

WÜRDEVOLLER UMGANG MIT STERBENDEN MENSCHEN IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN - RECHTLICHE ASPEKTE UND EMPFEHLUNGEN

18. Fachtagung „Leben und Sterben“
des Hessischen Sozialministeriums

15.11.2017

Melanie Steuer

Abteilung für strafrechtliches
Medizin- und Biorecht, Georg-
August-Universität Göttingen

Überblick



- I. Ausgangssituation - Anspruch versus Wirklichkeit
- II. Tangierter Personenkreis
- III. Ausgewählte rechtliche Fragen und Rahmenbedingungen bei der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende
- IV. Ausblick/ Empfehlungen

Zunehmende Herausforderungen in stationären Pflegeheimen

Ort des Sterbens

Alte Menschen ziehen immer später ins Heim

Hohe Erwartungen an Medizin und Pflege

Zunehmende Pflegebedürftigkeit

Sterbebegleitung/Bedarf an Palliativ Care steigt

Demenz
(60-80% der Bewohner)

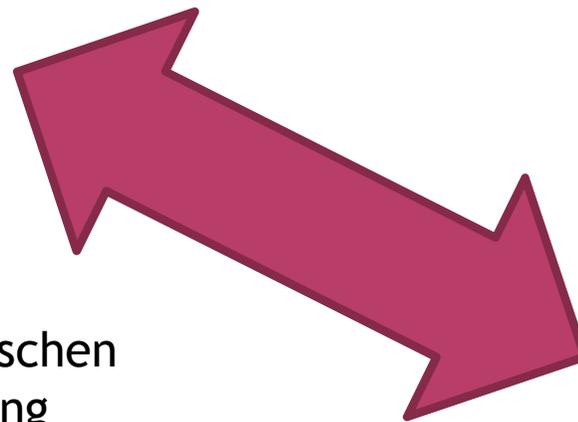
Alleinlebende ohne aktives soziales Netzwerk



„Lasst mich sterben“



Selbstbestimmung



Der schmale Grat zwischen
Fürsorge und Zwang

Fürsorge

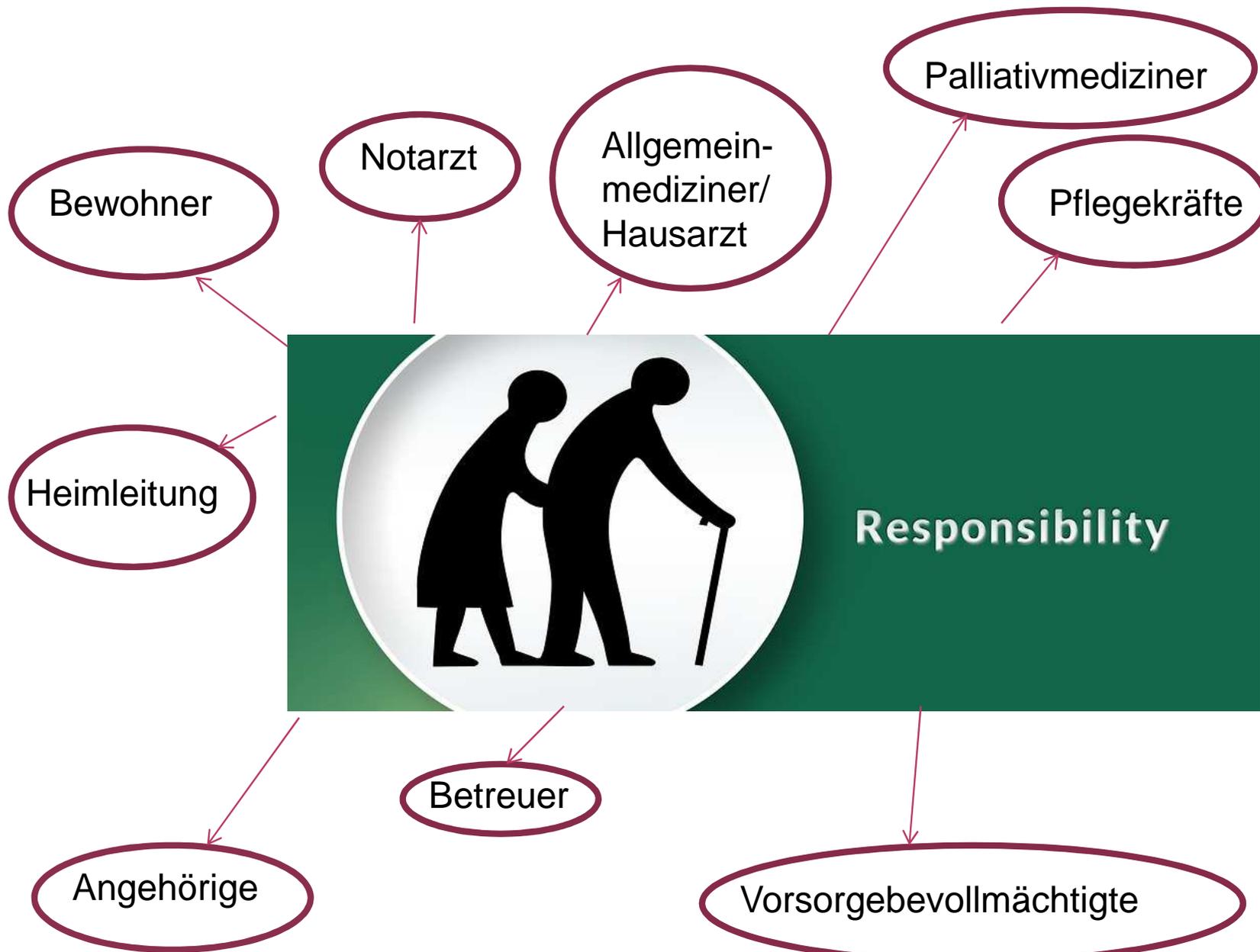


Patientenautonomie

BGHSt 11, 111 ff. (1957)

„Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte“

„Zwar ist es das vornehmste Recht und die wesentliche Pflicht des Arztes, den kranken Menschen nach Möglichkeit zu heilen. Dieses Recht und diese Pflicht finden aber in dem freien Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper ihre Grenze ...“



Ethische Konfliktfelder

Ärzte

Pflegekräfte

- Achtung des Selbstbestimmungsrechtes und Wahrung der Persönlichkeit bei zunehmender Abhängigkeit oder Selbstgefährdung
- Entscheidungsunfähigkeit bei fehlender Kenntnis des Patientenwillens
- Verunsicherung über den Sinn möglicher Behandlungen und widersprüchliche Therapiewünsche
- Individuelle Anpassung von Maßnahmen und Therapien
- Kommunikationsprobleme/ Konflikte
- **Allgemeine Rechtsunsicherheit vor allem in Fragen der Therapiebegrenzung am Lebensende**

Die aktuelle Gesetzeslage - eine Farce?

§ 1901a BGB

[...]

(5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen bei der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende

(Auszug)

Hospiz- und Palliativgesetz

Sterbehilfe

Rechtliche Möglichkeiten der Vorsorge

Ärztliche Verordnungen

Schweigepflicht

Delegation

Dokumentationspflicht

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (Hospiz- und Palliativgesetz)



Ziele:

- bessere flächendeckende Versorgung schwerstkranker Menschen
- sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben auch in ihrer letzten Lebensphase zu ermöglichen

Überblick der wesentlichen Regelungen:

- Palliativversorgung wird ausdrücklicher **Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**
- **zusätzlich vergütete Leistungen** im vertragsärztlichen Bereich – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Haus- und Fachärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit
- Stärkung der Palliativversorgung in der häuslichen Krankenpflege
- Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in ländlichen Regionen
- verbesserte finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenenheime
- steigender Zuschuss der GKV soll Hospizen mehr finanziellen Spielraum ermöglichen (z.B. Trauerbegleitung)

- Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung (Kooperationsverträge zw. Pflegeheimen und Haus- oder Fachärzten; Pflegeheim zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet)

- Pflegeheime können eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten (Finanzierung durch Krankenkasse)

- Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die GKV bei der Auswahl- und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung

Balanceakt in der Palliativmedizin – Die Regelung des § 217 StGB

§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Palliativmediziner

Allgemeinmediziner/
Hausarzt

Pflegekräfte

Suizidbeihilfe



Palliativversorgung

Palliativversorgung = aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung

Hauptziel ist die Verbesserung der Lebensqualität (Linderung von körperlichem oder seelischem Leid)

Dilemma: Arzt wird vom Patienten gebeten, ihm beim Suizid zu unterstützen

PROBLEM:

Sorge/Unsicherheit bei Palliativmedizinern, inwieweit ihre Tätigkeit von dieser Regelung beeinflusst wird

z.B. durch Verordnung hochdosierter Opiode

Eine medizinisch indizierte, mit Einwilligung des Patienten durch den Arzt herbeigeführte palliative Sedierung ist grds. anders zu bewerten als die Verschaffung einer sofort tödlich wirkenden Medikamentendosis zur eigenständigen Einnahme durch den Patienten.

Fallbeispiel 1:*

- Behandelnde Arzt verschreibt dem Patienten auf BtM-Rezept eine nicht ganz niedrige Opioiddosis als Vorrat für 30 Tage, und zwar sowohl als Dauer- wie Bedarfsmedikation
- Patient hat in der Vergangenheit einen -allerdings allgemein gehaltenen- Suizidwunsch geäußert
- Würde er alle Tabletten auf einmal nehmen, könnte er sich damit voraussichtlich töten

Bewertung:

- Vorgehensweise unproblematisch
- Arzt hat keine Absicht, einen Suizid zu fördern
- erst recht ist nicht erkennbar, dass Arzt beabsichtigt, wiederholt Selbsttötungen zu fördern
- Verweigerung der Schmerztherapie oder überwachte Einnahme unangemessene Maßnahme

Fallbeispiel 2 :*

- Patientin mit fortgeschrittener, zum Tode führender Erkrankung verzichtet auf Essen und Trinken und wird auf eine Palliativstation übernommen, um mögliche Komplikationen zu behandeln oder Symptome (Mundtrockenheit) zu kontrollieren.

Bewertung:

- Vorgehensweise unproblematisch
- Patientin möchte zwar offensichtlich nicht mehr Leben; durch Aufnahme auf Palliativstation wird ihr dazu aber weder eine Gelegenheit gewährt oder verschafft
- Behandlung zielt nur auf nötige Basisversorgung, auf die Patientin einen Anspruch hat
- außerdem kein zielgerichteter Wille des Palliativteams, die Selbsttötung zu fördern

Fallbeispiel 3:*

- behandelnde Arzt verschreibt dem Patienten auf BtM-Rezept den Vorrat für 30 Tage bei einer hohen Opioiddosis, sowohl Dauer- wie Bedarfsmedikation
- Patient hat am Vortag sehr deutlich und konkret seine Suizidabsicht geäußert, wenn er eine entsprechende Gelegenheit dazu hätte
- würde er alle Tabletten auf einmal nehmen, könnte er sich damit voraussichtlich töten

Bewertung:

- Strafbarkeit grds. auch möglich, wenn Patient sich nicht tötet, da unter Strafe das Gewähren oder Verschaffen einer Gelegenheit steht; Erfolg der Handlung ist nicht gefordert
- Allerdings ist hier fraglich, ob der Arzt zielgerichtet, also mit Absicht gehandelt hat, die Selbsttötung zu fördern; hier bestehen zumindest Zweifel, wenn die Opioidgabe medizinisch indiziert war; auch kein bedingter Vorsatz - Arzt durfte darauf vertrauen, dass Patient die Medikamente nicht

zur Selbsttötung verwendet

- Arzt könnte sich auch dadurch entlasten, dass es keine Alternative gab, denn die Schmerztherapie konnte er dem Patienten nicht verweigern
- auch fehlt es an geschäftsmäßiger Förderung der Suizidbeihilfe

Fallbeispiel 4:*

- behandelnde Arzt rezeptiert Opiode für 30 Tage und berät Patienten, wie er diese Medikamente einnehmen kann, um den Suizid möglichst sicher zu machen
- Patient hat sich gezielt zu diesem Arzt überweisen lassen, weil er weiß, dass hier eine solche Beratung erfolgt

Bewertung:

- Arzt verschafft dem Patienten die Medikamente für einen Suizid in der Absicht, dessen Selbsttötung zu fördern
- auch geschäftsmäßiges, nämlich auf Wiederholung angelegtes Vorgehen, wenn er dies auch bei anderen Patienten macht

Fallbeispiel 5:*

Der niedergelassene Arzt, der auch in der Öffentlichkeit (z.B. auf seiner Homepage) einen Schwerpunkt seiner Tätigkeit in der Palliativversorgung aufweist, hat in einem Jahr bei drei Patienten eine hohe Opioiddosis verschrieben und in der Krankenakte dokumentiert, dass dies nach Absprache mit dem Patienten mit dem Ziel des Suizids erfolgt sei. Alle Patienten waren erst seit kurzer Zeit bei dem Arzt in Behandlung.

Bewertung:

- Absicht, Selbsttötung zu fördern, unzweifelhaft gegeben
- allenfalls ließe sich Geschäftsmäßigkeit bezweifeln; für deren Vorliegen sprechen aber gewichtige (u.U. zu widerlegende) Indizien: relativ hohe Zahl der Patienten, kurze Zeit

Fallbeispiel 6:*

Der behandelnde Arzt beginnt eine palliative Sedierung auf Wunsch des Patienten und erhöht die Dosierung der sedierenden Medikamente wiederholt, obwohl der Patient ruhig schläft und keine Belastungszeichen des Patienten dokumentiert werden

Bewertung:

- je nach weiteren Umständen des Falles liegt hier strafrechtliche eine Tötung auf Verlangen oder sogar ein Totschlag vor
- es handelt sich nicht um Beihilfe zum Suizid, weil die Tatherrschaft eindeutig nicht mehr beim Patienten, sondern beim Arzt liegt

* Fallbeispiele nach *Tolmein/Radbruch*, Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Balanceakt In der Palliativmedizin, in: Deutsches Ärzteblatt 2017, Heft 7, A 302 – 307.

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:

- gerade in der Palliativversorgung sollte die Bitte um Beihilfe zum Suizid ernst genommen und respektiert werden
- mit dem Patienten sollte über seine Wünsche, aber auch Ängste gesprochen werden und alternative Optionen zur Leidensminderung aufgezeigt werden (Aufklärung über Möglichkeiten der medikamentösen und nicht medikamentösen Schmerz- und Symptomkontrolle, ggf. auch die Option der palliativen Sedierung, Therapieverzicht und Therapiebegrenzung sowie freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit)
- Begleitung des Patienten in dieser für ihn belastenden Situation
- in allen Fällen, in denen von Ärzten, Mitarbeitern, Angehörigen, ... rechtliche Bedenken geäußert werden, sollte die Entscheidung nicht von einem alleine getroffen werden (z.B. KEK, ethische Fallbesprechungen)

„Sterbehilfe – Urteil“ des BVerwG vom 03.03.2017

Az. 3 C 19.15

Ausgangssituation:

Im konkreten Fall war die Ehefrau des Klägers seit einem Unfall im Jahr 2002 vom Hals abwärts gelähmt, musste künstlich beatmet werden und war auf ständige medizinische Betreuung und Pflege angewiesen. Wegen dieser von ihr als unerträglich und entwürdigend empfundenen Leidenssituation hatte sie im November 2004 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis eines Betäubungsmittels beantragt. Das Bundesinstitut lehnte dies unter Hinweis auf den Zweck des Betäubungsmittelgesetzes ab. Im Februar 2005 seien der Kläger und seine Frau schließlich in die Schweiz gereist, wo sich die Frau mit Unterstützung eines Vereins für Sterbehilfe das Leben nahm.

„Sterbehilfe – Urteil“ des BVerwG vom 03.03.2017

Az. 3 C 19.15

Entscheidung:

Zwar ist es nach Überzeugung der Leipziger Richter nach den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes grundsätzlich nicht möglich, den Erwerb eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung zu erlauben. Hiervon sei in Extremfällen aber eine Ausnahme für schwer und unheilbar kranke Patienten zu machen, wenn sie wegen ihrer unerträglichen Leidenssituation frei und ernsthaft entschieden haben, ihr Leben beenden zu wollen und ihnen keine zumutbare Alternative zur Verfügung steht.

Schwer und unheilbar Kranken kann somit nach Entscheidung des BVerwG unter ganz bestimmten Umständen der Zugang zu einem Betäubungsmittel nicht verwehrt werden, das eine schmerzlose Selbsttötung ermöglicht.

„Sterbehilfe – Urteil“ des BVerwG vom 03.03.2017 Az. 3 C 19.15

Entscheidung:

Die Richter begründeten ihr Urteil mit Hinweis auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Artikel 2 des Grundgesetzes. Voraussetzung für das Recht eines schwer und unheilbar kranken Patienten über die Beendigung seines Lebens zu entscheiden sei aber, dass er seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln könne.

„Sterbehilfe – Urteil“ des BVerwG vom 03.03.2017 Az. 3 C 19.15

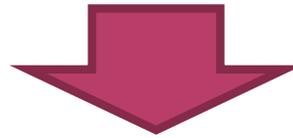
Kritik an Sterbehilfe-Urteil des BVerwG – "Schritt in die falsche Richtung,,

- *Deutsche Stiftung Patientenschutz* hält Urteil für praxisfern
- *Gröhe* entschieden gegen staatliche Suizidhilfe
- Menschenrechtler *Brand* sieht Bruch mit geltender Werteordnung
- Gesundheitsrechtler *Huster*: Urteil "in freiheitlicher Gesellschaft vernünftig"

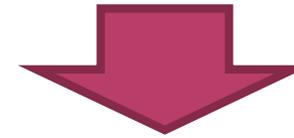
„Kompetenzrecht“



Allgemeinmediziner/
Hausarzt



Notarzt



Palliativmediziner

Problem: Notfallsituation – Leben retten oder sterben lassen?

Notärzte, die zu palliativ versorgten Patienten gerufen werden, geraten oft Selbst in Nöte: Vitalfunktionen erhalten bei einem Patienten, der bereits vor dieser Situation im Sterben lag?



Pflegekräfte

Die rechtlichen Möglichkeiten der Vorsorge

Patientenverfügung

= schriftliche Festlegung eines „einwilligungsfähigen Volljährigen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit ..., ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ... einwilligt oder sie untersagt“ (§ 1901a S.1 BGB)

=> hierdurch Wahrung des Selbstbestimmungsrechts

Vorsorgevollmacht

= anderer Person (z.B. Ehepartner, Kinder, Geschwister, Freund) wird das Recht eingeräumt im Namen des Vollmachtgebers stellvertretend zu handeln

- bezogen auf einzelne oder alle Angelegenheiten
- hierdurch kann die Bestellung eines Betreuers vermieden werden

=> hierdurch Wahrung des Selbstbestimmungsrechts

Ausblick/ Empfehlungen

- Pflegeheime müssen für einen versierten medizinrechtlichen Sachverstand sorgen
- Aus- und Fortbildungen in Palliativ Care unbedingt auch für Pflegekräfte ausbauen
- Kerngedanken der Selbstbestimmung ernst nehmen
- Rechte der Pflegekräfte ernst nehmen (Arbeitsbedingungen, angemessene Schulungen, angemessene Vergütung) => nur dann kann Qualität der Pflege gesichert werden
- Kooperationen zwischen ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten und Pflegeheimen stärken
- Notfall- und Palliativmedizin inhaltlich näher zusammen führen