



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Arbeitskreis Medizinethik am MKE der LMU  
Vortragreihe „Klinische Ethik“  
München, 4. Dezember 2012

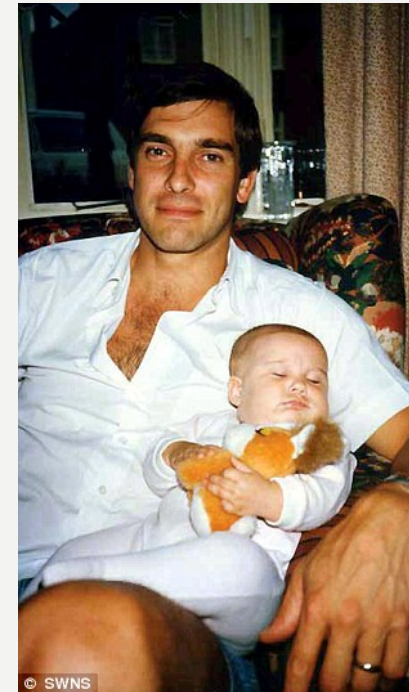
# Dürfen Ärzte beim Suizid helfen? Ethische Abwägung und politische Entwicklung

**PD Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox**

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
und Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin  
Ludwig-Maximilians-Universität München



- Tony Nicklinson, 58 J., England
- Bauingenieur, Rugby-Spieler, 2 Töchter
- 2005 Schlaganfall → Locked-in-Syndrom
- Kommunizierte via Computer durch Augenbewegung und Blinzeln
- Litt unter totaler Abhängigkeit
- Bat britische Gerichte um Erklärung, dass Arzt ihm beim Suizid helfen dürfe



Tony Nicklinson

*“My life can be summed up as dull, miserable, demeaning, undignified and intolerable (...) Why should I be denied a right, the right to die of my own choosing, when able-bodied people have that right and only my disability prevents me from exercising that right?”*

- Höchstes Gericht lehnt Antrag ab, Parlament müsse Gesetz ändern
- Nervenzusammenbruch in TV-Interview
- Am selben Tag Abschied und Ankündigung, Essen einzustellen
- Tod 6 Tage später durch Pneumonie

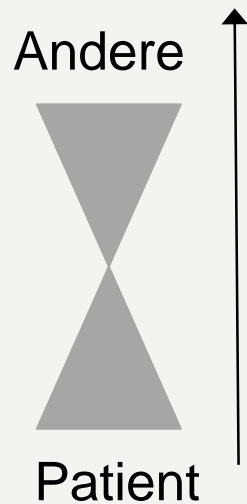


Tony Nicklinson

1. Beschreibung des Phänomens
2. Rechtslage und Berufsethos
3. Ethische Bewertung
4. Aktuelle Gesetzgebung



Handlungskontrolle



**Tötung auf Verlangen**  
= aktive Sterbehilfe

**Assistierter Suizid**

**„Behandlungs-  
abbruch“**  
= „passive Sterbehilfe“

**Suizid**



natürlicher Verlauf der Krankheit

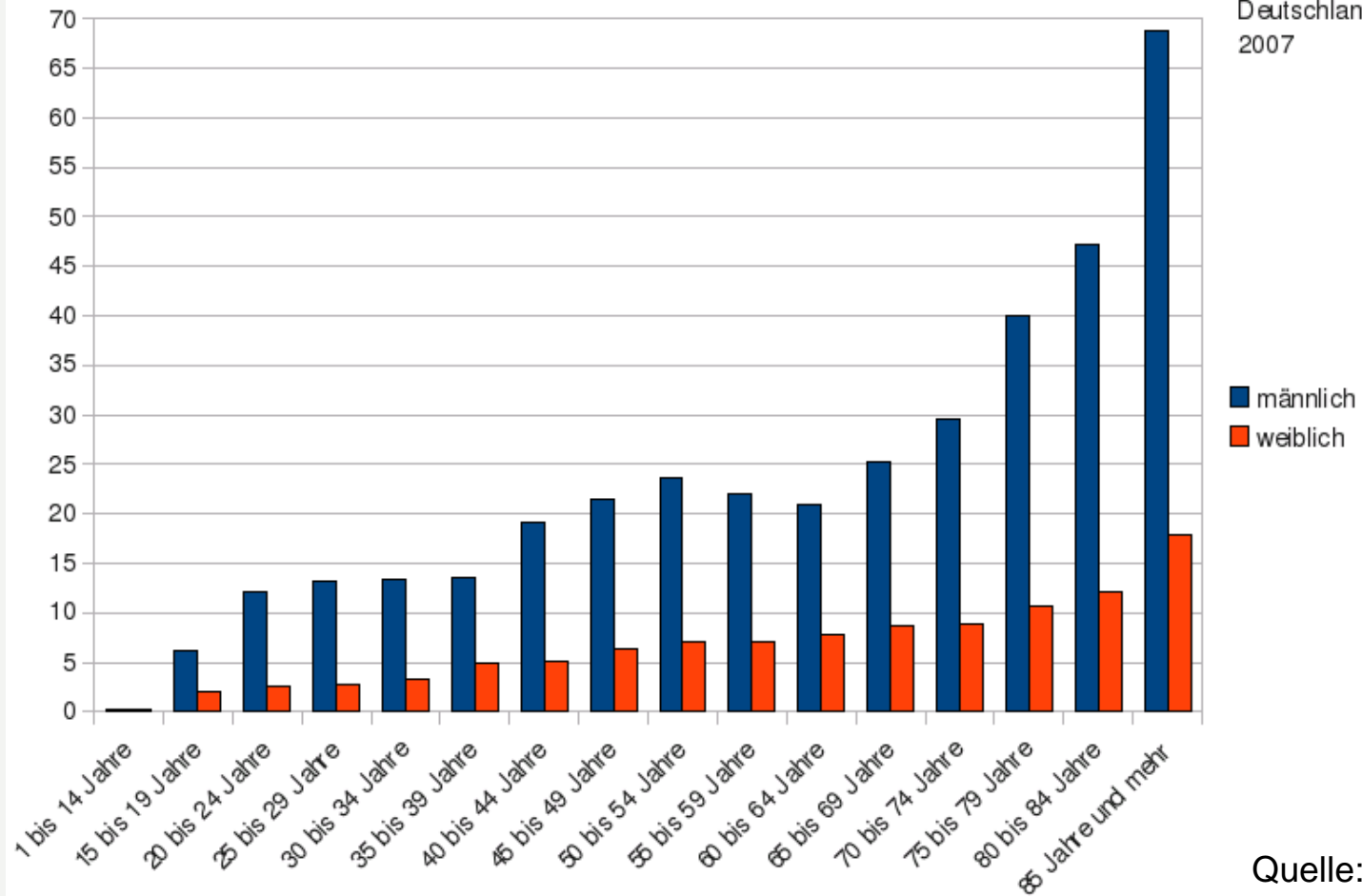


## Assistierter Suizid/Suizidhilfe:

- Selbsttötung (Tatherrschaft des Betroffenen)
- Betroffener bittet Andere um Hilfe (Rat, Vermittlung, Rezept, Substanz, ...)
- Somatische Krankheit und extremes Leiden (+ begrenzte Lebenserwartung) ist die Regel
- Suizid ohne Hilfe oft nicht möglich
- Freiverantwortlichkeit wird angenommen



Sterblichkeit durch vorsätzliche Selbstbeschädigung nach Altersgruppen und Geschlecht, je 100.000 Einwohner und Jahr



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

- Suizidalität = eigenständiges Syndrom mit spezifischer neurobiologischer Grundlage
- Kaum Studien zu sog. „Bilanzsuiziden“, keine Statistik
- Nicht jede Krankheit verhindert Freiwilligkeit
- Anerkannte „freiwillig-rationale“ Todeswünsche: Märtyrer, Sterbewunsch bei Hochbetagten, („lebenssatt“), infausten Krankheiten



- 80% forensischer Psychiater in den USA:  
freiverantwortliche Suizide kommen vor

*Ganzini L et al. Am J Psychiatr 2000*

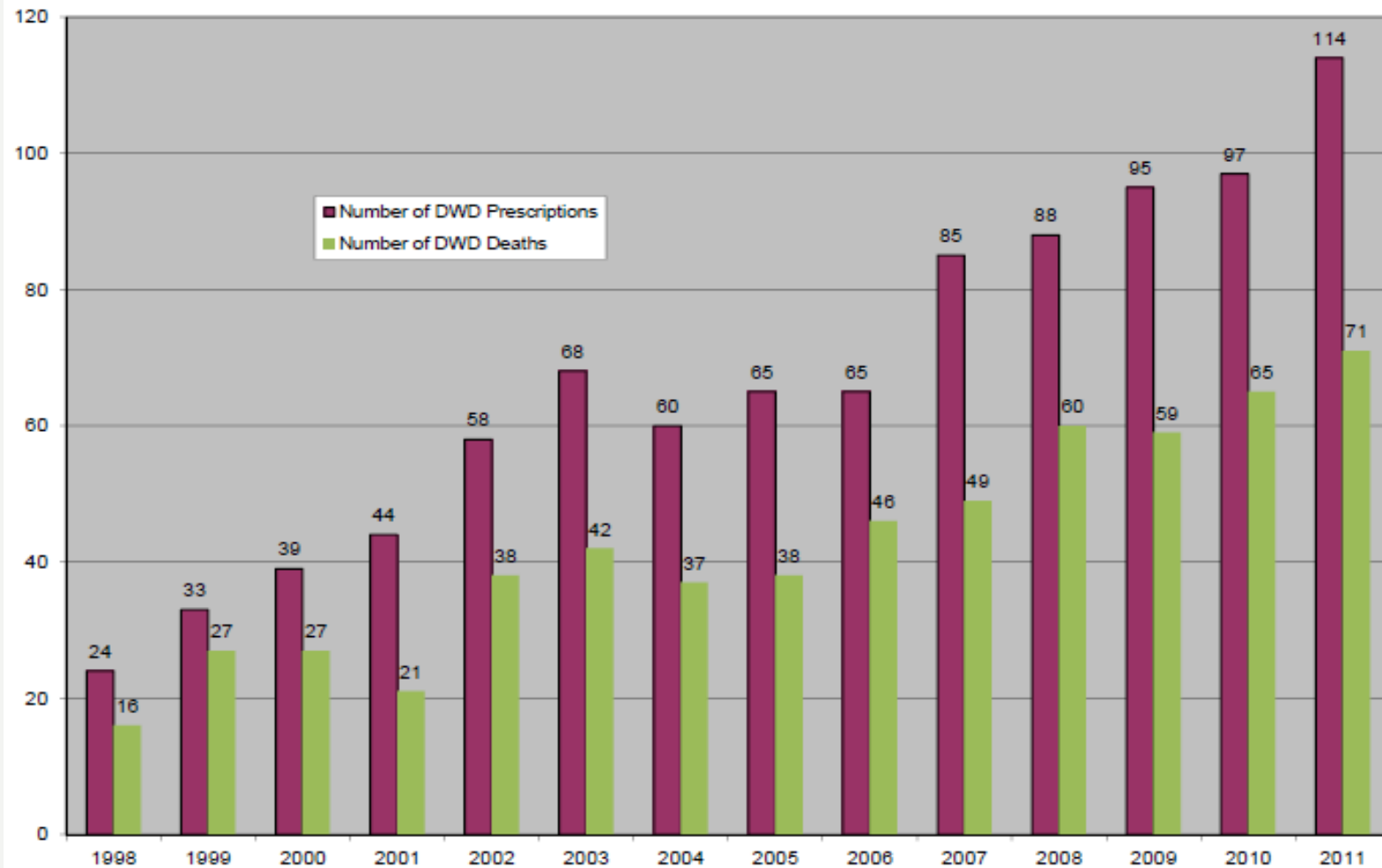
- Oregon: Depression bei 15/58 Personen (26%), die  
Suizidbeihilfe wünschten – Ärztebefragung: 20%

*Ganzini L et al, BMJ 2008*

*Ganzini L et al, NEJM 2000*

- Oregon/Holland: Depression bei 8-47% der Patienten,  
die vorzeitigen Tod wünschen (bei 2-17% der dadurch  
Gestorbenen)

*Levene I, Parker M, J Med Ethics 2011*



<http://www.deathwithdignity.org/2012/03/07/oregon-death-dignity-2011-report>



**NICHT:** Schmerzen, andere Symptome, Vereinsamung, finanzielle Sorgen, depressive Stimmung

**SONDERN:**

1. Wunsch nach *Kontrolle* der Todesumstände (Zeitpunkt, Ort, Anwesende, Art...)
2. *Verlust* von Selbständigkeit und Würde
3. *Ängste* vor künftigen Schmerzen, Leiden, Abhängigkeit

*Ganzini L et al, New Engl J Med 2002*

*Ganzini L et al, Arch Intern Med 2009*

*Ganzini L et al, J Gen Int Med 2008*

- Gunter Sachs
- Unternehmer, Fotograf, Lebemann
- Suizid durch Pistolenschuss 2011



In den letzten Monaten habe ich durch die Lektüre einschlägiger Publikationen erkannt, an der ausweg- losen Krankheit A. zu erkranken.

Jene Bedrohung galt mir schon immer als einziges Kriterium meinem Leben ein Ende zu setzen.

Ich habe mich großen Herausforderungen stets gestellt.

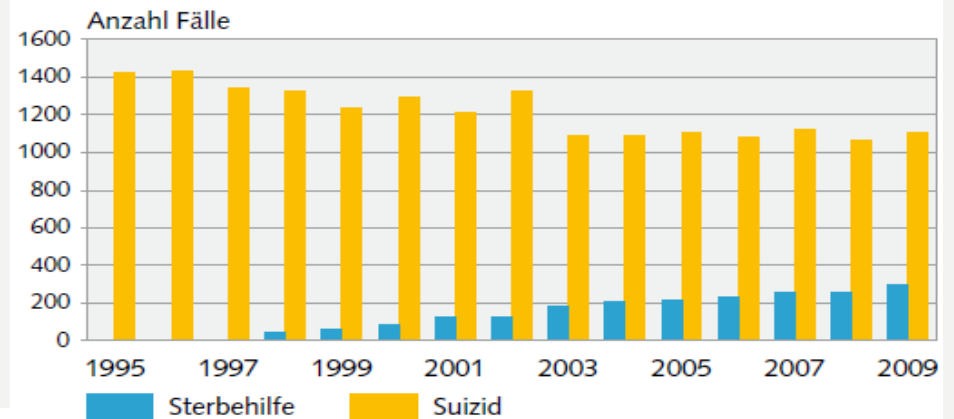
Der Verlust der geistigen Kontrolle über mein Leben, wäre ein würdeloser Zustand, dem ich mich entschlossen habe, entschieden entgegenzutreten.



- Knapp 300 Fälle/Jahr, = 0,5% aller Todesfälle
- Etwas mehr Frauen als Männer

Suizid und Sterbehilfe 1995–2009

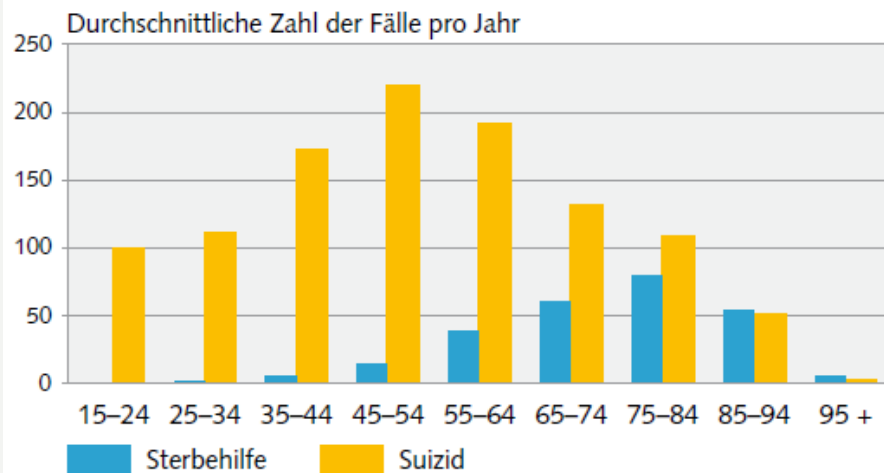
G 7



© BFS

Sterbehilfe und Suizid nach Alter 2006/2009

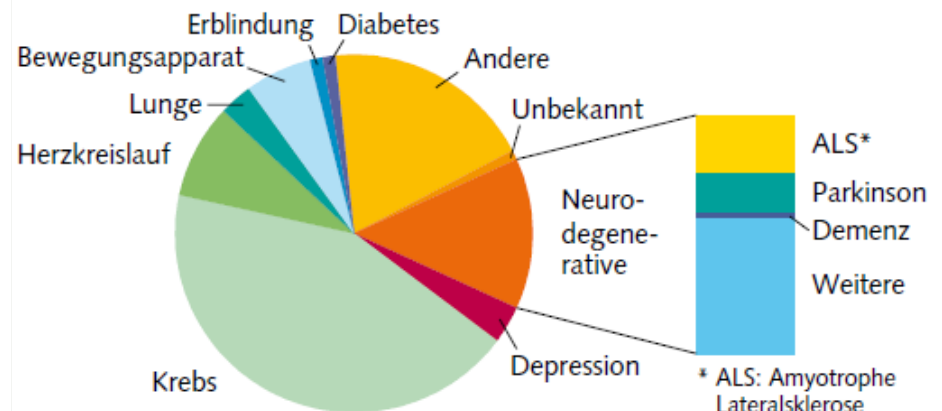
G 8



© BFS

Krankheiten bei Sterbehilfe 1998/2009

G 5



© BFS



- **Belgien** ca. 1% „Euthanasie“ + Suizidhilfe

*Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie 2012*

- **Niederlande**: 0,1% Suizidhilfe, 2,8% „Euthanasie“

- Vergleich 1995: 0,2% Suizidhilfe, 2,4% Euthanasie

*Onwuteaka-Philipsen BD et al. Lancet 2012*

- **Oregon**: Suizidhilfe 0,2% der Todesfälle, 11% aller Suizide

*Annual Report of the Oregon Government 2011*

- Weder Statistik noch wissenschaftliche Erhebung
- Umfrage unter Palliativmedizinern:  
1/900 gab Suizidhilfe zu

*Schildmann Palliat Med 2010*

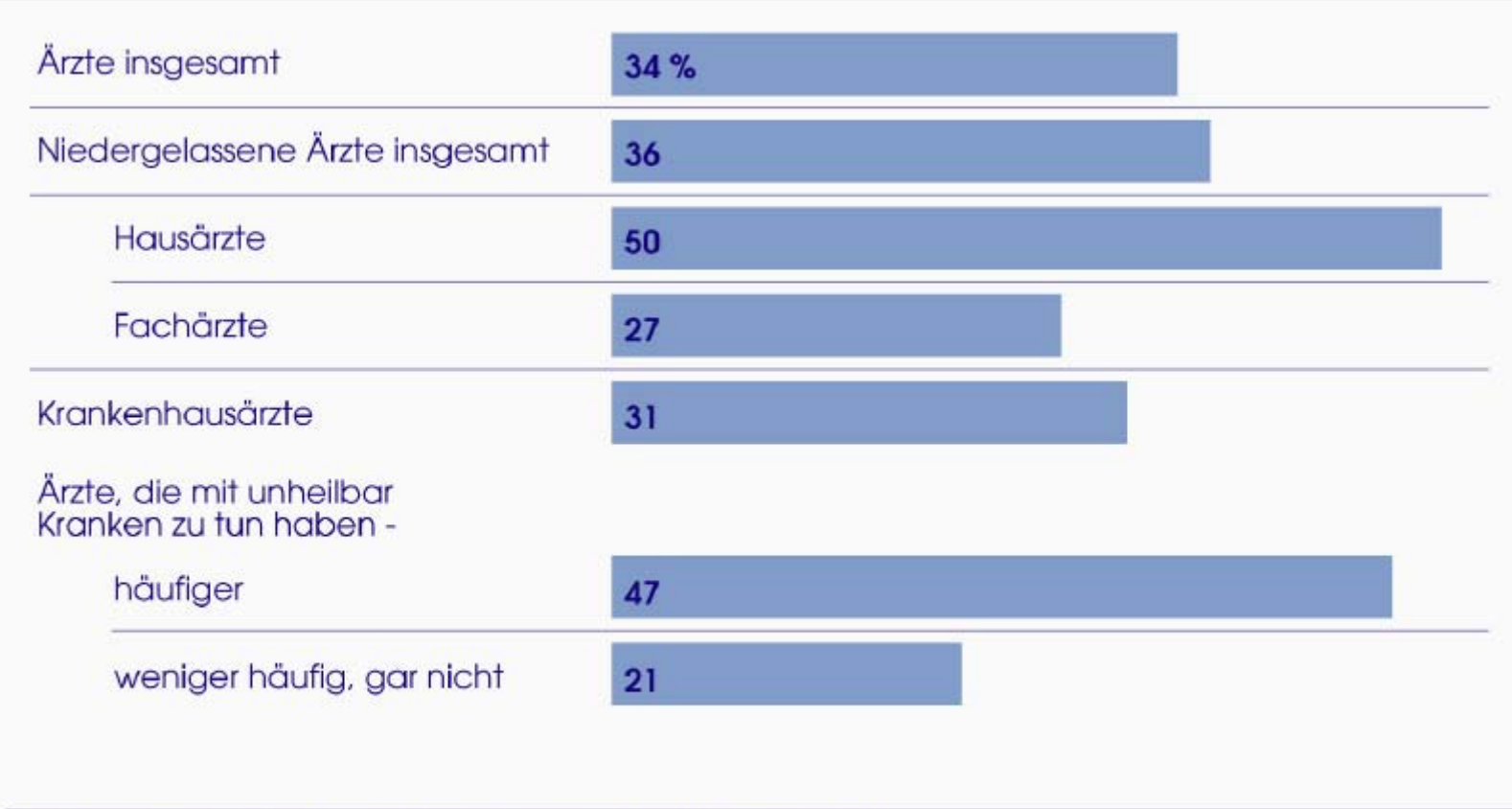
- Dr. Uwe Christian Arnold: 200 Fälle

*Report Mainz ARD 2011*

- Ca. 50-60 Fälle von Deutschen, die bei Dignitas in  
CH Suizidhilfe erhalten

*Dignitas Rechenschaftsberichte*

# Anfragen an Ärzte



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte  
 Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009



1. Beschreibung des Phänomens
- 2. Rechtslage und Berufsethos**
3. Ethische Bewertung
4. Aktuelle Gesetzgebung

- Suizidversuch straffrei als Ausdruck der Selbstbestimmung
- Rechtsdogmatisch auch Beihilfe straffrei
- Bedingung ist Freiverantwortlichkeit
- Freiverantwortlich Handelnder kann andere (Arzt, Angehörigen) von Garantenpflicht entbinden

*Fall „Peterle“ BGH 4.7.1984, 3StR 96/84  
Putz und Steldinger 2012*



„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“

*BÄK, Grundsätze zur ärztl. Sterbebegleitung 1998/2004*



„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

*BÄK, Grundsätze zur ärztl. Sterbebegleitung 2011*



Jörg Hoppe



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

*§6 (Muster-)Berufsordnung (BÄK)*

- Berufsordnungen der Landesärztekammern maßgeblich (By, BaWü, Hessen: kein Verbot)
- Berlin: VG untersagte den Satz (30.3.2012, VG 9 K 63.09)
- Sanktionen?

1. Beschreibung des Phänomens
2. Rechtslage und Berufsethos
- 3. Ethische Bewertung**
4. Aktuelle Gesetzgebung



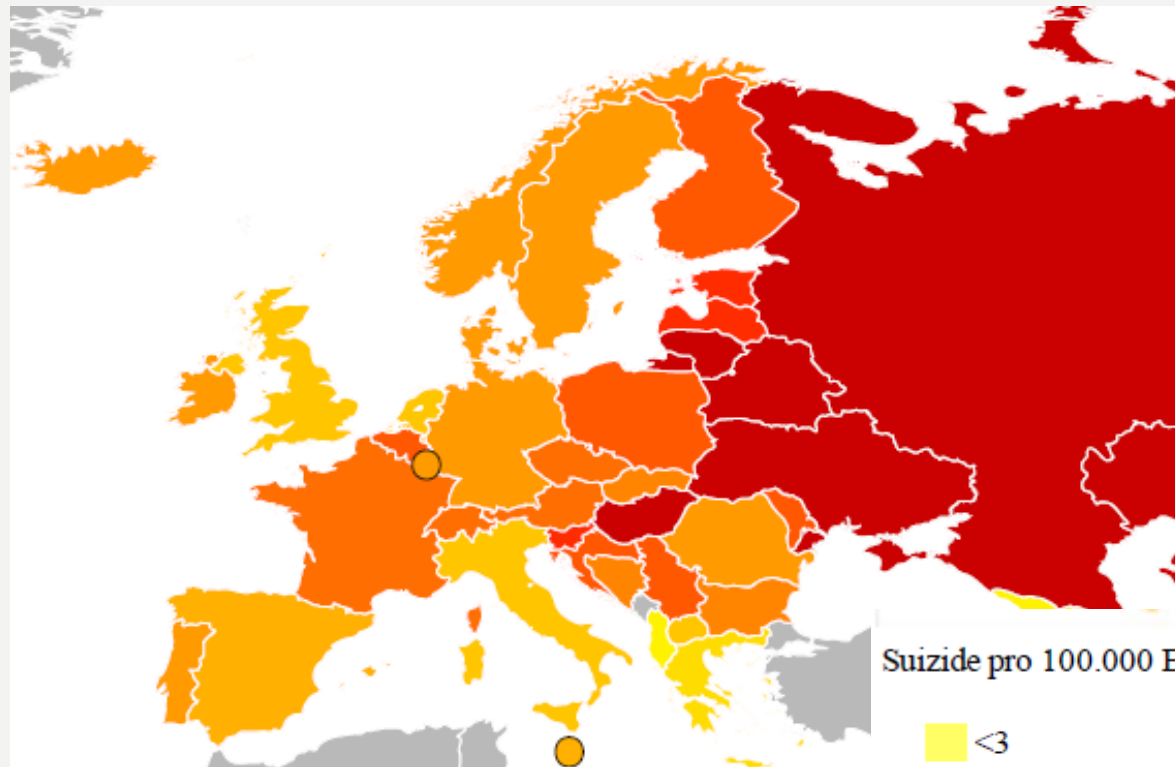
<b>Individualethik</b>	<b>Sozialethik</b>
Ist Suizid im Einzelfall ethisch rechtfertigbar?	Soll der Suizidversuch sanktioniert werden?
Ist Suizidhilfe im Einzelfall ethisch rechtfertigbar?	Soll die Suizidhilfe sanktioniert oder explizit erlaubt/geregelt werden?
Ist ärztliche Suizidhilfe im Einzelfall ethisch rechtfertigbar?	Soll die ärztliche Suizidhilfe sanktioniert oder explizit erlaubt/geregelt werden?



- Oregon Death With Dignity Act 1997 (Volksentscheid)
- **Bedingungen** für Rezept über letale Barbituratdosis:
  - *Patient volljährig, entscheidungsfähig, Wohnsitz*
  - *Behandelnder und anderer Arzt bestätigen unabhängig:  
tödl. Erkrankung, < 6 Mo Lebenserwartung, freiwillige Bitte,  
Ausschluss psych. Krankheit, Aufklärung zu Alternativen*
  - *Mündliche Bitte wiederholt nach Bedenkzeit (15d)*
  - *Schriftlicher Antrag, zweifach bezeugt*

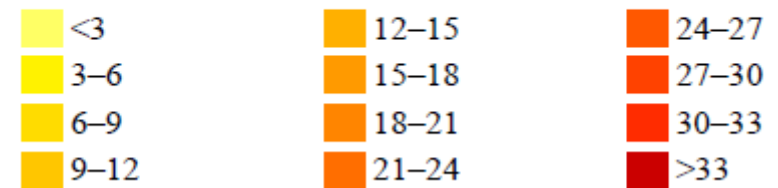
PRO Regelung	CONTRA Regelung
Respekt vor Autonomie der Person	Suizid verwerflich (absoluter Lebenswert, Selbstwiderspruch, religiöse Argumente)
Pflicht zur Hilfeleistung	Tötungsverbot
Lebensschutz (Bedingungen, Zugang)	
Befreiung vom Leiden	Negative Folgen (Suizidrate steigt, sozialer Druck, Schaden für Angehörige, Palliativversorgung schlechter)
Verhinderung fremdschädigender Suizide	Schädigung des Arzt-Patient-Verhältnisses
Transparenz, Statistik	





Quelle:  
WHO 2002

Suizide pro 100.000 Einwohner 2004.<sup>[1]</sup>



- Suizidraten unabhängig von Suizidhilfe steigend
- Kein Hinweis auf sozialen Druck oder Ausweitung auf vulnerable Patientengruppen

*Battin MP et al, J Med Ethics 2007*

- Depression oder komplizierte Trauer bei Hinterbliebenen gleich oft wie bei natürlichem Tod

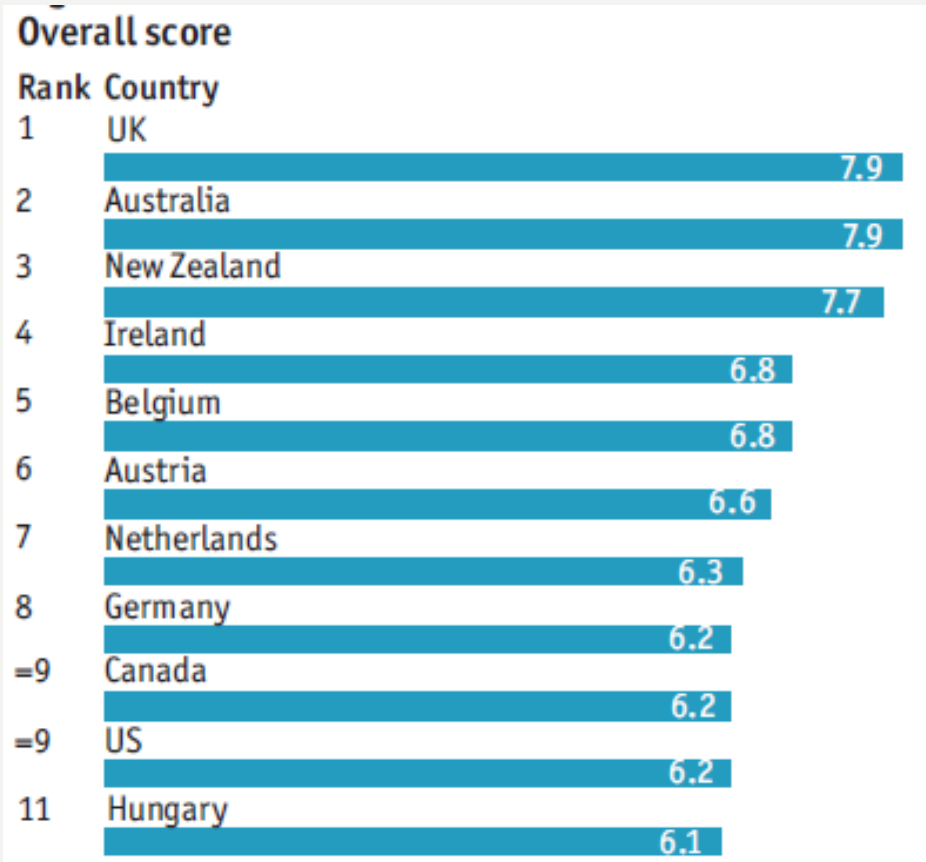
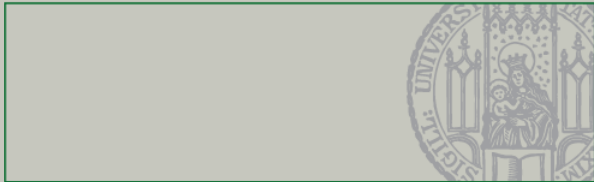
*Ganzini L et al, J Pain Symptom Manage 2009*

- Vertrauensverlust empirisch und theoretisch unhaltbar

*Dobscha SK et al, J Palliat Med 2004, Wiesing Eth Med 2012*

- Palliativversorgung verbessert

*Lindsay RA, AM J Bioeth 2009*



Economist Intelligence Unit 

**The quality of death**  
Ranking end-of-life care  
across the world

*Quelle: The Economist 2010*

1. Beschreibung des Phänomens
2. Rechtslage und Berufsethos
3. Ethische Bewertung
- 4. Aktuelle Gesetzgebung**

- Suizidhilfe-Organisationen:  
Dignitas Deutschland e.V.,  
SterbeHilfe Deutschland e.V.
- Kritik an öffentlicher „Werbung“  
und missionarischem Eifer
- Überhöhte Kostenforderungen  
und Verdacht auf Bereicherung
- Zweifelhafte Suizidmethoden,  
unwürdige Umstände



L.A. Minelli,  
Dignitas



R. Kusch,  
SterbeHilfe

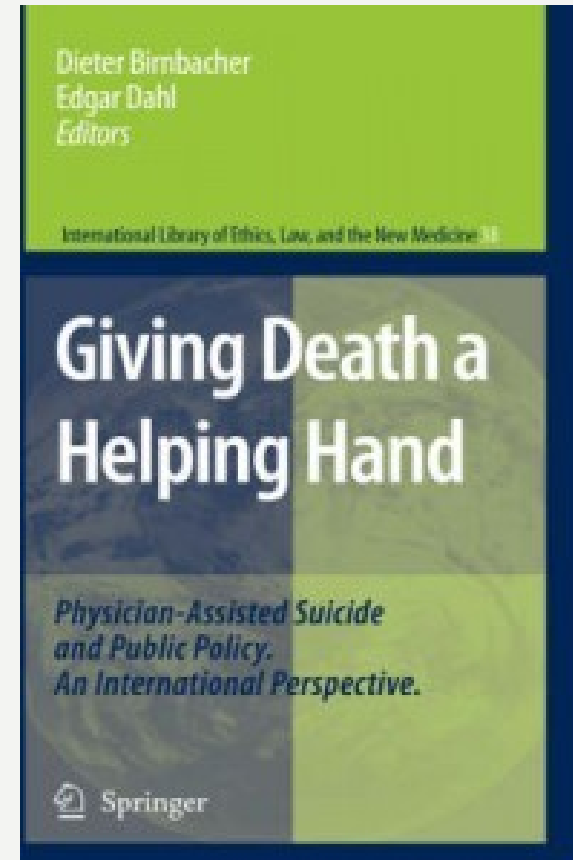
- Regierungsentwurf, BMJ
- 1. Lesung im Bundestag 30.11. → Überweisung an die Rechts- und Innenausschüsse

## § 217 StGB

- (1) Wer absichtlich und gewerbsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Ein nicht gewerbsmäßig handelnder Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte andere sein Angehöriger oder eine andere ihm nahestehende Person ist.



- Ist auch der Arzt eine „nahestehende Person“?
- Implizite Legalisierung oder Förderung der nicht-gewerbsmäßigen Suizidhilfe?
- Konservative (z.B. Kirchen, DHPS): *organisierte, geschäftsmäßige* oder *jede* Suizidhilfe verbieten
- Liberale (z.B. HVD, DGHS): nur Werbung untersagen, auch Nichthinderung des Suizids erlauben, Suizidhilfe-Bedingungen regeln
- Würde das Gesetz seinen Zweck erreichen? Besser fremdbestimmte Verleitung zum Suizid bestrafen?







**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**[ralf.jox@med.lmu.de](mailto:ralf.jox@med.lmu.de)**