



**Sterben an einer Hand
statt sterben durch eine Hand.**

**Die Position der Malteser zur Sterbebegleitung und
geschäftsmäßig organisierten Beihilfe zum Suizid in Deutschland**



Malteser

...weil Nähe zählt.

Inhalt

Editorial	Seite 3
Die Position der Malteser	Seite 4
Glossar	Seite 8
Häufige Fragen zum Thema Sterbebegleitung/Sterbehilfe	Seite 10

Herausgeber: Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH, 51101 Köln
V. i. S. d. P.: Dr. Franz Graf von Harnoncourt
Satz + Gestaltung: Malteser Kommunikation
Fotos: Malteser Archiv
Internet: www.malteser.de

Sie haben Fragen? Ihre Ansprechpartner:

Dr. Franz Graf von Harnoncourt: franz.harnoncourt@malteser.org
Dirk Blümke: dirk.bluemke@malteser.org
Dr. Claudia Kaminski: claudia.kaminski@malteser.org

Geschätzte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Haupt- und Ehrenamt,

die Diskussion um das Thema „Sterbehilfe“ wird in Deutschland so emotional und kontrovers diskutiert wie wenige andere Themen bisher. Und schon die Frage, was mit dem Begriff „Sterbehilfe“ gemeint ist, zeigt, wie auf unterschiedlichen Ebenen Begrifflichkeiten, Annahmen und Interpretationen, auf denen große Teile der intensiven Auseinandersetzung beruhen, anders verstanden werden. Handelt es sich bei Sterbehilfe um „Begleitung beim Sterben“ oder um „Begleitung zum Sterben“? Die Schlagworte „Sterben an der Hand eines Anderen“ oder „Sterben durch die Hand eines Anderen“ – sie alle zeigen die Vielfalt der Diskussions Ebenen auf.

Wir als Malteser sind in zahlreichen Diensten und Einrichtungen für alte, kranke und behinderte Menschen aktiv und begleiten in besonderer Weise seit über 25 Jahren sterbende Menschen sowie deren Angehörige durch unsere Hospiz- und Palliativdienste. Als kirchlicher Träger ist für uns die Frage der existentiellen Würde und des uneingeschränkten Bekenntnisses zum Lebensrecht jedes einzelnen Menschen substanziell und unangreifbar. Die Sorge, dass durch eine undifferenzierte und die Folgen nicht bedenkende Diskussion die Schwächsten in unserer Gesellschaft, nämlich die Alten, Kranken, Unheilbaren und geistig Behinderten, ihr Leben rechtfertigen müssen, ist dabei eine zentrale Triebfeder unseres Handelns. Dabei beziehen wir klar und offen Position und versuchen, diese mit der vorliegenden Broschüre auch für Sie klar und verständlich darzulegen. Dazu soll auch das beigefügte Glossar beitragen, das die babylonische Sprachverwirrung entwirrt und die verschiedenen Begriffe klarstellt. Vorweg seien folgende Eckpunkte festgehalten:

- 1. Der Suizid ist für uns nicht Ausdruck der höchsten Form der Autonomie menschlichen Entscheidens, sondern Verzweiflungstat, die es durch gesellschaftliche Anstrengungen zu verhindern gilt.**
- 2. Die Malteser lehnen die Beihilfe zum Suizid aus religiösen und ethischen Gründen ab.**
- 3. Die Malteser sehen die Notwendigkeit, den geschäftsmäßig organisierten assistierten Suizid (also die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung) und damit ausdrücklich auch den ärztlich assistierten Suizid gesetzlich zu verbieten und strafrechtlich zu ahnden.**
- 4. Tötung auf Verlangen muss auch zukünftig eine strafbare Handlung bleiben.**

Mit dieser Broschüre wollen wir Sie in diese Thematik einführen, Ihnen Sicherheit in der Argumentation und Klarheit in den Hintergründen geben. Unser oberstes Ziel muss sein:

Wenn Menschen am Leben verzweifeln, müssen wir Ihnen die Verzweiflung nehmen und nicht das Leben.

Für den Malteser Verbund



Karl Prinz zu Löwenstein



Dr. Franz Graf von Harnoncourt

Die Position der Malteser

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe ehren- und hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Maltesern,

Ende 2012 legte die damalige Justizministerin Sabine Leutheuser-Schnarrenberger einen Gesetzentwurf zur „Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ vor. Dies war eine Reaktion auf Initiativen von Sterbehilfevereinen wie beispielsweise „Dignitas“ oder „Exit“ in der Schweiz, die sich vermehrt auch in der deutschen Öffentlichkeit für einen organisierten assistierten Suizid einsetzten.

Da in dem damaligen Gesetzentwurf nur die auf Gewinnerzielung ausgerichtete Förderung des Suizids unter Strafe gestellt worden wäre, fand er keine Mehrheit und das Verfahren wurde gestoppt. Die Politiker waren sich einig, dass es eines längeren Diskussionsprozesses bedürfe, um zu einer vernünftigen gesetzlichen Lösung zu gelangen.

Seit spätestens 2014 wird auch in der deutschen Öffentlichkeit die gesamte Bandbreite diskutiert:

- von einem Verbot jeglicher organisierter Beihilfe zum Suizid
- über die Idee eines unter engen Auflagen zu ermöglichenden ärztlich assistierten Suizids
- bis zu einer Freigabe der organisierten Beihilfe zum Suizid

Als Grundlage ist dabei zu beachten, dass manche Fakten noch nicht wirklich in der Bevölkerung bekannt sind:

1. Suizid und Beihilfe zum Suizid sind nicht verboten.

- Da der Suizid – die Selbsttötung – straffrei ist, ist auch die Beihilfe zum Suizid straffrei.
- Ein Verbot des Suizids oder der Beihilfe durch einen nahen Angehörigen ist damit nicht Thema der Diskussion.

2. Der ärztlich assistierte Suizid ist gesetzlich nicht verboten.

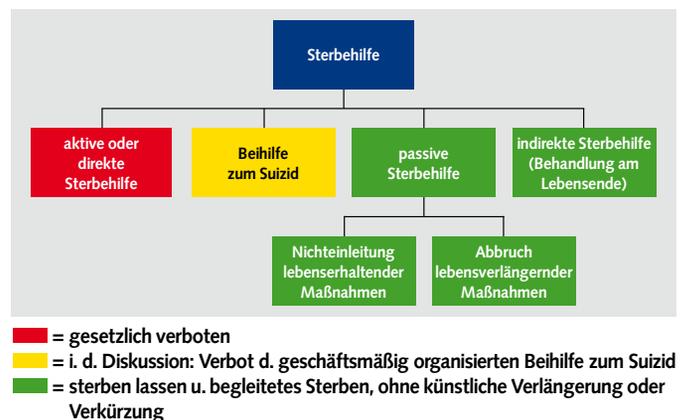
- Standesrechtlich ist er keine Aufgabe des Arztes, was 10 von 17 Länderkammern und die Bundesärztekammer so sehen.
- Er bewegt sich im rechtlichen Graubereich, da unter anderem die so genannte Garantenfunktion bzw. das Gesetz zur „unterlassenen Hilfeleistung“ berührt werden.

3. Tötung auf Verlangen, das heißt jemanden auf dessen Wunsch hin zu töten, **ist in Deutschland strafbar** und nicht Gegenstand der Gesetzesinitiative.

Wohlwissend, dass der Begriff Sterbehilfe oft mit „aktiver Ster-

behilfe = Tötung auf Verlangen“ umgangssprachlich gleichgesetzt ist und wir deshalb Begriffe wie Sterbebegleitung und Palliative Care etablieren wollen, können wir uns als Malteser den realpolitischen, sprachlichen Gegebenheiten nicht entziehen. Gesetze und Gesetzesvorlagen greifen auf die unterschiedlichen Verwendungen des Begriffes zurück und allein aus diesem Grund können wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht darauf verzichten.

Deshalb soll für Sie in diesem Zusammenhang folgende grafische Zuordnung hilfreich sein. Die Definitionen und weitere erläuterte Begriffe finden Sie im Glossar.



Als kirchlicher Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen haben wir eine klare gesellschaftspolitisch reflektierte Haltung zu diesem Thema. Als Ihr Arbeitgeber möchten wir Sie, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, umfassend informieren und stellen Ihnen daher die Position der Malteser, die in den letzten Monaten erarbeitet wurde, zur Verfügung.

Die Erarbeitung dieses Positionspapiers geht auf einen längeren Diskussionsprozess zurück, der unter anderem durch die Beiräte Hospizarbeit und Palliativmedizin und Medizin und Ethik begleitet wurde und darüber hinaus insbesondere durch die Diskussion mit Vertreterinnen und Vertretern aus der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativarbeit ergänzt wurde. Unter der Leitung von Dr. Franz Graf von Harmoncourt für die Geschäftsführungen des Malteser Verbundes haben als verantwortliche Koordinatorin Dr. Claudia Kaminski zusammen mit Dirk Blümke, dem Leiter der Fachstelle Malteser Hospizarbeit, Palliativmedizin und Trauerbegleitung, die Diskussionsergebnisse zusammengeführt und für die Malteser in die politische und innerverbandliche Diskussion eingebracht. Ziele sind unter anderem, die Sprachfähigkeit und das Wissen rund um die Themenfelder Sterbebegleitung, Palliative Care, Sterbehilfe und assistierter Suizid zu verbessern.

Die Position der Malteser

Begleitetes Sterben statt end-gültige Sterbehilfe Kernthesen zum Thema „Geschäftsmäßige, organisierte bzw. ärztliche Beihilfe zum Suizid“

Die vorliegende Positionierung der Malteser in Deutschland ist ein Beitrag zur Diskussion über die Entwicklung der Gesellschaft in unserem Land. Die Malteser sind der Meinung, dass durch die Freigabe der geschäftsmäßig organisierten Beihilfe zum Suizid bzw. des ärztlich assistierten Suizides sowohl auf Prinzipienebene als auch im Sinne des Dammbrechargumentes nicht mehr rückgängig zu machende Bedingungen geschaffen werden, die der Gesellschaft in Deutschland nicht gut tun.

Kernposition:

Jegliche „geschäftsmäßige, organisierte Beihilfe zum Suizid, zur Selbsttötung“ – und das schließt explizit auch die Beihilfe durch Ärzte ein – soll gesetzlich verboten werden. Darüber hinaus gehende gesetzliche Regelungen sind aus Sicht der Malteser nicht nötig.

| Dem menschlichen Leid mit der Tötung des leidenden Menschen zu begegnen, ist nicht vertretbar. Das Ziel muss sein,

Leiden zu lindern und nicht sich des Leidenden zu entledigen. Ein Leben und Sterben in Würde setzen menschlichen Beistand sowie eine umfassende ärztliche und pflegerische Versorgung voraus.

| Autonomie bedeutet zwar die Selbstbestimmung des Individuums, dieses steht aber nicht für sich alleine, sondern in Verbindung zu seinem Umfeld und damit immer auch in einer sozialen Verantwortung. Als Person bin ich immer Teil einer sozialen Gemeinschaft, die durch eine Selbsttötung mit-verletzt wird.

Der eigentliche politische Auftrag: Das begleitete Sterben ermöglichen!

Die Alternative zur Beihilfe zum Suizid ist nicht das qualvolle, künstlich verlängerte Sterben.

| Es ist dringend notwendig, die bessere Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen gesetzlich stärker als bisher abzusichern und diese Verbesserung an allen Orten des Gesundheitssystems, vor allem auch in der Allgemeinversorgung, aktiv zu betreiben.



Die Position der Malteser

I Deshalb treten die Malteser für den weiteren intensiven und großflächigen Ausbau der Hospizarbeit und palliativen Versorgung – dem begleiteten Sterben – sowie der besseren Information der Bevölkerung und aller beteiligten Berufsgruppen ein.

1. Das solidarische Grundverständnis der Gesellschaft ist herausgefordert

I Nicht nur die Haltung des Einzelnen zu seinem eigenen Sterben, sondern auch die Haltung der Gesellschaft zum sterbenden schwerstkranken Menschen und zum sterbewilligen schwerstkranken Menschen müssen in der Diskussion berücksichtigt werden.

I Die Frage nach einer gesellschaftlich und gesetzlich akzeptierten Unterstützung der Selbsttötung berührt das Grundverständnis unserer Gesellschaft und wirft zentrale Fragen auf:

- Sollten insbesondere Ärzte, deren standesrechtliches Selbstverständnis auf die Erhaltung des menschlichen Lebens und die Linderung von Leiden (gerade in der Begleitung Sterbender) zielt, in den assistierten Suizid eingebunden werden bzw. warum nicht?
- Welche Auswirkungen hätte die weitergehende Legalisierung der Beihilfe zum Suizid und der damit geforderten Handlungsspielräume für die Gesellschaft? Sind hier nicht fundamentale Prinzipien, wie das Tötungsverbot und der Respekt vor dem Leben, in Frage gestellt?
- Wie finden die Erfahrungen mit Schwerkranken Berücksichtigung, die in ihrer Erkrankung einen Perspektivwechsel vollziehen und Lebensqualität anders als vorher in gesunden Tagen definieren? (Vergleiche zum Beispiel den an Demenz erkrankten verstorbenen Walter Jens.)

I Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe/assistiertem Suizid ist ernst zu nehmen und auf die jeweilige Situation hin zu hinterfragen, insbesondere ob dieser Wunsch Ausdruck von sozialer Isolation, Einsamkeit, Schmerz und/oder Unkenntnis der Möglichkeiten in der örtlichen palliativen Versorgungsstruktur ist.

I In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, Patienten und Angehörige darüber aufzuklären, dass nach aktueller Rechtslage kein medizinischer Eingriff und auch keine lebensverlängernde Maßnahme gegen den Willen eines Patienten erfolgen darf. Als Instrumente für den Erhalt von Kontrolle und Selbst-

bestimmung bis an das Lebensende können neben frühzeitigen Gesprächen auch Patientenverfügung und Vorsorgeplanung genutzt werden.

I Die humane Gesellschaft hat die Pflicht, schwache und kranke Menschen zu schützen und ihnen Sicherheit zu vermitteln, so dass diese bis zuletzt leben können.

2. Die Perspektive der Betroffenen – Das subjektive Gefühl, zur Last zu werden

I Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Aussagen von Betroffenen: „ich will nicht mehr leben“ in der Regel bedeutet „ich will SO nicht mehr leben“. Es handelt sich hierbei also um eine Aussage über die Lebensumstände, die so wie sie aktuell erlebt werden, nicht tragbar sind. Diese Aussagen werden gerade dann getroffen, wenn es (noch) keine ausreichende Hospiz- und Palliativversorgung gibt.

I Im Alltag hören wir immer wieder den Wunsch der schwerkranken Menschen, niemandem zur Last fallen zu wollen. Durch ein gesetzliches Recht auf organisierte oder ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid kann ein gesellschaftliches Klima entstehen, in dem Schwerstkranke, Sterbende und deren Angehörige denken könnten, es sei besser, der Gesellschaft nicht mehr zur Last zu fallen.

I In einer humanen Gesellschaft darf nicht der Eindruck entstehen, dass schwerstkranken und auch demenziell erkrankte, einsame und/oder alte Menschen sich dafür rechtfertigen müssten, dass sie ihrer eigenen Krankheit und ihrem Sterbeprozess positiv begegnen und diesen Weg bis zum natürlichen Tod gemeinsam mit ihren Angehörigen/Vertrauten annehmen.

I Die weitergehende Legalisierung der Beihilfe zum Suizid und der damit geforderten Handlungsspielräume bleibt nicht ohne Folgen für die Gesellschaft. Ein gesellschaftliches Klima, das Suizid auf eine solche Weise befördert, trifft häufig auf ein Selbstbild bei potentiell Suizidwilligen, das sich als unwert, lästig, überflüssig einordnet. Potentiell Suizidwillige werden hierdurch ermutigt. Die Suizidforschung verweist in diesem Zusammenhang auf verstärkende Wirkung, die einer entsprechenden Disposition beim potentiellen Suizidenten zuarbeitet. (so genannter „Werther-Effekt“).

I Die Suizidforschung weist darauf hin, dass wahrscheinlich allein durch Zuwendung das Verlangen nach assistiertem Suizid verringert werden kann.

Die Position der Malteser

3. Kein ärztlich assistierter Suizid

- | Der ärztlich assistierte Suizid widerspricht (analog der aktiven Sterbehilfe) dem ärztlichen Auftrag, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum natürlichen Tod beizustehen, ohne das Leben absichtlich zu verkürzen oder es aktiv zu beenden.
- | Die Forderung nach einem ärztlich assistierten Suizid berührt die Rolle und das Selbstverständnis des Arztes wie auch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt in grundsätzlicher Weise, insbesondere in der so genannten „Garantenfunktion“, in der der Arzt dem Leben des Patienten verpflichtet ist. Deshalb ist sowohl in der (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer als auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ die klare Ablehnung jeder Form der direkten Tötung auf Verlangen, aber auch der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zu finden.
- | Die Aufnahme der Suizidassistenz als medizinisch therapeutische Maßnahme führt in der Konsequenz zu einer „Beweislastumkehr“. Arzt und Patient könnten begründen müssen, warum sie trotz Aussichtslosigkeit den natürlichen Prozess des Sterbens gemeinsam gehen wollen.
- | Im umgekehrten Fall kann allein die Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids Druck auf den Arzt ausüben, warum er das Lebensende seines Patienten nicht aktiv herbeiführe.

4. Schutz der Gesellschaft – Ausnahmen sollten nicht zur Regel werden

- | Suizid und Beihilfe zum Suizid sind in Deutschland straffrei. Daraus darf nicht abgeleitet werden, dass es ein Recht auf organisierte oder ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid gibt.
- | Eine gesetzliche Regelung der Beihilfe zum Suizid würde das individuelle Selbstbestimmungsrecht über gesellschaftliche Grundsätze stellen, wie nicht zu töten und das Leben zu respektieren und zu schützen. Das ist abzulehnen.
- | Auch bei exzellenter Hospizarbeit und Palliativmedizin kann es Menschen geben, die aus der Situation ihrer schweren Erkrankung heraus Suizid begehen möchten, diesen unter Umständen aber nicht selbst durchführen können oder wollen. Die Hospizarbeit und Palliativmedizin bieten Hilfe beim Sterben an, jedoch nicht Hilfe zum Sterben. Es ist dieser Ansatz, der das Recht des Patienten schützt, das dessen Leben weder künstlich verlängert noch absichtlich verkürzt wird. In dieser Phase bedarf es verstärkter Begleitung und Zuwendung.

- | Die Beispiele Niederlande und Belgien zeigen, dass aus plausibel „begründeten“ Einzelfällen zunehmend eine Weitung auf andere Krankheitsbilder, weg von der ursprünglichen schweren tödlichen Erkrankung, erfolgte. Diese Erweiterung hat unter anderem in Belgien dazu geführt, dass psychische Erkrankungen und eine beginnende Demenz Gründe für eine Tötung auf Verlangen sein können. Damit ist sehr wohl zu befürchten, dass es „Dammbrüche“ geben kann. Die Suizidforschung bestätigt diese Sogwirkung, indem sie wiederholt darauf hinweist, welche Kraft das Faktische entwickelt, das heißt die Tat, die nachgeahmt wird. Die öffentliche Diskussion – vergleiche zum Beispiel beim Fall „Robert Enke“ – für ein selbstgewähltes Sterben in Einzelfällen, zieht bisherigen Studien zufolge weitere vorher unentschiedene Menschen mit.
- | Auch die vermeintlich klaren Sorgfaltskriterien, die Ärzten und Kontrolleuren helfen sollten, allen Beteiligten – insbesondere schwerstkranken Sterbewilligen – Sicherheit zu vermitteln (siehe Niederlande), sind bei weitem nicht so klar und kontrollierbar, wie die Befürworter vermitteln. Nicht ohne Grund gibt es in der Schweiz keine Regelung eines ärztlich assistierten Suizids, da ein Konsens bezüglich dieser Kriterien nicht zu erzielen ist.

Köln, im Juni 2015



Dr. Franz Graf von Harnoncourt
Geschäftsführer



Dirk Blümke
*Leiter Fachstelle
Hospizarbeit,
Palliativmedizin und
Trauerbegleitung*

Sterbehilfe

Handlungen, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Todeseintritt auswirken, werden gemeinhin als aktive, passive und indirekte Sterbehilfe bezeichnet. Nicht selten sorgen diese Begrifflichkeiten für Verwirrung. Ist das vom Patienten gewünschte Beenden einer künstlichen Beatmung in einer aussichtslosen Krankheitssituation aktive oder passive Sterbehilfe? Grundsätzlich nicht zu rechtfertigen oder unter bestimmten Umständen gerechtfertigt, gar geboten? Der Nationale Ethikrat kritisierte 2006, dass der Begriff der „Hilfe“ so positiv besetzt sei, dass auch die aktive Sterbehilfe von vornherein schon wünschenswert zu sein scheint. Insgesamt ist feststellbar, dass „aktive Sterbehilfe“ keinesfalls ein eindeutiger Begriff ist und Menschen unterschiedliche Dinge damit meinen. Die Interpretation reicht von „Tötung auf Verlangen“ bis hin zur Beendigung medizinischer Maßnahmen, wie zum Beispiel der künstlichen Beatmung. Sehr oft wird in der Diskussion die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe mit der Grenze zwischen erlaubt und verboten gleichgesetzt. Da dies weder juristischen noch ethischen und moraltheologischen Positionen entspricht, sollen die verwendeten Begriffe hier genau erklärt werden.

1. Tötung auf Verlangen:

Tötung auf Verlangen liegt laut Strafgesetzbuch (StGB) § 216 vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten, in den Niederlanden („Euthanasie“), Belgien und Luxemburg dagegen unter bestimmten Bedingungen straffrei gestellt.²

2. Suizid:

Suizid ist laut Weltgesundheitsorganisation der Akt der willentlichen Selbsttötung. Der Bundesgerichtshof geht in seiner Rechtsprechung von der Strafflosigkeit der Selbsttötung aus, wenn sie frei und eigenverantwortlich gewollt und verwirklicht ist.

3. (Bei-)Hilfe zum Suizid/Assistierter Suizid:³

„Beihilfe zum Suizid leistet, wer einem Menschen, der sich selbst tötet, dabei Hilfe leistet. Diese Hilfe kann vielfältige Formen haben, sie kann zum Beispiel darin bestehen, jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation im Ausland zu fahren, Medikamente zu besorgen, einen Becher mit einer tödlichen Substanz zuzubereiten und hinzustellen. In Abgrenzung zur ‚Tötung auf Verlangen‘ kommt es darauf an, dass der Hilfeleistende das Geschehen nicht in der Hand hält. Den entscheidenden Akt des Suizids muss der Sterbewillige selbst vollziehen, indem er das Getränk mit der tödlich wirkenden Substanz austrinkt, den tödlichen Schuss abfeuert.“

Rechtliche Situation: Beihilfe zum Suizid steht in Deutschland nicht unter Strafe. Da der Suizid selbst straffrei ist, bleibt auch die Beihilfe zum Suizid straffrei.

In einigen Ländern ist es möglich, sich legal Medikamente zu verschaffen, mit denen der Suizid vollzogen werden kann. Dieses Konzept ist verwirklicht in der Schweiz, in den Niederlanden, in Belgien und in den US-Bundesstaaten Oregon und Washington.

4. Ärztlich assistierter Suizid:

Rechtlich gesehen ist auch der ärztlich assistierte Suizid zuerst einmal eine Beihilfe zum Suizid und als solche nach dem deutschen Strafrecht nicht strafbar. Unter Umständen können in dieser Konstellation Abgrenzungsprobleme entstehen, die bei

¹ Angelehnt an: http://www.erzbistum-koeln.de/export/sites/ebkportal/seelsorge_und_glaube/krankheit_und_pflege/.content/.galleries/ethik-medizinpflege/2014-05_Broschuere_Sterbehilfe.pdf

² Die Sorgfaltskriterien sind in den Niederlanden: (§293 Niederländ SGB)

- (1) Bitte des Patienten (freiwillig und nach reiflicher Überlegung)
- (2) aussichtsloser Zustand und unerträgliches Leiden
- (3) Patient über Zustand und Aussichten informiert
- (4) keine andere angemessene Lösung in diesem Stadium
- (5) schriftliches Gutachten von unabhängigem Arzt
- (6) Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig erbracht

³ Ebd. Broschüre Erzbistum Köln

anderen Menschen nicht auftreten, weil der Arzt eine Behandlungspflicht haben könnte, die andere Menschen nicht haben und deren Vernachlässigung zum Beispiel dazu führen könnte, einen ärztlich assistierten Suizid als Totschlag durch Unterlassen zu bewerten. In der Regel und mit Blick auf die neueren gesetzlichen Regelungen zu Patientenverfügungen und zur Bedeutung des mutmaßlichen Willens stehen diese Bedenken aber nicht im Zentrum der Diskussion. Seine besondere Bedeutung kann der ärztlich assistierte Suizid dadurch gewinnen, dass Ärzte hier ihre besonderen ärztlichen Fähigkeiten nutzen (sollen), um dem Sterbewilligen den Weg professionell und damit besonders wirksam zu ebnet. Da Ärzte ein eigenes Berufsrecht haben, ist der ärztlich assistierte Suizid auch aus diesem Blickwinkel zu betrachten und kann dementsprechend zivilrechtlich verfolgt werden. Die (Muster-)Berufsordnung schlägt vor, den ärztlich assistierten Suizid in den verbindlichen Regelungen auf Ebene der Landesärztekammern zu untersagen.

In den amerikanischen Bundesstaaten Oregon, Vermont und Washington ist der ärztlich assistierte Suizid erlaubt, auch im Bundesstaat Montana können Ärzte nach einem höchstgerichtlichen Urteil beim Suizid helfen.

5. Sterbenlassen/Therapiezieländerung (passive Sterbehilfe):

Unterlassen lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen mit der Absicht, das Sterben zuzulassen und nicht mehr weiter künstlich aufzuhalten. Das Unterlassen kann sowohl darin bestehen, Maßnahmen erst gar nicht einzuleiten als auch bereits begonnene Maßnahmen zu reduzieren oder einzustellen. Der Arzt hält eine weitere lebensverlängernde Therapie für nicht mehr indiziert bzw. diese entspricht nicht dem Patientenwillen. Therapieziel ist nicht mehr die Lebensverlängerung sondern die Leidenslinderung. „Obwohl man den Tod des Patienten erwartet, beabsichtigt man ihn nicht, sondern lässt ihn lediglich zu.“⁴ Verzichtet wird auf Intensiv- und Notfallmedizin, insbesondere auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Gabe von Antibiotika und kreislaufstabilisierenden Medikamenten, Beatmung, Dialyse und Reanimation. 2011 hat die Bundesärztekammer ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung novelliert, in denen es seither heißt: „Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch

für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.“

6. Palliative Sedierung:

Palliative Sedierung ist der überwachte Einsatz von Medikamenten mit der Absicht, das Bewusstsein zu reduzieren oder auszuschalten, um so die Belastung durch sonst unerträgliches und durch keine anderen Mittel beherrschbares Leiden zu lindern, in einer für Patienten, Familie und Behandler ethisch akzeptablen Weise. Die palliative Sedierung kann intermittierend oder kontinuierlich erfolgen und eine oberflächliche (mit reduziertem Bewusstsein) oder eher tiefe Sedierung (mit Verlust des Bewusstseins) zum Ziel haben. Die Intention besteht eindeutig in der Symptomlinderung, nicht in einer Beschleunigung des Todesintrittes.

7. Behandlung am Lebensende (indirekte Sterbehilfe):

Die Gabe stark wirksamer Medikamente kann zur Symptomkontrolle notwendig sein. Dabei ist nicht auszuschließen, dass durch unbeabsichtigte Nebenwirkungen der medikamentösen Symptomlinderung der Eintritt des Todes beschleunigt wird. Im Vordergrund steht auch hier die Intention respektive Indikation der genutzten Maßnahmen: Handlungsleitend ist grundsätzlich der Bedarf an Symptomlinderung und nicht eine Beschleunigung des Sterbens. Diese Behandlung ist unter der Voraussetzung einer entsprechenden medizinischen Indikation in Deutschland auch berufsrechtlich zulässig, wenn sie dem ausgesprochenen oder – bei Einwilligungsunfähigkeit – vorab geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. In mehreren Untersuchungen wurde jedoch belegt, dass die Gabe von Opioiden zur Schmerzbehandlung oder von Benzodiazepinen zur Behandlung von Angst und Unruhe nicht zu einer Lebensverkürzung führt.

8. Geschäftsmäßig

Geschäftsmäßig im Sinne der Vorschrift handelt daher, wer die Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht, unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht und unabhängig von einem Zusammenhang zu einer wirtschaftlichen oder beruflichen Tätigkeit. (Aus: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Stand: 8.6.2015)

⁴ Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, Stuttgart 2012, S. 341

Häufige Fragen zum Thema Sterbebegleitung/Sterbehilfe

- Warum sollte nicht jeder schwerkranke Mensch das Recht haben, sein Leben zu beenden?
- Was wünschen sich sterbende Menschen eigentlich?
- Wenn der Wunsch nach Selbsttötung unverändert ist: Warum sollten nicht Spezialisten dabei helfen dürfen?
- Teilen Vereine, die Hilfe zum Sterben anbieten, die Grundprinzipien unserer Gesellschaft?
- Können nicht klar festgelegte Grenzen dafür sorgen, dass die Suizidbegleitung nur wirklich schwerkranken Menschen zur Verfügung steht?
- Wie lauten die Forderungen der Malteser?
- Wie kann ich mich gegen eine Lebensverlängerung „um jeden Preis“ schützen?
- Welche Auswirkungen hätte ein Gesetz, das den (ärztlich) assistierten Suizid zulässt, für die gesamte Gesellschaft?
- Sie haben Fragen? Ihre Ansprechpartner

Warum sollte nicht jeder schwerkranke Mensch das Recht haben, sein Leben zu beenden?

Würde man tatsächlich ein „Recht auf Lebensbeendigung“ gesetzlich regeln, dann wäre damit in der Folge ein Anspruch verbunden, der einklagbar wäre. Das geht weit über die Entscheidung des Einzelnen hinaus und nimmt über einen Rechtsanspruch die ganze Gesellschaft in die Pflicht.

Es geht tatsächlich in der derzeitigen Diskussion nicht darum, dass ein Mensch sich nicht selbst das Leben nehmen darf. Dies ist jetzt schon in Deutschland – ebenso wie die Beihilfe zur Selbsttötung – straffrei. Diese Straffreiheit beinhaltet keine Wertung gegenüber dem Suizid, sondern ist Ausdruck des Schutzes der individuellen Freiheit des Einzelnen über seine Entscheidungen. Das heißt, aus der Straffreiheit des Suizides – der Selbsttötung – bzw. der Beihilfe ist kein Rechtsanspruch gegenüber dem Staat oder der Gesellschaft ableitbar. Läge ein solcher Rechtsanspruch vor, wäre der Staat verpflichtet, zum Beispiel wenn der Mensch nicht mehr selbst handeln kann, dieses „Recht“ sicher zu stellen. Genau deshalb darf es kein „Recht auf Lebensbeendigung“ geben.

Was wünschen sich sterbende Menschen eigentlich?

Wer suizidwillige Menschen fragt, warum sie ihr Leben beenden möchten, bekommt meist zur Antwort, der Kranke möchte so nicht mehr leben. Fast immer ist es also ein Hilferuf. Schmerzen, Einsamkeit, Unsicherheit vor dem Tod: das sind Ursachen für den Hilferuf, denen wir begegnen können. Die Palliativmedizin kann selbst starke Schmerzen lindern; in der ambulanten wie auch der stationären Hospizarbeit begleiten geschulte Kräfte die Schwerkranken und Sterbenden und sorgen dafür, dass die Menschen nicht alleine sind, sondern erfahrene Gesprächspartner haben. Und auch die Angehörigen werden entlastet, wenn sie sich Hilfe von außen holen. Wer sich mit

seinen Ängsten nicht allein gelassen fühlt, seine oft auch sehr vielfältigen Sorgen mitteilen kann und dabei erlebt, dass es für manche Leiden Linderung gibt, wiederholt seinen Sterbewunsch in der Regel nicht.

Wenn der Wunsch nach Selbsttötung unverändert ist: Warum sollten nicht Spezialisten dabei helfen dürfen?

Die Forderung nach einem ärztlich assistierten Suizid berührt die Rolle und das Selbstverständnis des Arztes wie auch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt in grundsätzlicher Weise. Deshalb ist sowohl in der (Muster-) Berufsordnung der Bundesärztekammer als auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ die klare Ablehnung jeder Form der direkten Tötung auf Verlangen, aber auch der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zu finden. Die Aufnahme der Suizidassistenz als medizinisch-therapeutische Maßnahme führt in der Konsequenz zu einer „Beweislastumkehr“. Arzt und Patient könnten begründen müssen, warum sie trotz Aussichtslosigkeit den natürlichen Prozess des Sterbens gemeinsam gehen wollen.

Teilen Vereine, die Hilfe zum Sterben anbieten, die Grundprinzipien unserer Gesellschaft?

Eine organisierte Hilfe zum Sterben – auch durch nichtkommerzielle Vereine – widerspricht gesellschaftlichen Grundsätzen, wie nicht zu töten und das Leben zu respektieren und zu schützen, die wir als Malteser für ein solidarisches miteinander Leben für absolut notwendig halten. Es ist zu befürchten, dass insbesondere diejenigen, die aufgrund von körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen kein ausgeprägtes Selbstwertgefühl und -bewusstsein haben, sich unter Druck gesetzt fühlen.

Autonomie bedeutet zwar die Selbstbestimmung des Individu-

Häufige Fragen zum Thema Sterbebegleitung/Sterbehilfe

ums, dieses steht aber nicht für sich alleine, sondern in Verbindung zu seinem Umfeld und damit immer auch in einer sozialen Verantwortung. Als Person bin ich immer Teil einer sozialen Gemeinschaft, die durch eine Selbsttötung mit-erleidet wird. Die Suizidforschung spricht davon, dass jeder erfolgreiche Suizid eine traumatisierte Umgebung zurücklässt. Deshalb ist zu erwarten, dass das uneingeschränkte Arbeiten der so genannten „Sterbehilfevereine“ die Gesellschaft in ihrer Solidarität mit kranken, schwachen, durch Behinderung eingeschränkten und alten Menschen dauerhaft beeinflussen und aus unserer Sicht schwächen wird.

Können nicht klar festgelegte Grenzen dafür sorgen, dass die Suizidbegleitung nur wirklich schwerkranken Menschen zur Verfügung steht?

Die Beispiele Niederlande und Belgien, wo der assistierte Suizid und in der Folge die „Tötung auf Verlangen“ (wenn auch zum Teil erst unter bestimmten Kriterien) erlaubt ist, zeigen, dass aus plausibel „begründeten“ Einzelfällen zunehmend eine Weitung auf andere Krankheitsbilder, weg von der ursprünglichen schweren tödlichen Erkrankung, erfolgte. Diese Erweiterung hat unter anderem in den Niederlanden dazu geführt, dass psychische Erkrankungen und eine beginnende Demenz Gründe für eine Tötung auf Verlangen sein können. Dies ist gemeint, wenn von einem Dammbreach die Rede ist. Was ich dem einen schwerkranken Menschen zubillige, kann dem anderen subjektiv auch schwerkranken Menschen nicht verweigert werden. Dies hat von den ursprünglich sterbenskranken zu den chronischkranken Menschen geführt. Eine Grenzziehung ist dann kaum mehr möglich. Die Suizidforschung bestätigt diese Sogwirkung, indem sie wiederholt darauf hinweist, welche Kraft die Tat, die nachgeahmt wird, entwickelt. Die öffentliche Diskussion – vgl. zum Beispiel beim Fall „Robert Enke“ – für ein selbstgewähltes Sterben in Einzelfällen, zieht bisherigen Studien zufolge weitere vorher unentschiedene Menschen mit. Auch die vermeintlich klaren Sorgfaltskriterien, die Ärzten und Kontrolleuren helfen sollten, allen Beteiligten, insbesondere schwerstkranken Sterbewilligen, Sicherheit zu vermitteln (siehe Niederlande), sind bei weitem nicht so klar und kontrollierbar, wie die Befürworter vermitteln. Nicht ohne Grund gibt es in der Schweiz keine Regelung eines ärztlich assistierten Suizids, da ein Konsens bezüglich dieser Kriterien nicht zu erzielen ist.

Wie lauten die Forderungen der Malteser?

Ein Leben und Sterben in Würde setzt menschlichen Beistand sowie eine umfassende ärztliche und pflegerische Versorgung

voraus. Es ist dringend geboten, über die Möglichkeit der palliativen Versorgung flächendeckend aufzuklären, denn die Alternative zum (assistierten) Suizid und der aktiven Sterbehilfe ist nicht das qualvoll künstlich verlängerte Leben, sondern der behutsam begleitete und achtsam zugelassene natürliche Tod – bei Bedarf hospizlich begleitet und in jedem Fall mit der Möglichkeit zur palliativärztlichen und -pflegerischen Schmerz- und Symptomkontrolle. Es ist notwendig, die hospizliche und palliative Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen gesetzlich stärker als bisher abzusichern und diese Verbesserung vor allem auch in der Allgemeinversorgung aktiv zu betreiben. Deshalb treten die Malteser für den weiteren intensiven und großflächigen Ausbau der Hospizarbeit und palliativen Versorgung – dem begleiteten Sterben – sowie der besseren Information der Bevölkerung und aller beteiligten Berufsgruppen ein. Jegliche geschäftsmäßige organisierte Beihilfe zum Suizid/zur Selbsttötung – und das schließt explizit auch die Beihilfe durch Ärzte ein – soll gesetzlich verboten werden. Darüber hinaus gehende gesetzliche Regelungen sind aus Sicht der Malteser nicht nötig.

Wie kann ich mich gegen eine Lebensverlängerung „um jeden Preis“ schützen?

Kein medizinischer Eingriff und auch keine lebensverlängernde Maßnahme darf nach aktueller Gesetzeslage gegen den Willen eines Patienten erfolgen. Als Instrumente für den Erhalt von Kontrolle und Selbstbestimmung bis an das Lebensende können neben frühzeitigen Gesprächen auch Patientenverfügung und Vorsorgeplanung genutzt werden (vgl. hierzu die gesetzlichen Regelungen, die den Patientenwillen regeln – Malteser Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung im Internet: www.malteser-patientenverfuegung.de).

Welche Auswirkungen hätte ein Gesetz, das den geschäftsmäßigen, organisierten assistierten Suizid zulässt, für die gesamte Gesellschaft?

Im Alltag hören wir immer wieder den Wunsch der schwerkranken Menschen, niemandem zur Last fallen zu wollen. Durch ein gesetzliches Recht auf geschäftsmäßige, organisierte oder ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid kann ein gesellschaftliches Klima entstehen, in dem Schwerstkranken, Sterbende und deren Angehörige denken könnten, es sei besser, der Gesellschaft keine Kosten oder Mühen mehr zu verursachen.

Die humane Gesellschaft hat die Pflicht, schwache und kranke Menschen zu schützen und ihnen Sicherheit zu vermitteln,

Häufige Fragen zum Thema Sterbebegleitung/Sterbehilfe

so dass diese bis zuletzt leben können. In einer humanen Gesellschaft darf nicht der Eindruck entstehen, dass schwerst- kranke und auch demenziell erkrankte, einsame und/oder alte Menschen sich dafür rechtfertigen müssten, dass sie ihrer eigenen Krankheit und ihrem Sterbeprozess positiv begegnen und diesen Weg bis zum natürlichen Tod gemeinsam mit ihren Angehörigen/Vertrauten annehmen. Und: Ein gesellschaftliches

Klima, das Suizid auf eine solche Weise befördert, trifft häufig auf ein Selbstbild bei potentiell Suizidwilligen, das sich als unwert, lästig und überflüssig einordnet. Potentiell Suizidwillige werden hierdurch ermutigt. Die Suizidforschung verweist in diesem Zusammenhang auf die verstärkende Wirkung, die einer entsprechenden Disposition beim potentiellen Suizidenten zuarbeitet.



Malteser
...weil Nähe zählt.

Malteser Deutschland
gemeinnützige GmbH
51101 Köln
www.malteser.de