

Sterbehilfe: juristische Grundlagen

Wolfgang Putz

Am Lebensende eines Patienten müssen häufig komplexe Entscheidungen getroffen werden: Weiterbehandeln? Sedieren? Beatmung einstellen? Besondere Bedeutung hat für die Palliativmedizin der Grundsatz, dass der Patient dem Arzt alles verbieten, ihm aber nichts vorschreiben kann. Lesen Sie hier, wie sich dieser Grundsatz in der Rechtsprechung zu Sterbehilfe widerspiegelt.

Niemand wollte sterben, der weiterleben konnte |

Bis 1980 war die Welt der Ärzte noch in Ordnung. Sie waren zur Lebenserhaltung verpflichtet und das war unproblematisch, weil niemand sterben wollte, der weiterleben konnte. Außer Selbst-„Mördern“ – aber die waren ja psychisch krank, also war auch ihr Sterben zu verhindern und ihr Leben zu erhalten. Schmerzen wurden bekämpft, so gut man nur irgend konnte, auch wenn der Tod durch das Schmerzmittel und nicht durch die Erkrankung eintrat. Diese Praxis bestätigte später der Bundesgerichtshof als legal [1, 2].

Tod hinauszögern | Diese heile Welt der Ärzte war seit den 70er Jahren mit der Entwicklung der Medizin etwas ins Wanken geraten. Nun war es nicht nur möglich, Menschen zu retten, gute Lebenszeit zu schenken oder gar zu heilen, sondern auch den Todeseintritt hinauszuschieben, wo er bisher noch unabwendbar war. Dies allerdings nicht selten auch um den hohen Preis von extremer Behandlung, nicht therapierbarer schwerer Leiden und schwersten bleibenden Gesundheitsschäden.

„Lebensende“ definieren | Nun musste man neu definieren, wer am Ende des Lebens angekommen war. Nach bisheriger Definition sprach man vom Sterbeprozess, wenn ein Patient unheilbar an einer zum Tode führenden Krankheit litt und der Todeszeitpunkt absehbar nahe war („irreversibel, infaust und todesnah“). Nur dann durfte man nach dem ärztlichen Konsens, wie er sich in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung bis 1998 niedergeschlagen hatte, auf lebenserhaltende Behandlung verzichten und das Sterben zulassen.

Lebensverlängerung durch PEG-Sonden | Anfangs unbemerkt kam in den 80er Jahren eine ebenso unspektakuläre wie primär preiswerte und zudem sehr effektive Möglichkeit der Lebensverlängerung auf: die PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie). Sie ermöglichte die beliebig lange effiziente Ernährung von Patienten bis zum unabwendbaren Tod durch Alter oder Krankheit. Jetzt gab es also plötzlich Patien-

ten, die zwar irreversibel und infaust krank waren, deren Sterben man jedoch im Prinzip bis zum Alterstod hinausschieben konnte. Durfte man auch hier auf Lebensverlängerung verzichten und ein Sterben zulassen?

Gerichtsurteile | Durfte man etwa Wachkomapatienten sterben lassen, indem man auf die künstliche Ernährung verzichtete? Diese neue Fragestellung beantwortete der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofs 1994 sinngemäß mit „Ja, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht“ [3]. 1998 formulierte die Bundesärztekammer dementsprechend die neuen „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“, wonach Lebenserhaltung nur innerhalb des Patientenwillens stattfinden darf, heute gültig in der Fassung vom 21.01.2011 [4].

Auch nicht todesnahe Patienten sterben lassen | Unbemerkt oder tunlichst unerwähnt bleibt in der Diskussion, dass längst vom Bundesverfassungsgericht entschieden worden war, dass man auch jenen Patienten wunschgemäß sterben lassen muss, der weder irreversibel und infaust krank noch todesnah ist. Wer ein Behandlungsverbot religiös begründet, darf von der Verfassung nicht anders gestellt sein als der Patient, der die Ablehnung mit seiner eigenen Wertewelt begründet.

Die Zeugen Jehovas lehnen lebensrettende Bluttransfusionen in allen Lebenslagen mit tödlicher Konsequenz ab, auch wenn sie danach Jahrzehnte gesund weiterleben könnten. Diese Entscheidungsfreiheit garantiert das Grundgesetz – so entschied das Bundesverfassungsgericht 2002 [5].

Leben ist keine Pflicht | Unser geltendes Verfassungsrecht lässt also gar nicht zu, dass der Wille, zu sterben und die ärztliche Behandlung abzulehnen, in seiner Reichweite eingeschränkt wird. Denn das Grundgesetz schützt unsere Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit (auch durch ärztliche Eingriffe) und unser Recht auf Leben, aber es begründet keine Pflicht zu leben!



Das Grundgesetz schützt unser Recht auf Leben, aber es begründet keine Pflicht zu leben.

Freiverantwortlicher Suizid | Für versierte Medizinrechtler war diese Entwicklung in der Rechtsprechung konsequent und logisch. Kannten sie doch dieselbe Dogmatik bei der Unterstützung des freiverantwortlichen Suizids. Denn auch hier erlaubt der Patientenwille des freiverantwortlich und wohlüberlegt handelnden Suizidenten schon immer

- ▶ den Suizid im Vorfeld zu unterstützen,
- ▶ den Suizid nicht zu verhindern und
- ▶ die Suizidenten nicht zu retten, wenn er die Entscheidungsfähigkeit verloren hat.

Verliert der Suizident seine Entscheidungsfähigkeit, bzw. wird er bewusstlos, geht die Tatherrschaft (die faktische Möglichkeit das Geschehen zu beeinflussen) auf den potenziellen Garanten über, z. B. auf einen Angehörigen, eine Pflegekraft oder einen Arzt. Diese Tatherrschaft zwingt zur Beachtung der Garantenstellung, die aber nach dem Prinzip des Medizinrechts und nach der Entwicklung der Rechtsprechung zur Patientenverfügung nicht zu einer absoluten Lebenserhaltungspflicht führt.

Vielmehr unterliegt die Pflicht des Garanten zur Lebenserhaltung der Voraussetzung, dass der Patient eine solche auch will. Es gibt also keine absolute Garantenstellung für das Leben, sondern nur eine absolute Garantenstellung für den Patientenwillen, der schließlich auch das ärztliche Handeln begrenzt.

Bundesärztekammer zieht nach | Die Bundesärztekammer hat diese Erkenntnis 1998 (also erst 4 Jahre nach der Bundesgerichtshofs-Entscheidung im Fall Kempton) in die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung übernommen [4]. Bis dahin hieß es dort, dass der Arzt zur Lebenserhaltung verpflichtet sei. Nun steht es im ersten Satz, dass der Arzt zur Lebenserhaltung innerhalb des Patientenwillens verpflichtet ist. Ohne dieses Umdenken, das von der Rechtspre-

chung den Ärzten auferlegt wurde, wäre die danach folgende Entwicklung der Palliativmedizin nicht denkbar gewesen.

Die geltende Strafrechtsslage

Sterbehilfe | Die Grenze zwischen rechtllichem und rechtswidrigem Handeln verläuft nicht zwischen aktivem und passivem Verhalten, dennoch ist weiterhin diese strikte Unterscheidung ein unerlässlicher Schritt für die komplexe strafrechtliche Bewertung. Die geltende Strafrechtsslage gibt klare Antworten zu den fünf Formen der Sterbehilfe. Ich benutze hier gezielt den zuweilen kritisierten Begriff „Sterbehilfe“ als Überbegriff wie den Begriff Geburtshilfe am Lebensanfang.

Sterbebegleitung | Grundsätzlich kann „Sterbehilfe“ beinhalten, dass man im Falle eines nicht manipulierbaren Sterbeprozesses den Patienten ärztlich oder pflegerisch begleitet, Seelsorge anbietet und Symptomkontrolle vornimmt. Dies wird treffend als „Sterbebegleitung“ beschrieben, wobei – von psychologischen Effekten abgesehen – weder eine Lebensverlängerung noch eine Lebensverkürzung herbeigeführt wird. Damit werden auch keine rechtlichen Probleme aufgeworfen.

Direkte aktive Sterbehilfe

Töten ist strafbar | Völlig unstrittig ist die Rechtslage bei aktiver Sterbehilfe. Das Töten des Patienten auf dessen Wunsch (§ 216 StGB: Tötung auf Verlangen) oder in Eigeninitiative (§§ 211, 212 StGB: Mord, Totschlag) ist als schwere Kriminalität strafbar.

Indirekt aktive Sterbehilfe

Nicht strafbar, wenn medizinisch indiziert | Eine palliative Behandlung, die das Leben verkürzt, wird als indirekt aktive Sterbehilfe bezeichnet. Solche Behandlungen dürfen und müssen durchgeführt werden, wenn sie medizinisch indiziert und vom Patienten erwünscht sind, auch wenn dadurch unausweichlich das Leben des Patienten verkürzt wird.

Bewahren vor Erstickungstod | Beispiele aus der Praxis sind etwa das Ersticken bei Bluthusten bei durchbrechendem Lungenkrebs oder der Erstickungstod bei Lungenfibrose. Hier ist grundsätzlich die Palliation geboten, um dem Patienten diesen grauenhaftesten aller denkbaren Sterbeprozesse zu ersparen, also etwa eine Medikation in einer hohen Dosis, um das Bewusstsein und Schmerzempfinden sicher vollkommen auszuschließen. Die dadurch unter Umständen eintretende oder sogar zwingend sich ergebende kurzfristige Lebensverkürzung ist nicht strafbar [1, 2].

Hierher gehört auch die Sedierung des Patienten zur Ausschaltung der Wahrnehmung der Krankheitssymptome. Dies gilt, selbst wenn der Tod schneller eintritt als er durch die Grunderkrankung eingetreten wäre. Hier wäre eine PEG-Ernährung während der terminalen Sedierung sogar eine rechtswidrige Verlängerung des Sterbeprozesses.

Suizidbeihilfe

Hinderungs- und Rettungspflicht | Das neue Gesetz zur Regelung der **geschäftsmäßigen** Suizidbeihilfe basiert auf den unverändert bestehenden grundsätzlichen Voraussetzungen der Rechtmäßigkeit von Suizidbeihilfe: Eine Hinderungs- oder Rettungspflicht bei einem Suizid besteht, wenn die Freiverantwortlichkeit des Suizidenten bei Auffindung nicht geklärt werden kann. Nach psychiatrischer Erkenntnis ist von der ganz überwiegenden Wahrscheinlichkeit einer Störung der Willensbildung durch Krankheit auszugehen. Daraus ergibt sich die Rettungspflicht von Suizidenten. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass wenn im Ausnahmefall die sichere Kenntnis der Freiverantwortlichkeit und Wohlerwogenheit besteht, eine Beihilfe erlaubt sowie Hinderung oder Rettung verboten sind.

Die Beihilfe zum Suizid eines freiverantwortlich und wohlerwogen handelnden Suizidenten war seit jeher in Deutschland keine Straftat! Das gilt mit dem neuen § 217 StGB, dem sogenannten Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe jedoch nicht mehr uneingeschränkt.

Situation des Suizidenten | „Freiverantwortlich“ bedeutet, dass der Entschluss, sich das Leben zu nehmen, nicht durch eine psychische oder neurologische Störung mit Krankheitswert entspringt. „Wohlerwogen oder wohlüberlegt“ bedeutet, dass der Suizident seine medizinische Situation sowie alle Möglichkeiten der Medizin, insbesondere der Palliativmedizin, und gesellschaftliche Angebote kennt und ohne Zeitdruck abgewogen hat.

Legale Suizidhilfe | Daraus ergibt sich bereits, dass nichts unlogischer ist als die, in der politischen Debatte zum Suizidhilfegesetz fast unisono aufgestellten Argumentation, man müsse der legalen Suizidhilfe die Alternative der Palliativmedizin entgegensetzen. Dort wo Palliativmedizin ein Angebot hat und der Patient dieses Angebot annimmt, wäre Suizidhilfe illegal. Bietet allerdings die Palliativmedizin für die Situation des Suizidenten keine Option oder will dieser Suizident davon keinen Gebrauch machen, wird Suizidhilfe rechtlich zulässig und moralisch integer – und Palliativmedizin ist dafür eben keine Alternative.

Definition Suizidbeihilfe | Die Beihilfe zum Suizid geschieht rechtlich gesehen in drei Schritten:

1. Die eigentliche Beihilfe, z.B. das Beschaffen eines tödlich wirkenden Medikaments.
2. Das Nichthindern des Suizidenten, sich dieses Mittel einzuverleiben.
3. Das Nichttreten des Suizidenten, der die Tatherrschaft durch Bewusstlosigkeit verloren hat.

Beihilfe vs. Nichthindern | Im Bereich einiger Landesärztekammern Deutschlands verbietet der jeweilige § 16 der Landesberufsordnung standesrechtlich die Beihilfe zum Suizid. Ein Verstoß kann nur **standesrechtliche** Folgen bis zum Approbationsverlust bewirken, niemals eine **strafrechtliche** Sanktion. Dieses rein standesrechtliche Verbot kann zum Beispiel die Beschaffung eines tödlichen Gifts betreffen. Das Standesrecht kann jedoch den Arzt niemals zwingen, einen freiverantwortlichen, und wohlüberlegt handelnden Suizidenten daran zu hindern, sich das Mittel einzuverleiben. Damit würde sich der Arzt der strafbaren Nötigung schuldig machen.

Selbstverständlich kann das Standesrecht den Arzt nicht verpflichten, sich in dieser Weise rechtswidrig zu verhalten. Und kein staatliches Gesetz kann je dem Arzt diesen Schritt der humanen Begleitung verbieten!

Nichttreten | Schließlich gilt dies auch für den dritten Schritt der Suizidbeihilfe, das Nichttreten. Würde man nun einen bewusstlosen Patienten retten, der sich freiverantwortlich und wohlüberlegt bereits das tödliche Gift einverleibt hat, was nur über eine medizinische Behandlung möglich ist, so würde man ihn zwangsbehandeln. Dies ist für jedermann eine strafbare Körperverletzung. Weder Straf- noch Standesrecht kann den Arzt zu diesem rechtswidrigen Verhalten zwingen.

Suizid vs. Tötung | Tatbestandsvoraussetzung für einen Suizid ist, dass der Suizident sich selbst aktiv tötet. Rechtlich ist entscheidend, dass die letzte Handlung in der Kausalkette zwingend vom Suizidenten selbst auszuführen ist, damit es eine Selbsttötung und keine Fremdtötung ist. Eine andere Person darf alle Vorbereitungen treffen, sie leistet damit Beihilfe. Die Grenze ist – wie alle Grenzen – juristisch erforderlich, messerscharf und klar. Ethisch erfolgt völlig legitim „grenznahe Kritik“ aus beiden Richtungen!

Beendigung der Dialyse oder der Beatmung | Bei Dialyse- oder bei Beatmungspatienten besteht die Möglichkeit, dass diese freiverantwortlich die weitere Behandlung verweigern. Hier ist die Rechtslage klar: Der Patient stimmt einer lebensverlängernden ärztlichen Behandlung nicht weiter zu, es handelt sich beim freiverantwortlich und wohlüberlegt handelnden Patienten um eine

zu respektierende Vorgabe. Der Arzt muss in diesem Fall die Beatmung abschalten. Das ist weder Tötung noch Suizidbeihilfe. Die Weiterbehandlung wäre eine Körperverletzung.

Einen freiverantwortlichen und wohlüberlegt handelnden Suizidenten darf man am Suizid nicht hindern und darf ihn nicht retten. Allerdings darf man ihm beim Suizid helfen, ist dazu aber nicht verpflichtet. Dies gilt sowohl für Ärzte als auch für jedermann. Das Standesrecht kann den Arzt nicht zu einer strafrechtswidrigen Handlung zwingen (Hindern oder Retten bei Freiverantwortlichkeit).

Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe | Das neue Gesetz zum Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe, § 217 StGB, das am 10.12.2015 in Kraft getreten ist, ändert an den grundsätzlichen und oben dargestellten rechtlichen Voraussetzungen für die Straffreiheit in jedem Fall erst einmal nichts. Wenn aber jemand die Suizidbeihilfe wiederholt ausübt (oder plant auszuüben), handelt er „geschäftsmäßig“ und damit rechtswidrig. Das gilt auch für kostenfreie Hilfen, denn „geschäftsmäßig“ heißt nicht „gewerbsmäßig“. Ausgenommen von der Strafbarkeit nach dem neuen Gesetz sind Angehörige oder nahe stehende Personen, wenn sie nicht geschäftsmäßig handeln.

Problematik des Verbots | Das Problem ist, dass Angehörige in der Regel weder qualifiziert sind noch über die Möglichkeit der humanen Beihilfe mit geeigneten Mitteln verfügen. Hingegen ist Ärzten, die die Qualifikation zur Feststellung der Freiverantwortlichkeit haben und Wohlerwogenheit durch medizinische Angebote gewährleisten könnten, durch das neue Gesetz weitgehend eine Beihilfe zum Suizid verboten. Dringend ist im Einzelfall die Einholung von Rechtsrat geboten! Die Rechtsprechung wird noch klären müssen, ob z. B. das sogenannte Sterbefasten, der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zum Zwecke der Lebensbeendigung, vom Begriff des Suizids umschlossen wird.

Sterbefasten

Begleitung ist rechtmäßig | Beim so genannten Sterbefasten (auch „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – FVNF“) stellt der Patient selbst das Essen und Trinken ein, ohne dass Alter oder Krankheit das Verlangen nach Essen und Trinken reduziert oder aufgehoben hätten. Die Patienten wählen diesen Weg zuweilen als Alternative zu einer Selbsttötung im engeren Sinn. Unabhängig von Gesundheitszustand muss dieser Verzicht bei einem freiverantwortlichen und wohlerwogenen Patienten respektiert werden, unabhängig vom Gesundheitszustand. Ob man das als Suizid qualifiziert oder nicht, ändert

nichts an der Rechtmäßigkeit einer Begleitung im Einzelfall. Was aber gilt seit dem neuen Suizidhilfegesetz, wenn dies von Einzelpersonen oder Organisationen professionell, qualifiziert und unter ärztlicher Begleitung angeboten wird? Hier kann nur zu Vorsicht gemahnt werden.

Sterben zulassen: Verzicht auf künstliche Lebensverlängerung

Verzicht ist rechtmäßig | Sterbehilfe kann auch darin bestehen, auf eine medizinisch mögliche künstliche Lebensverlängerung (in der Regel durch künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr oder Beatmung) von Anfang an oder nach einiger Zeit zu verzichten.

Rechtlich und ethisch macht es keinen Unterschied, ob man mit einer künstlichen Lebensverlängerung nicht beginnt oder sie nach einiger Zeit der Durchführung beendet.

Das Problem in der Praxis ist allerdings, dass emotional völlig unterschiedliche Reaktionen erfolgen, je nachdem, ob die künstliche Lebensverlängerung nicht begonnen oder nach einer Zeit beendet werden soll. Doch dies sind gut nachvollziehbare seelische Empfindungen, niemals aber rechtliche oder ethische Unterscheidungskriterien. Verzichtet ein Arzt nach Indikation bzw. nach dem Patientenwillen auf eine künstliche Lebensverlängerung, so handelt es sich um ein gebotenes rechtmäßiges Handeln. In diesem Fall wäre der Beginn oder Fortsetzung einer solchen Lebensverlängerung rechtswidrig und strafbar.

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Grundsatzentscheidung (Putz-Urteil, 25.06.2010 [2]), festgestellt, dass es keinen Unterschied macht, ob die künstliche Lebensverlängerung durch Unterlassen (z. B. keine Befüllung der PEG-Sonde) oder durch aktives Tun (z. B. Abschalten der Beatmung) beendet wird.

Rechtssicherheit | Damit ist den Ärzten endlich die Angst genommen worden, die Beendigung einer künstlichen Lebensverlängerung durch Abschalten einer Maschine könnte als verbotene aktive Sterbehilfe (Tötung oder Tötung auf Verlangen) strafbar sein.

Suizidbeihilfe und Standesrecht

Definition Standesrecht | Das Standesrecht setzt sich zusammen aus den Grundsätzen der Bundesärztekammer und den für Ärzte verbindlichen Vorgaben der jeweiligen Landesberufsordnung (LBO). Die Musterberufsordnung (MBO) ist nur ein unverbindliches Muster der Bundesärzte-

kammer, die als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern kein Satzungsrecht hat.

Kein Beihilfe-Verbot durch Bundesärztekammer |

In den derzeit gültigen Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 21.01.2011 [4] heißt es: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ Das bedeutet die gleiche Rechtslage wie z. B. bei der Abtreibung, wo der Staat die qualifiziert-professionelle Vornahme der Abtreibung nur Ärzten erlaubt: Der Arzt darf, aber er muss nicht.

Landesärztekammern uneinig | Hingegen reichen die Regelungen in den Landesberufsordnungen vom Fehlen jeglicher Verbote über „Soll-Vorschriften“ bis zum totalen Verbot. In der Praxis verpuffen die Verbote für die nach Strafgesetzbuch erlaubten Formen der Sterbehilfe wirkungslos, weil keine Landesärztekammer eigene Ermittlungen tätigen kann. Die Staatsanwaltschaft ist kein Hilfsorgan oder Informant der Landesärztekammer und wird daher man-

gels strafrechtlicher Relevanz bei einer legalen Suizidassistenz kein Strafverfahren einleiten.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Wenn ein Arzt sich über den Patientenwillen zur Lebensverlängerung oder Lebenserhaltung hinwegsetzt, kann er eine Straftat begehen.
- ▶ Sterben-Zulassen unter palliativer Therapie und Pflege wird zur Rechtspflicht, wenn dies dem Patientenwillen entspricht.
- ▶ Der aktuell geäußerte Patientenwille bindet den Arzt ebenso wie mündliche oder schriftliche Patientenverfügungen oder der mutmaßliche Wille des Patienten.
- ▶ Die Beihilfe des Arztes zum Suizid eines freiverantwortlichen und wohlervogen handelnden Patienten ist nach dem neuen Gesetz zum Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe nur noch in engsten Grenzen möglich und sollte nur nach rechtlicher Beratung erfolgen.



Wolfgang Putz

ist Rechtsanwalt für Medizinrecht in der Putz-Sessel-Steldinger-Kanzlei für Medizinrecht in München und Lehrbeauftragter für Recht und Ethik an der Ludwig-Maximilians-Universität
kanzlei@putz-medizinrecht.de

Literatur

- 1 Bundesgerichtshof. Beschleunigung des Todeseintritts durch Einsatz schmerzlindernder Mittel, 15.11.1996 – 3 StR 79/96. Neue Juristische Wochenschrift 1997: 807
- 2 Bundesgerichtshof. Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf Grundlage des Patientenwillens, 25.06.2010 – 2 StR 454/09. Neue Juristische Wochenschrift 2010: 2963
- 3 Bundesgerichtshof. Zulässigkeit des Abbruchs einer ärztlichen Behandlung bei mutmaßlichem Einverständnis, 13.09.1994 – 1 StR 357/94. Neue Juristische Wochenschrift 1995: 204
- 4 Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 2011; 108: A346–A348
- 5 Bundesverfassungsgericht. Betreuerbestellung für Blutübertragung, 02.08.2001 – 1 BvR 618/93. Neue Juristische Wochenschrift 2002: 206

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

DOI 10.1055/s-0041-108083
Dtsch Med Wochenschr
2016; 141: 389–393
© Georg Thieme Verlag KG ·
Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472