

Zwischen Recht auf Selbstbestimmung und Schutz des Lebens

Positionierung der kfd anlässlich
der Notwendigkeit einer gesetzlichen
Regelung des assistierten Suizids in
Deutschland



Zwischen Recht auf Selbstbestimmung und Schutz des Lebens

Positionierung der kfd anlässlich der
Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung
des assistierten Suizids in Deutschland

Hintergrundinformationen zur Regelung des assistierten Suizids in Deutschland	4
Frauen und Suizid	6
Lebensethische Aspekte	8
Haltungen der Religionen im Wandel	12
Zwischen Recht auf Selbstbestimmung und Schutz des Lebens – Position der kfd	14
Forderungen der kfd an die Politik	15
Anhang: Begriffsbestimmungen.....	22

Beschluss der kfd-Bundesversammlung

Mainz, 17. Juni 2022

Ein Beitrag zur politischen Diskussion, zur eigenen Meinungsbildung und ein Votum zur stärkeren Berücksichtigung der Geschlechterperspektive.

Am 26. Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht das seit 2015 geltende Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe (§ 217 StGB) für nichtig und als mit dem Grundgesetz nicht vereinbar. Als Begründung führte es an, dass das Grundgesetz das allgemeine Persönlichkeitsrecht eines jeden Menschen zu schützen habe, welches auch das „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ in jeder Lebenslage umfasse. Dieses Recht schließe auch die Freiheit ein, sich selbst zu töten und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückgreifen zu können. Es führte weiter aus, dass die freiverantwortliche Entscheidung des Einzelnen, das eigene Leben zu beenden, von Staat und Gesellschaft zu respektieren sei. Der Gesetzgeber dürfe aber Regelungen schaffen, die der Suizidprävention dienen und verhindern, dass Menschen sich unter Druck gesetzt fühlen, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen. Das Bundesverfassungsgericht stellte klar, dass niemand dazu verpflichtet werden dürfe, Suizidhilfe zu leisten. Damit wurde die politische wie die ethische Debatte um „selbstbestimmtes Sterben“ neu angestoßen.

Nachdem das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe (§ 217 StGB) für nichtig erklärt hatte, war „geschäftsmäßige“ Suizidbeihilfe, d. h. wiederholte Hilfe zur Selbsttötung durch Organisationen, Vereine und Einzelpersonen, grundsätzlich wieder straffrei und ohne eine Regelung zum Schutz der Freiverantwortlichkeit möglich.

Der Bundestag hatte die Aufgabe, sich mit einer gesetzlichen Neuregelung der Suizidhilfe bzw. mit dem Thema des freiverantwortlichen Suizides und der Frage zu befassen, welche Schutzkonzepte und Sicherungsmechanismen die Freiverantwortlichkeit einer solchen Entscheidung garantieren können.

Auf dem 124. Deutschen Ärztetag im Mai 2021 wurde der Grundsatz betont, „dass die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist“¹. Aus verfassungsrechtlichen Gründen wurde in der ärztlichen (Muster-) Berufsordnung der Passus gestrichen, nach dem Ärztinnen und Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen.

Das „vertrauensvolle und wertschätzende Gespräch über den Wunsch zu sterben oder das eigene Leben zu beenden“ gehöre jedoch zum „Kern ärztlicher Tätigkeit“². Dieser Beistand müsse im Einklang stehen mit dem „Respekt vor der Entscheidung des einzelnen freiverantwortlich handelnden Menschen, sein Leben beenden zu wollen“. Allerdings könnten weder Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden,

Suizidhilfe zu leisten, noch bestehe ein Anspruch, „bei einem Selbsttötungsvorhaben ärztlich unterstützt zu werden“³.

Der 125. Deutsche Ärztetag im November 2021 forderte, rechtliche Rahmenbedingungen für die Suizidprävention zu schaffen, dazu „flächendeckende Versorgungsstrukturen [...] einschließlich niedrigschwelliger und aufsuchender Angebote“ auszubauen, eine „nachhaltige Finanzierung“ zu sichern und eine „bundesweite Hotline“ für Betroffene einzurichten.⁴

Frauen und Suizid

In Deutschland nimmt die Zahl der Suizident*innen bis zur Alterskohorte 50-55 Jahre zu und hält sich dann auf einem konstant hohen Niveau. Dabei begehen rund doppelt bis drei Mal so viele Männer Suizid wie Frauen⁵. Daten aus der Schweiz belegen allerdings, dass mehr Frauen als Männer Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen. Beim Suizid im Alter spielen bestimmte Faktoren wie eine Multimorbidität (das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten) und das Zusammenspiel psychischer und körperlicher Erkrankungen, zunehmende Verluste (auch körperlicher und geistiger Fähigkeiten) sowie Einsamkeit und fehlende Sinnhaftigkeit eine bedeutende Rolle⁶. Eine weitere Ursache

sind schwere Erkrankungen und die Angst vor einem langen Leidensweg. Diese den Sterbewunsch fördernden Bedingungen nehmen mit hohem Alter weiter zu.

Frauen machen einen deutlich höheren Anteil (rund 2/3) an Alten- und Pflegeheimbewohner*innen aus; statistisch gesehen sind sie im Alter suizidgefährdeter als Männer. Einsamkeit, ein schlechter Allgemeinzustand, chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und verringerte körperliche Aktivität führen zu einem stark erhöhten Schmerzrisiko. Wenn verschiedene Faktoren zusammenkommen, können Menschen subjektiv an Grenzen ihrer Belastbarkeit kommen und Suizidwünsche entwickeln, insbesondere dann, wenn sie (subjektiv) keine Unterstützung in ihrer Situation erfahren und keinerlei Ausweg aus ihrer Situation sehen.

Einige schwer kranke Patient*innen suchten in der Vergangenheit Hilfe im europäischen Ausland, wo Suizidbeihilfe erlaubt ist. Im Jahr 2019 etwa reisten allein 85 deutsche Staatsbürger*innen in die Schweiz, um dort Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen⁷. Es fehlen verwertbare Erhebungen dazu, in wie vielen Fällen Frauen nahestehende Personen in den Tod begleitet und womöglich Suizidbeihilfe geleistet haben.

Die unantastbare und unverfügbare Würde als Grundvoraussetzung menschlichen Lebens

Menschenwürde kommt jedem menschlichen Individuum aufgrund seiner biologischen Zugehörigkeit zur Spezies „Mensch“ vom Lebensanfang bis zum Lebensende zu. Sie muss nicht zuerkannt werden. Menschenwürde wird in einer freiheitlichen Rechtsgemeinschaft für alle Mitglieder vorausgesetzt. Dies gilt unabhängig von dem aktuellen Zustand, dem Leistungsvermögen oder einer bestimmten Entwicklungsstufe des Menschen.

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland schützt das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und die Freiheit der Person (vgl. GG Art. 2, Abs. 2). Zusammen garantieren diese Rechtsansprüche den notwendigen Schutzraum für eine menschenwürdige Existenz. Dieser Schutzraum beruht auf einem Minimalkonsens in unserer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft.

Was heißt selbstbestimmt leben und sterben?

Jeder Mensch kann nur in Beziehungen leben und ist einmal mehr, einmal weniger, aber in der Regel dauerhaft auf diese angewiesen. Das Bild, das ein Mensch von sich selbst gewinnt, wird dadurch geprägt, wie ihn oder sie andere sehen. Die Vorstellung eines einsam agierenden Menschen, der oder

die völlig unabhängig und unbeeinflusst von anderen lebt und Entscheidungen trifft – d. h. autark ist – ist realitätsfern.

Im Blick auf das Lebensende wird dies besonders deutlich: Ein menschenwürdiges Sterben ist nur unter der Bedingung möglich, dass menschliche Beziehungen und Nähe aufrechterhalten werden. Verschiedene Sterbephasen sind vielfach durch stark wechselnde Stimmungen der Betroffenen geprägt. Todeswünsche sind oft der verzweifelte Appell von Sterbenden, in dieser Situation nicht allein gelassen zu werden. Dahinter steht oftmals eher der Wunsch nach Unterstützung durch andere in der letzten, schweren Phase des Lebens. Unsere ethische Herausforderung besteht darin, die Verletzlichkeit und Hilfsbedürftigkeit der Sterbenden wahr- und ernst zu nehmen und sie auch dann in ihrer Würde zu achten und an ihrer Seite zu bleiben bis zu ihrem Tod.

Töten und Sterbenlassen unterscheiden

Töten und Sterbenlassen unterscheiden sich wesentlich durch die Absicht der an der Handlung oder Unterlassung einer Handlung Beteiligten.

Ein Beispiel:

Wenn ein Arzt oder eine Ärztin von einer schwerkranken Person gebeten wird, deren Leben zu beenden und er oder sie dies tun, bejaht der Arzt oder die Ärztin eine Tötung moralisch. Er oder sie

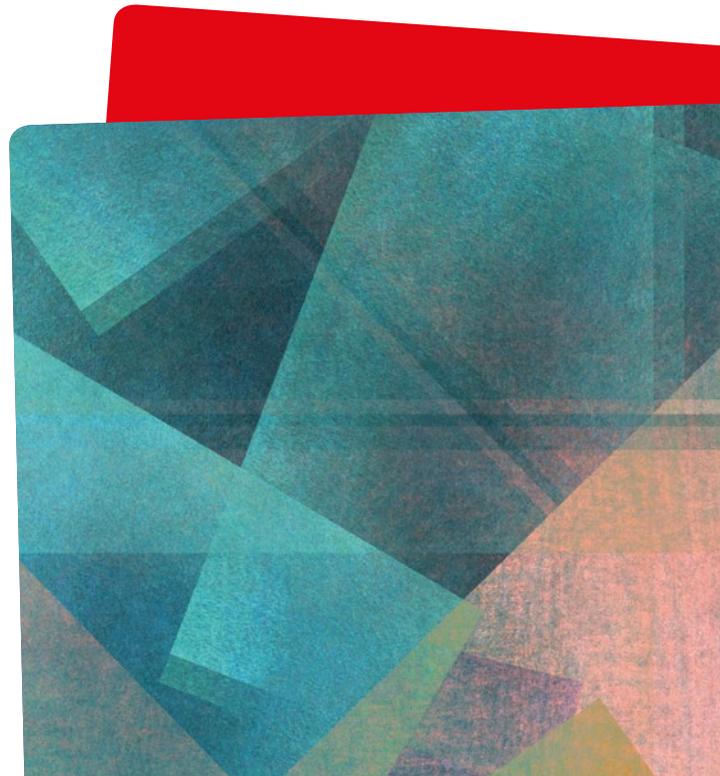
können der Patient*in z. B. aus Mitleid und in der Meinung, ihr dadurch längeres Leid ersparen zu wollen, zum Tode verhelfen. Die Absicht beider ist es, den vorzeitigen Tod herbeizuführen. Ohne das ärztliche Zutun wäre der vorzeitige Tod des Patienten nicht eingetreten. Es stellt sich die Frage, ob die einvernehmliche Tötung in diesem Fall nicht eher eine Resignation vor der anspruchsvollen Aufgabe der menschlichen und palliativmedizinischen Begleitung des Sterbens bis zum Tod ist.

Beim Sterbenlassen ist der Tod kein Handlungsziel. In dem Fall, in dem die Heilung einer schweren Krankheit nicht mehr erreichbar ist, werden Ärzt*innen in der Regel alles unterlassen, was ihren Patient*innen in ihrer Situation nicht mehr hilft, z. B. weitere Therapien, die das Leiden nur verlängern würden. Das Ziel ist es hier, durch eine wirksame palliative Behandlung und menschliche Begleitung Menschen zu befähigen, ihr Sterben und ihren eigenen Tod in Würde annehmen zu können. Die Patient*in stirbt in diesem Fall letztlich an ihrer Krankheit.

Suizidbeihilfe – Ist sie ethisch anders zu bewerten als die Tötung auf Verlangen?

Wie ist Suizidbeihilfe ethisch zu bewerten? Ist sie eine bessere Alternative zur Tötung auf Verlangen, wie es manche vertreten, oder ein erster Teilschritt zu ihrer Legalisierung?

Unabhängig vom Ablauf einer Beihilfe zum Suizid ist für die ethische Bewertung ausschlaggebend, mit welcher Absicht und in welcher Rolle die jeweiligen Akteur*innen handeln. Ethisch betrachtet gibt es zwischen dem Töten auf Verlangen und dem assistierten Suizid keinen Unterschied. Eine Person willigt in die Suizidabsicht eines Menschen ein, wenn er oder sie den Suizid so vorbereitet, dass der Suizidwillige nur noch das todbringende Medikament nehmen oder einen Knopf für dessen Verabreichung drücken muss. Ohne die Mitwirkung dieser helfenden Person wäre ein Suizid nicht möglich. Ethisch ist die Handlung der Beihilfe zum Suizid der Tötung auf Verlangen gleichzusetzen, weil der oder die Unterstützende den Tod des Suizidwilligen beabsichtigt.



Das Christentum lehnt den Suizid ebenso wie Islam, Judentum und Buddhismus prinzipiell ab, wenn auch aktuell in den Religionen eine Diskussion dazu geführt wird.

Der Suizid galt in der römisch-katholischen Kirche lange Zeit als schwere Sünde. Grund dafür war die Achtung des hohen Gutes des von Gott geschenkten Lebens. Heute haben aber human- und medizinische Erkenntnisse die Sichtweise geweitet. Der römisch-katholische Weltkatechismus erwähnt die Verpflichtung des Menschen, das Leben dankbar anzunehmen und bezeichnet die freiwillige Beihilfe zum Selbstmord als Verstoß gegen das sittliche Gesetz (vgl. Weltkatechismus 2282). Andererseits wird dazu aufgerufen, für die Menschen, die sich das Leben genommen haben, zu beten (vgl. Weltkatechismus 2283).

In einer gemeinsamen Erklärung von „Juden, Christen und Muslimen gegen Euthanasie und Suizid-Beihilfe“ (29.10.2019) sprach sich der Vatikan gegen Euthanasie und Suizid-Beihilfe aus, forderte aber gleichzeitig den Ausbau qualifizierter und professioneller Palliativmedizin überall und für alle. Die politischen Entscheidungsträger, Gesundheitsdienstleister und die Gesellschaft wurden aufgefordert, gute Rahmenbedingungen für die Pflege und Begleitung sowie die Seelsorge Leidender und Sterbender zu schaffen.

In der Gemeinsamen Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen

Bischofskonferenz mit den ACK-Kirchen, „Gott ist ein Freund des Lebens“ (Trier 1989), findet sich ein differenzierter Blick auf den Suizid, der die hilflose Perspektive der Außenstehenden zum Ausdruck bringt: „In der Selbsttötung verneint der Mensch sich selbst. Vieles kann zu einem solchen Schritt führen. Doch welche Gründe es auch sein mögen – keinem Menschen steht von außen ein Urteil zu. (...) Für den Christen bedeutet die Selbsttötung eines anderen Menschen eine enorme Herausforderung: Er kann diese Tat im letzten nicht verstehen und nicht billigen – und kann dem, der so handelt, seinen Respekt nicht versagen. Eine Toleranz gegenüber dem anderen noch über das Verstehen seiner Tat hinaus ist dabei gefordert. Doch die Selbsttötung billigen und gutheißen kann der Mensch nicht, der begriffen hat, dass er nicht nur für sich selbst leben kann. Jeder Selbsttötungsversuch kann für ihn nur ein ‚Unfall‘ und ein Hilfeschrei sein.“ (S.107)

Bei der bundesweiten Eröffnung der „Woche für das Leben“ zum Thema „Leben im Sterben“ am 17. April 2021 in Augsburg sagte der Augsburger Weihbischof DDr. Anton Losinger: „Hinter der Theorie vom freiverantwortlichen Suizid steht allermeist nicht autonome Freiheit, sondern ein Hilferuf an die Gesellschaft. Gute Pflege, professionelle Palliativversorgung und Ausbau der Hospizidee sind die passenden Instrumente. Unsere Aufgabe ist Hilfe zum Leben, nicht Sterbehilfe!“⁸

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands setzt sich für den Erhalt des menschlichen Lebens von seinem Anfang bis zu seinem Ende ein. Zur Freiheit des Menschen gehört es selbstverständlich, Entscheidungen zu treffen. Diese Entscheidungsfreiheit schließt auch die Möglichkeit ein, dem eigenen Leben selbst ein Ende zu setzen. Um diese Möglichkeit ergreifen zu können, kann es unter bestimmten Bedingungen notwendig sein, die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Die kfd achtet ausdrücklich das Recht jedes Menschen auf Selbstbestimmung. So entsteht ein Konflikt, ein ethisches Dilemma, zwischen dem Recht auf freie Selbstbestimmung und dem Schutz des Lebens.

Die kfd sieht die politische Herausforderung darin, den Schutz des Lebens so oft und so weit wie möglich – auch in Konfliktsituationen – zu gewährleisten, ohne dadurch die Entscheidungsfreiheit der und des Einzelnen im Blick auf ein selbstbestimmtes Sterben zu begrenzen. Die kfd respektiert die Not derer, die für sich nur noch die Möglichkeit des assistierten Suizids aufgrund einer subjektiv als aussichtslos empfundenen Notlage sehen. Sie setzt sich aber politisch und gesellschaftlich dafür ein, dass möglichst wenige Menschen in eine solche Notlage geraten müssen, in denen sie nur noch den Ausweg des Suizids sehen.

Die kfd fordert die Politik auf, die Rahmenbedingungen im Blick auf den assistierten Suizid so auszugestalten, dass dieser nicht zu einer gewöhnlichen Situation des Sterbens wird, sondern als Ausnahme ein Sonderfall bleibt. Würde der assistierte Suizid in der Gesellschaft als „normal“ wahrgenommen, könnten sich Menschen genötigt fühlen, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen, um beispielsweise Angehörigen Belastungen und eine lange und teure Pflege zu ersparen. Zum anderen würde es Dritten erleichtern, Beihilfe zu leisten (oder gar anzubieten).

Die kfd fordert von der Politik flankierend zu einer gesetzlichen Regelung zum assistierten Suizid ein verbindliches Konzept staatlicher und gesellschaftlicher Suizidprävention.

Damit assistierter Suizid ein Ausnahmefall bleibt und nicht zur Regel wird, muss es darum gehen, Suizidwillige in ihrer subjektiv als aussichtslos empfundenen Situation so früh wie möglich zu erkennen und sie mit alternativen Hilfsangeboten zu erreichen.

Die kfd fordert von der Politik deshalb umfassende Maßnahmen zur Stärkung der Suizidprävention, damit möglichst wenige Menschen überhaupt in die Situation kommen, einen Suizid zu erwägen. Zur Suizidprävention gehört ein umfassendes Wissen über jene Bedingungen, die zum Suizid führen können. Dies sollte schon in der Schule altersgemäß

vermittelt werden. Außerdem sollten die einschlägigen Bildungseinrichtungen dafür in die Pflicht genommen werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung u. a.).

Die Diskussion zum assistierten Suizid sollte eingebunden werden in eine allgemeine gesellschaftliche Debatte zu den immer noch tabuisierten Themen Sterben und Tod. Bildungsinitiativen zu diesen Themen sollten in Kooperation mit geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden; sie müssen politisch unterstützt und breit gefördert sowie finanziell entsprechend ausgestattet werden. Möglichst vielen Menschen ist das Wissen dazu zugänglich zu machen, um diese Themen aus der Tabuzone zu holen. Die kfd verpflichtet sich, ihren Beitrag dazu zu leisten.

In Krankenhäusern, Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen müssen die personellen Ressourcen so verbessert werden, dass Suizidgefährdete frühzeitig erkannt und begleitet werden können. Das verlangt mehr Zeit für Zuwendung und Gespräche. Alle dafür notwendigen Professionen sollten im Umgang mit Sterbewünschen geschult sein, um sensibel auf entsprechende Situationen und Signale von suizidalen Menschen reagieren zu können. Die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung der dort beschäftigten Arbeitnehmer*innen sind dringend zu verbessern, um die personellen Ressourcen ausbauen zu können.

Da es keinen Anspruch auf Suizidhilfe gegenüber Dritten gibt, muss Sterbehilfe nicht überall zur



Verfügung stehen. Deshalb sollen Einrichtungen der Versorgung kranker, psychisch oder körperlich beeinträchtigter oder alter Menschen (z. B. auch Pflegeeinrichtungen in kirchlicher Trägerschaft) auch vertraglich Unterstützungshandlungen für einen Suizid in ihren Hausordnungen sowie in Arbeitsverträgen ausschließen können. Menschen sollen sich für Einrichtungen entscheiden können, die ihnen garantieren, dass der Schutz ihres Lebens in allen Situationen oberste Priorität hat und ihr Selbstbestimmungsrecht in diesem geschützten Rahmen geachtet wird.

Die Politik ist gefordert, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland flächendeckend auszubauen. Die Wartezeit auf einen Hospizplatz in einer der rund 230 stationären Einrichtungen kann aktuell mehrere Monate betragen. Um allen Menschen eine gute Begleitung im Sterben zu ermöglichen, müssen flächendeckend ausreichend Angebote der Palliativmedizin, der Palliativpflege und der hospizlichen Sterbebegleitung existieren. Besonders in

ländlichen Regionen fehlt es noch an entsprechender Versorgung von Schwerkranken.

Menschen am Lebensende, deren Angehörige, Betreuende und Pflegende müssen ausreichend über Angebote und Möglichkeiten der Versorgung informiert und ggf. unterstützt werden. Palliative Therapien und Behandlungskonzepte von Schwerstkranken und Sterbenden müssen weiterentwickelt werden. Insbesondere die Forschung im Bereich geschlechtergerechter Gesundheitsversorgung sollte auch hier verstärkt und gefördert werden.

Statistisch gesehen finden sich Frauen als Pflegende und Gepflegte häufiger als Männer in suizidalen Konfliktsituationen wieder. Frauen bilden auch einen deutlich höheren Anteil an den Pflegeheimbewohner*innen und sind statistisch gesehen deshalb im hohen Alter suizidgefährdeter als Männer. Auch hier mangelt es allerdings vielfach noch an statistischen Erhebungen und Analysen. Die Politik wird deshalb aufgefordert, ein Programm für entsprechende Forschungsprojekte aufzulegen und diese auch finanziell zu fördern.

Eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids muss aus der Sicht der kfd die folgenden Anforderungen erfüllen:

- Die gesetzliche Regelung muss sowohl den Schutz des Lebens als auch die Autonomie der suizidwilligen Person schützen.
- Die gesetzliche Regelung muss negative gesellschaftliche Folgewirkungen (Missbrauchsfahren und Gefährdungen für die Selbstbestimmung), die in irgendeiner Form den gesellschaftlichen Druck auf suizidgefährdete Personen erhöhen können, ausschließen.
- Die kfd fordert von der Politik, geschlechtsspezifische Perspektiven bei allen Maßnahmen und Konsequenzen einer Neuregelung des assistierten Suizids zu berücksichtigen und zu dokumentieren.
- Niemand (auch Ärzt*innen nicht) darf zur Beihilfe zum Suizid verpflichtet werden.
- Die kfd fordert den Ausschluss von Minderjährigen bei der Inanspruchnahme jeglicher Form der Suizidbeihilfe, um ihren besonderen gesetzlichen Schutz in dieser Krisensituation zu gewährleisten.
- Die verpflichtende, kostenfreie Beratung vor der Inanspruchnahme eines assistierten Suizides muss von einer von der Suizidbeihilfe unabhängigen Stelle durchgeführt werden, um jede Form von Vorteilsnahme oder Beeinflussung ausschließen zu können.
- Die gesetzliche Regelung der Beratung muss sicherstellen, dass dem Entschluss einer suizidwilligen Person zur Durchführung des assistierten Suizids keine vorübergehende Lebenskrise oder psychische Erkrankung zugrunde liegen.

- Ebenso muss nachweislich sichergestellt werden, dass keine psychosoziale Einflussnahme oder mangelnde Beratung Gründe für den Entschluss sind. Es muss dagegen eindeutig nachgewiesen werden, dass das Sterbeverlangen freiwillig, unbeeinflusst und dauerhaft ist.
- Für die Feststellung einer selbstbestimmten, unbeeinträchtigten Entscheidung durch die suizidwillige Person sind zwei nicht an der Selbsttötung beteiligte Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. eine zweite Untersuchung bei einem/einer weiteren Arzt/Ärztin, einem/einer Psychotherapeutin, einer psychosozialen Beratungsstelle, einer Suchtberatung und/oder einer Schuldnerberatung notwendig.
- Die gesetzliche Regelung muss so gestaltet sein, dass deutlich erkennbar ist, dass assistierter Suizid als Handlungsmöglichkeit rechtlich und gesellschaftlich kein „Normalfall“ des Sterbens, sondern der seltene Ausnahmefall ist.
- Suizidwillige müssen in ihrer Notlage erreicht und ergebnisoffen beraten werden, ohne ihnen ihre selbstbestimmte Entscheidung zu nehmen. Die Beratung muss verpflichtend sein und nachgewiesen werden, bevor ein assistierter Suizid durchgeführt werden kann.
- Suizidwilligen müssen Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden, aus denen sich alternative Handlungsmöglichkeiten zu einem assistierten Suizid ergeben können. Dafür ist ein multiprofessionell und interdisziplinär aufgestelltes Beratungsangebot vorzusehen, das der Komplexität einer Suizidgefährdung entspricht, die Ausdruck körperlicher, psychischer, sozialer, existentieller und spiritueller Not sein kann.
- In der Beratung müssen auch medizinische Alternativen zum assistierten Suizid, fehlgeschlagene Suizide und vor allen Dingen dessen soziale Folgewirkungen thematisiert werden.
- Der Beratungsprozess sollte in einem Zeitfenster von 3,5 bis 5 Monaten stattfinden, um die Dauerhaftigkeit des Entschlusses der suizidwilligen Person wenigstens annähernd überprüfen zu können.



Passive Sterbehilfe

Im Rahmen einer passiven Sterbehilfe wird eine bestimmte Behandlung auf Wunsch der Patient*innen unterlassen oder abgebrochen – insbesondere das Durchführen von lebenserhaltenden und -verlängernden Maßnahmen wie eine künstliche Beatmung oder künstliche Ernährung. Ausschlaggebend ist das Unterlassen einer Tätigkeit, das von der aktiven Tötung klar zu unterscheiden ist. Begründbar ist die passive Sterbehilfe durch die Änderung des Therapieziels, in dem nicht mehr die heilende Therapie, sondern die symptomatische, palliative Behandlung im Mittelpunkt steht.

Assistierter Suizid / Suizidbeihilfe

Bei einem assistierten Suizid bzw. der Suizidbeihilfe nehmen Sterbewillige selbstständig eine Substanz zur Selbsttötung ein. Diese wird von einer anderen Person, einem/einer Angehörigen oder einer sonstigen nahestehenden Person, einer Ärztin/einem Arzt oder einem/einer Sterbehelfer*in zur Verfügung gestellt. Das bereitgestellte Medikament muss die sterbewillige Person allerdings selbst einnehmen. Keine Person kann zur Assistenz bei einem assistierten Suizid verpflichtet werden. Entsprechend der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts und der weiteren rechtlichen Ausgestaltung des assistierten Suizids muss das Betäubungsmittelrecht angepasst werden.

Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe

Geschäftsmäßigkeit liegt dann vor, wenn Beihilfe entweder in mehr als einem Fall vorgenommen

wird/wurde oder die Absicht besteht, dies zu tun. Eine Einnahme- oder Gewinnabsicht muss dabei nicht vorliegen.

Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe liegt dann vor, wenn eine Person ausdrücklich nach Tötung ihrer selbst verlangt (Tötung auf Verlangen) und der Tod durch Eingreifen eines/einer Dritten eintritt. Dabei wird durch Ärzt*innen oder speziell ausgebildete Suizidhelfer*innen aktiv ein Mittel verabreicht (per Injektion oder Magensonde), das zum Tod führt. Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten.

Anmerkungen

- ¹ Beschlussprotokoll des 124. Deutschen Ärztetags (Online) 04.05 – 05.05.2021, S. 148.
- ² Ebd. 156. – Die Streichung bezieht sich auf § 16, S. 3 MBO-Ä.
- ³ Ebd. S. 157.
- ⁴ Beschlussprotokoll des 125. Deutschen Ärztetags, Berlin, 01.11. – 02.11.2021, S. 133.
- ⁵ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>
- ⁶ Minder, Jaqueline; Harbauer, Gregor: Suizid im Alter. In: Swiss Archives of Neurology an Psychiatry (2015), S. 67 – 77, S. 71 f.
- ⁷ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/321031/umfrage/anzahl-der-sterbehilfe-touristen-in-der-schweiz-nach-herkunftslandern/>
- ⁸ Pressemeldung der Deutschen Bischofskonferenz vom 17.04.2021 – Nr. 061

Erscheinungsdatum:
Juli 2022

Gratis zu beziehen unter:
Telefon: 0211 44 992- 86
Fax: 0211 44 992- 52
E-Mail: shop@kfd.de
Fotos: AdobeStock.com

Impressum:



Katholische Frauengemeinschaft
Deutschlands (kfd) –
Bundesverband e. V.
Prinz-Georg-Str. 44
40477 Düsseldorf

Telefon: 0211 44 992-0
Fax: 0211 44 992-78
E-Mail: info@kfd.de
Internet: www.kfd.de

