

Die “staatliche Sterbehilfe“ in medizinethischer Sicht



Dominik Groß

6. Saarländischer Medizinrechtstag
Saarbrücken, 16.11.2019

1. Begrifflichkeiten

Es gibt 4 Formen einer „Hilfe zum Sterben“:

(1) Sterbenlassen („~~passive Sterbehilfe~~“)

- Unterlassen/ Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen
 - Wenn der betroffene Patient eine Behandlungsmaßnahme nicht (mehr) wünscht
 - Wenn eine Behandlungsmaßnahme sinnlos (geworden) ist, weil das angestrebte Behandlungsziel nicht (mehr) erreichbar ist
 - legal!



(2) Indirekte Sterbehilfe

- Schmerzlindernde Behandlung unter Inkaufnahme einer (nicht beabsichtigten) Lebensverkürzung (z.B. Morphinumgabe)
 - legal!



1. Begrifflichkeiten

(3) Beihilfe zum Suizid („Assistierter Suizid“, „Beihilfe zur Selbsttötung“, ~~„Beihilfe zum Selbstmord“~~)

- Wenn eine Person (z.B. Arzt) einem Patienten Hilfestellung zum Suizid leistet, z.B. durch die Bereitstellung eines tödlichen Medikaments
- Selbsttötung ist nicht strafbar, somit ist auch die Beihilfe nicht strafbar – jedoch standesrechtliche Schranken



(4) Aktive Sterbehilfe („Tötung auf Verlangen“, ~~„Euthanasie“~~)

- Wenn eine Person (z.B. Arzt) den Tod auf Verlangen des Betroffenen (z.B. Patient) absichtlich und aktiv herbeiführt (Tatherrschaft liegt beim Arzt)
- in D strafbar (Freiheitsstrafe 6 Monate – 5 Jahre)
- zulässig in den BeNeLux-Staaten
- „Sterbehilfetourismus“



2. Zentrale ethische Problemfelder

(1) Zulässigkeit der Selbsttötung

Zwei zentrale Positionen:

- „Heiligkeit“ (= Unantastbarkeit) des Lebens
 - Leben gottgegeben; daher göttliche „Herrschaft über Leben und Tod“ (*Position der Kirchen*)
 - Allenfalls Sterbenlassen und indirekte Sterbehilfe zulässig, sofern Sterbeprozess schon eingesetzt hat
- Primat der Selbstbestimmung des Menschen
 - Eine selbstbestimmte Verkürzung des eigenen Lebensmuss erlaubt sein, wenn die Entscheidung in entscheidungsfähigem Zustand und in zutreffender Kenntnis aller Umstände („wohlüberlegt“) getroffen worden wurde (*Position der DGHS – vgl. aber auch Erlaubnis zum Erwerb tödlicher Medikamente zur Selbsttötung in Ausnahmefällen: BVerwG, 2.3.2017*)



2. Zentrale ethische Problemfelder

(2) Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe (Fremdtötung)

Pro-Argumente

- **Respekt vor der Selbstbestimmung des Individuums**
 - Es muss der persönlichen Entscheidung des Kranken überlassen sein, sich für eine palliative Behandlung oder aber für eine (ärztlich assistierte) Selbsttötung zu entscheiden (Patientenautonomie, Persönlichkeitsrecht)
- **Aktive Sterbehilfe als Akt der Humanität**
 - ein „langsames“ passives Sterbenlassen, verbunden mit unstillbaren Schmerzen, kann „inhumaner“/ „unchristlicher“ sein als eine „schnelle“ aktive Sterbehilfe

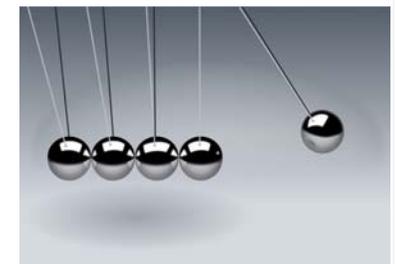


2. Zentrale ethische Problemfelder

(2) Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe (Fremdtötung)

Contra-Argumente

- **Dammbruch-Argument (Argument der schiefen Ebene)**
 - Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe führt zu einer „Relativierung des Fremdtötungsverbots“ und damit zu einer Abnahme der Tötungshemmung → ggf. langfristige Ausweitung der Praxis aktiver Sterbehilfe auf andere Personenkreise (*Nota: Daten aus den Niederlanden bestätigen dies nicht*)
- **Argument der reaktiven Zunahme aktiver Sterbehilfe**
 - Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe führt bei den Betroffenen zu voreiligen Entscheidungen *für* den Tod, ohne Alternativen (Palliativmedizin) zu berücksichtigen (Signalwirkung, „zeichnet den weiteren Weg vor“) (*Nota: Daten aus den Niederlanden bestätigen dies nicht*)



2. Zentrale ethische Problemfelder

(2) Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe (Fremdtötung)

Contra-Argumente

- **Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis**
 - angestammte Rolle des Arztes als „Heiler“ – inkompatibel mit der Rolle des „Tötenden“ (Drittes Reich)
 - MBO (2018), umstrittener § 16: „...Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“
(Nota: Berufsrecht enger gefasst als Strafrecht)
- **Gefahr einer schleichenden Entsolidarisierung**
 - Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe könnte zu einer Schwächung der Solidarität mit kranken, leidenden und sterbenden Menschen führen und diese dazu veranlassen, zur „Entlastung“ ihrer Mitwelt von der Möglichkeit der Sterbehilfe Gebrauch zu machen



2. Zentrale ethische Problemfelder

(2) Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe (Fremdtötung)

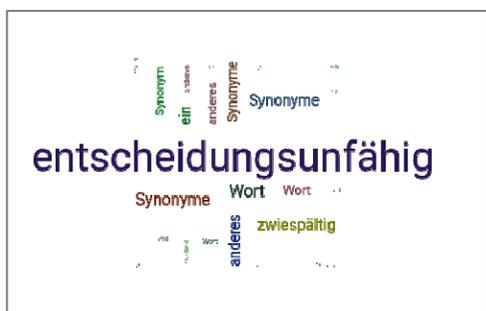
Contra-Argumente

- **Fragliche Authentizität des Sterbewunsches**
 - Phasen des Sterbens gehen mit gravierenden Stimmungswechseln einher; Forderung nach Sterbehilfe vor allem Ausdruck von starken Schmerzen oder Einsamkeitsgefühlen (Hilferuf)
- **Natürliche Grenzen der aktiven Sterbehilfe**
 - Die aktive Sterbehilfe erreicht nicht alle Menschen, sondern nur Entscheidungsfähige – sie bietet keinen Lösungsansatz für Gruppierungen wie Frühchen, Kleinkindern, Demenzkranke, psychisch Kranke etc.

„Sterbewunsch ist häufig Hilferuf“

Prof. Radbruch zur aktuellen Diskussion zur Sterbehilfe

Nach dem Doppel-Suizid eines Seniorenpaars diskutiert Frankreich, ob nicht doch in Ausnahmefällen die aktive Sterbehilfe, also die Tötung auf Verlangen, erlaubt sein soll. Der deutsche Gesundheitsminister Hermann Gröhe plant dagegen, gesetzlich jede Form der organisierten Suizidhilfe zu verbieten. Passive Sterbehilfe ist in beiden Ländern erlaubt. Lebenserhaltende Behandlungen dürfen beendet oder gar nicht erst begonnen werden, wenn der Patient dies so will. Wichtig hierbei ist, dass nicht der Verzicht auf die Behandlung zum Tod führt, sondern dass zugelassen wird, dass das Sterben seinen Lauf nimmt. Hierzu nimmt Prof. Dr. Lukas Radbruch, Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Bonn, Stellung:



2. Zentrale ethische Problemfelder

(3) Ethische Implikationen von § 217 StGB

Problemlage

- Seit Dezember 2015 in Kraft, ahndet „geschäftsmäßige Förderung“ der Selbsttötung
- Ein Arzt, der beim Suizid assistiert, kann zu bis zu drei Jahren Gefängnis verurteilt werden, wenn er nicht einmalig, sondern wiederholt schwerkranken Patienten ein tödliches Medikament zur Verfügung gestellt hat.
- Verfassungsklage von einzelnen Patienten, Ärzten und Sterbehilfe-Vereinen
- Vorwürfe: Verletzung der Berufs- und Gewissensfreiheit (Ärzte), Verletzung des Persönlichkeitsrecht und der Menschenwürde (Patienten)
- Entscheidung des Verfassungsgerichts steht derzeit noch aus



The screenshot shows the website of the Bundesverfassungsgericht (German Federal Constitutional Court). The header includes the court's logo and name, along with navigation links for 'ÜBERSICHT' and 'KONTAKT'. Below the header is a photograph of the court building. A red navigation bar contains the following menu items: 'Das Gericht', 'Richterinnen und Richter', 'Verfahren', and 'Entscheidungen'. The main content area features a breadcrumb trail: 'Startseite > Presse > Mündliche Verhandlung in Sachen „§ 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)“ am Dienstag, 16. April 2019, 10.00 Uhr, und Mittwoch, 17. April 2019, 10.00 Uhr'. The title of the press release is 'Mündliche Verhandlung in Sachen „§ 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)“ am Dienstag, 16. April 2019, 10.00 Uhr, und Mittwoch, 17. April 2019, 10.00 Uhr'. The press release number is 'Pressemitteilung Nr. 17/2019 vom 5. März 2019'. The case numbers are listed as 'Aktenzeichen: 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16'. The text states that the Second Senate of the court is hearing the case on Tuesday, April 16, 2019, at 10:00 AM, and Wednesday, April 17, 2019, at 10:00 AM, in the courtroom of the Federal Constitutional Court, Schlossbezirk 3, 76131 Karlsruhe. The press release describes the case as involving six constitutional complaints against § 217 of the Criminal Code, which penalizes the commercial promotion of suicide. The complainants are associations of doctors in Germany and Switzerland who provide suicide assistance, and severely ill patients who wish to end their lives. The press release concludes by stating that the court will decide on the constitutionality of § 217 StGB.

3. Auswege aus ethischer Sicht

(1) Inanspruchnahme von Palliativmedizin

Zentrale Instrumente:

- **Professionelle Palliative Care** inkl. Schmerzkontrolle und seelsorgliche/ spirituelle Begleitung
- **Palliative Sedierung**
 - medizinisch indizierte Therapieoption zur Symptomkontrolle therapieresistenter Symptome
 - kann eine eher tiefe (mit Verlust des Bewusstseins) oder flache Sedierung (mit erhaltenem Bewusstsein) zum Ziel haben
 - kann intermittierend oder kontinuierlich (fließender Übergang zur terminalen Sedierung) erfolgen



Nota: Der Ausbau der Palliativmedizin (insb. im ambulanten Bereich) ist weiterhin ein Desiderat!

3. Auswege aus ethischer Sicht

(2) Patientenverfügung

Definition

Willenserklärung betr. medizinische
Behandlung im Falle späterer Einwilligungs-
bzw. Entscheidungsunfähigkeit

Beachte: hier kann eine Therapiebegrenzung für
bestimmte Situationen am Lebensende
vorausverfügt werden – dies schließt auch die
Forderung nach palliative care/ comfort care ein.



3. Auswege aus ethischer Sicht

(2) Patientenverfügung

Hinweise

- Der Bundesgerichtshof hat 2016 festgestellt, dass der generelle Verzicht auf „lebensverlängernde Maßnahmen“ als Angabe zu unkonkret ist. Gleiches gilt für Aussagen wie „unerträgliches Leiden“, „hoffnungsloser Zustand“ u.ä.. Erforderlich sind demnach konkrete Aneisungen (z.B. keine künstliche Ernährung bei schwerster, mutmaßlich irreversibler Gehirnschädigung o.ä.) .
- Dennoch ist eine ungenaue Patientenverfügung oft besser als gar keine, denn sie bietet häufig immerhin Anhaltspunkte (z.B. über die Werte des Patienten) und gibt u.U. Hinweise auf Bevollmächtigte und/oder Betreuer.
- Patientenverfügungen haben hierzulande – anders als z.B. in Österreich (5 Jahre Gültigkeit) – kein „Verfallsdatum“. Gleichwohl sollten sie regelmäßig geprüft und per Unterschrift bestätigt werden (Empfehlung: alle 2 Jahre sowie bei veränderten Lebensumständen).

3. Auswege aus ethischer Sicht

(3) Vorsorgevollmacht

Definition

Bevollmächtigung mindestens einer Vertrauensperson, im Falle eigener Entscheidungsunfähigkeit stellvertretend zu handeln

Zielsetzung

Durchsetzung des Pat
unfähig ist (*alternativ*



3. Auswege aus ethischer Sicht

(3) Vorsorgevollmacht

Hinweise

- Die Erteilung einer Vorsorgevollmacht setzt (1) uneingeschränktes Vertrauen zum Bevollmächtigten sowie (2) eine emotionale Stabilität desselben voraus („Kandidaten“: z.B. Ehepartner, Kind, emotionaler Verwandter, „professionelle“ Vertrauenspersonen wie Pfarrer, Sozialarbeiter...).
- Vorsorgevollmachten können für bestimmte Lebensbereiche ausgestaltet bzw. eingeschränkt werden (z.B. nur für Gesundheitsfürsorge; auch für finanzielle Bereiche, Behördengänge, Schriftverkehr etc.). (*Achtung: Bei manchen Befugnissen bedarf es einer notariellen Beurkundung!*)
- Es kann sinnvoll sein, mehr als einen Vorsorgebevollmächtigten zu benennen. Werden mehrere benannt, sollte aber eine *Hierarchisierung* erfolgen, um Streitfälle (disparate Einschätzungen) zu vermeiden.
- Vorsorgebevollmächtigte machen in der Regel einen gesetzlichen Betreuer entbehrlich bzw. werden im Bedarfsfall als Betreuer bestellt (Letzteres kann man in einer Betreuungsverfügung nochmals eigens festlegen).

3. Auswege aus ethischer Sicht

(4) Betreuungsverfügung

Definition

Schriftliche Vorausverfügung für den Betreuungsfall.

Mit ihr kann bestimmt werden, wer im Bedarfsfall gesetzlicher Betreuer werden soll (oder auch, wer partout **nicht** Betreuer werden soll).

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb vom Betreuungsgericht ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist. Ja Nein

2. _____

3. _____

Ort, Datum

Unterschrift

Die Betreuungsverfügung verhindert die eigenständige **Festsetzung eines gesetzlichen Betreuers durch das zuständige Amtsgericht.** Sie dient also – wie die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht – der Selbstbestimmung des Patienten.

3. Auswege aus ethischer Sicht

(5) Klinische Ethikberatung

Definition

Die Klinische Ethikberatung ist eine besondere Form der Beratung bei konflikthaften bzw. ethisch relevanten Fragen der Patientenbehandlung. Sie kann durch Einzelpersonen oder ein Komitee (KEK) erfolgen.

Wer kann eine Ethikberatung anfordern?

Patienten und Angehörige, Ärzte, Pflegende

Häufigster Beratungsgegenstand

Therapieverzicht (Sterbenlassen)

Tendenz: Ausbau des ambulanten Sektors, insb. Hausarztversorgung (z.B. Hessen, NRW)

Beachte: Keine Entscheidung durch das KEK (nur Beratung!), keine Beratung ohne Auftrag!

Komitee für medizinethische Beratung

der Ärztekammer Nordrhein

Die Ärztekammer Nordrhein richtet ein Komitee zur medizinethischen Beratung ein. Das Gremium soll Ärztinnen und Ärzte auf deren Wunsch hin bei ihren Entscheidungen in ethischen Grenzfällen unterstützen, die etwa im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten zu treffen sind.

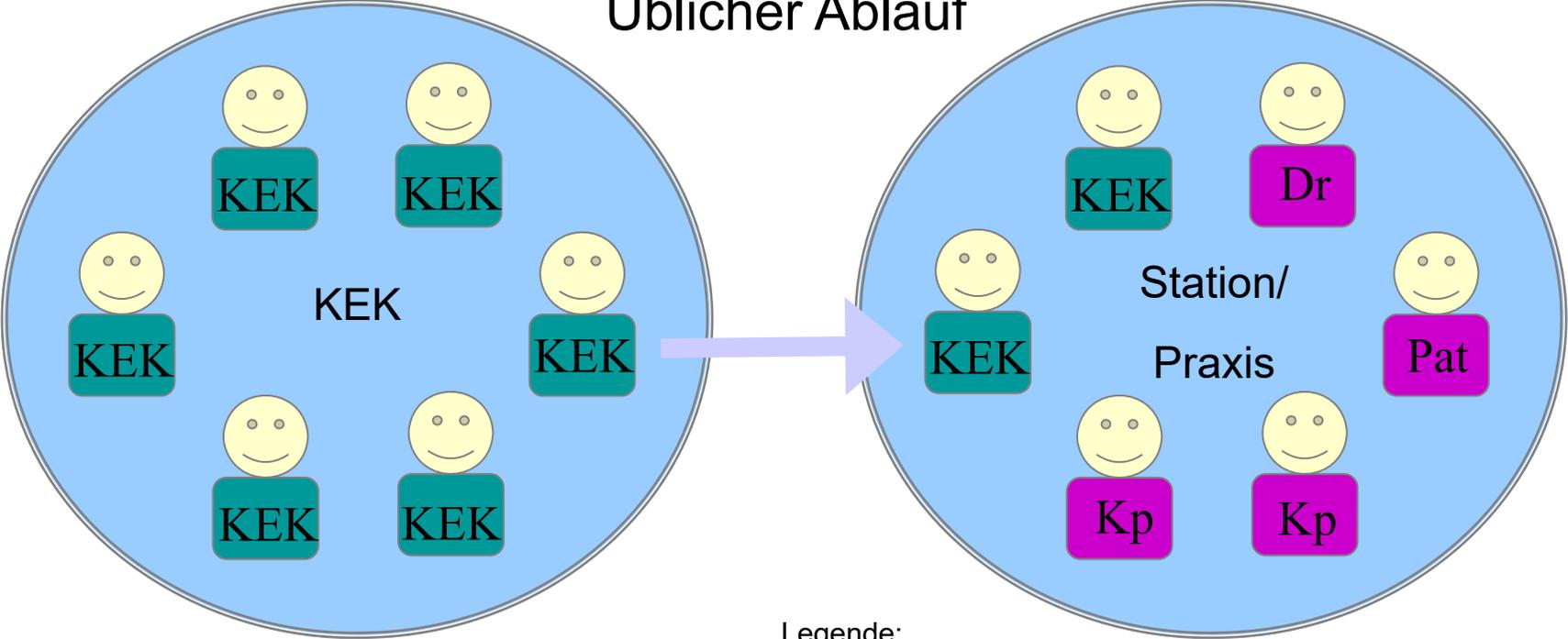
Der Gründungsausschuss für das neue Komitee ist kürzlich in Düsseldorf erstmals zusammengetreten. Dieser Ausschuss nimmt sich ab sofort ethischer Fragen der Ärztinnen und Ärzte aus dem Landesteil Nordrhein an. Die Beratungsergebnisse zu einzelnen Fragestellungen sollen für die ärztliche Weiterbildung und die Fortbildung genutzt werden können. Vorsitzender des Gründungsausschusses ist der Präsident der Ärztekammer Nordrhein.



3. Auswege aus ethischer Sicht

(5) Klinische Ethikberatung

Üblicher Ablauf



Legende:

- KEK = Klinisches Ethik-Komitee
- Dr = Arzt
- Kp = Krankenpflegekraft
- Pat = Patient(envertreter)









für Ihre Aufmerksamkeit!

