

Sterbehilfe – ethische Probleme bzw. Kriterien zur Beurteilung

1. Unterscheidungen

-aktiv

-passiv (Unterlassung lebenserhaltender bzw. lebensverlängernder Maßnahmen, Aufrechterhaltung der Basispflege; wichtig ist der mutmaßliche Wille des Patienten)

- indirekt (unbeabsichtigte und als unvermeidbare Nebenfolge in Kauf genommene Beschleunigung des Todeseintritts z.B. durch starke, über den normalen Grenzwert dosierte Schmerzmittel)

- mit und ohne Einwilligung

- notwendig und nicht notwendig sterbend

2. Rechtliche Situation

- Straftat:

Tötung auf Verlangen (§ 216)

Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c)

Körperverletzung mit Todesfolge, wenn gegen „gute Sitten“ verstoßend (§ 226a)

- Nicht strafbar ist Beihilfe zur Selbsttötung, wenn keine Garantenstellung

Indirekte S. vom BGH zuletzt positiv beurteilt

3. Problematik bei passiver S.

Nötig ist: Patiententestament mit Arzt, Vorsorgeverfügung und Betreuungsvollmacht; Patiententestament ist nicht rechtsverbindlich, wird auch abgewiesen (zu lange her, zu allgemein, andere Krankheit); der Arzt hat den mutmaßliche Willen des Patienten zu erschließen; insgesamt rechtliche Unsicherheit: Vormundschaftsgericht oder Arzt?

4. Diskussion um die PEG – Sonde (zur Basispflege; „Verhungern“?) bei passiver S.

5. Hirntod als Todeskriterium (der Patient ist noch nicht gestorben, wichtig bei Transplantation)?

6. Unterscheidung Komapatient und Hirntod (wann passive S. bei Komapatienten?)

7. Der Wunsch nicht mehr leben zu müssen ist nicht zwangsläufig identisch mit Sterbewunsch

8. Sterben als Prozess (Verleugnung – Wut – Verhandeln – Depression – Akzeptanz und Trauer)

9. Wie weit geht die Autonomie des Menschen?

10. Wer trifft die Entscheidung (vgl. 3.; der Mensch als „Sünder“ kann auch falsche Entscheidungen treffen? Verantwortung für den Tod eines anderen Menschen?)

11. Ethische Leitlinien der Geschöpflichkeit und Mitmenschlichkeit (z.B. wie sind in der einzelnen Situation Würde und Annahme der Endlichkeit/des Leidens umzusetzen?)

12. „Leidfreies Sterben“ möglich?

Ambivalenz der Medizin: Die Altersgrenze wird hinausgeschoben, Leiden soll unter vollem medizinischen Einsatz erspart werden; „einsames Sterben“ Produkt unserer Situation; „natürliches Sterben“ ist illusorisch.

13. Ist der Wunsch nach S. in der Gesellschaft Projektion der eigenen Angst? Verdrängung des Todes in unserer Gesellschaft!

14. Leiden verändert die eigene Einstellung (vgl. auch 8.); (subjektiver) „Sinn des Leidens“?

15. Hospizbewegung als Möglichkeit eines „besseren“ Sterbens!

16. Problematik der „Wahrheit am Krankenbett“

17. Entsteht bei Legalisierung aktiver S. Druck auf den Patienten?

18. Gibt es eine „Signatur des Menschlichen“, ohne die Verzicht auf Lebensverlängerung geboten erscheint? Etwa:

- Kommunikationsfähigkeit (auch nonverbal)
- körperliche Eigentätigkeit
- Zeiten ohne andauernde schwere Schmerzen
- Wünsche/Bedürfnisse empfinden
- auf Einwirkungen von außen reagieren.

19. In den Niederlanden ist aktive S. straffrei, wenn

- Unheilbar krank
- Mehrfacher Wunsch
- Zweiter Arzt hat untersucht
- Meldestelle als Kontrollinstanz hat geprüft

20. „Der beabsichtigten Tötung geht meist eine abschließende Bewertung des Lebenswertes oder Lebensrechtes, also ein Letzturteil über das Leben voraus. Vom christlichen Standpunkt aus ist diese Totalverfügung in sich problematisch, weil der Sinn des Daseins nicht etwas ist, was der Mensch selbst setzt, sondern was als Geschenk und als Lebensaufgabe auf mich zukommt.“ (U.Eibach)

21. Kriterium der Nächstenliebe in der jeweiligen Situation