

Stellungnahme

Klinisches Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen

Zur Diskussion um „aktive Sterbehilfe“

5

Entwurf

Stand: 16.02.2006

Entwurf für die Sitzung des Klinischen Ethikkomitees am 22.02.06

Autoren: Dr. Uwe Fahr, Dr. Martin Marsch, Prof. Dr. Hans G. Ulrich

10

15

20

25

Das Klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen lehnt sowohl die Forderung nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe als auch eine Liberalisierung der bereits in manchen europäischen Ländern praktizierten Assistenz beim Suizid ab. Statt eine Aufgabe des ärztlichen Tötungsverbotes einzufordern, muss nach Einschätzung des Erlanger Klinischen Ethik Komitees die Palliativmedizin ausgebaut werden, mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten flächendeckend eine umfassende Sterbegleitung anbieten zu können, die auch psychologische und spirituelle Aspekte berücksichtigt. Das Ethikkomitee hat sich in der Vergangenheit bereits ausführlich mit diesen Fragen befasst und meldet sich vor dem Hintergrund dieser intensiven Auseinandersetzung zu Wort, nachdem in letzter Zeit die Diskussion um die Freigabe der aktiven Sterbehilfe auch in Deutschland wieder aufgeflammt ist. Anlass hierfür war zum einen die Eröffnung eines Büros des Schweizer Vereins „Dignitas“ in Hannover und zum anderen die Gesetzesinitiative des Hamburger Justizsenators Roger Kusch, die aktive Sterbehilfe in Deutschland zu legalisieren. Mit diesen beiden Vorstößen ist erneut eine breite und zum Teil sehr emotional und wenig differenziert geführte Diskussion entbrannt.

30

35

40

Ethische Fragen der Therapie und Lebensbegleitung am Ende oder zu Beginn menschlichen Lebens gehören zu den wichtigsten Fragen der Ethik in der klinischen Praxis. Aus diesem Grund setzt sich das Klinische Ethikkomitee seit seiner Gründung im Jahre 2002 kontinuierlich und intensiv mit diesen Fragen auseinander. In der Vergangenheit wurden bereits zwei Empfehlungen erarbeitet und klinikumsweit als verbindliche Leitlinien eingeführt, die sich mit Therapiebegrenzung und dem Verzicht auf Reanimationsmaßnahmen auseinandersetzen und den klinisch Tätigen *Hilfestellung in der täglichen Praxis geben* (siehe unten). Darüber hinaus setzt sich das Klinische Ethikkomitee besonders für einen *Ausbau der Palliativmedizin* ein. Für Patienten, Angehörige und klinisch Tätige gehört der ethisch angemessene Einsatz von Technologie am Lebensende (bzw. zu Beginn des Lebens) zu den großen Herausforderungen, an deren gemeinsamer Bewältigung weiter intensiv gearbeitet wird. Vor dem Hintergrund dieser kontinuierlichen ethischen Auseinandersetzung beobachtet das KEK die aktuelle Diskussion um die Assistenz beim Suizid und das Postulat nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) mit außerordentlich großer Sorge.

45

50

Untersuchungen zum Sterben haben gezeigt, dass sehr viele Menschen in unserem Kulturkreis das tiefe Bedürfnis haben, über ihr Lebensende die Kontrolle zu behalten bzw. angemessen dieses Ende gestalten zu können. Häufig stehen die Patienten zwischen zwei Befürchtungen: einerseits der Angst, aufgegeben und in ihrer Not verlassen zu werden, und andererseits der Angst, einer übermächtigen Apparatedizin ausgeliefert zu sein und trotz Versagens des kurativen Ansatzes weiter grenzenlos therapiert zu werden. Nicht zuletzt diese Befürchtungen führen immer wieder zu Diskussionen um eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, die von vielen als eine Möglichkeit empfunden wird, die *Kontrolle über das eigene Leben bis zum letzten Atemzug* zu bewahren und im

Sinne einer Realisation des Selbstbestimmungsrechts auch auf den Todeszeitpunkt Einfluss zu nehmen.

55 Weder der Suizid noch die Hilfe beim Suizid stellen einen Straftatbestand dar. Allerdings ist rechtlich die straflose Hilfe beim Suizid von der strafbaren Tötung auf Verlangen abzugrenzen. Die Hilfe beim Suizid ist zwar strafrechtlich nicht verboten, in der Praxis jedoch gibt es hier eine Reihe von einschränkenden Bestimmungen. Dies ist dann der Fall, wenn die Freiverantwortlichkeit des Suizidwilligen fehlt, so dass unter Umständen bereits das Geschehenlassen der Suizidhandlung strafbar sein kann. Darüber hinaus gibt es eine ärztliche Hilfeleistungspflicht, sobald der Patient nicht mehr „Herr des Geschehens“ ist. Aktive Sterbehilfe ist als Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB verboten.

60 Über das Für und Wider dieses Verbotes gibt es zahlreiche Stellungnahmen aus Theologie, Philosophie und Medizin, von Interessenverbänden und politischen Parteien. Nirgends zeigt sich dabei auch nur annähernd Einigkeit. Sehr häufig werden *gegensätzliche ethische Aussagen* formuliert.

65 Befürworter einer Legalisierung von aktiver Sterbehilfe berufen sich auf das *in der Verfassung garantierte Selbstbestimmungsrecht*, das sich auch auf die Entscheidung erstrecken soll, das eigene Leben zu beenden oder beenden zu lassen. Die Tatsache, dass nach herrschender Rechtsprechung der Versuch zur Selbsttötung im Grundsatz straflos ist und die Beihilfe zur Selbsttötung im Grundsatz ebenso keinen Straftatbestand darstellt, wird von Befürwortern der Tötung auf Verlangen angeführt, um die weitergehende Forderung aufzustellen, dass es Ärztinnen und Ärzten erlaubt sein müsse, das Leben von Patienten beenden zu können, wenn diese die Tötung ausdrücklich und wiederholt verlangen und den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe wiederholt unmissverständlich zum Ausdruck gebracht haben. Als weitere Voraussetzung für die Legitimität eines Tötungswunsches wird eine unheilbare, zum Tode führende Krankheit angeführt.

70 Die Gegner einer Legalisierung von aktiver Sterbehilfe verweisen demgegenüber darauf, dass mit einer gesetzlichen Erlaubnis der aktiven Sterbehilfe Gefahren verbunden sind: Aus ihrer Sicht ist es kaum möglich, einen Gesetzestext zu formulieren, der es erlaubt, genau jene Personengruppe zu definieren, die diese Voraussetzungen erfüllt. Sie sehen vielmehr die Gefahr, dass auch eine eng umrissene Erlaubnis der aktiven Sterbehilfe dazu führen muss, dass diese Praxis immer weiter ausgedehnt wird und schließlich auch schwerkranke Patienten getötet werden, die dies gar nicht gewollt haben, bzw. dass andere ethisch nicht vertretbare Beweggründe eine Patiententötung motivieren können. Neben diesen so genannten *Damnbruchargumenten* werden aber auch noch grundsätzlichere Argumente angeführt. Demnach stehe die Entscheidung über Leben oder Tod und ebenso auch die *Entscheidung über das eigene Leben und den eigenen Tod dem Menschen prinzipiell nicht selbst* zu. Es wird auch grundsätzlich bezweifelt, dass Menschen darüber urteilen können, was für sie "gut" ist, auch wenn sich die Erwartung auf ein gutes Sterben oder ein gutes Ende des Lebens richtet.

85 Die Erfahrungen in Belgien und den Niederlanden weisen zumindest darauf hin, dass eine *Grenzziehung* zwischen Patienten, die nach den dort herrschenden gesetzlichen Regelungen rechtmäßig eine aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen und solchen, bei denen dies nicht der Fall ist, *äußerst schwierig* ist. Insgesamt scheint sich eine Tendenz abzuzeichnen, auch Patientengruppen, die bislang ausgeschlossen waren, wie beispielsweise Psychatriepatienten oder auch Patienten jugendlichen Alters, aktive Sterbehilfe zu ermöglichen. Darüber hinaus scheint in diesen Ländern eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung nicht garantiert zu sein, so dass nicht ausgeschlossen ist, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten aktive Sterbehilfe auf Grund mangelnder palliativer Versorgung in Anspruch nehmen, bzw. auch mit dem Wunsch, anderen nicht zur Last fallen zu wollen. In der wissenschaftlichen Diskussion über die aktive Sterbe-

hilfe wird in diesen Ländern aus diesem Grund immer häufiger der so genannte „palliative Filter“ gefordert. Der Sinn des „palliativen Filters“ besteht darin, jene Personen „herauszufiltern“, die auf Grund mangelnder palliativer Betreuung aktive Sterbehilfe verlangen.

105 Nicht zu übersehen ist die Tatsache, dass für viele gesellschaftliche Gruppen *aktive Sterbehilfe nicht mit ihrem Selbstverständnis vereinbar* ist.

110 • In diesem Sinne haben sich die Kirchen seit längerem gegen Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen ausgesprochen. Aus ihrer Sicht ist die Hilfe beim Sterben die entscheidend wichtige Hilfe, aber nicht die Hilfe zum Sterben. In diesem Sinne sind auch die Worte des Bundespräsidenten Horst Köhler zu verstehen, der sich mit dem Postulat, dass Menschen nicht durch, sondern an der Hand eines anderen Menschen versterben sollen, in die aktuelle Diskussion zu Wort gemeldet hat.

115 • Auch dem ärztlichen Selbstverständnis widerspricht die Beihilfe zum Suizid und die Tötung auf Verlangen. Das *ärztliche Ethos* ist darauf ausgerichtet, zu helfen, zu lindern und zu heilen und nicht etwa auch zu töten! Ärztinnen und Ärzte dürfen - unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten - auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde, bzw. der Sterbeprozess bereits unweigerlich eingesetzt hat.

125 Besonders wichtig ist es, grundlegende Differenzierungen nicht aus dem Blick zu verlieren. Die Forderung nach der gezielten Herbeiführung des Todes muss zwingend von anderen Formen ethisch und rechtlich bereits erlaubter „Sterbehilfe“ im Sinne eines „Helfens im Sterben“ differenziert werden. Die Grundsätze der Bundesärztekammer unterscheiden daher deutlich zwischen den Pflichten bei sterbenden Patienten, bei Patienten mit infauster Prognose sowie Patienten mit schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit. Bei sterbenden Patienten kann auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet werden, wenn diese Maßnahmen nur den Todeseintritt verzögern würden. Bei Patienten mit infauster Prognose zählt letztlich der Wille des Patienten. Dann tritt die palliativmedizinische Behandlung an die Stelle von Lebensverlängerung. Der Arzt muss auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht und er dies in Form einer eindeutigen Willenserklärung selbst oder über Dritte zum Ausdruck gebracht hat. Ein Recht zu behandeln besteht von Seiten der Therapeuten dabei jedoch nicht! Bei den Patienten mit schweren zerebralen Schädigungen und auch schwersten Behinderungen wird grundsätzlich festgehalten, dass sie ein Recht auf Behandlung, adäquate Pflege und Zuwendung haben. Lebenserhaltende Therapie ist – unter Beachtung des Willens des Betroffenen – grundsätzlich geboten.

140 Das Klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen hat für alle klinisch Tätigen Empfehlungen entwickelt, wie Ärztinnen und Ärzte mit Fragen der Therapiebegrenzung umgehen können. Die folgenden Leitlinien stehen unter dem Oberbegriff *Erlanger Empfehlungen zur Patientenautonomie am Lebensende* zur Verfügung:

- 145
- Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen
 - Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung

150 Insgesamt zeigt sich, dass es schon ein *reiches Instrumentarium* gibt, das klinisch Tätigen am Lebensende zur Verfügung steht, um im Einklang mit den Wünschen von Patientinnen und Patienten zu handeln. Diese Möglichkeiten zu verdeutlichen und sie überlegt einzusetzen bedeutet auch, den Patientinnen und Patienten die Angst zu nehmen, dass sie ihre eigenen Lebenssituation am Lebensende nicht mehr kontrollieren oder mit-

bestimmen können, sobald sie einmal im Krankenhaus sind. Eine Diskussion über die aktive Sterbehilfe ist in dieser komplexen Situation kontraproduktiv. *Die Gewährung aktiver Sterbehilfe steht für die Ärztinnen und Ärzte am Universitätsklinikum Erlangen nicht im Einklang mit ihrem beruflichen Ethos.*

Überblickt man diese komplexe Diskussionslage so zeigt sich:

(1) Bei Patientinnen und Patienten gibt es ein starkes Bedürfnis, am Ende ihres Lebens Kontrolle über ihr Leben zu behalten. Durch Patientenverfügungen, Gespräche mit Patientinnen und Patienten über ihre Wünsche, durch den differenzierten Einsatz der unterschiedlichen Formen bereits erlaubter Sterbehilfe (indirekte und passive) – bei Beachtung des Patientenwillens – können Patientinnen und Patienten Einfluss auf ihre letzte Lebensphase gewinnen.

(2) Die Beihilfe zum Suizid ist zwar kein Straftatbestand, aber die Selbsttötung wird doch als Ausdruck eines tiefen Hilfebedürfnisses gesehen. Die Art der Hilfeleistung kann und sollte in Schmerztherapie, seelischer Hilfe und spiritueller Begleitung bestehen und nicht wie gefordert in der Tötung auf Verlangen.

(3) Angesichts der noch immer stark unterentwickelten palliativen Versorgung ist Deutschland kein geeignetes Land, den empirischen Versuch zu unternehmen, ob die Legalisierung der Tötung auf Verlangen zu einem Dambruch führen würde.

(4) Es ist keine ärztliche Aufgabe, Patienten die Selbsttötung zu ermöglichen oder Patientinnen und Patienten den Wunsch nach einer Tötung auf Verlangen zu erfüllen.

Das Klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen sieht die gegenwärtige Diskussion um Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen als eine Fehlentwicklung. Das Erlanger Klinische Ethikkomitee fordert daher alle Beteiligten und Verantwortlichen in Gesundheitsverwaltung und Politik dazu auf, einerseits das Konzept einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung umzusetzen und andererseits die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, die es in der klinischen Praxis ermöglichen, den schriftlich artikulierten Patientenwillen („Patientenverfügung“) adäquat zu berücksichtigen.

Das Klinische Ethikkomitee wurde 2002 am Universitätsklinikum Erlangen auf Initiative des Klinikumsvorstands gegründet. Das Ethikkomitee stellt eine Forum für die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen im klinischen Alltag dar. So beschäftigen sich Arbeitsgruppen des Ethikkomitees beispielsweise mit Fragen der Aufklärung von Patientinnen und Patienten, der Palliativmedizin, der Sterbebegleitung, der Leitlinienentwicklung zum Themenkomplex Patientenautonomie am Lebensende sowie der Ethikberatung. Im Rahmen der Ethikberatung haben Ärzte und Ärztinnen, Pflegende sowie Angehörige die Möglichkeit, gemeinsam schwierige Entscheidungen moderiert zu reflektieren. Als eine weitere Plattform zum geschützten Dialog dient die Implementierung sogenannter Ethikzirkel an Orten mit hohem medizinethischen Konfliktpotential (z.B. Interdisziplinäre operative Intensivstation).

Zu den Aufgaben des Klinischen Ethikkomitees gehört darüber hinaus u.a. die Leitlinienentwicklung sowie die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich medizinethischer Themen.