

Der ärztlich assistierte Suizid

Positionspapier der Ethikkommission der Ärztekammer Bremen

Einleitung

Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, haben Ärzte und Ärztinnen die Empfehlungen zu beachten (§ 13(1) der Berufsordnung). Empfehlungen zur ärztlichen Sterbebegleitung und speziell zum Verhalten gegenüber dem Patientenwunsch nach ärztlicher Hilfe zur Selbsttötung (ärztlich assistierter Suizid) werden in die Neufassung der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen Eingang finden. Die Aktualisierung der bisherigen Berufsordnung wird zur Zeit (Stand Oktober 2011) von den zuständigen Gremien vorbereitet.

Die Musterberufsordnung (MBO) für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte wird vom Deutschen Ärztetag beschlossen bzw. novelliert. In die MBO fließen die Grundsätze der Bundesärztekammer ein, die entsprechend den Entwicklungen in der Medizin und in der Rechtssprechung in unregelmäßigen Abständen überarbeitet werden. Rechtswirkung entfaltet die Berufsordnung (BO), wenn sie durch die Kammerversammlungen der Landesärztekammern als Satzung beschlossen und von den Aufsichtsbehörden genehmigt ist. Die Landesärztekammern können für ihren Zuständigkeitsbereich von Vorgaben der MBO abweichen. Die Durchsetzung der BO unterliegt den Landesärztekammern. Grundlage sind die Kammer- und Heilberufegesetze der Länder. Verletzen Ärzte ihre Berufspflichten, kann es zu berufsrechtlichen Sanktionen kommen.

Die Ethikkommission der Ärztekammer Bremen hat sich auf Sitzungen am 09. August und 13. September 2011 mit der zukünftigen Fassung von § 16 (Sterbebegleitung/Beistand für Sterbende) der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen beschäftigt. Eingeladen zu den Sitzungen und zur Teilnahme an der Meinungsbildung waren die Mitglieder

der Kommission und ihre Vertreterinnen/Vertreter. Im Mittelpunkt stand die Problematik der Mitwirkung von Ärzten an der Selbsttötung von Patienten.

Mitglieder der Ethikkommission: Prof. Dr. M. Anlauf/Facharzt für Innere Medizin (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. H. Bachmann/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, H. Drude/Pastor (Vertreterin: O. Böss/Pastorin), Dr. E. Ramsauer/Fachärztin für Dermatologie, Prof. Dr. H. Rasche/Facharzt für Innere Medizin (Vorsitzender), M. Rösler/Dipl. Sozialpädagogin (Vertreter: L. Papst/Dipl. Ing.), U. Schumann/Richterin (Vertreterin: R. Abramjuk/Richterin), Dr. Ch. Strube/ Facharzt für Chirurgie.

Diskussionsgrundlagen

Der Suizidversuch und der Suizid sind in Deutschland als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts straffrei, ebenso die Teilnahme (Beihilfe und Anstiftung). Der **Bundesgerichtshof** hat die Mitwirkung von Ärzten an der Selbsttötung von Patienten aus dem Blickwinkel der in § 216 StGB normierten Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen für nicht strafbar gehalten (BGHSt 32, 367 = NJW 1984, 2639).

Der **Deutsche Juristentag 2006** hat sich dieses Themas angenommen und die ausnahmslos standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids kritisiert: Die Ärzteschaft sollte ihre Vorbehalte, wie sie in der bisherigen Berufsordnung enthalten sind, durch eine Beurteilung ersetzen, „welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert“.

Kernpunkte des ärztlichen Ethos sind in § 1(2) der Musterberufsordnung (MBO) der Bundesärztekammer (BÄK) und in der Berufsordnung (BO) der Landesärztekammer Bremen übereinstimmend formuliert: „Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen in Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“

§ 16 (Beistand für Sterbende) der MBO 2006 und der BO der Ärztekammer Bremen 2007 sind gleichlautend: „Ärztinnen und Ärzte dürfen – unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur 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. Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.“

Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum **Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung** in der ärztlichen Praxis (Dtsch. Ärztebl. 104, A891, 2007)

Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts 2009 mit konkreten Vorgaben zur Beachtung von Patientenverfügungen (§ 1901a) und zur Feststellung des Patientenwillens (§ 1901b).

Urteil des Bundesgerichtshofes vom 25.06.2010 (Az. 2 StR 454/09):

1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.
2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.
3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.

Beim **Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte** steht derzeit die Klage der Angehörigen einer Patientin an, die versucht hatte, über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die tödliche Dosis des Medikaments zu bekommen, das in der Schweiz beim begleiteten Freitod eingesetzt wird. Ihre Bemühungen waren erfolglos. Das Institut argumentierte: Die Abgabe des Medikaments sei zu lebensvernichtenden Zwecken nicht zulässig. Die schwerstkranke Frau wurde daraufhin in die Schweiz transportiert, wo sie das

tödliche Mittel einnahm. Die Entscheidung des Bundesinstituts steht nach Ansicht der Kläger im Widerspruch zum Recht auf Achtung des Privatlebens nach der Europäischen Menschenrechtskonvention (DER SPIEGEL 47, 2010, S. 16).

Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (Dtsch. Ärztebl. 108, A346, 2011):

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. Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.

Beschluß des 114. Ärztetages 2011 auf Vorschlag der BÄK zur Neufassung § 16 MBO:

Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

Vor dem so dargestellten Hintergrund und in Kenntnis weiterer Materialien (z. B. Publikationen sog. Meinungsbildner in den Medien Presse/Funk/Fernsehen) hat die Ethikkommission der Ärztekammer Bremen diskutiert. Berücksichtigung fand auch der Umgang mit der Problematik in den Nachbarländern (z. B. Schweiz, Holland, Belgien). Bewusst war den Mitgliedern der Ethikkommission, dass Überlegungen zur ärztlichen Sterbehilfe in Deutschland durch die Verbrechen unter dem Deckmantel der Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus belastet sind. In besonderer Weise sind hier kritische Abwägung und Behutsamkeit erforderlich bzw. unverzichtbar.

Ziel war es, auf Basis der gemeinsamen Meinungsbildung eine Empfehlung für Vorstand/ Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen zur Neufassung von § 16 der lokalen Berufsordnung zu erarbeiten. Es steht die Entscheidung an, ob man die Vorgabe der Grundsätze der BÄK 2011, die Vorgabe der MBO gemäß Ärztetag 2011 oder eine andere Lösung/Formulierung in diesem Zusammenhang favorisiert.

Argumente für die Neufassung von § 16 der BO entsprechend den Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung:

Die Formulierung war in Teilen der Ärzteschaft und der nicht-ärztlichen Öffentlichkeit als Liberalisierung der bisherigen Berufsordnung interpretiert worden. Es wurde argumentiert, Ärztinnen/Ärzte könnten zukünftig unter bestimmten Voraussetzungen an der Selbsttötung von Patienten mitwirken.

- Im Gegensatz zur MBO 2011 (Berufsrecht) sanktioniert das allgemeine Recht (Strafrecht) die Beihilfe zum Suizid nicht.
- Der Deutsche Juristentag 2006 hat die Annäherung von Berufs- und Strafrecht unter bestimmten Voraussetzungen (Einzelheiten siehe oben) empfohlen.
- Wenn sich die Ärzte verweigern, treten andere Sterbehelfer auf den Plan.
- Das ärztliche Ethos ist nicht daran zerbrochen, dass Ärzte Abtreibungen vornehmen.
- Ca. 30% der Ärzte befürworten eine Regelung zur berufsrechtlichen Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids (Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag der BÄK in DEUTSCHES ÄRZTEBLATT PP 9/Heft 8 August 2010, S. 349).
- Beachtung des Prinzips der Selbstbestimmung/Patientenautonomie und daraus folgend der Freiheit, den Zeitpunkt des eigenen Todes selbst wählen zu können.
- Ärzteschaft ist der Berufsstand, der aufgerufen ist, Menschen in einer schwierigen Situation beizustehen – auch wenn sie aus dem Leben scheiden wollen.
- Ärzteschaft ist der einzige Berufsstand, der den Menschen – falls der medikamentös-induzierte Suizid gewählt wird – sachkundig beistehen und die Eigenverantwortlichkeit des Handelns fachgerecht überprüfen kann.
- Vermeidung des kommerziellen Wildwuchses gesichert, da die Ärzteschaft eine gut funktionierende Selbstverwaltung hat.

Die Formulierung „.... Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ zur Neufassung von § 16 wurde auf Antrag von Delegierten auf dem Deutschen Ärztetag 2011 zur Abstimmung gestellt und mit 138 Nein- und 85 Ja-Stimmen bei 5 Enthaltungen abgelehnt.

Argumente für die Neufassung von § 16 der BO entsprechend der MBO 2011:

- Grundgesetz und allgemeines Recht/Strafrecht entsprechen der gesellschaftlichen „Minimalmoral“. Sie können die notwendige ethische Orientierung für das Handeln von Ärzten nicht ersetzen.
- Ungut wäre es, wenn lokal von der MBO abgewichen würde und von den Landesärztekammern unterschiedliche Fassungen des § 16 in die BO aufgenommen würden.
- Die Formulierung in den Grundsätzen der BÄK zur Sterbebegleitung („Mitwirkung keine ärztliche Aufgabe“) hat zu Missverständnissen geführt, die korrigiert werden müssen: Die ärztliche Aufgabe der Sterbebegleitung endet dort, wo Beihilfe zum Suizid geleistet wird. Die beruflichen Pflichten eines Arztes sind unteilbar; sie hängen nicht davon ab, ob ein Arzt einen Arztkittel trägt oder ob er in seiner Freizeit handelt. Ein Arzt kann sich nicht in eine „Privatperson“ und einen „Berufsträger“ aufspalten. „Ein Arzt ist immer im Dienst“ – diese aus früherer Zeit stammende Aussage entspricht immer noch dem allgemeinen und in der Bevölkerung weit verbreiteten Bild des Arztiums.
- Die vom Deutschen Juristentag 2006 benannten Voraussetzungen (Einzelheiten siehe oben) für die Mitwirkungen des Arztes am Suizid eines Patienten im Sinne einer ethisch vertretbaren Form der Sterbebegleitung sind Theorie. Überwiegend wurde die Ansicht vertreten, dass es in der Praxis kein Leid gibt, das mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu lindern wäre.
- Wenn von Ärzten technische Perfektion bei der Beihilfe zum Suizid verlangt wird, kann es ein Kunstfehler/Behandlungsfehler sein, „jemandem einen Becher mit irgendeinem Medikament hinzustellen“. Es müsste auch der intravenöse Zugang gefordert werden, um das Medikament sicher zu applizieren. Damit wird die „perfekte“ Beihilfe zum Suizid von der Tötung auf Verlangen/der aktiven Euthanasie nicht mehr abgrenzbar. Wenn dem Arzt der Suizid misslingt, kann der Patient daraus einen Haftungsanspruch ableiten (Streitgespräch F. U. Montgomery/U. Taupitz: Sind Ärzte geeignete Suizidhelfer? Dtsch. Ärztebl. 106, A693, 2009).

- Hat die Medizin in den vergangenen Jahrzehnten oft versäumt, den Tod und das Sterben der Menschen zuzulassen, so droht die Machtlosigkeit angesichts von Leid und Tod umzuschlagen in die Illusion, der ärztlich herbeigeführte oder der ärztlich gemachte Tod garantiere ein besseres Sterben (Ođuncu, F. S. & G. Hohendorf: Assistierter Suizid: Die ethische Verantwortung des Arztes. Dtsch. Ärztebl. 108, A1362, 2011). Die gleichen Autoren argumentieren: Das Berufsrecht soll im Einzelfall nicht den Stab über einen Arzt brechen, der Beihilfe zum Suizid geleistet hat; vielmehr können die entsprechenden Gremien die jeweils besonderen Gründe für die Überschreitung bestehender Normen reflektieren.
- Ärztliches Ethos war bisher Ausdruck einer besonderen Verantwortung, die Ärzte sich selbst zugeschrieben haben, die jedoch auch von ihnen erwartet wurde. War dieses ärztliche Ethos gerade in existenziellen Fragen des Lebens und Sterbens Teil der ärztlichen Identität, könnte es mit der Entwicklung ärztlichen Handelns zur Dienstleistung auf Wunsch an Bedeutung verlieren.
- Ärztliches Handeln ist auf Lebenserhalt/Lebensschutz ausgerichtet.
- Warum Ärzte? Andere Berufe sind vergleichbar oder besser qualifiziert: z. B. Psychologen = Beurteilung der Eigenverantwortlichkeit des Handelns, Apotheker = Medikamentenabgabe.
- Freiverantworteter Suizid im Sinne einer wohlwogenen und authentischen Entscheidung im Zustand der Seelenruhe – gibt es das? Frage der Definitionen!!
- Über den Wert des Lebens, das beendet werden soll, muß geurteilt werden aus Sicht des Suizidwilligen und aus Sicht des Arztes. Ist das mit der Würde des Menschen vereinbar?
- Suizidhilfe soll unter einschränkenden Bedingungen erfolgen. Das bedeutet keine Stärkung sondern die Schwächung von Patientenrechten: Gewisse „Sorgfaltskriterien“ sind einzuhalten. Im Ergebnis ist weniger die Selbstbestimmung sondern die Rationalität des Todeswunsches ausschlaggebend.
- Setzt man die Patientenautonomie absolut, so gibt es kein gutes Argument mehr, die ärztliche Suizidassistenz auf bestimmte Situationen zu begrenzen (unheilbare Erkrankungen, Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten etc.). Beihilfe zur Selbsttötung ist das Versagen von Handlungsalternativen und das Scheitern des gemeinsamen Aushaltens von Leid und Verzweiflung.

- Stärkung der Palliativmedizin vermeidet Suizidwunsch/-begehren.
- Sterben in Würde – Sterbekultur als gesellschaftliche Aufgabe im Bewusstsein der Bevölkerung wiederbeleben bzw. stärken.
- Anspruchshaltung von Patienten. Normative Kraft des Faktischen erzeugt Druck. Gefahr, dass es irgendwo Ärzte geben wird, die über die Hilfe zur Selbsttötung hinaus auch Tötungen auf Verlangen praktizieren würden. Gefahr des „Dammbruchs“! Dem muß/soll mit den Mitteln der Berufsordnung vorgebeugt werden.

Die Formulierung „Sie (Ärztinnen und Ärzte) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ in der Neufassung von § 16 der MBO wurde von der BÄK vorgeschlagen und auf dem Deutschen Ärztetag 2011 mit 166 Ja-Stimmen gegen 56 Nein-Stimmen bei 7 Enthaltungen angenommen.

In der Ethikkommission der Ärztekammer Bremen diskutierte Alternativlösungen zur Neufassung von § 16 der Berufsordnung

- Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen grundsätzlich keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

Begründung: Von grundsätzlichen Vorgaben darf man im konkreten Einzelfall mit entsprechender Begründung abweichen. Das würde die oben angeführte Argumentation von Oduncu & Hohendorf (2011) berücksichtigen und verstärken. Die Formulierung ist klar und würde die Argumente sowohl für die Grundsätze der BÄK als auch für die MBO 2011 berücksichtigen. Die rigide/stringente Formulierung der MBO 2011 würde abgemildert ohne die gewünschte Eindeutigkeit zu verlieren.

- Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Ärztlicher Beistand kann jedoch in dieser Situation geboten sein.

Begründung: Diese Formulierung wurde auf dem Ärztetag 2011 vorgeschlagen und diskutiert, letztlich jedoch verworfen, da der letzte Satz nach Mehrheitsmeinung zu „schwammig“ sei. Das stimmt, kann jedoch ein Vorteil sein. Es ist ja nicht zielführend, eine klare Formulierung zu bringen, aber – wie alle auf dem Ärztetag meinten – das Thema immer wieder in die Diskussion zu bringen.

- Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten.

Begründung: Auf dem Ärztetag 2011 gab es viele Stimmen, den 3. Satz der MBO 2011 einfach wegzulassen. Auch das hat was vor dem Hintergrund, dass der Wunsch nach Hilfe zur Selbsttötung bei Sterbenden in der Finalphase de facto kaum vorkommt. Das wirft allerdings die Frage auf: Ab wann ist ein Patient „sterbend“?

- Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen. Es ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Der ärztlich assistierte Suizid unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, einen ärztlich assistierten Suizid vorzunehmen oder zu unterlassen.

Begründung: Die Überlegung/der Vorschlag orientiert sich an § 14(1) der MBO zum Schwangerschaftsabbruch. Die Mitwirkung an Abtreibungen hat das Bundesverfassungsgericht in sachlicher Nüchternheit als Tötungshandlung qualifiziert. Auf die gesetzgeberischen Entscheidungen für einen Arztvorbehalt in § 218a StGB hat die Berufsordnung mit § 14(1) reagiert. Nach aktueller Rechtsprechung bleibt die Beihilfe zum Suizid straflos. Hinsichtlich des ärztlich assistierten Suizids würde die Überlegung/der Vorschlag in der Konsequenz bei den

derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen eine sehr „liberale“ und weitgehende Formulierung sein, die dem Gesetzgeber signalisieren könnte, dass Handlungsbedarf besteht: Die Ärzteschaft ist im Bereich des Beistands für Sterbende – ebenso wie im Bereich des Beistands für Schwangere – nicht bereit, die Alleinverantwortung für die gesellschaftspolitischen Konsequenzen im Gesamtzusammenhang zu übernehmen bzw. zu tragen. Der Gesetzgeber wäre dann gezwungen, die Bedingungen festzulegen, unter denen der ärztlich assistierte Suizid durch Medikamentenabgabe erlaubt wird, wenn feststeht, dass es einen erheblichen Leidensdruck gibt und Besserung nicht erreichbar ist. Diese Signal kann bei entsprechenden Erläuterungen auch durch einfaches Weglassen des 3. Satzes von § 16 MBO 2011 gegeben werden.

Ergebnis der Diskussion und Empfehlung

Die Ethikkommission war mehrheitlich der Meinung, dass die Ärztekammer Bremen bei der Neufassung von § 16 in der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen der Vorgabe der MBO 2011 (DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Heft 38, 23. September 2011)

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“

folgen sollte. Der Vorsitzende wird beauftragt, die Ärztekammer Bremen hierüber zu informieren.

Prof. Dr. H. Rasche

25. September 2011