



Stellungnahme

Zur Diskussion um „aktive Sterbehilfe“ und assistierten Suizid

Das Klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen lehnt sowohl die Forderung nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe als auch eine Liberalisierung der bereits in der Schweiz praktizierten Assistenz beim Suizid ab. Statt das Tötungsverbot auszuhöhlen, muss der Arzt dem Patienten mit den Mitteln der Palliativmedizin beistehen. Dazu gehört die Beherrschung der Schmerzen und eine suffiziente Symptomkontrolle (Behandlung weiterer, quälender Symptome wie zum Beispiel: Übelkeit, Schwindel, Durst und Angst) sowie die psychologische, soziale und spirituelle Begleitung (ganzheitliches Konzept der Palliativmedizin). Politisches Ziel muss es sein, Patientinnen und Patienten flächendeckend eine umfassende palliativmedizinische Versorgung und angemessene Sterbegleitung anbieten zu können, die auch psychosoziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt, wie das im dem Gedanken der Hospizbewegung verwirklicht wird.

Das Klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen sieht die gegenwärtige Diskussion um Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen als eine Fehlentwicklung, da hierin ein Defizit an ärztlichem Beistand sichtbar wird. Das Ethikkomitee fordert daher alle Beteiligten und Verantwortlichen in Gesundheitssystem und Politik dazu auf, einerseits das Konzept einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung umzusetzen und andererseits endlich die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, die es in der klinischen Praxis ermöglichen, den schriftlich artikulierten Patientenwillen („Patientenverfügung“) adäquat zu berücksichtigen.

Hintergrund

Sehr viele Menschen in unserem Kulturkreis haben das tiefe Bedürfnis, über ihr Lebensende die Kontrolle zu behalten bzw. das Ende angemessen gestalten zu können. Häufig stehen die Patienten zwischen zwei Befürchtungen: einerseits der Angst, aufgegeben und in ihrer Not verlassen zu werden, und andererseits der Angst, einer übermächtigen „Apparatemedizin“ ausgeliefert zu sein und trotz Versagens des kurativen Ansatzes ohne klares therapeutisches Ziel weiterbehandelt zu werden. Nicht zuletzt diese Befürchtungen führen immer wieder zu Diskussionen um eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, die von vielen als eine Möglichkeit empfunden wird, die *Kontrolle über das eigene Leben bis zum letzten Atemzug* zu bewahren und im Sinne einer Realisation des Selbstbestimmungsrechts auch auf den Todeszeitpunkt Einfluss zu nehmen.

Das Klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen hat sich in den letzten Jahren intensiv mit Fragen der Therapiebegrenzung befasst und Leitlinien zu diesem Themenkomplex herausgegeben (Erlanger

Empfehlungen zur Patientenautonomie am Lebensende, siehe unten). In diesem Kontext meldete sich das Erlanger Klinische Ethikkomitee zu Wort, nachdem in letzter Zeit die Diskussion um die Freigabe der aktiven Sterbehilfe auch in Deutschland wieder aufgeflammt ist.

Notwendige Eindeutigkeit für die Patienten

Über das Für und Wider des Verbotes der aktiven Sterbehilfe („Tötung auf Verlangen“) gibt es zahlreiche Stellungnahmen aus Recht, Theologie, Philosophie und Medizin, von Interessenverbänden und politischen Parteien. Eine einheitliche Basis fehlt und nicht selten werden gegensätzliche ethische Aussagen formuliert. Angesichts dieser grundsätzlichen ethischen Meinungspluralität muss nach Ansicht des Klinischen Ethikkomitees diese Diskussion mit der angemessenen begrifflichen Trennschärfe geführt werden.

Eine mitmenschliche und einfühlsame Sterbegleitung und Sterbehilfe umfasst nicht die gezielte Herbeiführung des Todes, son-

dern vielmehr das gesamte Spektrum schmerzlindernder Maßnahmen, seelischen Beistands und der durch den Patientenwillen begründeten Begrenzung kurativer Therapien. Um dem gebotenen ärztlichen Vertrauensgrundsatz gerecht zu werden, muss ein Arzt in Zweifelsfällen nach der Regel *in dubio pro vita* – im Zweifel für das Leben – handeln.

Notwendigkeit palliativer Versorgung

Die Tötung auf Verlangen bringt in der Praxis nicht unerhebliche Probleme mit sich. So zeigt die Erfahrung in Belgien und den Niederlanden mit dieser Form der „Sterbehilfe“, dass eine *Grenzziehung* zwischen Patienten, die nach den dort herrschenden gesetzlichen Regelungen rechtmäßig eine solche Tötung in Anspruch nehmen und solchen, bei denen dies nicht der Fall ist, *äußerst schwierig* ist. So scheint sich auch eine Tendenz zu zeigen, Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Krankheiten sowie Patientinnen und Patienten jugendlichen Alters, die bislang ausgeschlossen werden, eine aktive Sterbehilfe zu gewähren.

Ebenso wahrscheinlich ist auch, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten die aktive Sterbehilfe auf Grund *mangelhafter palliativer Versorgung* in Anspruch nehmen will oder durch den Wunsch motiviert ist, den Angehörigen oder nahe stehenden Personen nicht zur Last zu fallen. In der wissenschaftlichen Diskussion über die aktive Sterbehilfe wird in diesen Ländern aus diesem Grund immer häufiger der sogenannte „palliative Filter“ gefordert. Der Sinn des „palliativen Filters“ besteht darin, jene Personen „herauszufiltern“, die aufgrund des Defizits an palliativer Betreuung aktive Sterbehilfe verlangen.

Aktive Sterbehilfe widerspricht dem ärztlichen Ethos

Dem ärztlichen Selbstverständnis widerspricht die Beihilfe zum Suizid und die Tötung auf Verlangen. Das *ärztliche Ethos* ist darauf ausgerichtet, zu helfen, zu lindern und zu heilen und nicht zu töten. *Die Gewährung aktiver Sterbehilfe steht für die Ärztinnen und Ärzte am Universitätsklinikum Erlangen nicht im Einklag mit ihrem beruflichen Ethos.*

Ärztinnen und Ärzte dürfen – unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für den Betroffenen unzumutbar das Leiden ver-

längern würde bzw. der Sterbeprozess bereits unweigerlich eingesetzt hat. Diese Situationen sind für alle Beteiligten häufig sehr belastend und verlangen viel Einfühlungsvermögen sowie ärztliche und pflegerische Kompetenz.

Die Herbeiführung des Todes durch die Applikation oder Bereitstellung eines todbringenden Medikaments würde die Arzt-Patienten-Beziehung belasten und das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Arzt und Patient stören. Darüber hinaus würden dadurch schwerwiegende persönliche Belastungen für alle klinisch Tätigen sowie für die Angehörigen entstehen, die weit über die heutigen Belastungen in der Sterbesituation hinausgehen.

Vielfältige Hilfe am Lebensende

Die *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung* umfassen ein *reiches Instrumentarium*, das klinisch Tätigen am Lebensende zur Verfügung steht, um im Einklang mit den Wünschen von Patientinnen und Patienten zu handeln. Diese Möglichkeiten zu verdeutlichen und sie überlegt einzusetzen bedeutet auch, den Patientinnen und Patienten die Angst zu nehmen, dass sie ihre eigene Lebenssituation am Lebensende nicht mehr kontrollieren oder mitbestimmen können, sobald sie einmal im Krankenhaus sind. Eine Diskussion über die aktive Sterbehilfe ist in dieser komplexen Situation kontraproduktiv.

Grundsätzlich haben die Wünsche von Patientinnen und Patienten im Universitätsklinikum Vorrang: Das Leitbild des Klinikums stellt die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt aller Anstrengungen, als Leitlinien zur Umsetzung dieses Anspruches wurden die *Erlanger Empfehlungen zur Patientenautonomie am Lebensende* (siehe unten) erarbeitet und verbindlich eingeführt. Gemäß den geltenden rechtlichen Regelungen und den ethischen Überzeugungen des Hauses wird niemand gegen seinen ausdrücklich erklärten Willen behandelt. Umgekehrt gilt auch: Wer am Ende des Lebens die Fortführung einer noch sinnvollen medizinisch indizierten kurativen Therapie wünscht, erhält diese auch.

Eine angemessene palliativmedizinische Behandlung und Betreuung ist in allen Fällen fundamentaler Grundsatz der Patientenversorgung am Universitätsklinikum.

Patientenverfügungen und Gespräche

Patientinnen und Patienten haben ein starkes Bedürfnis, am Ende ihres Lebens Kontrolle über ihr Leben zu behalten. Durch Patientenverfügungen, die ärztlichen und pflegerischen Gespräche mit Patientinnen und Patienten über ihre Wünsche, durch den differenzierten Einsatz der unterschiedlichen Formen erlaubter Sterbehilfe – bei Beachtung des Patientenwillens – können Patientinnen und Patienten im Universitätsklinikum Erlangen ihre letzte Lebensphase selbst mitgestalten.

Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen wird empfohlen, eine Patientenverfügung in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsverfügung zu erstellen, um Ärzten und Pflegenden die Sicherheit zu geben, welche Wünsche am Lebensende bestehen und wer sie im Falle der Einwilligungsunfähigkeit verbindlich vertreten soll. Patienten und Angehörige werden daher darum gebeten, bereits bei der Aufnahme auf eine Patientenverfügung oder ähnliche Dokumente ausdrücklich hinzuweisen.

Ganzheitliche Behandlung

Die klinisch Tätigen des Universitätsklinikums Erlangen begreifen den Wunsch nach einer Selbsttötung am Lebensende als Ausdruck einer großen Notlage und eines tiefen Hilfsbedürfnisses. Diese Notlage wird ernst genommen. Die Erfahrung im Klinikum spricht dafür, dass die beste und angemessene Hilfeleistung in diesen Fällen in einer aktiven und ganzheitlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten besteht. Die Beherrschung der Schmerzen und eine suffiziente Symptomkontrolle (Behandlung weiteerer, quälender Symptome wie zum Beispiel: Übelkeit, Schwindel, Durst und Angst) sowie die psychologische, soziale und spirituelle Begleitung steht dann im Vordergrund (ganzheitliches Konzept der Palliativmedizin). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Universitätsklinikums sind diesem Konzept verpflichtet.

Erlangen, den 12.02.2007

Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Rascher
Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees
des Universitätsklinikums Erlangen

/

Die Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees
des Universitätsklinikums Erlangen

Das Klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen

Das Klinische Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen hat Empfehlungen entwickelt, wie Ärztinnen und Ärzte mit Fragen der Therapiebegrenzung umgehen. Die folgenden Leitlinien stehen unter dem Oberbegriff *Erlanger Empfehlungen zur Patientenautonomie am Lebensende* zur Verfügung:

- Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen
- Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung

Das Klinische Ethikkomitee wurde 2002 am Universitätsklinikum Erlangen auf Initiative von Wissenschaftlern und des Klinikumsvorstands gegründet. Das Ethikkomitee stellt ein Forum für die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen im klinischen Alltag dar. So beschäftigen sich Arbeitsgruppen des Ethikkomitees beispielsweise mit Fragen der Aufklärung von Patientinnen und Patienten, der Palliativmedizin, der Sterbebegleitung, der Leitlinienentwicklung zum Themenkomplex Patientenautonomie am Lebensende sowie der Ethikberatung.

Im Rahmen der Ethikberatung haben Ärzte und Ärztinnen, Pflegende sowie Angehörige die Möglichkeit, gemeinsam schwierige Entscheidungen moderiert zu reflektieren. Als eine weitere Plattform zum geschützten Dialog dient die Implementierung so genannter Ethikzirkel an Orten mit hohem medizinethischen Konfliktpotenzial.

Zu den Aufgaben des Klinischen Ethikkomitees gehört darüber hinaus auch die Entwicklung von Leitlinien sowie die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf dem Gebiet der Medizinethik. Dies erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Professur für Ethik in der Medizin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg.

Das Klinische Ethikkomitees des Uniklinikums Erlangen zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Stellungnahme (alphabetisch):

- Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Rascher, Kinder- und Jugendklinik, Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees
- Hans Baumgartner, Kath. Seelsorge
- Pfarrer Johannes Eunicke, Evangelische Klinikseelsorge
- Prof. Dr. Maximilian Forschner, Lehrstuhl III für Philosophie
- Dr. Uwe Fahr, Geschäftsstelle des Klinischen Ethikkomitees
- Dr. Matthias Fenner, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgische Klinik
- Prof. Dr. Andreas Frewer, M.A., Komm. Leitung der Professur für Ethik in der Medizin
- Jürgen Härlein, Staatliche Berufsfachschule für Krankenpflege
- Gabriele Hehl, Kinder- und Jugendklinik
- Gudrun Hoffmann, Anästhesiologische Klinik
- Gaby Hottwagner, Neurochirurgische Klinik - Intensivstation
- Ludger Kosan, stellv. Pflegedirektor
- OA Dr. Martin Marsch, Anästhesiologische Klinik
- Maria Melchert, Medizinische Klinik 1
- Dr. Britta Meurer, Frauenklinik
- PD Dr. Claus Rödel, Strahlenklinik
- OA PD Dr. Ignaz Schneider, Chirurgische Klinik
- Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Schüttler, Anästhesiologische Klinik
- Dipl.-Psych. Hannelore Sinzinger, Strahlenklinik, Psychoonkologische Betreuung
- OA Dr. Reinhard Sittl, Anästhesiologische Klinik
- Prof. Dr. Hans G. Ulrich, Lehrstuhl für Systematische Theologie/Ethik
- OA PD Dr. Markus Wehler, Medizinische Klinik 1
- Prof. Dr. Renate Wittern-Sterzel, Lehrstuhl für Geschichte der Medizin, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin