



## **Statement**

**In Würde sterben – Zur aktuellen Diskussion über Sterbehilfe,  
Hospiz- und Palliativstrukturen**

***„Sterbehilfe im Sinne einer Sterbebegleitung“***

**Dr. med. Max Kaplan**

**Präsident der Bayerischen Landesärztekammer**

**Montag, 19. Oktober 2015**

19.30 Uhr in Bad Grönenbach

*Es gilt das gesprochene Wort!*

Sehr geehrte Frau Zeulner,

Herr Holetschek,

Herr Dr. Nüßlein,

Herr Stracke,

lieber Herr Kollege Nuscheler,

meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich bedanke mich ganz herzlich bei den Veranstaltern für die Einladung zum heutigen Abend, an dem wir uns mit dem Thema „In Würde sterben“ vertieft befassen wollen und über Sterbehilfe, Hospiz- und Palliativstrukturen diskutieren werden.

Das Thema Sterbebegleitung ist seit gut einem Jahr eines der ethischen Themen, mit dem sich unsere Gesellschaft intensiv befasst. Ausgelöst wurde diese Diskussion durch ein eigentliches Randproblem in der Sterbehilfe, nämlich durch die von Sterbehilfevereinen durchgeführten organisierten Suizide – in Deutschland wurde vor allem der frühere Hamburger Senator, Roger Kusch hiermit in Verbindung gebracht, und da immer wieder deutsche Bürgerinnen und Bürger hierzu in die Schweiz reisen, die Schweizer Sterbehilfevereine Dignitas und Exit. Im *Lancet*, einer englischen wissenschaftlichen Fachzeitschrift, wurden hierzu Zahlen veröffentlicht. In Oregon (USA) ist der Anteil des assistierten Suizids im Ein-Promillebereich, in den Niederlanden bei zwei und in der Schweiz, sicherlich bedingt durch die Inanspruchnahme aus dem Ausland, bei sieben Promille. Im Vergleich hierzu fallen jedoch die Zahlen bezüglich der Tötung auf Verlangen, welche bei uns eindeutig durch das Strafbuch verboten ist, in den Niederlanden und Belgien erlaubt ist, deutlich höher aus: In Belgien 16,3 und in Holland 28,2 Promille im Jahr 2012.

Auch wenn der ärztlich assistierte Suizid in Deutschland nur eine ganz geringe Rolle spielt, war es wichtig, dass sich unsere Gesellschaft mit diesem Thema befasst und ich bin überzeugt, dass wir ohne diese Diskussion nicht so schnell einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung bekommen hätten.

Auch war es wichtig, dass sich unsere Gesellschaft mit diesem Thema vertieft befasst, handelt es sich doch bei dem Thema Sterben immer noch um ein Tabuthema. Auch sehe ich es sehr positiv, dass diese Diskussion sachlich fundiert und ehrlich geführt wird, sowohl in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, als auch in der Politik und hier im Bundestag.

Bereits seit 1979 befasst sich die Ärzteschaft intensiv mit diesem Thema, die Bundesärztekammer veröffentlicht regelmäßig aktualisierte Richtlinien, die mittlerweile zu Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung wurden. Diese Grundsätze werden entsprechend den Entwicklungen in der Medizin, z. B. auch im Rahmen der Fortschritte in der Palliativmedizin, aber auch in der Rechtsprechung immer wieder überarbeitet.

Nach dem dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetz, das u. a. die Patientenverfügung und das Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens geregelt hat und unter Berücksichtigung der Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender vom Jahr 2010 wurden diese 2011 aktualisiert. Hierbei ist festgeschrieben, dass es Aufgabe des Arztes ist, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tode beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund, d. h., das Behandlungsziel hat sich geändert. Es geht jetzt nicht mehr um Heilung, sondern darum, dem Patienten ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Hierbei geht es darum, eine Basisbetreuung sicherzustellen, wozu eine menschenwürdige Unterbringung gehört, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen und Angstattacken, Atemnot und Übelkeit, sowie Stillen von Hunger und Durst. Art und Ausmaß dieser Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten, bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapie 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.

Da hierbei gewisse Begrifflichkeiten immer wieder verwechselt werden, möchte ich auf die verwendete Terminologie noch kurz eingehen:

#### Passive Sterbehilfe

Darunter verstehen wir, dass von einer lebensverlängernden medizinischen Behandlung des Sterbevorganges Abstand genommen wird, dies kann auch bedeuten, dass die künstliche Beatmung eingestellt wird, ebenso die künstliche Ernährung, ebenso eine lebenserhaltende Medikation.

#### Indirekte Sterbehilfe

Bedeutet, dass die Therapie am Lebensende mit einer Priorisierung der Schmerzlinderung und der Symptombekämpfung durchgeführt wird, wobei auch Nebenwirkungen wie z. B. eine Beeinträchtigung der Atmung in Kauf genommen wird, ggf. auch die letzte Lebensphase verkürzt wird.

#### Aktive Sterbehilfe

Bedeutet Töten auf Verlangen, was über das Strafgesetzbuch bereits eindeutig geregelt und verboten ist und

Beihilfe zum Suizid, wobei wir beim aktuell diskutierten Thema wären.

Der Suizid, die Selbsttötung, ist gesetzlich nicht verboten und somit auch nicht die Hilfe zum Suizid. Hierbei müssen wir unterscheiden zwischen dem frei verantwortlichen Suizid, d. h. die betroffene Person wird weder durch Krankheit noch durch Dritte in ihrer Entscheidung beeinflusst oder beeinträchtigt und dem nicht frei verantwortlichen Suizid, dieser liegt vor z. B. wenn der Patient an einer schweren Depression erkrankt ist. In diesem Fall ist ärztliche Behandlung erforderlich und unterbleibt diese, wäre dies unterlassene Hilfeleistung. D. h. wir diskutieren hier also nur über den frei verantwortlichen Suizid. Hier stellt sich die Frage, ob die Beihilfe hierzu strafrechtlich, zivilrechtlich oder berufsrechtlich geregelt werden muss. Hier ist zunächst zu prüfen, ob ein parlamentarischer

Vorbehalt besteht und dies eine Berücksichtigung im Bundesgesetz oder im Landesgesetz erforderlich macht.

Auch ist die Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen. Die Meinung der Ärzteschaft hierzu ist die, dass sie den parlamentarischen Vorbehalt nicht unmittelbar sieht, dennoch eine rechtliche Regelung der gewerbsmäßigen und organisierten Beihilfe zum Suizid nachvollziehen kann. Mehr soll der Staat auf keinen Fall regeln.

Eine berufsrechtliche Regelung halten wir, insbesondere was die ethische Bewertung betrifft, für notwendig, hinterfragen jedoch ebenfalls die Verhältnismäßigkeit, insbesondere was die Sanktionierung betrifft. Dies bringen wir einmal in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung mit der Aussage zum Ausdruck: Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.

In der Berufsordnung stellen wir fest, dass es Aufgabe des Arztes ist, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten und im Paragraf 16 halten wir unter Beistand für Sterbende fest: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen“.

Hierdurch stellen wir klar, dass wir Ärztinnen und Ärzte Sterbehilfe als Hilfe beim Sterben und nicht Hilfe zum Sterben sehen. Wir halten es aber auch für wichtig, dass jeder Patient sich darauf verlassen können muss, dass im geschützten Raum des Arzt-Patienten-Verhältnisses ein offenes Gespräch zwischen Arzt und Patient über suizidale Gedanken bzw. Absichten geführt werden kann und er eine lebensorientierte Beratung und Begleitung durch den Arzt erhält, so wie es auch die Mehrheit der Mitglieder des deutschen Ethikrates sieht. Hierbei handelt es sich immer um eine ganz individuelle Entscheidung zwischen Patient und Arzt, die wir durch das Berufsrecht nicht regeln können und auch von einer Sanktionierung freihalten wollen. Durch eine gesetzliche Überregulierung laufen wir Gefahr, dass wir etwas legalisieren, was wir nicht legalisieren wollen und dazu gehört der ärztlich assistierte Suizid. Der assistierte Suizid darf nicht zur gesellschaftlichen Norm werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!