

# „Sterbehilfe(n) – Handlungsoptionen im Kontext der Selbstbestimmung“

---

VORTRAG

PROF. DR. INGO PROFT

# Gliederung

---

## ***Einleitung***

### ***I. Klärung der Begriffe***

- ❖ Was meinen eigentlich Autonomie und Selbstbestimmung?
- ❖ Wo liegt der Unterschied zwischen Suizid, assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen?

### ***II. Die „aktuelle“ Rechtslage – Standortbestimmung und ethische Einordnung***

- ❖ Was war die Ausgangslage?
- ❖ Was hat sich mit dem Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 geändert?
- ❖ Von welcher „Menschenwürde“ sprechen wir eigentlich?

### ***III. Konsequenzen – (nicht nur) für christliche Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen***

- ❖ Wie kann gelebte Mitmenschlichkeit und echte Hilfe im Sterben gelingen?
- ❖ Was kennzeichnet eine „personensensible“ Kultur des Sterbens?
- ❖ Impulse für ein legislatives Schutzkonzept

# I. Klärung der Begriffe

---

## *1.1 Autonomie und Selbstbestimmung*

- ❖ Autos nomos
- ❖ Selbstgesetzlichkeit rekuriert auf „freien Willen“
- ❖ Relationaler Begriff
- ❖ Kant: „Pflicht gegenüber sich selbst und der Gesellschaft“

# I. Klärung der Begriffe

---

## *Suizid*

- ❖ Begriffliche Verortung zwischen „Selbstmord“ und „Freitod“
- ❖ Suizid ist in Deutschland nicht strafbewehrt

## *Suizidassistentz*

- ❖ Unterscheidung zu Tötung auf Verlangen
- ❖ Bedeutung der Tatherrschaft

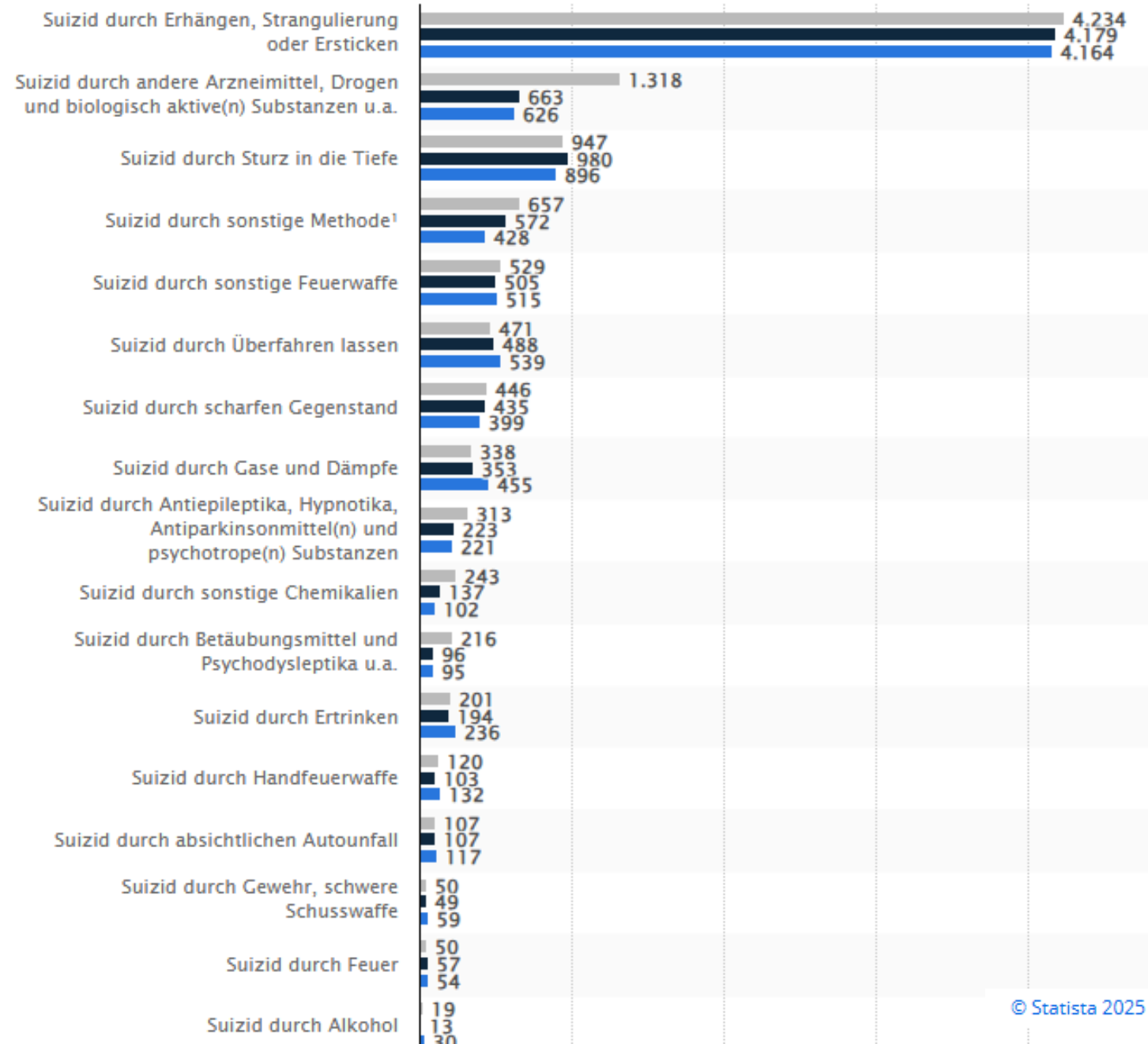
## *Ärztlich Assistierter Suizid*

- ❖ Umwertung des ärztlichen Ethos?
- ❖ Rechtsanspruch vs Einzelfallentscheidung

# Sterbehilfe - Sterbebegleitung: Begriffsklärung

	Tötung auf Verlangen	Beihilfe zur Selbsttötung/ Assistierter Suizid	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken	Sterben zulassen/ Beenden lebenserhaltender Maßnahmen	Palliative Sedierung (dauerhaft)	Leidenslinderung unter Inkaufnahme des Todes	Sterbebegleitung
<i>Alter Begriff</i>	Aktive Sterbehilfe		Sterbefasten	Passive Sterbehilfe		Indirekte Sterbehilfe	
<i>Juristisch</i>	Strafbar	Straffrei	Straffrei	Straffrei	Straffrei	Straffrei	Straffrei
<i>Gesetze</i>	§ 216 StGB „Tötung auf Verlangen“	(bis Mai 2021: evtl. berufsrechtliche Sanktionen. 2015-2020: § 217 StGB „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“)		(bei Nichtbeachtung des Patientenwillens = Nicht-Einwilligung § 223 StGB „Körperverletzung“)		(bei Nichtbeachtung des Patientenwillens = Nicht-Einwilligung § 223 StGB „Körperverletzung“)	(bei Nichtbeachtung des Patientenwillens = Nicht-Einwilligung § 223 StGB „Körperverletzung“)
<i>med. Indikation</i>	keine	keine	keine	keine/keine Einwilligung	ja	ja	ja
<i>Handlungsziel</i>	Herbeiführung des Todes	Herbeiführung des Todes	Einleiten des Sterbeprozesses	Beendigung künstlicher Lebenserhaltung	Linderung	Linderung	Linderung
<i>Handlungsart</i>	Hinzufügen	Hinzufügen	Weglassen	Weglassen	Hinzufügen	Hinzufügen	Hinzufügen/Weglassen
<i>Akteur</i>	Zweite Person	Zweite Person (Ärzt:in?)	Patient:in	Ärzt:in	Ärzt:in	Ärzt:in	ggf. Behandler:in
<i>Handlungsfolge</i>	Tod	Tod	Tod	Tod	Tod	Tod	Tod
<i>Beschreibung</i>	Bereitstellung und Verabreichung einer Substanz zur Herbeiführung des Todes.	Bereitstellung einer Substanz zur Herbeiführung des Todes. Juristisch: die Tatherrschaft bleibt beim Patienten.	Der Sterbeprozess ähnelt dem natürlichen Sterbeprozess. Man könnte auch von einem „Willentlich initiierten Sterbeprozess“ sprechen.	Handlungsleitend ist med. Nicht-Indikation oder Nicht-Einwilligung seitens Patient (Pat.verfüg./mutmaßl. Pat.wille) bezügl. einer Behandlung, ohne die der Pat. bereits tot wäre.	Kann bei nicht erfolgreicher Symptomkontrolle (z.B. Schmerzen, Unruhe) temporär oder dauerhaft in individuell abgestimmter Tiefe durchgeführt werden.	Indizierte medikamentöse Behandlung von starken Symptomen mit Todesfolge im Rahmen des natürlichen Sterbeprozesses.	Begleitung des natürlichen Sterbeprozesses: Nicht indizierte Maßnahmen werden unterlassen, Behandlungen erfolgen zur Leidenslinderung.
<i>Ethische und psychologische Aspekte</i>	Im Grunde besteht kein wesentlicher Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung. Es gibt keine objektiven Kriterien für „unaushaltbares Leid“. Aufgrund der Euthanasie-Praxis im NS besteht eine hohe Sensibilität für das Argument „nicht lebenswerten Lebens“.	Möglicher Konflikt mit der ärztlichen Ethik der Lebensförderung. Es gibt keine objektiven Kriterien für „unaushaltbares Leid“ (= keine Indikation). Gefahr, dass mögliche hilfreiche Maßnahmen (medizinisch, psychologisch, seelsorgerisch) umgangen werden.	Kontroverse darüber, ob FVET als Suizid einzu-stufen ist. Es braucht keine Aktivität durch Dritte; die Patient:in geht den Weg selbst. Möglicher Konflikt, falls der Patient zur Symptomkontrolle aufgrund von FVET palliative Sedierung einfordert.	Ärzt:innen empfinden das „Abschalten von Maschinen“ oft als aktive Tätigkeit und setzen dies deshalb fälschlicherweise mit „aktiver Sterbehilfe“ gleich. Es ist sowohl auf die Familiendynamik als auch auf die Teamdynamik zu achten. Die Einbindung von <i>Ethikkomitee/Ethikberatung</i> ist ratsam.	Da bei dauerhafter Sedierung keine Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe erfolgt, kann es zu ethischen Konflikten kommen, wenn die Sedierung begonnen wird, solange noch ein relativ stabiler körperlicher Zustand gegeben ist. Denn dann handelt es sich eher um Beihilfe zur Selbsttötung.	Wird mit der Medikamentengabe nicht die Leidenslinderung, sondern die Herbeiführung des Todes intendiert, handelt es sich im Grunde um Tötung auf Verlangen (bei Einwilligung seitens des Patienten) oder um fahrlässige Tötung, Körperverletzung mit Todesfolge bzw. Totschlag (wenn ohne Absprache mit dem Patienten).	Voraussetzung für die Ermöglichung eines Sterbens in Würde ist die innere Akzeptanz des Todes bei den Behandler:innen. Tritt der Tod kurz nach einer Behandlungsmaßnahme ein, kann das Gefühl entstehen, man habe diesen herbeigeführt („ <i>last needle effect</i> “).

# Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2017 bis 2023



# II. Aktuelle Rechtslage

---

## *2.1 Ausgangslage*

- ❖ 2015: Einführung des § 217 StGB, geschäftsmäßige Suizidhilfe wurde unter Strafe gestellt
- ❖ Verfassungsbeschwerde
- ❖ Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020

## *2.2 Was hat sich geändert?*

- ❖ Aufwertung der Selbstbestimmung in Rückbindung an die Menschenwürde
- ❖ „Kombinationsgrundrecht“ aus Art 2 Abs 1 GG und Art 1 Abs 1
- ❖ Unsicherheit hinsichtlich „Rechtsanspruch“ und „Rechtssicherheit“

# II. Aktuelle Rechtslage

---

## *2.3 Jüngste Entwicklungen auf politischer Ebene*

❖ *Orientierungsdebatte 2022*

❖ *Gesetzesentwürfe 2023*

## *2.4 Ethische Einordnung im Lichte der Menschenwürde*

Kategorien:

❖ „Werttheoretische“ Konkretisierungen

❖ Christliche Deutungen

❖ Leistungstheoretische Konzeptionen

❖ Kommunikationstheoretische Ansätze



# III. Konsequenzen

---

## 3.1 Kultur des Sterbens

- ❖ Oft ist ein Leistungsgedanke/Versorgungsorientierung noch vorherrschend
- ❖ Impuls für einen Perspektivwechsel
- ❖ Professionelle Versorgung schließt menschliche Begleitung ein
- ❖ „Gelingendes Sterben“ ist **kein** garantierbarer Leistungsstandard

# III. Konsequenzen

---

## *3.2 Fazit und weitergehende Impulse*

- ❖ Ausbau suizidpräventiver Angebote
- ❖ Stärkung von Angeboten gegen Einsamkeit und Isolation in Alter und Krankheit
- ❖ Investitionen in hospiz- und palliativmedizinische Konzepte
- ❖ Schulungen für Gesundheits- und Sozialberufe zum kompetenten Umgang mit Suizidalität
- ❖ Etablierung von Schutzräumen gegen eine geschäftsmäßige Suizidhilfe
- ❖ Bleibende Offenheit für Einzelschicksale, ohne das Sterben normieren zu müssen