrhein-Westfalens. So gibt die Ärztekammer Nordrhein vor: „Sie (die Ärzte) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ und die Ärztekammer Westfalen-Lippe formuliert: „Sie sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ (2016). Diese unterschiedlichen Formulierungen machen die wenig einheitliche Haltung innerhalb der Ärzteschaft deutlich. Der Entzug der ärztlichen Approbation (= Berufserlaubnis) kann nur bei Verstößen gegen das Strafrecht erfolgen – daher ist keine Ärztekammer zuständig, sondern die staatliche Gerichtsbarkeit. Wenn sich also ein Arzt im rechtlich zulässigen Einzelfall (gem. § 217 Abs. 2 StGB) für die Beihilfe zum Suizid entscheidet, dann verstößt er möglicherweise gegen seine Berufsordnung (je nach Kammerbezirk!). Bisher erfolgte in Deutschland trotz mehrfacher Strafanzeigen noch keine Verurteilung. Folglich ist wegen der Beihilfe zum Suizid bislang noch keine Approbation entzogen worden.

Anders verhält es sich, wenn das Handeln des Arztes als geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung ausgelegt wird und damit den Straftatbestand des § 217 StGB erfüllt.

Wie verhält es sich mit einer Beratung: Dürfen Ärzte mit Patienten über Suizid reden?

Ein Beratungsgespräch über konkrete Medikamente oder Verfahren zur vorzeitigen Lebensbeendigung (Suizid) ist nicht Auftrag für heilberuflich Tätige. Insbesondere dürfen keine Hinweise gegeben werden, die als Förderung der Selbsttötung gem. § 217 StGB gesehen werden können. Einen Suizid zu verhindern und Lebensperspektiven darzustellen muss immer Ziel des Gespräches sein.

Es gehört zweifellos zu den ärztlichen Aufgaben, bei seinem Patienten eine behandlungsbedürftige Depression auszuschließen und zu prüfen, ob der Wunsch nach Beendigung seines Lebens eine stabile Entscheidung darstellt.

Wenn nun ein Patient mit seinem Arzt über seine Suizidgedanken oder seine konkreten Suizidabsichten spricht, dann darf dies kein Grund für einen Gesprächsabbruch sein. Immerhin vertraut sich der Patient seinem Arzt an. Der Arzt soll versuchen, die Gründe für den Suizidwunsch zu erkennen und im weiteren Verlauf Alternativen zur vorzeitigen Lebensbeendigung auf zu zeigen (Suizidprävention).

4. Überlegungen aus Sicht der Kirchen

Evangelische Sicht

Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) sieht sich sowohl dem Schutz des menschlichen Lebens als auch dem Schutz der Menschenwürde verpflichtet (EKD 2008). Diese doppelte Verpflichtung wirkt auf den ersten Blick selbstverständlich. Sie führt für die EKD indes angesichts der ethischen Beurteilung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung in ein Spannungsverhältnis:

Einerseits folgt aus der Achtung der Menschenwürde der Respekt vor dem Recht zur Selbstbestimmung, gerade auch im Leid. Andererseits sieht sich die EKD fest im gesellschaftlichen Grundkonsens verankert, Suizide nach Möglichkeit zu verhindern und Menschen zum Leben zu verhelfen.

Gilt es, sich auf die Seite des Lebensschutzes zu stellen und dabei gegebenenfalls Selbstbestimmung am Lebensende zu unterbinden? Oder gilt es, einen Sterbewunsch auf jeden Fall zu respektieren und dabei den an sich gebotenen Schutz des Lebens aufzuweichen?

Angesichts dieses Spannungsverhältnisses stellt sich die Frage, ob Christen den ärztlich assistierten Suizid als eine Wahlmöglichkeit für sich und für andere verstehen können oder nicht.

Die EKD stellt heraus, dass Christen im Leben ein Geschenk Gottes sehen. Sie sind dazu aufgerufen, das Leben in seinen Höhen und Tiefen als Gabe zu verstehen und sich durch den Geber dieses Lebens führen zu lassen. Gerade schlimme Erfahrungen – z.B. eine unheilbare Erkrankung oder der Verlust eines geliebten Menschen – müssen dann nicht nur als Störungen des eigenen Lebensentwurfes bewertet werden. Vielmehr kann sich die Möglichkeit eröffnen, auch das kaum Erträgliche anzunehmen und in das eigene Leben zu integrieren. Und so werden sich Christen angesichts einer leidvollen, tödlich verlaufenden Erkrankung die Frage stellen, ob es nicht zu ihrem Grundverständnis vom Leben gehört, eine solche Krankheit zu akzeptieren, mit allem, was das an Schmerzen, Leiden und Beeinträchtigungen auch für Angehörige und Nahestehende bedeutet.

Zudem betont die EKD, dass es gilt, auch diejenigen nicht zu verurteilen, die sich in einer Ausnahmesituation für die Beendigung des eigenen Lebens entscheiden. „Das Evangelium wirbt dafür, dass Menschen sich durch es bestimmen lassen in der eigenen Lebensführung, aber es zwingt nicht und hindert sie nicht daran, ihr Leben anders zu begreifen und zu gestalten“ (EKD 2008). Nicht moralisches Verurteilen ist angesichts der Not eines Suizidenten gefragt, sondern ärztliche, psychologische und seelsorgerliche Begleitung und Hilfe (Dabrock 2015).

Was bedeutet all das für die ärztliche Beihilfe zum Suizid? Zunächst ist es schwer vorstellbar, Beihilfe zu leisten, wenn der Arzt den Suizid aufgrund eigener Überlegungen als Option ablehnt. Er verstieße dann gegen die eigene bindende Gewissensüberzeugung. Will der Arzt aber, dass diese eigene Überzeugung akzeptiert wird, dann wird er auch die Sicht anderer auf ihr Leben und Sterben akzeptieren. Er wird dann nicht nur hinnehmen, dass ein anderer zu der Entscheidung gelangt, sein Leben zu beenden. Sondern er wird auch tolerieren müssen, dass andere Menschen Suizid-

beihilfe in dieser Ausnahmesituation leisten (EKD 2008).

Abzulehnen ist für die EKD hingegen die Ermöglichung ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung durch staatliches Recht. Der gesellschaftliche Grundkonsens weist dem Arzt gerade die Aufgabe zu, Suizidversuche abzuwenden und zum Leben zu verhelfen. Somit darf ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht zu einer durch das Recht gedeckten Regel werden, sondern muss eine Ausnahme bleiben. Dem Arzt kommt dabei eine große Verantwortung zu, und die Strafrechtsprechung hat ihm in diesem Zusammenhang eine nicht zu eng begrenzte Entscheidungsfreiheit einzuräumen. Die Rechtsprechung steht vor der Aufgabe, den schwierigen Konfliktlagen, in die Ärzte geraten können, angemessen Rechnung zu tragen (EKD 2008).

Darlegung aus katholischer Sicht

Unser Erzbischof Hans Josef Becker äußert sich in einem Fastenhirtenbrief aus dem Jahr 2015 zum Thema des assistierten Suizides und der Selbsttötung wie folgt: „Angesichts des Geschenks des menschlichen Lebens aus göttlicher Hand verbietet sich aus christlicher Sicht eine direkte und aktive Beendigung des Lebens.“ (Becker, 2015) Die Deutsche Bischofskonferenz spricht sich gegen eine Beihilfe zur Selbsttötung aus, räumt aber ein, dass Hilfe beim Sterben durch die sog. passive Sterbehilfe einschließlich der Therapiezieländerung ethisch vertretbar sei.

Wie kommt es zu diesen unterschiedlich akzentuierten Äußerungen im Zusammenhang mit unserem Thema, ausgehend von einem Beinahe-Verbot (es verbietet sich) bis hin zu einer bestimmten, aber eher fürsorglichen Sicht des Seelsorgers mit dem Appell zur Förderung der Hospizarbeit?

Alle christlichen Kirchen haben ein gemeinsames Grundverständnis, wenn es um die letzten Fragen in unserem Leben geht: Unser Leben kommt und ist getragen von Gott, wir gehen unseren Weg, und diese Welt, wie wir selbst, wird ihre Vollendung und Vervollkommnung finden in Gott (Apostolisches Glaubensbekenntnis: „Ich glaube an Gott ... den Schöpfer des Himmels und der Erde...“). Der Mensch hat eine besondere Position in der Welt. Er ist als Geschöpf Dialogpartner des Schöpfers. Diese Leben schenkende Liebe und Zuwendung des Schöpfer-Gottes fordert unsere Antwort heraus: Er fragt uns, wir antworten, wir rufen ihn, er hört uns

(Gen3,9; Ps102). Darin verwurzelt ist unsere besondere Würde und Verantwortung – für uns selbst und für andere. Den stärksten Ausdruck dieser Realität finden wir in dem Gebot, das Jesus Christus als das wichtigste bezeichnet hat: Du sollst den Herrn deinen Gott lieben, mit aller Kraft, und deinen Nächsten wie dich selbst (Lk10,27).

Aus katholischer Sicht ist der Suizid ein Verstoß gegen dieses grundlegende Gebot der Nächsten- und Eigenliebe: Wer sich von „Glaube, Hoffnung und Liebe“ (1Kor13,13) getragen weiß, wird nicht töten – weder andere, noch sich selbst, er kann gar nicht anders, denn diese Liebe ist ursprünglich und bedingungslos, schließt auch das Leiden mit ein, das im Kreuzestod Jesu seine Überwindung und Erlösung gefunden hat.

Mit Blick zurück auf das im Alten Testament formulierte 5. Gebot: „Du sollst nicht töten“ (Ex20,13 – andere Übersetzungsmöglichkeit: „...du wirst nicht töten“) kommt ein weiterer wichtiger Aspekt hinzu: Wenn die Schöpfungsordnung das Abbild des göttlichen Willens und Schaffens ist (Gen1,1), dann darf nichts geschehen, was von dieser Ordnung abweicht. Gott hat einen Plan mit dieser Welt. Grundsätzlich verbietet sich damit auch der Eingriff in den natürlichen Verlauf des menschlichen Lebens. (Thomas von Aquin: „Jedes von Menschen erlassene Gesetz hat insoweit den Charakter eines Gesetzes, insoweit es vom Naturgesetz abgeleitet wird. Wenn es aber in irgendetwas von dem Naturgesetz abweicht, dann wird es nicht mehr Gesetz, sondern die Zersetzung des Gesetzes sein“ .

Nach menschlichem Ermessen setzt ein Suizid den lebendigen Dialog mit Gott aufs Spiel und verstößt gegen das von Gott gegebene Gebot und Naturrecht. Das bedeutet schwere Schuld, die ihre Auflösung und Vergebung nur im Schöpfer selbst finden kann.

Insofern kann die katholische Kirche keinen anderen Weg gehen, als Gesetze abzulehnen, die sich gegen die von Gott gewollte Natur des Menschen richten. Die Kirche spricht von der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Jegliche Hinwendung zu einer anderen Praxis, und sei es auch auf indirekte Art und Weise, wäre ein Tabubruch. Deswegen bezeichnet der Katholische Katechismus von 1997 den Suizid als „Selbstmord, schwere Verfehlung und Ärgernis“. Wir dürfen in dieser Weise „nicht über unser Leben verfügen“, und: „Freiwillige Beihilfe zum Selbstmord verstößt gegen das sittliche Gesetz“. Dem Leben kranker,

behinderter oder sterbender Menschen ein Ende setzen zu wollen oder sich daran zu beteiligen, aus welchen Gründen und mit welchen Mitteln auch immer, ist aus katholischer Sicht unannehmbar: „Eine Handlung oder eine Unterlassung, die von sich aus oder der Absicht nach den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen, ist ein Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen Gott, dem Schöpfer, schuldet. Das Fehlurteil, dem man gutgläubig zum Opfer fallen kann, ändert die Natur dieser mörderischen Tat nicht, die stets zu verbieten und auszuschließen ist.“ .

In Fragen des Lebens und des Todes, wie wir sie uns heute im Zusammenhang mit assistiertem Suizid stellen, bleibt es natürlich nie bei der Theorie, da wird es immer konkret. Beispiel: In einem Fall von assistiertem Suizid vor einigen Jahren nahm sich eine ansonsten gesunde Frau das Leben aus Angst vor einer evtl. einmal drohenden Pflegebedürftigkeit. In einem anderen Fall fragt ein chronisch kranker Patient mit einer aussichtslosen, leidvollen Perspektive vielleicht nach dem Sinn von Krankheit und Schmerz und erwägt im ärztlichen Gespräch, seinem Leben und Leiden ein Ende zu setzen, bittet um Hilfe.

Die Kirche blendet diese Fragen nicht aus und möchte Antworten geben. In der Konstitution „Gaudium et Spes“ des II. Vatikanischen Konzils heißt es: „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihren Herzen seinen Widerhall fände.“

Ein Mensch, der sich selbst getötet hat oder die Absicht äußert, kann demnach von Seiten der Kirche nicht verurteilt werden – diese Rolle des Richters über gut und böse, richtig oder falsch kommt uns nicht zu. Es gibt sogar Situationen, in denen die Kirche die Entscheidung zur Selbsttötung für möglich hält: Im Falle schwerer psychischer Störungen, Angst oder bei schwerer Furcht vor einem Schicksalsschlag, vor Qual oder Folterung. Hierbei wird allerdings nicht die Tat als solche für gut befunden oder als normale Option betrachtet, vielmehr wird die Verantwortlichkeit des einzelnen für sein Tun in einer solchen Situation im Hinblick auf die Schuldfrage als vermindert angesehen.

Kirche ist auch Seelsorge, will und darf die Menschen nicht allein lassen mit ihren Problemen, Sorgen und Ängsten. Daher formuliert der Katholische Katechismus positiv die folgenden Aspekte :

- Menschen, die versehrt oder geschwächt sind, brauchen unsere besondere Beachtung.
- Kranke oder Behinderte sind zu unterstützen, damit sie ein möglichst normales Leben führen können.
- Die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis.
- Unwillentliches oder unbeabsichtigtes Töten ist moralisch nicht anrechenbar, weil nicht die direkte Absicht im Vordergrund steht, jemanden töten zu wollen. Deswegen dürfen schmerzlindernde Mittel verwendet werden, um die Leiden des Sterbenden zu erleichtern selbst auf die Gefahr hin, sein Leben abzukürzen.
- Entscheidungen sind vom Patienten selbst zu treffen, falls er dazu fähig und imstande ist, andernfalls von den gesetzlich Bevollmächtigten, wobei stets der vernünftige Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu achten sind.

Die Institution oder Praxis eines ärztlich assistierten Suizides, vielleicht sogar in Gesetzesform, ist aus Sicht der katholischen Kirche aufgrund der genannten Voraussetzungen nicht möglich. Zwar ist die Verantwortung des Einzelnen für seine Gewissensentscheidung zu respektieren. Aber neben dem Respekt vor der Gewissensentscheidung Einzelner muss die Kirche zu einer Gewissensbildung beitragen, indem sie gleichzeitig positive Alternativen fördert und fordert. Johannes Paul II. sagt in seiner Enzyklika „Evangelium Vitae“ mit dem Untertitel „An die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens - über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens“: „Abtreibung und Euthanasie sind ... Verbrechen, die für rechtmäßig zu erklären sich kein menschliches Gesetz anmaßen kann. Gesetze dieser Art rufen nicht nur keine Verpflichtung für das Gewissen hervor, sondern erheben vielmehr die schwere und klare Verpflichtung, sich ihnen mit Hilfe des Einspruchs aus Gewissensgründen zu widersetzen.“

Ausgehend von einem christlichen Menschenbild ist und bleibt das grundsätzliche Anliegen der Kirche zu Recht die Wahrung und Bildung einer humanen, solidarischen Gesellschaft, in der von Behinderung Betroffene nicht ausgeschlossen werden und in der Kranke und Leidende die notwendige Zuwendung durch uns erhalten.

5. Aufgaben / Möglichkeiten der Palliativmedizin

Nach den Grundsätzen der Palliativ- und Hospizbewegung ist das Sterben ein Teil des Lebens. Lebensqualität kann und soll es auch in der letzten Phase des Lebens geben. Ziel der palliativen Unterstützung und Behandlung ist die bestmögliche Lebensqualität für den Kranken, seine Familie und Freunde.

Die Palliativ- und Hospizbewegung lehnt grundsätzlich jede Form einer aktiven Lebensverkürzung ab – sei es die Tötung auf Verlangen oder den (ärztlich) assistierten Suizid. Folgende Zitate verdeutlichen dies:

„Sterben heißt Leben bis zuletzt.“

„Nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben geben.“ (C. Saunders, engl. Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin, Begründerin des 1. modernen Hospizes in London)

Tatsächlich denken Betroffene regelmäßig sehr wohl über eine vorzeitige, aktive Beendigung ihres Lebens nach. Vor allem eine schlechte Symptomkontrolle (z.B. starke, lang anhaltende Schmerzen oder Luftnot) und die Angst vor Autonomieverlust lassen am Sinn des Weiterlebens zweifeln. Häufig kann in solchen Situationen durch eine Linderung der Symptome im Rahmen einer multiprofessionellen Palliativbehandlung eine Distanzierung zum Todeswunsch erreicht werden. Manchmal gelingt es, dass ein Todkranker auch in nahezu aussichtsloser Situation wieder Lebensfreude erlangt. Dann treten Wünsche nach einer vorzeitigen Beendigung des Lebens rasch in den Hintergrund.

Trotzdem begleiten Todeswünsche viele Patienten durch ihre Erkrankung. Für viele stellt assistierter Suizid einen zumindest denkbaren Ausweg dar, falls eine für sie unerträgliche Situation eintreten sollte. So bleibt das Gefühl, trotz allen Leides noch Kontrolle über das eigene Leben zu behalten und nicht um jeden Preis alles erdulden zu müssen. In den wenigsten Fällen wird das Vorhaben des (assistierten) Suizids aber in die Tat umgesetzt.

Allerdings gibt es Menschen, die auch bei guter palliativmedizinischer Unterstützung an ihrem Todeswunsch festhalten und fortgesetzt um Hilfe beim Suizid bitten. Dies ist für das gesamte therapeutische Team eine besondere Herausforderung, mit der alle in die Behandlung und Begleitung eingebundenen Berufsgruppen in großer Verantwortung und

Wertschätzung umgehen müssen.

Aufgabe in der Begleitung muss auf jeden Fall sein, den Wünschen und Ängsten der Patienten mit Respekt zu begegnen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und zusammen mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen nach einem gemeinsamen Weg zu suchen.

6. Suizidalität und die Grenzen der Autonomie

Im Zentrum des kontrovers geführten ethischen Diskurses zur Suizidbeihilfe stehen zum einen das Recht des Menschen auf Selbstbestimmung, zum anderen die Verpflichtung zur Suizidprävention.

Suizidalität kann grundsätzlich bei Menschen in allen Lebensphasen auftreten. Suizide bzw. Suizidversuche kommen am häufigsten in psychosozialen Krisen und bei psychischen Erkrankungen wie z.B. Depression, Schizophrenie und Suchterkrankungen vor (Schildmann, Vollmann 2006). Häufig liegt bei psychiatrischen Erkrankungen eine Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit vor, die das Selbsterleben dieser Menschen eingrenzen und negativ prägen kann. Daher sollte die Selbstbestimmungsfähigkeit in solchen Fällen kritisch hinterfragt werden (Schildmann, Vollmann 2006). Ebenso kann es durch die psychische Belastung bei einer schweren körperlichen Erkrankung zu einer Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit kommen (Schildmann, Vollmann 2006).

Besonders die Differenzierung zwischen einem im Kontext von psychischen Störungen und Krankheiten auftretenden Sterbewunsch und dem als Ergebnis eines wohlbedachten Abwägungsprozesses formulierten Willen ist äußerst schwierig (Schildmann, Vollmann 2006). Bei Zweifel an der Urteilsfähigkeit sollte daher ein Facharzt hinzugezogen werden.

Alein die Fokussierung auf die persönliche Freiheit des Suizidwilligen verhilft nicht zu einer Klärung ob es geboten ist, die vom Patienten getroffene Entscheidung zu akzeptieren oder ihn von seiner Entscheidung abzubringen und ggf. gegen seinen Willen zu behandeln. Selbst wenn die Entscheidungsfähigkeit eines Patienten zweifelsfrei gegeben ist, stößt das Selbstbestimmungsrecht an seine Grenzen, wenn Dritte zur Beihilfe verpflichtet werden sollen.

7. Stellungnahme

Wir als Mitarbeiter der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund respektieren die Entscheidungsfreiheit und das Selbstbestimmungsrecht unserer Patienten. Trotzdem leisten wir keine Beihilfe zum Suizid. Die Gründe hierfür sind Aspekte des christlichen Menschenbildes und der Respekt vor dem menschlichen Leben sowie unsere Fürsorgepflichten dem Patienten gegenüber. Selbstverständlich ist Suizid nicht verboten, aber niemand hat einen Anspruch, dabei Hilfe zu erhalten.

Wenn sich nun ein Patient Beihilfe zum Suizid wünscht, dann stellt dies für uns eine besondere Konfliktsituation dar. Die Autonomie ist sicher ein hohes Gut, aber gleichzeitig können und wollen wir nicht gegen unsere Überzeugung handeln. Uns ist allerdings wichtig, dass wir unsere Patienten nicht allein lassen. Dazu gehört, dass wir einen Suizidwunsch nicht tabuisieren und ihn zunächst einmal aushalten und niemandem von vornherein etwas ausreden. Die Motive hierfür und die Zusammenhänge müssen verstanden und bewertet werden. Ein Todeswunsch bedeutet nicht zwangsläufig, dass ein Patient tatsächlich Suizid begehen möchte. Auch bedeutet eine vom Patienten geäußerte Bitte um Beihilfe zum Suizid nicht das Ende des Gesprächs. Wir werden uns mit dem Patienten intensiv auseinandersetzen, um dessen Motive und Beweggründe zu erkennen.

Nach Kräften werden wir im Rahmen von Suizidprävention Alternativen aufzeigen. Unserer Erfahrung nach eröffnen sich mit multiprofessioneller Hilfe häufig Perspektiven, die zu Beginn noch nicht erkennbar waren. Hilfreiche Unterstützung bieten insbesondere das Klinische Ethikkomitee, die Mitarbeiter in den Bereichen Palliativmedizin, Psychiatrie, Psychoonkologie, Seelsorge und Sozialdienst.

Bei Suizidwünschen in der letzten Lebensphase sehen wir als eine Alternative palliativmedizinische Betreuung, welche die Lebensqualität von Patienten verbessern oder erhalten kann.

Im Zuge der Umsetzung von Patientenwünschen können im Einzelfall Gewissenskonflikte und Gewissensnöte entstehen. Dazu kann eine ethische Fallbesprechung helfen. Auch die Bundesärztekammer hat zum neuen § 217 StGB Position bezogen und gibt Hinweise dazu, wie in unterschiedlichen Situationen gehandelt werden darf (Bundesärztekammer 2017).

Die individuelle Position von Mitarbeitern mag von der Lehrmeinung der katholischen Kirche abweichen. Als Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees möchten wir daher durch diese Stellungnahme und entsprechende Fortbildungen auch erreichen, dass zum Wunsch nach ärztlicher Beihilfe zum Suizid jeder Mitarbeiter die Position der Katholischen St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund kennt. Von den Mitarbeitern erwarten wir, dass sie die Position des Krankenhaus-Trägers verstehen und achten, selbst wenn sie zu einzelnen Aspekten eine andere Haltung vertreten.

8. Quellenangaben

Aquin, T. v. (kein Datum).
Summa theologiae, I-II, q. 95, a. 2.

Ärzttekammer Nordrhein:
Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte, Rheinisches
Ärzteblatt 2016 Heft 5, S. 48

Bayerische Landesärztekammer:
Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, Bayerisches Ärzteblatt 2015, 70.
Jg., Heft 12, S. 669

Becker, Hans-Josef:
Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung,
Fastenhirtenbrief 2015

Bundesärztekammer:
Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2011,
108. Jg., Heft 7, S. 346-348

Bundesgerichtshof, Zweiter Strafsenat:
Entscheidung von 25.06.2010 (2 StR 454/09), BGHSt 55, 191

Dabrock, Peter, Bioethik des Menschen, in: Wolfgang Huber, Torsten
Meireis, Hans-Richard Reuter (Hrsg.): Handbuch der Evangelischen
Ethik, München 2015, S. 517-583

Deutsche Bischofskonferenz:
Katechismus der Katholischen Kirche, München 1995

Deutsche Bischofskonferenz:
Sterben in Würde - Worum geht es eigentlich? (Flyer) 2014a

Deutsche Bischofskonferenz:
Deutsche Bischofskonferenz bekräftigt Haltung zur Sterbehilfe „AUCH IM
LEIDEN UND IM STERBEN DAS LEBEN BEJAHEN“, Pressemitteilung Nr.
163 vom 25.09.2014, 2014b

Flaßpöhler, Svenja:
„Mein Wille geschehe?“, Philosophie Magazin, 2014, Nr. 3 S. 14-18

Rat der EKD (Hrsg.):

Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum besonderen Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung, EKD-Text 97, 2008

KK2. Abschnitt, 2. Kapitel, Artikel 5. (1997)

http://www.vatican.va/archive/DEU0035/_INDEX.HTM.

Nationaler Ethikrat:

Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende (Stellungnahme), Berlin 2006

Schildmann, Jan; Vollmann, Jochen:

Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung. Ethische, rechtliche und klinische Aspekte, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2006, 131. Jg., S. 1405-1408

Vatikan. (1965)

http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-etspes_ge.html. Rom.

Vatikan. (1995).

http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/de/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Rom.

Mitglieder des Ethik-Komitees

- **Kurt Grey**
Fachpfleger Intensiv, Controlling
St.-Johannes-Hospital
- **Susanne Heck**
Pflegerdienst Palliativstation
St.-Johannes-Hospital
- **Andreas Hinzmann**
Sozialdienst
St.-Johannes-Hospital
- **Olaf Kaiser**
Ev. Krankenhausseelsorge
St.-Johannes-Hospital
- **Dr. Susanne Lindner**
Oberärztin Palliativstation
Klinik für Innere Medizin II
St.-Johannes-Hospital
- **Dr. med. Horst Luckhaupt**
Chefarzt HNO-Klinik
St.-Johannes-Hospital
Vorsitzender Ethik-Komitee

- **Bernd Mathias**
Stationsleitung P1/P2 Psychiatrie
Marien Hospital Hombruch
- **Regina Misiok-Fisch**
Heim- und Pflegedienstleitung
Christinenstift
- **Thomas Müller**
Kath. Krankenhausseelsorge
St.-Johannes-Hospital
- **Fred Oberhag**
Leiter Wirtschaftsabteilung
St.-Johannes-Hospital
- **Thomas Wirriger**
Oberarzt IntensivPflege-Einheit
Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin
St.-Johannes-Hospital



**KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH**

Kranken- und Pflegeeinrichtungen

Johannesstraße 9-17
44137 Dortmund
Telefon 0231-18 43-0
Telefax 0231-1843-2207
www.st-johannes.de