



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

37. Priener Forum  
Prien, 21. Januar 2015

# **Gesetzliche Regelung des assistierten Suizids: Inhalt und Begründung des „Münchner Modells“**

**Ralf J. Jox**

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

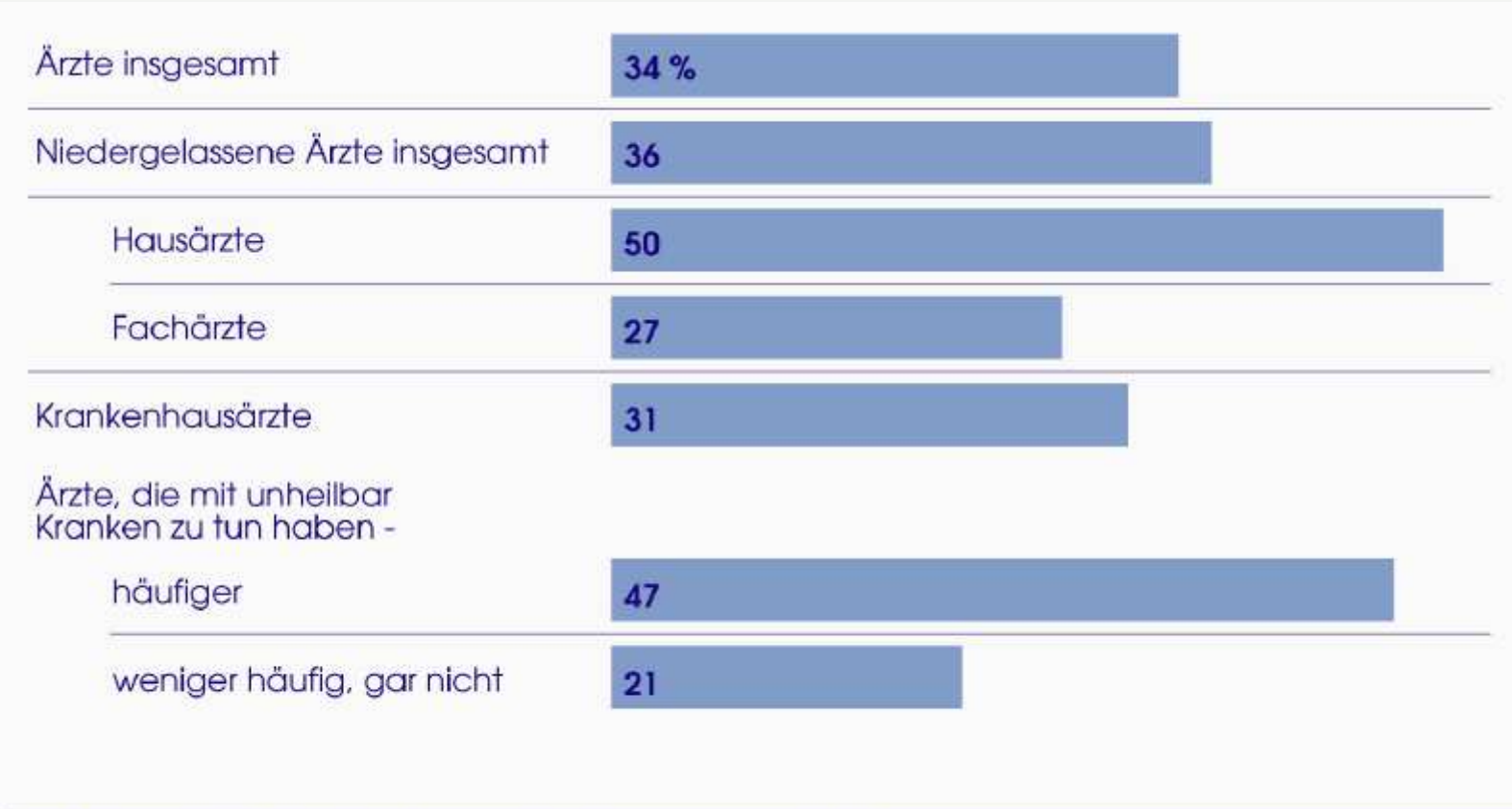


1. Regelungsbedarf
2. Gesetzesvorschlag
3. Begründung

- Beispiel: Brittany Maynard, 29 Jahre, Psychologin & Pädagogin aus Kalifornien
- Jan 2014: Astrozytom II°, OP, Rezidiv April: Glioblastom, Lebenserwartung 6 Monate
- Will Zeitpunkt und Art des Sterbens selbst bestimmen, u.a. aus Rücksicht auf Angehör.
- Zieht nach Oregon (Death With Dignity Act)
- Erklärt sich öffentlich und propagiert PAS
- Nimmt sich am 1.11. mit ärztl. Hilfe das Leben



# Gibt es Anfragen in Deutschland?



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

© IfD-Allensbach

*Repräsentativerhebung für BÄK, Allensbach 2009*



## Befragung von ALS-Patienten, München/St. Gallen:

- 50% können sich vorstellen, ihren Arzt um Suizidbeihilfe zu bitten
- 67% haben bereits mit jemandem über diesen Wunsch gesprochen
- 62% haben mit Angehörigen/Freunden gesprochen, nur 5% mit ihrem Arzt
- 30% würden gerne mit ihrem Arzt darüber sprechen
- Keine Unterschiede zw. Schweiz und Deutschland

*Stutzki R et al. Amyotr Lat Scleros 2013*

- Weder Statistik noch wissenschaftliche Erhebung
- Schätzung von Report Mainz (ARD)  $\geq 155$  / Jahr
- Europäische Studie (EURELD): unabhängig von der Rechtslage gibt es Suizidbeihilfe

*van der Heide et al. The Lancet 2003*

- SterbeHilfe Deutschland e.V.:  
2010: 21 Fälle, 2011: 27 Fälle

*Kusch R, Spittler JF, Weißbuch 2011/2012*

- Uwe Christian Arnold: 200 Fälle in den letzten Jahren

*in Interview mit ARD-Report Mainz*



Table 2 All cases per year and country

	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Germany	59	37	28	67	77	268
UK	23	27	24	23	29	126
France	19	7	8	13	19	66
Italy	2	4	4	12	22	44
USA	0	0	5	9	7	21
Austria	4	3	1	2	4	14
Canada	5	0	5	0	2	12
Spain	2	0	3	1	2	8
Israel	3	2	1	1	1	8
Australia	1	0	3	1	0	5
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>86</b>	<b>90</b>	<b>140</b>	<b>172</b>	<b>611</b>

48% 43% 31% 48% 45% 44%

- Retrospektive Analyse der Fälle von Suizid-assistenz
- 2008-2012
- Rechtsmedizin Uni Zürich

Gauthier S et al.  
J Med Ethics 2014



**Tab.4** Häufigkeiten von Handlungen am Lebensende bei Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren (Mehrfachnennung möglich).

	N	%
<i>Gesamtheit der untersuchten Fälle</i>	403	100
<i>Symptomlinderung</i>	299	86,7
<i>Symptomlinderung mit möglicher Lebensverkürzung</i>	123	35,5
<i>Symptomlinderung mit beabsichtigter Lebensverkürzung</i>	31	9,2
<i>Gabe von Medikamenten, um Patienten kontinuierlich bis zu seinem Tode in tiefer Sedierung oder im Koma zu halten</i>	105	30,8
<i>Verzicht auf eine Behandlung</i>	174	50,7
<i>Verzicht auf eine Behandlung mit möglicher Lebensverkürzung</i>	115	33,1
<i>Verzicht auf eine Behandlung mit beabsichtigter Lebensverkürzung</i>	69	19,9
<i>Abbruch einer Behandlung</i>	144	42,4
<i>Abbruch einer Behandlung mit möglicher Lebensverkürzung</i>	80	23,5
<i>Abbruch auf eine Behandlung mit beabsichtigter Lebensverkürzung</i>	51	15,0
<i>Tötung*</i>	2	0,6%
<i>Ärztlich assistierte Selbsttötung</i>	1	0,3%

\*Nach Angabe der Befragten hatte der Patient „früher einen entsprechenden Wunsch geäußert“

- Ärztebefragung zum letzten verstorbenen Patienten
- 5 Ärztekammern
- n = 403

*Schildmann J et al.  
Dtsch Med Wochenschr 2015*



# Wieso ist die Praxis problematisch?



- Veröffentlichte Einzelfälle: erheblicher Zweifel an Freiverantwortlichkeit (u.a. bei psych. Krankheiten)
- Neben einzelnen Ärzten sind auch medizinische Laien als Suizidhelfer tätig (Lehrer, Juristen)
- Anhaltspunkte, dass Suizidhelfer Patienten teilweise bedrängen bzw. ihre Stellung finanziell ausnutzen
- Sterbende werden meist allein gelassen
- Manche Suizidmethoden sind unwürdig oder leidvoll
- Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten



- Suizidversuch straffrei als Ausdruck der Selbstbestimmung (s. auch Art. 8 EMRK)
- Rechtsdogmatik: auch Beihilfe straffrei
- Bedingung ist Freiverantwortlichkeit (Nachweis?)
- Kann der freiverantwortlich Handelnde andere (Arzt, Angehörigen) von der Garantenpflicht entbinden?

*Fall „Peterle“ BGH 4.7.1984, 3StR 96/84  
Putz und Steldinger 2012, LG Deggendorf 1 Ks 4 JS 7438/11*

- Betäubungsmittel nur bei med. Indikation rezeptierbar

### ▪ **Innere Inkonsistenz:**

„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos“ (2004) → „Die Mitwirkung (...) ist keine ärztliche Aufgabe“ (2011)

*Grundsätze der BÄK zur ärztl. Sterbebegleitung*

„[Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ §16 (Muster-)BO

### ▪ **Regionale Inkonsistenz:**

Nur 10 der 17 Ärztekammern haben diesen Satz in die rechtsverbindlichen Berufsordnungen übernommen

### ▪ **Praktische Inkonsistenz:**

Kein einziger Fall berufsrechtlicher Verurteilung bekannt

1. Regelungsbedarf
- 2. Gesetzesvorschlag**
3. Begründung



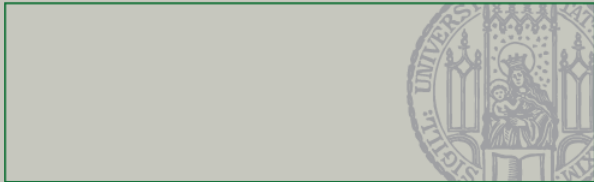
## Individuelle Ebene

Ist **Suizid** im Einzelfall ethisch gerechtfertigt?

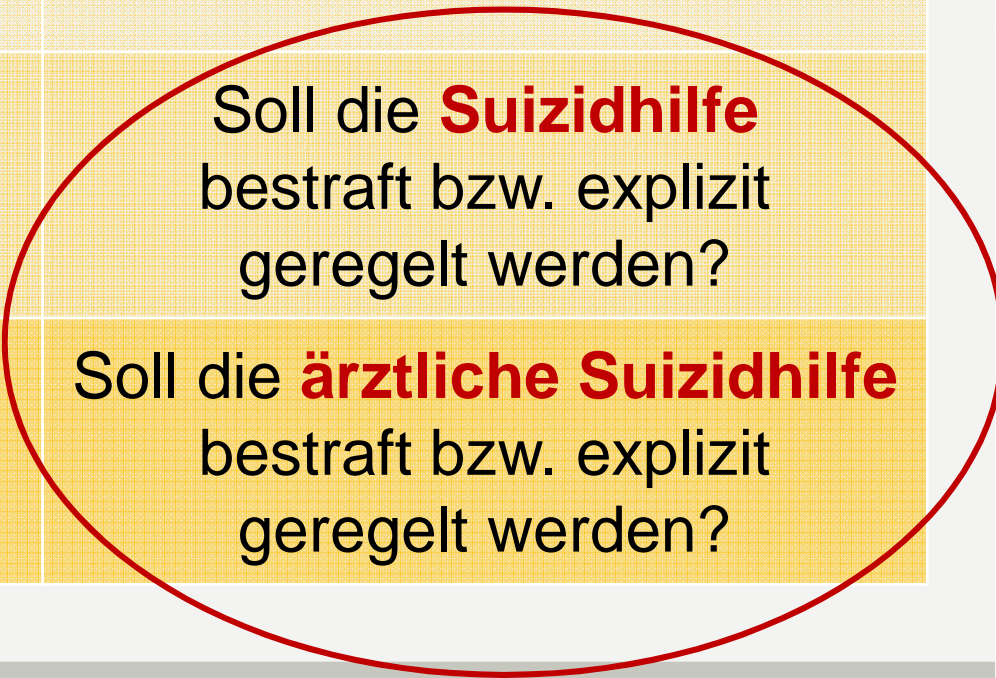
Ist **Suizidhilfe** im Einzelfall ethisch gerechtfertigt?

Ist **ärztliche Suizidhilfe** im Einzelfall ethisch gerechtfertigt?

- Plurale Einschätzungen sind in einer offenen, liberalen Gesellschaft anzuerkennen
- Alle Akteure in der Debatte betonen, dass es im Einzelfall gerechtfertigt sein kann (Gewissen)



Individuelle Ebene	Politische Ebene
Ist <b>Suizid</b> im Einzelfall ethisch gerechtfertigt?	Soll der <b>Suizidversuch</b> bestraft werden?
Ist <b>Suizidhilfe</b> im Einzelfall ethisch gerechtfertigt?	Soll die <b>Suizidhilfe</b> bestraft bzw. explizit geregelt werden?
Ist <b>ärztliche Suizidhilfe</b> im Einzelfall ethisch gerechtfertigt?	Soll die <b>ärztliche Suizidhilfe</b> bestraft bzw. explizit geregelt werden?





Borasio, Jox, Taupitz, Wiesing

## Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben

Ein Gesetzesvorschlag  
zur Regelung  
des assistierten Suizids

**Kohlhammer**



G.D. Borasio



J. Taupitz



U. Wiesing

*September 2014*

*Taschenbuch, 100 S., 14,99 €*

*E-Book Kindle 12,99 €*

***Pressemitteilung: [www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)***

## Ziele:

- Lebensschutz und Suizidprävention stärken
- Freiräume für selbstbestimmtes Sterben belassen
- Rechtssicherheit für alle Beteiligten
- Transparenz schaffen
- Sozialem Druck und Missbrauch vorbeugen
- Freigabe der Tötung auf Verlangen verhindern
- Palliativversorgung stärken



## § 217 StGB Beihilfe zur Selbsttötung

(1) Einführung eines Beihilfedelikts (max. 3 Jahre)

(2) **Ausnahme 1:** Angehörige/nahestehende Personen

Angehörige oder dem Betroffenen nahestehende Personen sind nicht nach Abs. 1 strafbar, wenn sie einem freiverantwortlich handelnden Volljährigen Beihilfe leisten.

(3) **Ausnahme 2:** Ärztliche Suizidbeihilfe

<sup>1</sup>Ein Arzt handelt nicht rechtswidrig nach Absatz 1, wenn er einer **volljährigen** und **einwilligungsfähigen** Person mit **ständigem Wohnsitz** in Deutschland auf ihr **ernsthafte Verlangen** hin unter den Voraussetzungen des Absatzes 4 Beihilfe zur Selbsttötung leistet. <sup>2</sup>Ein Arzt ist zu einer solchen Beihilfe **nicht verpflichtet**.



(4) Beihilfe zur Selbsttötung nach Absatz 3 darf der Arzt nur leisten, wenn

- er aufgrund eines persönlichen Gesprächs mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient **freiwillig** und **nach reiflicher Überlegung** die Beihilfe zur Selbsttötung verlangt,
- er aufgrund einer persönlichen Untersuchung des Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient an einer **unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung** leidet,
- er den Patienten **umfassend und lebensorientiert** über seinen Zustand, dessen Aussichten, mögliche Formen der Suizidbeihilfe sowie über andere – insbesondere palliativmedizinische – Möglichkeiten **aufgeklärt** hat,
- er mindestens einen anderen, **unabhängigen Arzt hinzugezogen** hat, der den Patienten persönlich gesprochen, untersucht und ein schriftliches Gutachten über die in den Punkten 1 und 2 bezeichneten Gesichtspunkte abgegeben hat, und
- zwischen dem nach dem Aufklärungsgespräch gemäß Nr. 3 geäußerten Verlangen nach Beihilfe und der Beihilfe **mindestens zehn Tage** verstrichen sind.



(5) BMG soll Verordnung erlassen zu Anforderungen an Qualifikation, Aufklärung, Dokumentation, ev. Meldung

## **§ 217 a Werbung für die Suizidbeihilfe**

Definition des Werbeverbots, ausgenommen Info f. Ärzte

## **Änderung des Betäubungsmittelgesetzes**

Erlaubt die Verordnung eines BtM für diesen neuen Zweck bei Beachtung der gesetzlichen Bedingungen

1. Regelungsbedarf
2. Gesetzesvorschlag
- 3. Begründung**



- Großteil aller Suizidwünsche basiert auf psych. Erkrankungen und ist transient
- Es gibt auch freiverantwortliche, nachvollziehbare Wünsche nach vorzeitigem Sterben bei absehbarem Tod, subjektivem Würdeverlust und schwerem Leiden (Ängste, Abhängigkeit, Sinnlosigkeit)

*Ganzini L et al, New Engl J Med 2002, Arch Intern Med 2009, J Gen Int Med 2008*

→ **Prüfung der Freiverantwortlichkeit ist essentiell**

→ **bei 20-25% der Anfragen psych. Erkrankungen**

*Ganzini L et al. NEJM 2000, BMJ 2008, Levene JME 2011*



- Todkranke können meist Zeitpunkt und Art ihres Sterbens durch Nein zu lebenserhaltender Medizin bestimmen
  - Manche hängen jedoch nicht davon ab
  - Suizid ohne Hilfe ist für viele praktisch nicht realisierbar bzw. Einsamkeit und Ängsten vor Scheitern verbunden
  - Ultima ratio: andere Maßnahmen sollten ausgeschöpft sein
  - Ärzte nicht zuständig für Gesunde mit Suizidwunsch
- **Begrenzung: unheilbare Krankheit, tödliche Krankheit**
- **Lebensorientierte Aufklärung (Palliative Care etc.)**



## Folgen der Regelung in Oregon (18 Jahre):

- Kein Hinweis auf sozialen Druck oder Ausweitung auf vulnerable Patientengruppen

*Battin MP et al, J Med Ethics 2007*

- Depression oder komplizierte Trauer bei Hinterbliebenen nicht öfters als bei natürlichem Tod

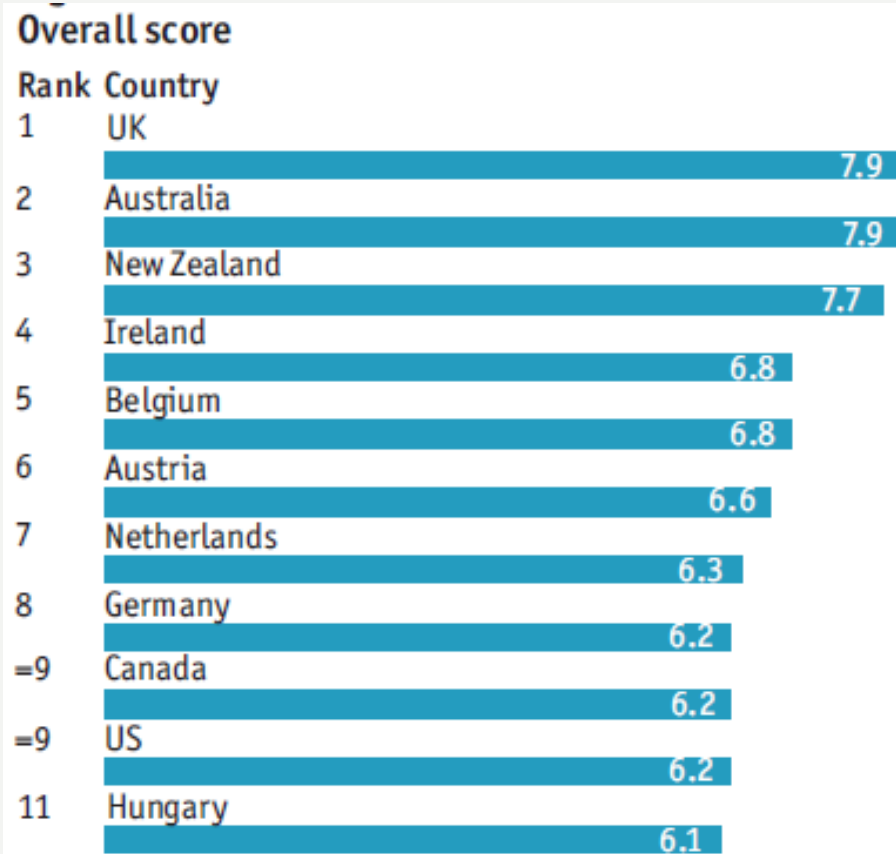
*Ganzini L et al, J Pain Symptom Manage 2009*

- Vertrauensverlust empirisch und theoretisch widerlegt

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

- Palliativversorgung verbessert

*Lindsay RA, AM J Bioeth 2009*



Economist Intelligence Unit

The  
Economist

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

*Quelle: The Economist 2010*



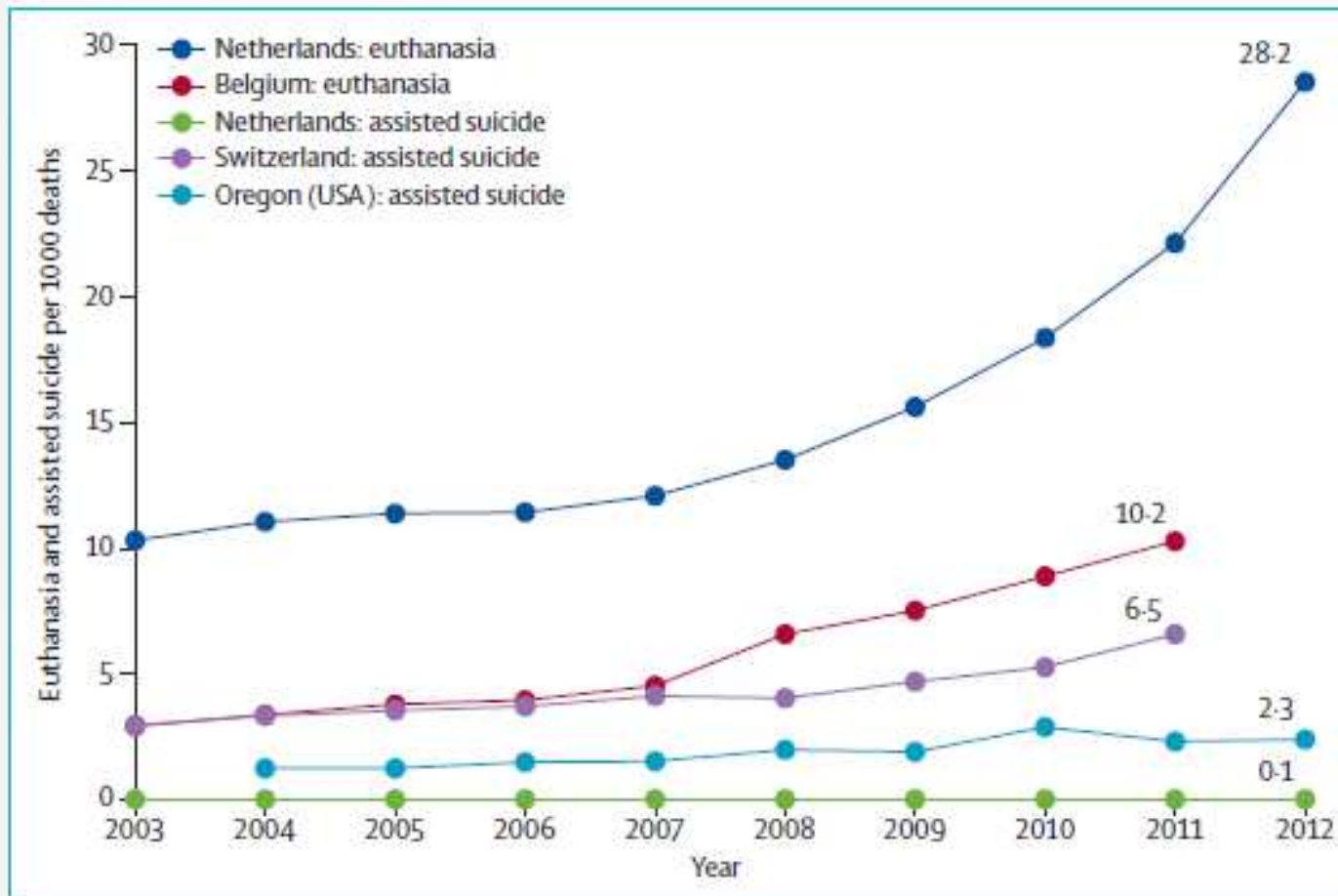


Figure: Euthanasia and assisted suicide evolution in countries that have legalised these practices  
Index evolution calculated for incidence per 1000 deaths in each country. Data are from references 1-5.

*Gamondi C et al. The Lancet 2014*

## Warum sind Ärzte die richtigen?

- Ärztliches Ethos: Fürsorge + Autonomierespekt
- Besondere Vertrauensbeziehung, Vertraulichkeit
- Kompetenz zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit
- Kompetenz zur Aufklärung über Alternativen
- Verordnung und Anwendung geeigneter Mittel
- Professionsethische Standards und Überwachung

- 37-40% der Ärzte können sich Suizidbeihilfe vorstellen

*Allensbach 2009, Schildmann J et al. DMW 2015*

- 2009 befürworteten 30% aller Ärzte eine ausdrückliche gesetzliche Regelung des ärztlich assistierten Suizids

*Allensbach 2009*

- Berufsrechtliches Verbot befürworten nur 25% der Ärzte

*Schildmann J DMW 2015*

- Regelung mit strengen Bedingungen (ähnlich Oregon) befürworten 51% der Palliative Care Professionals in NRW

*Thöns M et al. (im Druck)*



*Pressekonferenz, BÄK, 12.12.2014*



## Deutscher Ethikrat



EVANGELISCHE AKADEMIE  
TUTZING

## Von der Hilfe zur Beihilfe

Sterbebegleitung im Kontext der Debatte  
um den assistierten Suizid

23. bis 25. Januar 2015

26. Medizin-Theologie-Symposium



**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**ralf.jox@med.lmu.de**