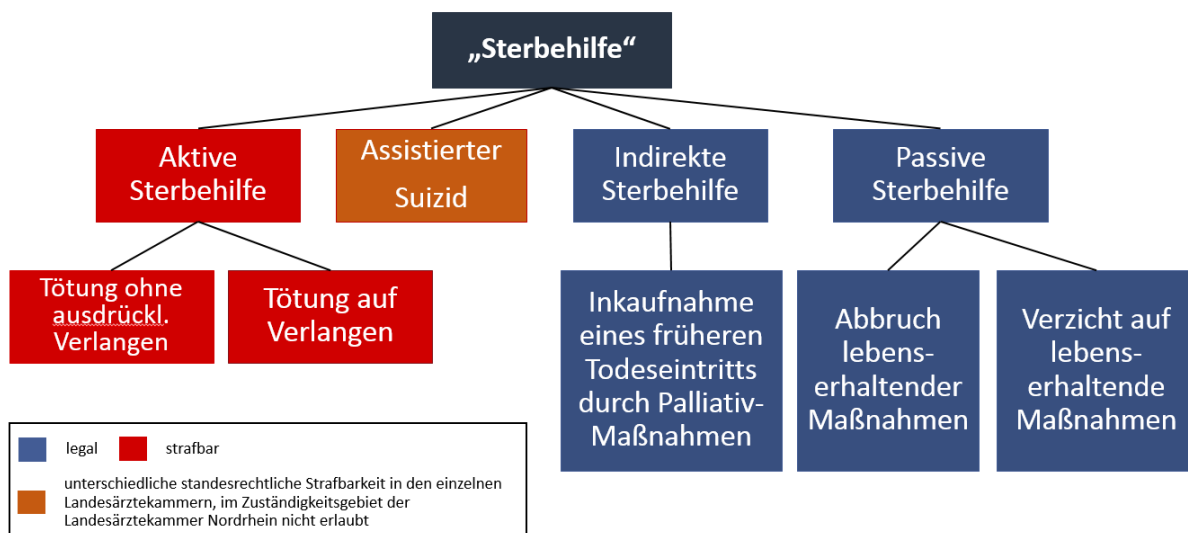


## Haltung der KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte zum ärztlich assistierten Suizid und zur Sterbehilfe

An den KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte sind viele Menschen mit schweren Erkrankungen in Behandlung. Und so werden Mitarbeiter immer wieder von Patienten und auch Angehörigen mit der Frage nach „Sterbehilfe“ oder nach Hilfe zur Selbsttötung konfrontiert. Das Aussprechen solcher Überlegungen stellt an sich schon einen Vertrauensbeweis dar. Gleichzeitig wird in ihm aber auch eine Not deutlich, in der kein Mensch alleine gelassen werden darf. Von daher ist es wichtig, derartige Anfragen sehr ernst zu nehmen und offen damit umzugehen. Wann immer möglich, sollen im Gespräch Motive und Hintergründe beleuchtet werden, die den Betroffenen die Beendigung des Lebens als einzig gangbaren Weg empfinden lassen. Erklärtes Ziel aller Bemühungen ist es, dem Verlangen von schwerkranken und leidenden Menschen nach Selbsttötung /Lebensbeendigung durch eine fachkundige und umfassend zugewandte Begleitung zu begegnen.

Zunächst ist es wichtig zu verstehen, was der Fragende genau meint: die Begriffe „aktive“ und „passive“ Sterbehilfe sind verwirrend und werden von Fachleuten so auch nicht mehr verwendet. Der deutsche Ethikrat hat folgende Wortwahl definiert:



Die **Tötung auf Verlangen** ist in Deutschland strafbar. Sie wird auch aus ethischen Gründen abgelehnt. Der assistierte Suizid ist nicht nach dem Strafgesetzbuch zu ahnden, da auch der Suizid(-versuch) keine Straftat darstellt. Unter Strafe gestellt werden soll nach den Beschlüssen des Bundestages vom 05.11.2015 die „auf Wiederholung ausgerichtete, geschäftsmäßig betriebene Assistenz zum Suizid“. Zur Frage, inwieweit der ärztlich assistierte Suizid im Widerspruch zum ärztlichen Ethos steht, gibt es in den siebzehn Landesärztekammern unterschiedliche Auslegungen/Formulierungen. Die Ärztekammer Nordrhein hat die Formulierung aus der Musterberufsordnung von 2011 wörtlich übernommen:



### § 16 Musterberufsordnung: Beistand für Sterbende

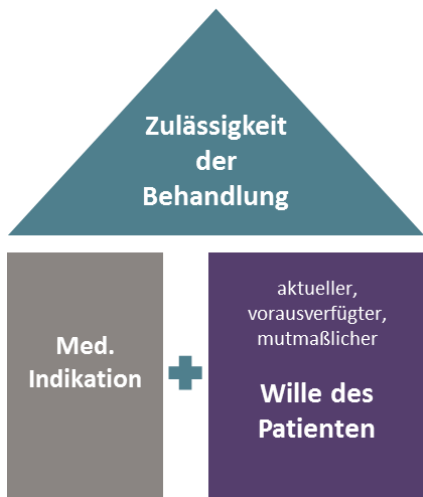
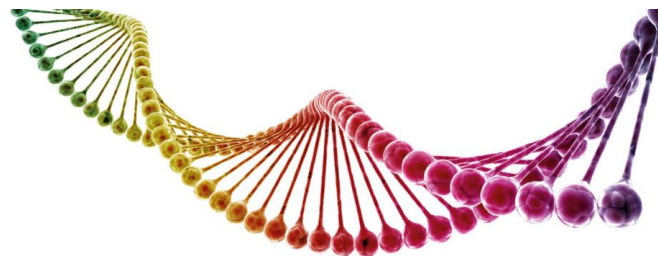
„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

"Die Berufsordnungen der Ärztekammern formulieren einheitlich und bundesweit, dass es die Aufgabe von Ärzten ist, "das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten."

„Ein ethisch tragfähiger Ansatz muss deswegen nach Wegen suchen, auf denen das Gebot des Lebensschutzes uneingeschränkt festgehalten wird, ohne dass die konkrete Situation des einzelnen leidenden Menschen zur Seite geschoben wird.“ (Heinrich Bedford-Strohm, 2014)

Jeder Mensch hat das Recht, sich gegen den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen bzw. für deren Beendigung auszusprechen. Dies kann entweder in Form einer situativen Willensbekundung (beim entscheidungsfähigen Patienten) oder einer prospektiven Willensbekundung (Patientenverfügung) geschehen. Gibt es beide nicht, ist der ermittelte mutmaßliche Wille dem schriftlich geäußertem gleichgewichtig. Besondere Bedeutung kommt hierbei den Inhabern einer Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht zu: Sie müssen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens mitwirken und diesem zum Ausdruck verhelfen. (§1901 BGB, sog. „Patientenverfügungsgesetz“ von 2009)

Die Möglichkeiten palliativer Maßnahmen zur bestmöglichen Leidenslinderung auch unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung werden hiervon nicht berührt, da die Intention hierbei nicht das Herbeiführen des Todes, sondern die Symptomkontrolle ist. Ist für eine medizinische Intervention / Behandlung keine ärztliche Indikation mehr gegeben, darf sie weder begonnen noch fortgesetzt werden.



## Bestimmung des Patientenwillens

1. Der **aktuell erklärte Wille** des einwilligungsfähigen Patienten, der umfassend aufgeklärt wurde (**informed consent**)

Wenn dies nicht gegeben, dann



2. Der von einem Volljährigen **vorausverfügte Wille**, der durch eine schriftlich abgefasste Patientenverfügung erklärt wurde und auf die konkrete Situation anwendbar ist

Wenn dies nicht gegeben, dann



3. Der **mutmaßliche Wille**, der aus früheren Äußerungen, allgemeinen Behandlungswünschen und den Wertvorstellungen de Patienten ermittelt wurde

Wenn dies nicht möglich war, dann



4. Entscheidung zum **Wohle des Patienten**, wobei der Lebensschutz großes Gewicht hat

Nach G. Borasio, 2009

Diese Maßnahmen sind bei entsprechender Indikation gute klinische Praxis im Sinne unserer Fürsorgepflicht. Auch neue Patientenverfügungen zu erstellen und zu besprechen gehört zu unserem täglichen Handeln.

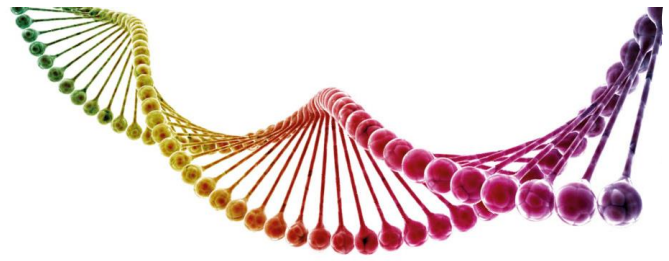
„Der Mensch sollte an der Hand eines anderen sterben, nicht durch dessen Hand.“ (Franz Kardinal König, 2004)

Der verstorbene Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, formulierte treffend:

„Es ist die Aufgabe der Stunde, über die Möglichkeiten der ärztlichen Sterbebegleitung zu informieren. Die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (siehe Hinweis unten) beschreiben den ärztlichen Beitrag zu einem Sterben in Würde und Selbstbestimmung. Ich empfehle sie alle Kolleginnen und Kollegen dringend zur Lektüre. Die Position der Ärzteschaft ist wohldurchdacht und human. Wir lehnen eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen, kategorisch ab. Unsere Aufgabe ist es, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen und ebenso – das kommt in der öffentlichen Debatte manchmal immer noch zu kurz – Leiden zu lindern und Angst zu nehmen. Die ärztliche Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten und gleichzeitig seine Fürsorgepflicht wahrnehmen.“

Es ist keineswegs so, wie es manchmal dargestellt wird, dass wir einer Lebensverlängerung um jeden Preis, die das Leiden eines sterbenskranken Menschen nur vergrößern würde, das Wort reden. In Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten dürfen Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Diese Änderung des Therapiezieles kann ärztlich geboten sein und ist keineswegs gleichzusetzen mit einem gezielten Behandlungsabbruch oder gar einer Tötung auf Verlangen.

Entscheidend ist: Die Patienten müssen jederzeit darauf vertrauen können, dass Ärztinnen und Ärzte konsequent für das Leben eintreten.“



Zusammenfassend empfinden wir einen Suizid, ob nun assistiert oder nicht, nicht als Fortführung der humanen Sterbebegleitung. Unserer Erfahrung nach ist es möglich und unser Ziel muss weiterhin sein, durch bestmögliche Begleitung und Behandlung den Suizid(-wunsch) überflüssig zu machen.

**Die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ sind im Internet verfügbar auf der Homepage der Bundesärztekammer [www.baek.de](http://www.baek.de) in der Rubrik „Medizin und Ethik, Sterbebegleitung“.**

Auf Anfrage werden sie kostenfrei versandt von der Pressestelle der Ärztekammer Nordrhein:

Tel.: (0211) 4302-1246

Fax: (0211) 4302-1244

E-Mail: [pressestelle@aeckno.de](mailto:pressestelle@aeckno.de).

**Das Klinische Ethikkomitee der KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte**

Rückfragen bitte an Susanne Stevens, Hubert Schöttes, Uwe Matysik, Marianne Kloke, Peter Reimer