

Dr. Michael Wunder
Hamburg, den 10.2.2022

Die alte Euthanasiediskussion und die neue Sterbehilfedebatte – Tötung auf wessen Verlangen?

Menschen sind unser Leben.

afsterdorf

berätungszenrum
afsterdorf

**Wie gehen wir mit unserer Geschichte um:
Ist das alles abgeschlossen und überwunden?
Oder lebt es heute fort?**



Haben die damaligen Debatten was mit den heutigen zu tun?

Eugenik und Euthanasie

Zwei historisch begründete Tabus

Medizinethik heute:
Auflösung des Tabus
mit wachsendem zeitlichem Abstand
vom Nationalsozialismus und vom Nürnberger Ärzteprozess

Geschichtsforschung heute:
Vom Isolationsparadigma zum Kontinuitätsparadigma

Argumente gegen die Kontinuität

Früher:

kollektive Betrachtungen, Zwang und Machtausübung des Staates zum Erhalt der Volksgesundheit

Heute:

individuelle Selbstbestimmung der Bürger,
staatliche Rahmenbedingungen für freiheitliche Wertentscheidungen jedes einzelnen

Rückblende: Die alte Debatte

Adolf Jost 1895 „Das Recht auf den Tod“

Freigabe der Tötung auf Verlangen körperlich Kranker und Freigabe der Tötung sog. Geisteskranker
Wert des Lebens = Summe von Freude und Schmerz, die das Individuum empfindet plus
Summe von Nutzen und Schaden des Individuum für seine Mitmenschen

Karl Binding und Alfred Hoche 1920 „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“

Straffreie Erlösungstat für drei Gruppen von Menschen:

- "für die, die zufolge ihrer Krankheit oder Verwundung unrettbar Verlorenen, die in vollem Verständnis ihrer Lage den dringenden Wunsch nach Erlösung besitzen und ihn in irgendeiner Weise zu erkennen geben"
- für die "geistig gesunden Persönlichkeiten, die durch irgendein Ereignis... bewusstlos geworden sind und...zu einem namenlosen Elend erwachen würden"
und
- für die "unheilbar Blödsinnigen, ...die das furchtbare Gegenbild echter Menschen bilden und fast in jedem Entsetzen erwecken, der ihnen begegnet".

Zentrale Gedankenfigur

Der Wert des Lebens

Erlösen vom Leiden
eines nicht mehr für wert befundenen Lebens

Binding:

„...eines Lebens, das für die Gesellschaft
wie für den Lebensträger selbst
dauerhaft jeden Wert verloren hat...“

Selbstbewertung und Fremdbewertung liegen eng zusammen

Hoche:

„leere Menschenhülsen“
und
„nutzlose Esser“

Denken in Lebenswert und Lebensunwert

Was ist der Lebenswert – ein materieller oder ein ideeller Wert?
Ist es ein Wert, der abgewogen und auch verworfen werden darf?
Wer trifft diese abwägende Wertentscheidung?

Untrennbar miteinander verquickt:
die Tötungserlaubnis für Schwerkranke auf Grund ihrer eigenen
Lebenswertabwägung und ihres persönlichen Verlangens und
die Tötungsforderung für Bewusstlose, schwerbehinderte Kinder oder andere,
die nicht oder nicht mehr für sich sprechen können auf der Grundlage der
Lebenswertabwägung durch die Gesellschaft.

Entwurf Euthanasie-Gesetz 1940

§1

Wer an einer unheilbaren, sich oder andere stark belästigenden oder sicher zum Tode führenden Krankheit leidet, kann auf sein ausdrückliches Verlangen mit Genehmigung eines besonders ermächtigten Arztes Sterbehilfe durch den Arzt erhalten.

§2

Das Leben eines Kranken, der infolge unheilbarer Geisteskrankheit sonst lebenslänglicher Verwahrung bedürfen würde, kann durch ärztliche Maßnahmen unmerklich für ihn beendet werden.

Psychiatrie-Denkschrift 1943

„Auch die Maßnahmen der Euthanasie werden um so mehr allgemeines Verständnis und Billigung finden, als sichergestellt und bekannt wird, dass in jedem Fall bei psychischer Erkrankung alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um die Kranken zu heilen oder doch soweit zu bessern, dass sie, sei es in ihren Berufen, sei es in einer anderen Form, volkswirtschaftlich wertvoller Betätigung zugeführt werden.“

Nürnberger Ärzteprozess 1946/47

Leo Alexander, US-amerikanischer Berichterstatter des Nürnberger Ärzteprozesses:

„Der Anfang war eine feine Verschiebung in der Grundeinstellung der Ärzte. Es begann mit der Akzeptanz der Einstellung, dass es bestimmte Leben gibt, die nicht wert sind, gelebt zu werden. Diese Einstellung umfasste in seiner frühen Ausprägung die ernsthaft und chronisch Kranken. Allmählich wurde der Kreis derjenigen, die in diese Kategorie einbezogen wurden, ausgeweitet auf die sozial Unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten, die rassistisch Unerwünschten... es ist wichtig zu erkennen, dass die unendlich kleine Eintrittspforte, von der aus diese ganze Geisteshaltung ihren Lauf nahm, die Einstellung gegenüber nicht rehabilitierbarer Krankheit war.“

„slippery slope“

„Schiefe Ebene, auf der es kein Halten mehr gibt“

Die erste ethische Antwort: Der Nürnberger Kodex von 1947

„Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich“ heißt der erste Satz dieses Nürnberger Kodex. In den weiteren Punkten geht es um die Verantwortung der Mediziner für die Aufklärung der Patienten, die Nichtschädlichkeit des Experiments, die Abbrechbarkeit ohne Folgen

Selbstbestimmung des Patienten



Verantwortung der Medizin

Selbstbestimmung als notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung

Heutige ethische Fragen

Kann ein Rückfall in das Denken der Euthanasie durch die absolut unverletzliche Selbstbestimmung des Einzelnen verhindert werden?

Ist die Selbstbestimmung das Bollwerk und die stabile Grenze zur Fremdbestimmung und zur Instrumentalisierung des Menschen für fremde Zwecke?

Kann eine unveräußerliche Menschenwürdegarantie (universell für alle Menschen, nicht erwerbbar, weil von vornherein gegeben und unverwundbar) eine Wiederholung von Wertbestimmungen menschlichen Lebens, von Selektion und Ausschluss verhindern?

Würde und Wert

Immanuel Kant

„Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes als Äquivalent gesetzt werden, was dagegen über einen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent hat, das hat eine Würde.“

Kant unterscheidet zwischen dem, was einen Preis und damit einen Wert hat und dem, was über einen Preis erhaben ist und deshalb Würde hat:

Der Mensch besitzt Würde und hat keinen Preis und darf nicht zum Mittel für fremde Zwecke werden.

(Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung der Metaphysik der Sitten)

Mit der Geschichte lernen?

Antwort 1

Die Lektion aus der NS-Geschichte ist gelernt.
(Achtung der Selbstbestimmung und
keine rassistischen Ressentiments mehr)

“Das Problem der Medizin heute ist ein anderes:

Die Medizin kann den Menschen mit Hilfe der Genetik und der modernen Neurologie verändern, bei zunehmender Ungewissheit, was den Menschen eigentlich ausmacht.”

Anton Leist

Mit der Geschichte lernen?

Antwort 2

Das einfache Lernen aus der Geschichte ist nicht möglich.
Eine einfache Wiederholung gibt es nicht.

Wer sich zu sehr auf die vorige konzentriert,
bemerkt die nächste Geschichte womöglich zu spät.

Es geht nicht um Gleiches, sondern vielmehr um Unterschiedlichkeiten,
die wir zwischen gestern und heute erfassen sollten, um Fragen zu
stellen, um etwas zu verstehen und um Schlussfolgerungen aus der
Geschichte zu ziehen.

Richard Schröder

Das Selbstbestimmungsargument am Beispiel der moderne Euthanasiepraxis in den Niederlanden

Ziel:

Euthanasie als Zeichen der persönlichen Freiheit.

**Selbstbestimmung als stabile Grenze gegen Fremdbestimmung
und den Rückfall in die Geschichte**

Sorgfaltskriterien

Bitte des Patienten freiwillig und überlegt

Zustand des Patienten aussichtslos und unerträglich

Patient aufgeklärt

zweiter Arzt muss Stellung nehmen

Practice of Euthanasia in the Netherlands

	Euthanasia with consent	Physician assisted Suicide	Euthanasia without consent
1990	2,300 cases 1.8% of all deaths	242 cases 0.3% of all deaths	976 cases *) 0.8% of all deaths
1995	3,600 cases 2.4% of all deaths	238 cases 0.3% of all deaths	913 deaths 0.7% of all deaths
2001	3,650 cases 2.6% of all deaths	180 cases 0.2% of all deaths	941 cases 0.7% of all deaths

*) including 375 cases of people able to consent who were not even asked

2005	2.325	
2009	2.443	193
2010	2.910	226
2012	3.965	223
2015	5.277	241
2019	6.092	269
2020	6.705*)	216

*) including 170 cases dementia, 88 cases psychiatric disorders

Grundsatzurteil des Obersten Gerichtshofs der Niederlande 2021:

Euthanasie ist bei dementen Patienten auch gegen deren Willen möglich, sofern diese vorher eine anderslautende Verfügung verfasst haben.

Tagespost 13. Mai 2021

Boudewijn Chabot, ehemaliger Befürworter und Vorkämpfer des Euthanasiegesetzes 2020:

„Das System ist entgleist... Ich weiß nicht, wie wir den Geist wieder in die Flasche zurückbekommen“

Er sei entsetzt darüber, dass neben Alten und Todkranken immer mehr psychisch- und demenzkranke Menschen von Ärzten getötet werden. Während 2009 zwölf Fälle aktiver Sterbehilfe bei Dementen gezählt worden seien, seien es 2016 bereits 141 gewesen. Bei psychiatrischen Patienten sei die Zahl von Null auf über 60 gestiegen.

Sonntagszeitung 22.8.2020

Das Groningen-Protokoll von 2004

Bedingungen

für straffreie Euthanasie an Kindern mit Behinderung zwischen 0 und 12 Jahren

1. Das Leiden muss so ernsthaft sein, dass das Kind keine Zukunft hat.
2. Es gibt keine medizinischen Möglichkeiten, dem Kind zu helfen.
3. Die Eltern müssen der Sterbehilfe zustimmen.
4. Eine Zweitmeinung eines weiteren Arztes muss eingeholt werden.
5. Die Lebensbeendigung muss ein Arzt vornehmen – auch die Nachbetreuung für alle Beteiligten.

Kriterien bei den 22 Kindereuthanasie Fällen 1997-2004 (Verhagen)

extrem niedrige Lebensqualität	22 Fälle	100%
vorausgesagter Mangel an Selbstversorgung	22 Fälle	100%
vorausgesagte Kommunikationsunfähigkeit	18 Fälle	82 %
erwartete Hospitalabhängigkeit	17 Fälle	77 %
lange Lebenserwartung	13 Fälle	59 %

2021 Hugo de Jonge, Justizminister der Niederlande:

Gesetzesankündigung für die Legalisierung der Kindereuthanasie für „unheilbar und todkranke Kinder“.

Bewertung der Niederländischen Entwicklung

Historische Kontinuität

Polaritäten der Euthanasie sind untrennbar verbunden

die Tötungserlaubnis für Schwerkranke auf Grund ihrer eigenen Lebenswertabwägung und ihres persönlichen Verlangens

und

die Tötungsforderung für Bewusstlose, schwerbehinderte Kinder oder andere, die nicht oder nicht mehr für sich sprechen können, auf der Grundlage einer Lebenswertabwägung durch die Gesellschaft.

➤ zeigt sich zumindest 1990 bis 2001

Historische Unterschiedlichkeit

Reine Fremdbestimmungsentscheidungen (Tötung ohne Verlangen) werden heute gesetzlich weitgehend durch Selbstbestimmungssurrogate (Patientenverfügungen, mutmaßlicher Wille) ersetzt (aber nicht überwunden)

Die Bindung von Maßnahmen der Euthanasie an die individuelle Selbstbestimmung ist kein Garant für die Überwindung der historischen Hypothek

Zur aktuellen Debatte zur Suizidassistenz in Deutschland

Ist Suizidbeihilfe scharf von aktiver Sterbehilfe abgrenzbar?

JA: Tatherrschaft liegt beim Suizidenten

Aber: Ist das eine stabile Grenze?

Nein: Was ist mit „prekären Suizidassistenzsituationen“?

(Beispiele: Menschen mit Armlähmungen, Menschen die die Einnahme auf halben Wege abbrechen?)

Wie groß ist der Unterschied zwischen

^ „stelle mir das Gift bereit“ und „gib mir das Gift“?
(strafrechtlich groß, subjektiv für den Betroffenen klein)

Von der Suizidassistenz zur aktiven Sterbehilfe

Die Kriterien für aktive Sterbehilfe und für Suizidbeihilfe sind gleich

In beiden Fällen wird üblicher Weise überprüft:

Ist der Wille freiverantwortlich?

Ist der Wille konstant?

Sind dem Betroffenen alle Alternativen bekannt?

Ist der Leidenszustand unerträglich?

In den Niederlanden werden beide Komplexe längst als EAS zusammengefasst „Euthanasie and Assisted Suicide“

In der Debatte zur Suizidassistenz werden heute schon die Grenzbereiche Demenz und psychische Erkrankung diskutiert.

Ist die aktuelle Debatte zum assistierten Suizid das Fenster für die Debatte um die Streichung des Verbots der aktiven Sterbehilfe (international: Euthanasie)?

ENDE

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Menschen sind unser Leben.

afsterdorf

berätungszentrum
afsterdorf