

Das Recht, sich zu töten – auch mit Hilfe von Dritten

Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken und assistierter Suizid: Ethische Überlegungen im Qualitätszirkel für Palliativmedizin

Traunstein. Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe kippte am 26. Februar 2020 das seit 2015 gültige Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung. Eine gesetzliche Neuregelung ist noch nicht in Sicht, doch die verschiedenen Professionen, die Menschen am Lebensende begleiten, sind bereits mit der Bitte von Patienten um ein selbstbestimmtes Sterben konfrontiert. Nach über einem Jahr Corona-Pause haben sich deshalb nun Mediziner, Pfleger, Juristen, Seelsorger, Sozialarbeiterinnen und ehrenamtliche Hospizbegleiter im Traunsteiner „Qualitätszirkel Palliativmedizin“ getroffen und ethische Überlegungen angestellt – zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken, was bereits länger zur erlaubten Praxis gehört, und zum assistierten Suizid, der durch das Karlsruher Urteil nun nicht mehr strafbar ist. „So viele Teilnehmer hatten wir in den Gaststuben, in denen wir uns sonst treffen, nie“, begrüßte Dr. Robert Kühnbach, ärztlicher Leiter im Netzwerk Hospiz, Mitorganisator und Gastgeber des Qualitätszirkels, die 73 Gäste bei der virtuellen Konferenz. Als Referent sprach Prof. Dr. Georg Marckmann von der LMU München, Vorsitzender des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin.



Wenn Menschen den Sterbewunsch äußern, stehen nicht nur die Angehörigen, sondern viele weitere Personen und Professionen vor schwierigen Überlegungen, Abwägungen und Entscheidungen. In Europa ist die Rechtslage bei der Sterbehilfe uneinheitlich (siehe Grafik unten). – F./Grafik: dpa

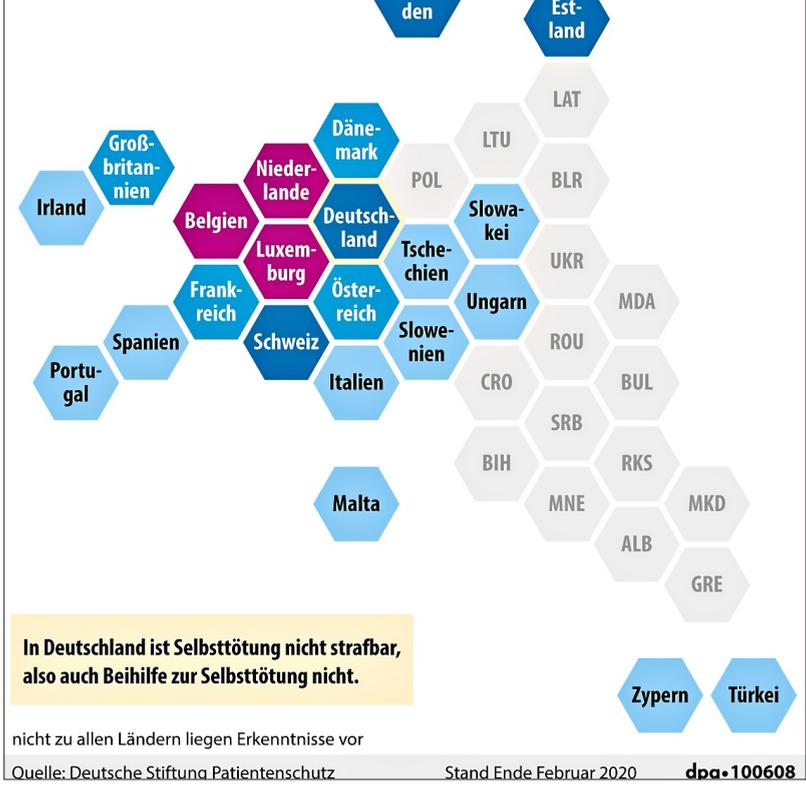
Lebens an Multipler Sklerose. Sie lebte in einer Pflegeeinrichtung, konnte nicht mehr allein aufstehen, benötigte Hilfe beim Essen und Trinken. Über ein halbes Jahr lang sagte sie den Pflegekräften, dass sie sterben wolle, bis sich die Pflegedienstleitung letztlich ratsuchend an die außerklinische Ethikberatung wandte“, beschrieb Krause-Michel die Lebenssituation der Frau.

Die außerklinische Ethikberatung ist ein für den Patienten kostenloses Beratungsangebot zu Therapiemöglichkeiten, insbesondere bei unterschiedlichen Ansichten. Sie hat das Ziel, eine gemeinsame Handlungsempfehlung zu finden, die von allen beteiligten Personen und Professionen mitgetragen werden kann. „Es gab zunächst vier Ethikgespräche, an denen immer die Patientin selbst, Mitglieder des Teams der Ethikberatung sowie abwechselnd der Hausarzt, Angehörige der Patientin und die Pflegedienstleitung der Einrichtung zugegen waren“, berichtete Krause-Michel weiter. „Die Patientin blieb in ihrem Sterbewunsch stets klar und stabil. Doch wird an diesem Beispiel deutlich, wie viele andere Personen und Professionen vom Sterbewunsch einer Person betroffen sind. Der Hausarzt fühlte sich übergangen und versuchte noch, die Patientin umzustimmen, was ihm aber nicht gelang. Angehörige reagierten zunächst mit Entsetzen, als FVET als Option angesprochen wurde. Letztlich respektierten und unterstützten sie den Wunsch der Patientin und nahmen die Aufgabe an, sie auf dem von ihr gewählten Weg zu begleiten. Als die Patientin dann mit guter Vorbereitung das Essen und Trinken einstellte, gab es auch beim Pflegepersonal große Ängste, einige waren schockiert, als der über einen langen Zeitraum immer wieder geäußerte

Sterbehilfe: Rechtslage in Europa

Folgende Formen der Sterbehilfe sind in diesen Ländern legal:

passive Sterbehilfe	indirekte Sterbehilfe	assistierter Suizid	aktive Sterbehilfe
Sterbenlassen durch Unterlassen oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen	Inkaufnahmen eines vorzeitigen Todes aufgrund schmerzlindernder Behandlung im Einverständnis mit dem Betroffenen	Beihilfe zur Selbsttötung, z. B. durch das Bereitstellen eines Giftes, das der Patient selbst zu sich nimmt	Tötung auf Verlangen, aktiver Eingriff eines Arztes z. B. Verabreichung einer Substanz, die unmittelbar den Tod herbeiführt



te Sterbewunsch nun Realität wurde. Die Patientin selbst wirkte vernünftig und gelöst.“ Das Team „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) vom Netzwerk Hospiz, das sich insbesondere um die medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Belange von Menschen am Lebensende kümmert, wurde begleitend hinzugezogen, aber kaum gebraucht. Die Patientin verstarb ohne weiteren Bedarf

an Medikamenten zur Symptomkontrolle nach genau einer Woche im Beisein ihrer Mutter. „Rückblickend waren die Angehörigen stolz darauf, dass sie dieses Gehen ermöglichen konnten, und auch die Pflegedienstleitung äußerte sich dankbar für die gute Begleitung“, erinnerte sich Krause-Michel. Dabei betonte sie die Freiwilligkeit, die auch seitens der begleitenden Professionen von hoher Bedeutung ist: „Manche

Pflegekräfte können das einfach nicht mittragen, und das muss man akzeptieren. Sie haben das Recht, da nicht dabei sein zu wollen.“ Eine kurze Umfrage unter den 73 Teilnehmern des Qualitätszirkels unterstrich die Wichtigkeit dieser Aussage. Über 60 Prozent haben bereits Patienten bei FVET begleitet oder wurden zumindest darum gebeten.

Überraschende Eindeutigkeit

Vor eine besondere Herausforderung stellte viele aus der Ärzteschaft die Aufhebung des Verbots des geschäftsmäßigen assistierten Suizids durch das Bundesverfassungsgericht. „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht schließt das Recht ein, sich selbst zu töten und hierfür Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen. Die Eindeutigkeit, mit der die Karlsruher Richter dies formulierten, hat selbst die Befürworter dieser Entscheidung überrascht“, berichtet Marckmann – insbesondere, weil die Zulässigkeit nicht von „materiellen Kriterien“ abhängig gemacht werde, wie zum Beispiel einer unheilbaren und tödlichen Krankheit. „Das Bundesverfassungsgericht betonte die Neutralität des Staates. Der Sterbewunsch muss zwar aus freier Verantwortung getroffen werden, jedoch erfolgt keine Beurteilung der Motive.“ In der Praxis bedeutet das, dass auch ein junger und gesunder Mensch das Recht hat, sich mithilfe von Dritten das Leben zu nehmen, solange diese Entscheidung nachweislich freiwillig ist. Nach dem Karlsruher Urteil stellt sich nun die Frage, welche rechtlichen und/oder berufsrechtlichen Kriterien dies sicherstellen. „Doch wo ziehe ich die Grenze, ab der jemand nicht mehr einwilligungs-

fähig ist?“, fragte Marckmann. „Wo genau endet zum Beispiel die depressive Verstimmtheit, und wo beginnt die psychische Erkrankung, mit der Betroffene nicht mehr selbstbestimmt entscheiden können? Manche Psychiater vertreten dazu sogar die Position, dass es einen Sterbewilligen ohne psychische Erkrankung gar nicht gibt. Und kann nicht ein Mensch mit psychischer Erkrankung trotzdem einwilligungsfähig sein?“

Die derzeit geltende Leitfrage, wie und woran eine tatsächlich selbstbestimmte Entscheidung zu erkennen sei, hält Marckmann deshalb für problematisch und argumentierte aus der Perspektive der Medizinethik, die sich – entgegen der landläufigen Meinung – nicht explizit für oder gegen die Fremdtötung ausspricht. „Die vier geltenden Prinzipien der Medizinethik sind Respekt vor der Autonomie, Wohltun, Nichtschaden und Gerechtigkeit“, erklärte Marckmann. „Ich wünsche mir deshalb einen Paradigmenwechsel: Nicht die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit sollte im Zentrum der Überlegungen stehen. Unter Anwendung der vier Prinzipien sollte die Leitfrage vielmehr lauten: Wie kann man dem Betroffenen angemessen helfen und sein Wohlergehen in den Blick nehmen?“ Eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patienten sei dabei ausschlaggebend, in der man gemeinsam überlegen und Alternativen erörtern kann. „Natürlich ergibt sich aus dem Respekt der Autonomie, dass der Sterbewunsch ein freiwilliger, wohlwogener Entschluss eines informierten, einwilligungsfähigen Patienten sein muss“, so Marckmann. „Jedoch sollte sein Wohlbefinden im Fokus stehen. Wir Ärzte müssen die Nöte und Sorgen des Patienten in den Blick nehmen und dann im Einzelfall sehen, ob Suizidassistenz die richtige Lösung für einen zu Tode verzweifelten Menschen ist.“

Sterbehilfe: Niemand kann verpflichtet werden

Dabei betonte Marckmann aber: „Die Selbstbestimmung ist nicht das Privileg der Patienten. Auch wenn Suizidbeihilfe eine ärztliche Aufgabe sein sollte, kann der Patient sie nicht automatisch von seinem Arzt verlangen. Niemand kann verpflichtet werden, Sterbehilfe zu leisten – so formulierten es auch noch einmal explizit die Karlsruher Richter.“ Nach der derzeit gängigen Praxis des assistierten Suizids in Deutschland befragt, antwortete Marckmann: „Tatsächlich wissen wir es nicht, da es dazu derzeit noch keine systematische Erfassung gibt.“ – re

Bewusstes Unterlassen, nicht bewusstes Tun

„Für den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken, kurz FVET, gibt es derzeit keine explizite Regelung“, erläuterte er. Die Frage, ob FEVT eine Form der Selbsttötung sei, beantwortete er von der Definition des Begriffs her: „Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO handelt es sich bei Suizid um eine bewusste Herbeiführung des Todes. FEVT ist kein aggressiver, invasiver Akt, ähnelt in seinem Verlauf dem natürlichen Sterbeprozess, dauert über einen längeren Zeitraum und ist in den ersten Tagen meist noch reversibel. Es ist kein Tod durch ein bewusstes Tun, sondern durch ein bewusstes Unterlassen und stellt somit eine Sonderform, einen passiven Suizid, dar“, so Marckmann. Unter bestimmten Voraussetzungen könne die medizinische Begleitung eines solchen Vorhabens als Suizidhilfe bewertet werden. „Das ist aber noch keine moralische Wertung“, gab Marckmann zu bedenken. Einen konkreten Fall von FVET schilderte die Palliativmedizinerin Dr. Birgit Krause-Michel, Vorsitzende der außerklinischen Ethikberatung im Netzwerk Hospiz: „Die Patientin war Mitte 50 und litt schon über die Hälfte ihres