

Professor Dr. iur. Dr. h. c. Albin Eser, M.C.J.
Universität Freiburg im Breisgau
Direktor des Max-Planck-Instituts
für ausländisches und internationales Strafrecht
Günterstalstraße 73
D-7800 Freiburg im Breisgau

Dr. iur. Hans-Georg Koch
Referent für Medizinrecht am Max-Planck-Institut
für ausländisches und internationales Strafrecht
Günterstalstraße 73
D-7800 Freiburg im Breisgau

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

**Materialien zur Sterbehilfe: eine internationale
Dokumentation** / Hrsg. von Albin Eser ; Hans-Georg Koch. -
Freiburg i. Br. : Max-Planck-Inst. für Ausländisches und
Internationales Strafrecht, 1991
(Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut
für Ausländisches und Internationales Strafrecht
Freiburg i. Br. ; Bd. S 25)
ISBN 3-922498-72-8

NE: Eser, Albin [Hrsg.]; Max-Planck-Institut für Ausländisches
und Internationales Strafrecht <Freiburg, Breisgau >;
Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut für
Ausländisches und Internationales Strafrecht

© 1991 Eigenverlag Max-Planck-Institut
für ausländisches und internationales Strafrecht,
Günterstalstraße 73, D-7800 Freiburg i. Br.

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany/Imprimé en Allemagne

Gesamtherstellung: C. F. Dreyspring GmbH, 7630 Lahr

ISBN 3-922498-72-8

37.1

oft der Hilfe, etwa durch Vorbereitung und nachgehende Trauerarbeit. Eine Überforderung der Familie muß vermieden werden.

Hier hätte, offene Hilfe z.B. bei der Betreuung der Sterbenden in der Familie durch Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfe usw. eine wesentliche Aufgabe. Über die Familie hinaus muß mehr allgemeines soziales Engagement gefordert werden, das aber gelernt sein muß. Besonders die Witwe, die rein quantitativ und auch qualitativ hier die bedeutendste Gruppe ist, bedarf einer Hilfe zur Selbsthilfe, z.B. durch offene Alteninstitutionen, Jugendinstitutionen usw.

3.6 Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR): Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen - "Einbecker Empfehlung" vom 29.6.1986⁴⁹

I.

1. Das menschliche Leben ist ein Wert höchsten Ranges innerhalb unserer Rechts- und Sittenordnung. Sein Schutz ist staatliche Pflicht (Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz), seine Erhaltung vorrangige ärztliche Aufgabe.
2. Eine Abstufung des Schutzes des Lebens nach der sozialen Wertigkeit, der Nützlichkeit, dem körperlichen Zustand oder der geistigen Verfassung verstößt gegen Sittengesetz und Verfassung.

II.

Tod ist nach der übereinstimmenden medizinischen und rechtlichen Auffassung als irreversibler Funktionsausfall des Gehirns (Hirntod) zu definieren. Eine Pflicht zur Behandlung endet mit der Feststellung des Todes des Neugeborenen.

III.

Die gezielte Verkürzung des Lebens eines Neugeborenen durch aktive Eingriffe verstößt gegen die Rechts- und die ärztliche Berufsordnung.

IV.

1. Der Arzt ist verpflichtet, das Beste, das Wirksamste zu tun, um das Leben zu erhalten und bestehende Schädigungen zu mildern oder zu beheben.
2. Die ärztliche Behandlungspflicht wird nicht allein durch die Möglichkeiten der Medizin bestimmt. Sie ist ebenso an human-ethischen Beurteilungskriterien und am Heilaufrag des Arztes auszurichten.
3. Es gibt daher Fälle, in denen der Arzt die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten insbesondere
 - zur Herstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und/oder
 - der massiven operativen Intervention
 nicht ausschöpfen muß.

V.

⁴⁹ Quelle: *Hiersche/Hirsch/Graf-Baumann* (Hrsg.), *Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen*, Berlin 1987, S. 183 ff.

Diese Voraussetzungen sind zu bejahen, wenn nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erfahrungen

1. das Leben dadurch nicht auf Dauer erhalten werden kann, sondern nur der sichere Tod hinausgezögert wird, z.B. bei schwerem Dysraphie-Syndrom, inoperablem Herzfehler;
2. es trotz der Behandlung ausgeschlossen ist, daß das Neugeborene jemals die Fähigkeit zur Kommunikation mit der Umgebung erlangt, z.B. schwere Mikrozephalie, schwerste Hirnschädigungen;
3. die Vitalfunktionen des Neugeborenen auf Dauer nur durch intensivmedizinische Maßnahmen aufrechterhalten werden können, z.B. bei Ventilationsstörungen ohne Heilungsaussicht, Nierenfunktionsstörungen ohne Heilungsaussicht.

VI.

1. Für den Arzt besteht ein Beurteilungsrahmen, wenn eine Behandlung dem Neugeborenen nur ein Leben mit schwersten, nicht behebbaren Schäden ermöglichen würde, z.B. bei schwersten Hirnschädigungen, bei denen die Behandlungspflicht nicht schon nach V. entfällt, Potter-Syndrom, bei dem die Behandlungspflicht nicht schon nach V. entfällt.

Bei seiner Entscheidung über die Aufnahme oder Einstellung der Behandlung sollte sich der Arzt an der Behandlungspflicht bei Erwachsenen mit vergleichbaren Ausfallerscheinungen orientieren.

2. Das gleiche gilt bei multiplen Schäden, die in ihrer Summierung ebenso schwer wiegen, wie die unter 1. fallenden Einzelschäden.

Eine abschließende Aufzählung aller denkbaren Fallgestaltungen und ihrer rechtlichen Bewertung ist nicht möglich.

3. Das Erfordernis der Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten bleibt unberührt.

VII.

Der Umstand, daß dem Neugeborenen ein Leben mit Behinderungen bevorsteht, die diesen Schweregraden nicht entsprechen, z.B. caudale Dysplasie, Mongolismus, rechtfertigt nicht, lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen oder abzubauen.

VIII.

1. Auch wenn eine Verpflichtung zu lebenserhaltenden Maßnahmen nicht besteht, muß der Arzt die Basisversorgung des Neugeborenen aufrechterhalten.
2. Interventionen zur Minderung der Schäden müssen durchgeführt werden, wenn sie in angemessenem Verhältnis zu der zu erwartenden Leidensminderung stehen.

IX.

1. Die Eltern/Sorgeberechtigten sind über das Leiden und die Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Sie sollen darüberhinaus durch Beratung und Information in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden.

Jeder Arzt ist danach verpflichtet, dem sterbenden Patienten durch menschliche Zuwendung zu helfen und seine Schmerzen und sein Leiden mit geeigneten Mitteln zu lindern.

Berufsethisch zulässige Sterbehilfe schließt das Recht des Arztes ein, auf medizinisch und technisch mögliche Maßnahmen der Lebensverlängerung oder Wiederbelebung bei Sterbenden zu verzichten und damit einen sicher bevorstehenden Tod nicht hinauszuzögern.

Voraussetzung ist hierbei jedoch, daß der Arzt seine Entscheidung nach gewissenhafter Abwägung aller Umstände trifft und daß diese Entscheidung zugleich dem erklärten oder aus der Gesamtheit der Umstände zu entnehmenden Willen des Kranken entspricht.

Eingriffe zur Lebensbeendigung und Beihilfe zur Selbsttötung sind berufsethisch auch dann abzulehnen, wenn sie der Kranke verlangt.

Eine gesetzlich geregelte Totungsberechtigung selbstevidente Konsequenzen haben. Die "Verfügbarkeit" auf Verlangen könnte unter bestimmten gesellschaftlichen Verpflichtung zum Sterben - Hilfe - umschlagen.

Unabhängig von der Ablehnung der aktiven Sterbehilfe beim Sterben zu leisten. Diese Hilfe bei der Übung der ärztlichen Verantwortung im Umgang bereits in der Ausbildung der Studenten Ra

4. Reformvorschläge/Gesetzentwürfe
4.1 Alternativentwurf eines Gesetzes über

 214. Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen abbricht oder unterlassen wird oder

1. der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich
2. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis verloren hat oder im Falle eines schwerstgeschädigten Neugeborenen niemals erlangt wird oder
3. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis sonst zu einer Erklärung über Aufnahme oder Fortführung der Behandlung dauernd außerstande ist und aufgrund verläßlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, daß er im Hinblick auf

52 J. Baumann u.a., Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe), Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter, Stuttgart 1986, S. 11 f.

2. Die Rechte und Pflichten der Eltern/Sorgeberechtigten, in ärztliche Maßnahmen einzuwilligen, richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Dies bedeutet: Verweigern die Eltern/Sorgeberechtigten die Einwilligung in ärztlich gebotene Maßnahmen oder können sie sich nicht einigen, so ist die Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen. Ist dies nicht möglich, darf der Arzt eine medizinisch dringend indizierte Behandlung (Notmaßnahmen) durchführen.

X.

Die erhobenen Befunde, die ergriffenen Maßnahmen sowie die Gründe für den Verzicht auf eine lebenserhaltende Behandlung sind in beweiskräftiger Form zu dokumentieren.

3.7 Entschließung des 84. Deutschen arzttages 1981: Humanes Sterben⁵⁰

"Mit aller Entschiedenheit wendet sich der 84. Deutsche arzttag gegen die von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben geforderte gesetzliche Zulassung eines sog. Gnadenodes. Nach Auffassung des Deutschen arzttages kann kein Arzt dazu verpflichtet werden, einem Menschen den Wunsch auf Gnadentod zu erfüllen. Eine solche Forderung würde des Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zerstören. Die Beteiligung am Gnadentod bedeutet für den betroffenen Arzt die aktive Teilnahme bei der Hilfe zum Sterben, also die aktive Tötung eines Menschen. Dies kann und darf nicht zu einer ärztlichen Aufgabe erklärt werden.

Unberührt bleibt die Aufgabe des Arztes, Hilfe beim Sterben zu leisten. Nach Meinung des Deutschen arzttages gehört es zu den selbstverständlichen ärztlichen Aufgaben, dafür zu sorgen, daß Menschen in Würde sterben können. Zustände wie Abschiebung von Sterbenden in Abstellräume oder Baderäume sind mit dieser Forderung unvereinbar und werden vom Deutschen arzttag entschieden verurteilt. Er wendet sich ebenfalls gegen unsinnig lebensverlängernde Maßnahmen um jeden Preis. Der Deutsche arzttag warnt aber davor, jede intensivtherapeutische Maßnahme - insbesondere Reanimationsversuche - pauschal als unwürdige Handlung an Sterbenden zu definieren und so die Öffentlichkeit zu verunsichern."

3.8 Entschließung des 87. Deutschen arzttages 1984: Sterbehilfe durch den Arzt⁵¹

Angesichts erneuter öffentlicher Diskussionen um die ärztliche Sterbehilfe weist der 87. Deutsche arzttag auf die vom Vorstand der Bundesarztekommission bereits Anfang 1979 beschlossenen Richtlinien für die Sterbehilfe.

50 DABl. 78 (1981), 1188.

51 DABl. 81 (1984), 1764.