

Problemaufriss aus Sicht der Medizin und der Palliativversorgung zum assistierten Suizid

Ethik-Forum: Wunsch nach assistiertem Suizid
Köln, 27. Oktober 2021

*„Heilen manchmal
Lindern oft
Trösten immer“
Töten selten???*

Mod. Zitat 15. Jahrhundert



Friedemann Nauck
Klinik für Palliativmedizin
Universitätsmedizin Göttingen

**MILDRED SCHEEL
AKADEMIE**

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN **UMG**

Gliederung des Impulsreferates

- Kategorien der Sterbehilfe
- Straf- und berufsrechtliche Regelungen des ärztlich assistierten Suizids
- Spannungsfeld Palliativmedizin und/oder Sterbehilfe
- Ärztlich assistierter Suizid und ärztliches Ethos
- Persönliches Fazit

Kategorien der „Sterbehilfe“

- **Hilfe beim Sterben**
Hospiz- und Palliativversorgung am Lebensende
(auch unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer palliativmedizinisch indizierten Maßnahme; früher: sog. „indirekte“ Sterbehilfe)
- **Hilfe zum Sterben**
 - Tötung auf Verlangen
 - Assistierter Suizid
 - Behandlungsabbruch



Kategorien von „Sterbehilfe“

Tötung auf Verlangen = (aktive Sterbehilfe)

Lebensverkürzung durch Tötung des Patienten
→ verboten (§ 216 StGB)

Beihilfe zur Selbsttötung = (Beihilfe zum Suizid)

Bereitstellen des Mittels für den Suizid
→ nicht strafbar; § 217 Strafgesetzbuch verfassungswidrig, keine ärztl. Aufgabe (2011), widerspricht ärztlichem Ethos (BÄK 2004)

Therapien am Lebensende = (indirekte Sterbehilfe)

Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer palliativmedizinischen Maßnahme → zulässig (BGH 1996)

Sterbenzulassen = (passive Sterbehilfe)

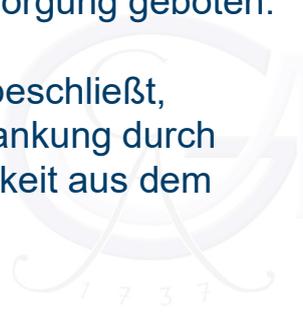
Beendigung/Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen
→ zulässig (BGH 1994, 2003 u. 2005)



Ärztlich assistierter Suizid – Sicht der (Palliativ)Medizin

„Behandlungsabbruch“ bedeutet nicht, dass jegliche Behandlung abgebrochen wird. Wenn der Patient lebenserhaltende Maßnahmen ablehnt, so ist eine palliative Versorgung geboten.

Dies gilt auch, wenn der Patient beschließt, angesichts seiner schweren Erkrankung durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit aus dem Leben zu scheiden.



Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Vorwort

Seit 1979 veröffentlicht die Bundesärztekammer Richtlinien, später Grundsätze genannt, zur ärztlichen Sterbebegleitung. Diese werden entsprechend den Entwicklungen in der Medizin (z. B. Palliativmedizin) in der Rechtsrechnung in unregelmäßigen Abständen...

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, das Leben und die Gesundheit des Patienten zu schützen und wiederherzustellen. Die Sterbenden bis zum Tod bei... zur Lebenserhaltung besteht da... Umstände.

Es gibt Situationen, in denen eine angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

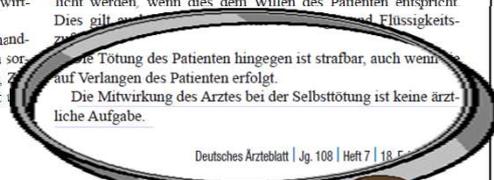
Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuhilfenahme, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Der Abschnitt I... die Rechtslage angepasst. Der Abschnitt II... ändert. Der Teil, der sich mit der... sterbenden Kindern und Jugendlichen... Abschnitt neu gefasst (Ab... Abschnitt III zur Behandlung bei... Behandlung sind gemäß der medizinischen... vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den... des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

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... und Flüssigkeitszufuhr... Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn... auf Verlangen des Patienten erfolgt.

Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.

Ärztetag streicht berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe
Mittwoch, 5. Mai 2021



Straf- und berufsrechtliche Regelungen des ärztlich assistierten Suizids

Bundesverfassungsgericht hat
das Verbot der geschäftsmäßigen
Förderung der Selbsttötung für
verfassungswidrig erklärt



Situation, nachdem der § 217 StGB am 26.2.2020 für verfassungswidrig erklärt wurde

- Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil das allgemeine Persönlichkeitsrecht, das auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst, in den Mittelpunkt gerückt.
- Das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben schließt nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts auch die Möglichkeit des Suizids sowie der Inanspruchnahme freiwillig geleisteter Suizidhilfe mit ein.
- Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes untersagt dem Gesetzgeber hingegen nicht, die Suizidhilfe zu regulieren.

[Nauck, F., Simon, A. Der assistierte Suizid. Forum 2021]

Situation, nachdem der § 217 StGB am 26.2.2020 für verfassungswidrig erklärt wurde

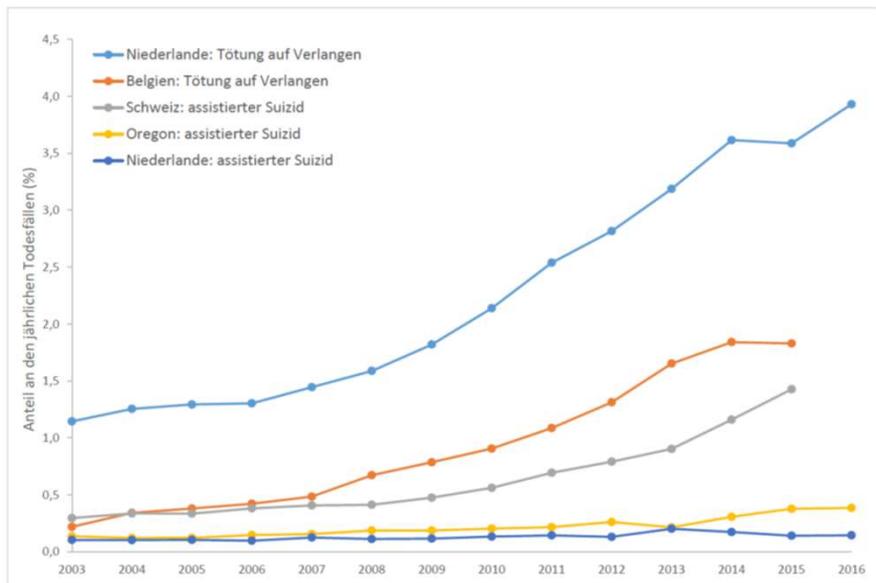
- Es gibt nach wie vor kein Recht darauf, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, da die Assistenz bei der Selbsttötung auch nach diesem Urteil keine staatliche Verpflichtung darstellt.
- Weder der Staat noch einzelne Ärzt*innen können gezwungen werden, Suizidhilfe zu leisten.
- Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist jedoch nicht auf fremddefinierte Situationen wie schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt.

[Nauck, F., Simon, A. Der assistierte Suizid. Forum 2021]

Situation, nachdem der § 217 StGB am 26.2.2020 für verfassungswidrig erklärt wurde

- Die Beweggründe sind nicht zu bewerten, bedürfen somit keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung.
- Die Selbstbestimmung ist das relevante Kriterium, was die Akzeptanz einer Selbsttötung angeht.
- Eine rechtliche Regelung darf die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer freiwillig geleisteten Suizidhilfe nicht auf bestimmte Lebens- oder Krankheitssituationen einschränken.
- Bei der persönlichen moralischen Entscheidung, darf eine Ärzt*in für sich festlegen, ob sie überhaupt Suizidhilfe leistet und wenn ja, ggfls. nur in bestimmten Krankheitssituationen.

[Nauck, F., Simon, A. Der assistierte Suizid. Forum 2021]



Quelle: Alfred Simon (eigene Recherche)



Picasso, P. Ciencia y caridad - Wissenschaft und Nächstenliebe, 1897

Spannungsfeld Palliativmedizin und/oder Sterbehilfe

Was ist wichtig am Lebensende?

- Ich möchte so wenig Schmerzen und andere Beschwerden haben wie möglich.
- Ich möchte, dass offen und ehrlich mit mir gesprochen wird.
- Ich möchte, dass meine Familie unterstützt und entlastet wird.
- Ich möchte, dass ich gefragt werde, was mir wichtig ist, und dass dies berücksichtigt wird.
- Ich wünsche mir eine gute und abgestimmte Betreuung, und dass ich weiß, wer sich um mich kümmert.

Spannungsfeld Palliativmedizin und/oder Sterbehilfe

Ziele der Palliativversorgung

- Beschwerdearmes Leben mit guter Lebensqualität
- Unterstützung und Entlastung der Angehörigen
- So lang wie möglich in den eigenen vier Wänden bleiben
- Frühzeitige Begleitung, nicht erst am Lebensende



Übersichtsarbeit

Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid: Ein Weißbuch der European Association for Palliative Care

Lukas Radbruch^{1,2}, Carlo Leget³, Patrick Bahr¹, Christof Müller-Busch^{4,5}, John Ellershaw⁶, Franco de Conno⁷ und Paul Vanden Berghe⁸; im Namen der Mitglieder der EAPC

Translated from the article first published in the journal Palliative Medicine (2015, online first). Translated by Ingrid GribH, Munich, referee Prof. Lukas Radbruch, Bonn. Kindly reproduced by permission of the publishers of the journal, who retain the copyright. All rights reserved, <http://pmj.sagepub.com>.

Palliative Medicine
1-13
© The Author(s) 2015
Nachdrucke und
Berechtigungen:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216315616524
pmj.sagepub.com
SAGE

Die Bereitstellung von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid sollte nicht in die Praxis der Palliativversorgung einbezogen werden.

Einzelpersonen, die Euthanasie oder assistierten Suizid wünschen, sollten Zugang zu palliativmedizinischer Expertise erhalten.

Radbruch et al. Pall Med (2015) online first

ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID

Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben

Welche spezifischen Anforderungen stellt das Thema ärztlich assistierter Suizid an die in der palliativmedizinischen Versorgung Tätigen? Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Friedemann Nauck, Christoph Ostgathe, Lukas Radbruch

Die Gabe stark wirksamer Medikamente kann zur Symptomkontrolle notwendig sein.



Spannungsfeld Sterbehilfe

„Helfende Hände für`s sichere Ende“

- Palliativmedizinische Betreuung verhindert nicht per se die Nachfrage nach der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung
- Palliativmedizin hat auch Grenzen in der Behandlung und Begleitung

Was bedeutet „Sterbewunsch“ ?

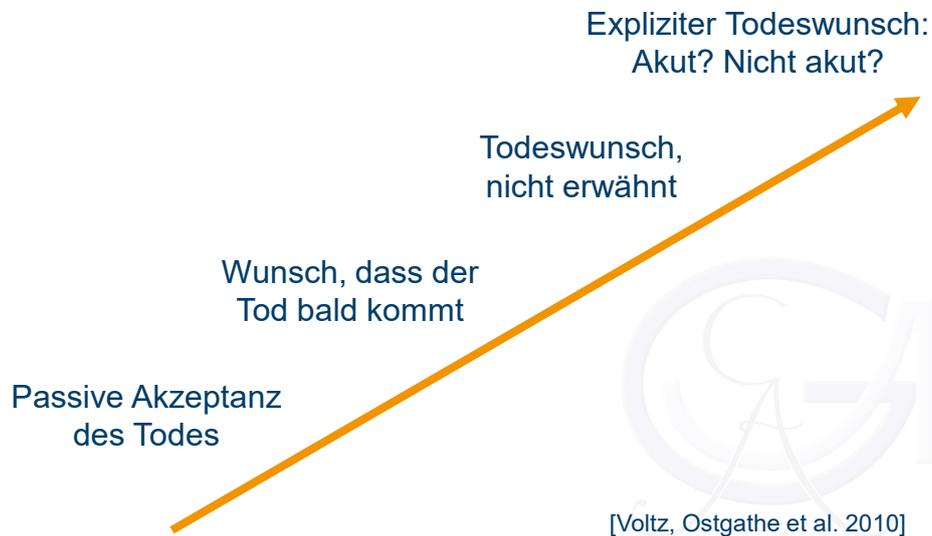
Todeswunsch - Lebenswille

„...ich möchte leben, oh mein
Gott...“ – Patient bricht in
Tränen aus

„... wenn mir jemand etwas
gäbe und mir sagte – es ist in
zwei Sekunden alles vorbei –
ich würde es nehmen...“

SAHD-D Validierung, DFG Projekt
Voltz et al., 2010, Supp Care Cancer

Sterbewunsch ≠ Sterbewunsch



Ich will
SO
nicht mehr
leben!

Häufigkeit Todeswunsch

- Wahrnehmung eine Belastung zu sein
- wenig soziale Unterstützung
- wenig Zufriedenheit mit der Lebenserfahrung
- wenig religiöse Bindung
- wenig Zuversicht in die Symptomkontrolle
- Erkenntnis der Realität (Unheilbarkeit)
- Verlust von Autonomie
- existenzielle Beunruhigung und Zukunftsangst



...eine multi- und interprofessionelle Herausforderung!

[Kelly 2002; Mak 2005; Hudson 2006]

Würdevolles Sterben bei genügend Palliativversorgung möglich?

- Palliatives und hospizliches Denken und Handeln und würdevolles Sterben werden häufig miteinander assoziiert.
- Alleine durch eine Stärkung der hospizlichen und palliativen Versorgung lässt sich ein würdevolles Sterben - was auch immer wir genau darunter verstehen - nicht erreichen.

ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID

Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben

Welche spezifischen Anforderungen stellt das Thema ärztlich assistierter Suizid an die in der Palliativmedizinischen Versorgung Tätigen? Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Friedemann Nauck, Christ

DGP: „Da das Verbot nicht zwingend an eine Sanktion gebunden ist, hat die Landesärztekammer grundsätzlich die Möglichkeit, im begründeten Einzelfall von einer berufsrechtlichen Sanktion der ärztlichen Verantwortlichen

Die Gabe stark wirksamer Medikamente kann zur Symptomkontrolle notwendig sein.

Ärztetag streicht berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe
Mittwoch, 5. Mai 2021

Bereitstellung / Rezeptierung von Mitteln für einen geplanten Suizid

PRESSEMITTEILUNG

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin warnt eindringlich vor Abgabe von Betäubungsmitteln zum Suizid:

Statt behördlicher Suizidassistenz: Unheilbar erkrankten Menschen in extremer Notlage sofortigen Zugang zu weitgefächerter Palliativversorgung ermöglichen

DGP-Präsident Radbruch: Dem Sterbewunsch belastbare Gesprächsangebote entgegensetzen – Patienten haben Recht auf Verzicht oder Abbruch lebensverlängernder Therapie – Auch Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken kann ärztlich begleitet werden – Linderung schwerst erträglicher Symptome nötigenfalls mittels palliativer Sedierung

<https://www.dgpalliativmedizin.de/category/169-pressemitteilung-2019.html>

Leitthema

Bundesgesundheitsbl
DOI 10.1007/s00103-016-2476-7
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



CrossMark

Maximiliane Jansky¹ · Birgit Jaspers^{1,2} · Lukas Radbruch² · Friedemann Nauck¹

¹ Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

² Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid

Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin



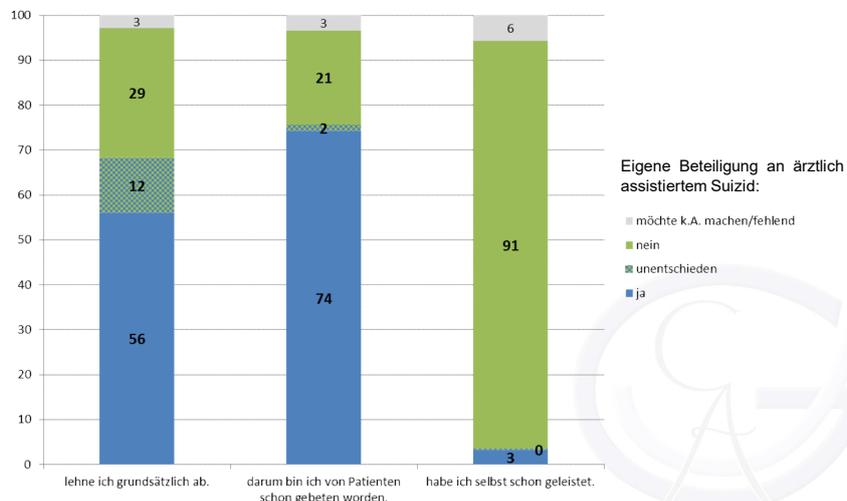
Umfrage DGP 2015 zum assistierten Suizid unter DGP-Mitgliedern, hier: Ärzte (n=880)

Wie stehen Sie zum diesem Satz?
„Ärztlich assistierter Suizid gehört nicht zum Grundverständnis der Palliativversorgung.“

Stimme voll zu/eher zu	60%
Unentschieden	6%
Stimme überhaupt/eher nicht zu	13%
Möchte keine Angaben machen/fehlend	21%

Jansky et al., Bundesgesundheitsblatt (2016)

Eigene Praxis – nur Ärzte (n=880; %)



Umfrage DGP 2015 zum assistierten Suizid unter DGP-Mitgliedern, hier: Ärzte (n=880)

Wie stehen Sie zum diesem Satz?
„Eine eigene Beteiligung am ärztlich assistierten Suizid lehne ich grundsätzlich ab.“

Ja, lehne grundsätzlich ab 56%
 Nein, lehne nicht grundsätzlich ab 29%

Ärztlich assistierter Suizid und ärztliches Ethos

- Die Bereitstellung und Gabe von tödlich wirkenden Medikamenten ist zwar eine medizinische Handlung, jedoch keine therapeutische Maßnahme, die im Grundverständnis ärztlichen Handelns normativ begründet bzw. moralisch gerechtfertigt werden könnte.

Ärztlich assistierter Suizid und ärztliches Ethos

- Ärztlich assistierter Suizid oder gar Töten darf und kann aus ärztlicher Sicht keine therapeutische Option darstellen – es beendet unter Umständen einen Konflikt ohne das zugrunde liegende Problem einer am Leben orientierten Leidenslinderung zu lösen.

Ärztlich assistierter Suizid und ärztliches Ethos

Moralische Rechtfertigung im Einzelfall

- **Autonomie**
 - Freie, wohlüberlegte Entscheidung des Patienten
 - Freie Gewissensentscheidung des Arztes
- **Wohltun/Nichtschaden**
 - Linderung unerträglichen Leidens
 - Fehlende Alternative
- **Gerechtigkeit**
 - Kein Privileg für ausgewählte Patienten

Ärztlich assistierter Suizid und ärztliches Ethos

Praktische Probleme/Bedenken

- Freiwilligkeit des Sterbewunsches?
- Zunahme von sozialem Druck auf Alte, Schwache und Behinderte
- Aufweichung des Lebensschutzes
- Moralische Integrität des Ärztstandes kann infrage gestellt werden
- Abnahme des Vertrauen in die Ärzteschaft

Autonomie

Das Selbstbestimmungsrecht gibt dem Menschen das Recht, über die eigene Lebensgestaltung selbstverantwortlich zu bestimmen, berechtigt indessen nicht, von einem anderen Handlungen zu verlangen, die dessen Selbstbestimmung betreffen.

[M. v. Lutterotti, 1989]

Möglicher Umgang mit Sterbewunsch

Aussage als Zugang und Ressource verstehen!

- Zuhören, aushalten, anerkennen
- Erlaubnis geben „alles denken und sagen zu dürfen“
- keine Wertung und kein Aktionismus
- effektive Behandlungsmöglichkeiten entwickeln

Perspektive erweitern!

- Problem der Abwägung von Zeit vs. Sinn diskutieren
- Leidensbilder in angemessene Sprache transferieren
- alternative Sterbebilder zu vorhandenen Leidensbildern aufzeigen

Alternativen besprechen

Immer
bestmögliche palliativmedizinische Behandlung

Oft
Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen

Manchmal
Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Selten
'Palliative Sedierung'



Empfehlungen zum Umgang mit Todeswünschen



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang
mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der
Hospizarbeit und Palliativversorgung



Handlungsoptionen bei Wunsch nach assistiertem Suizid



Kein Handlungsauftrag!

... schließt aber nicht aus, dass
Palliativmediziner*innen in einzelnen
Situationen Suizidbeihilfe leisten

Handlungsoptionen in der Palliativversorgung

- Linderung belastender Symptome
- Vorausschauende Versorgungsplanung
- Palliative Sedierung am Lebensende
- Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken
- Beendigung bzw. keine Einleitung lebensverlängernder Maßnahmen

Nicht der
Leidende

sondern Symptome von Leid, wie
z.B. Schmerz, Einsamkeit

müssen beseitigt werden

Position der Ärzt*innen/Bundesärztekammer

- Welche Rolle kommt Ärzt*innen bei der Suizidassistenz zu?
- Die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei beim Suizid ist keine ärztliche Aufgabe.
- ~~Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.~~
- Individuelle Gewissensentscheidung von Ärzt*innen, Suizidbeihilfe zu leisten

Persönliches Fazit

- Der ärztlich assistierte Suizid gehört nicht zu den ärztlichen Aufgaben.
Die respektvolle Auseinandersetzung mit Suizid- und Sterbewünschen von Patient*innen zählt jedoch um so mehr zu den ärztlichen Aufgaben.
- Todes- und Suizidwünsche sind zeitlich variabel und ambivalent.
- Palliativversorgung bietet viele Möglichkeiten, aber auch Grenzen.
- Die ärztliche Mitwirkung am Suizid kann in dilemmatischen Einzelfällen mit dem ärztlichen Ethos vereinbar sein, bleibt aber eine Gewissensentscheidung der Ärztin oder des Arztes.

Persönliches Fazit

- Suizidassistenz ist nicht Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung.
- Einrichtungen müssen klare Vorgaben für Mitarbeitende machen.
- Gesamtgesellschaftliche Anstrengungen müssen unternommen werden, damit Suizid und Suizidassistenz im Interesse des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben nicht zu einer gesellschaftlichen Normalität werden.
- Breite Schulung von Professionellen im Umgang mit Todeswünschen müssen angeboten werden.
- Alternativen zur Suizidhilfe, insbesondere hospizlich-palliative Angebote und die Möglichkeit einer Therapiezieländerung müssen mit der Patient*in besprochen werden.