



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

9. Straubinger Ethiktag
„Selbstbestimmter Tod: Leben als Option“
17. November 2015

Aktuelle Reflexionen zur „Sterbehilfe“ aus Sicht der Medizinethik

PD Dr. Dr. Ralf J. Jox

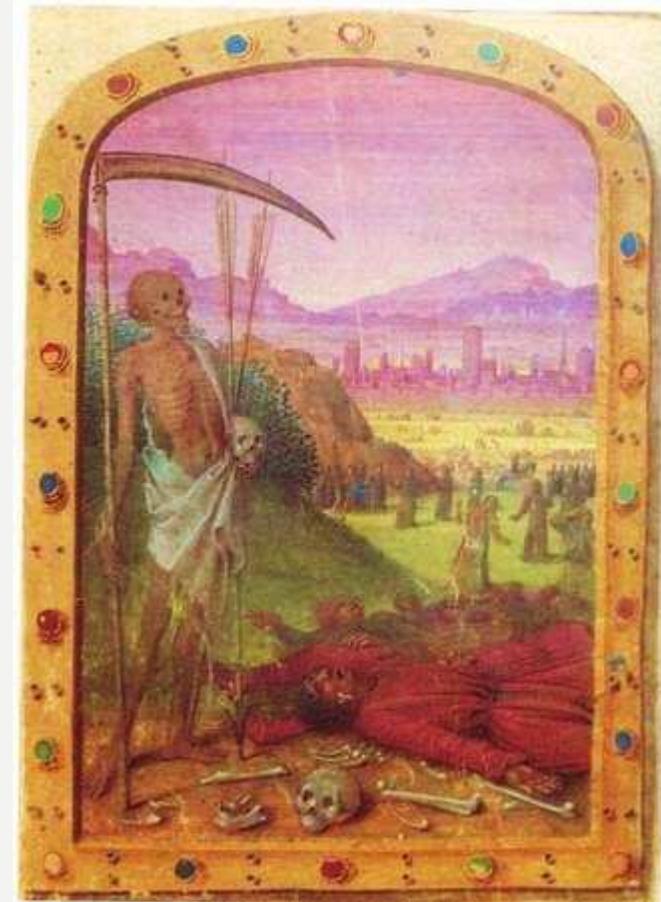
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München



1. Spektrum der „Sterbehilfe“
2. Praxis des assistierter Suizids
3. Bewertung des neuen Gesetzes



Thanatos
(Ephesos, Griechenland)



Sensenmann
(Jean Fouquet, 1460)



■ **Bevölkerung:**

2 von 3 Todesfällen sind absehbar

23-50%: Entscheidungen über Leben/Tod

Van der Heide A et al, Lancet 2003

■ **Intensivstation:**

50-90% der Todesfälle durch Therapieverzicht

Sprung CL et al, JAMA 2003

Vincent JL et al, Chron Respir Dis 2004

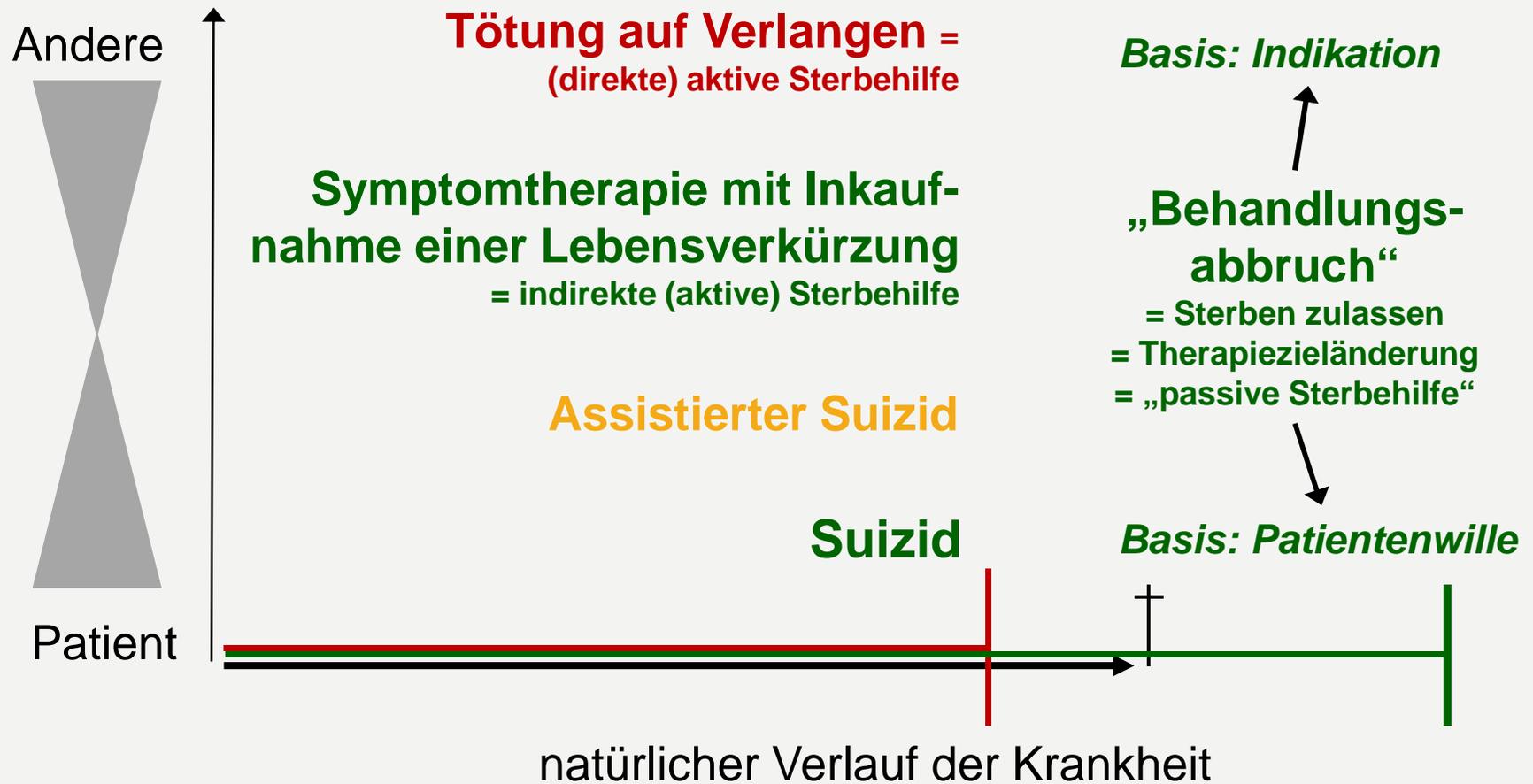
■ **Palliativbetreuung:**

70% der Todesfälle durch Therapieverzicht

Schildmann J et al, Palliat Med 2010, J Med Ethics 2011



Handlungskontrolle



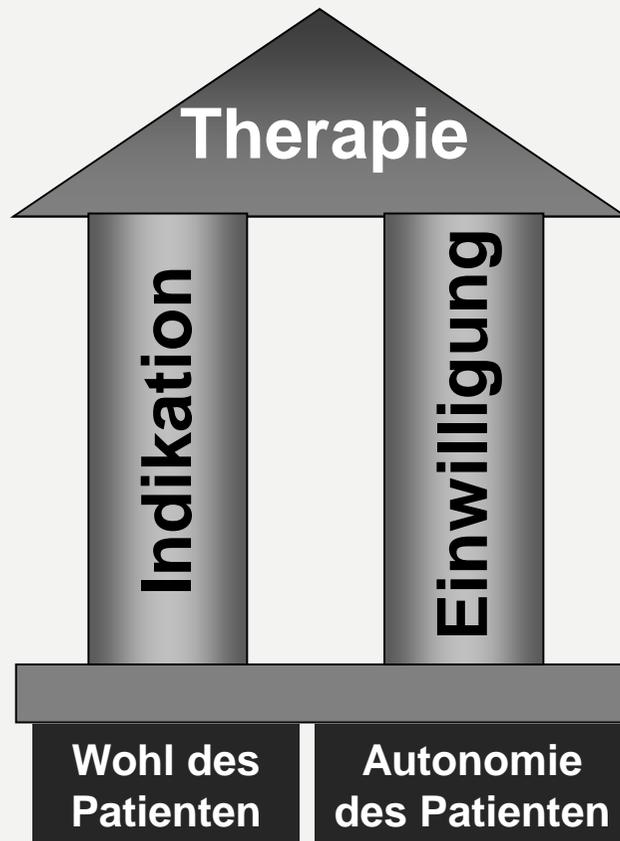


„Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.“

„Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.“

„Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.“

BGH 2 StR 454/09



„Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.“

BGB §1901b Abs.1

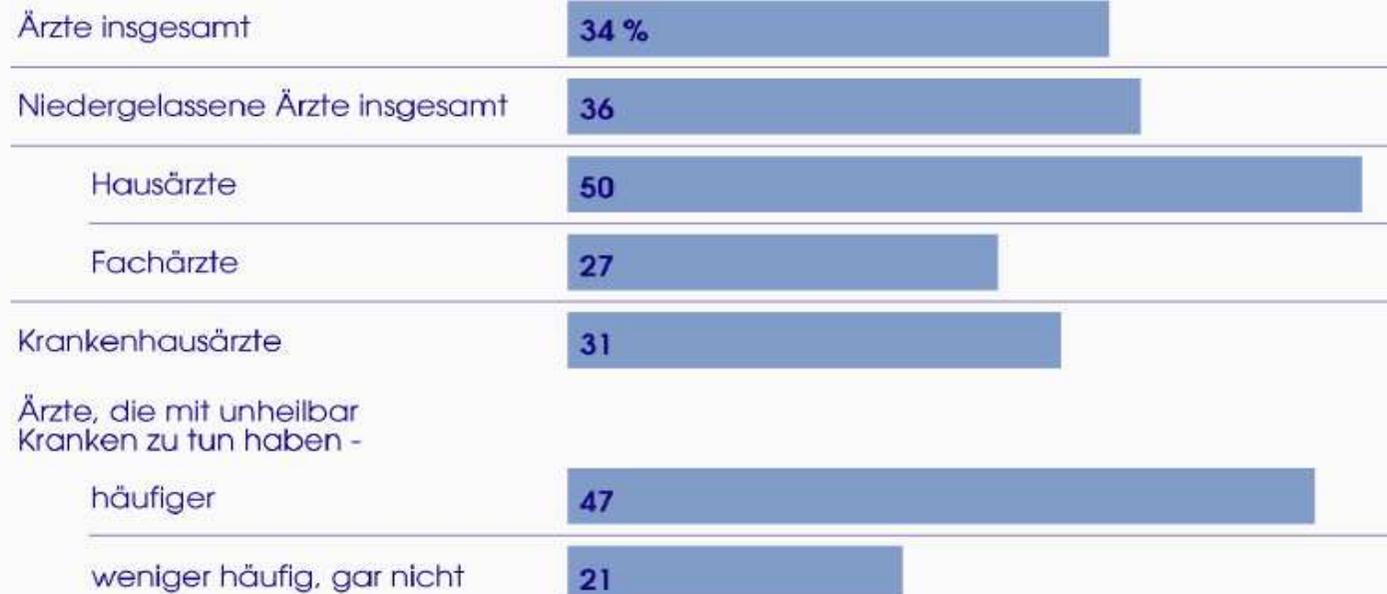
- Opioide, Sedativa wirken nicht lebensverkürzend
Sykes et al. Lancet Oncol 2003;4:312
- Opioide, Sedativa im Kontext einer Beendigung der Beatmung verlängern die Lebenszeit leicht
Bakker et al. Am J Hosp Pall Care 2008;25:152
- Palliative Sedierung verlängert das mediane Überleben im Hospiz von 9 auf 12 Tage
Maltoni et al. Ann Oncol 2009;20:1163
- Frühe Palliativ-Begleittherapie bei Lungenkrebs:
↑ LQ, ↓ Depression, ↑ Lebenszeit
Temel et al. N Eng J Med 2010;363:733

1. Spektrum der „Sterbehilfe“
- 2. Praxis des assistierter Suizids**
3. Bewertung des neuen Gesetzes



- 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 (auch aus Rücksicht auf ihre Liebsten)
- Zieht nach Oregon (Death With Dignity Act)
- Erklärt sich öffentlich und propagiert PAS
- Nimmt sich am 1.11. mit ärztl. Hilfe das Leben





Repräsentativerhebung für BÄK, Allensbach 2009

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

© IfD-Allensbach

Ärzte in der DGP

74%

DGP-Umfrage 2015, n=1831



- Wunsch nach Lebensverkürzung (*desire to hasten death*) wird in den meisten Fällen den Ärzten **nicht kommuniziert**
Stutzki et al. ALSFTD 2014
- Aktueller Wunsch nach Lebensverkürzung bei **20-29%** der Schwerkranken (Krebs/ALS) in Deutschland
Galushko et al. Pall Supp Care 2015; Stutzki et al. ALSFTD 2014, Lulé D et al. J Neurol 2013
- 33% der ALS-Kranken **informieren sich** über Möglichkeiten der Lebensverkürzung
Lulé D et al. J Neurol 2014
- Wunsch tritt auch in **Palliative-Care-Settings** auf
*Pestinger M et al. Palliat Med 2015; Stutzki R et al. ALSFTD 2014
Van Oorschot B et al. Psychother Psych Med 2005*



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 subjektiver Würde
3. *Erwartung* künftigen Leidens

OREGON: *Ganzini L et al, NEJM 2002, Ganzini L et al, Arch Intern Med 2009*

Ganzini L et al, J Gen Int Med 2008

DEUTSCHLAND: *Stutzki R et al. ALSFTD 2014; Lulé D et al. J Neurol 2014*

Pestinger M et al. Palliat Med 2015

- Weder Statistik noch wissenschaftliche Erhebung
- Europäische Studie (EURELD): unabhängig von der Rechtslage wird Suizidbeihilfe geleistet

van der Heide et al. The Lancet 2003

- SterbeHilfe Deutschland e.V.: 30-30 Fälle/Jahr

Kusch R, Spittler JF, Weißbuch 2011/2012

- Schätzung von Report Mainz (ARD) ≥ 155 / Jahr
- DGP-Umfrage 2015: Suizidhilfe geleistet von 2,6%
- Dunkelziffer anzunehmen (Tabu, Sanktionsdrohung)



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
Total	123	86	90	140	172	611

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



- Veröffentlichte Einzelfälle: erheblicher Zweifel an **Freiverantwortlichkeit** (u.a. psych. Kranke)
- 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**
- **Suizidmethoden** sind mitunter unwürdig oder leidvoll
- **Suizidpräventiver Dialog** durch Tabu erschwert
- **Rechtsunsicherheit** für alle Beteiligten



- Suizid(versuch) straffrei als Ausdruck individueller Selbstbestimmung (s. GG Art. 2 und EMRK Art. 8)
- 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

▪ Innerer Widerspruch:

„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

▪ Regionaler Widerspruch:

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

▪ Praktischer Widerspruch:

Kein einziger Fall berufsrechtlicher Verurteilung bekannt

1. Spektrum der „Sterbehilfe“
2. Praxis des assistierter Suizids
- 3. Bewertung des neuen Gesetzes**



Deutscher Bundestag

**Künast, Sitte
et al.**

Verbot der
gewerbs-
mäßigen
Suizidbeihilfe

**Hintze, Reimann,
Lauterbach
et al.**

Zivilrechtliche
Regelung des ärztl.
assistierten Suizids

**Brand, Giese
et al.**

Verbot der
geschäftsmäßigen
Suizidbeihilfe

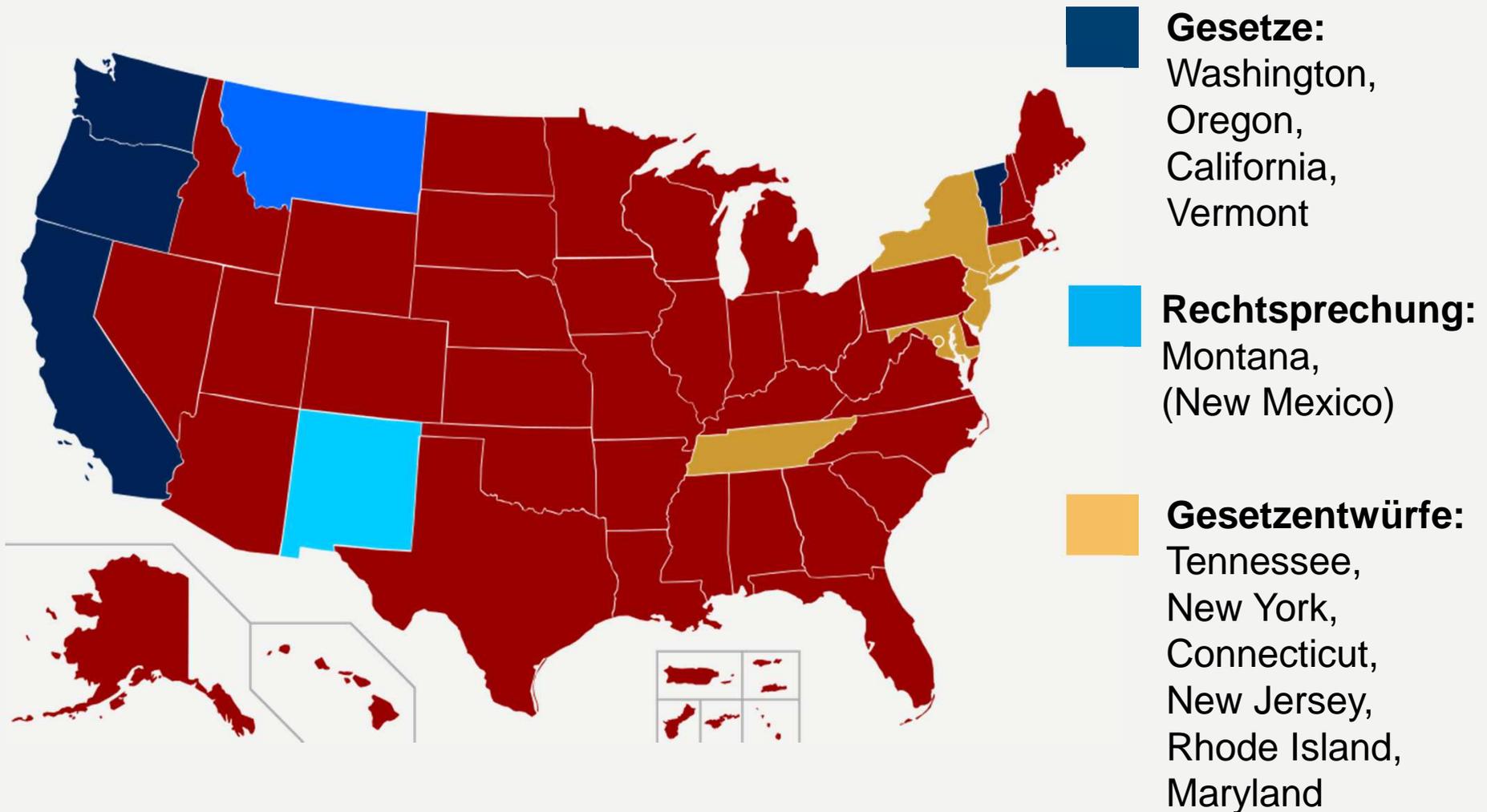
**Sensburg,
Dörflinger
et al.**

Verbot jeder
Suizidbeihilfe

Künast, Sitte et al.
Verbot der gewerbsmäßigen
Suizidbeihilfe

Hintze, Reimann, Lauterbach et al.
Zivilrechtliche Regelung des ärztl.
assistierten Suizids

- Erlaubnis von Suizidhilfe bei Freiverantwortlichkeit unter strengen Sorgfaltskriterien (*neu*)
- Eröffnung des Dialogs, dadurch Suizidprävention
- Schaffung von Transparenz
- Abschaffung des berufsrechtlichen Fleckenteppichs
- Differenzen eher geringfügig





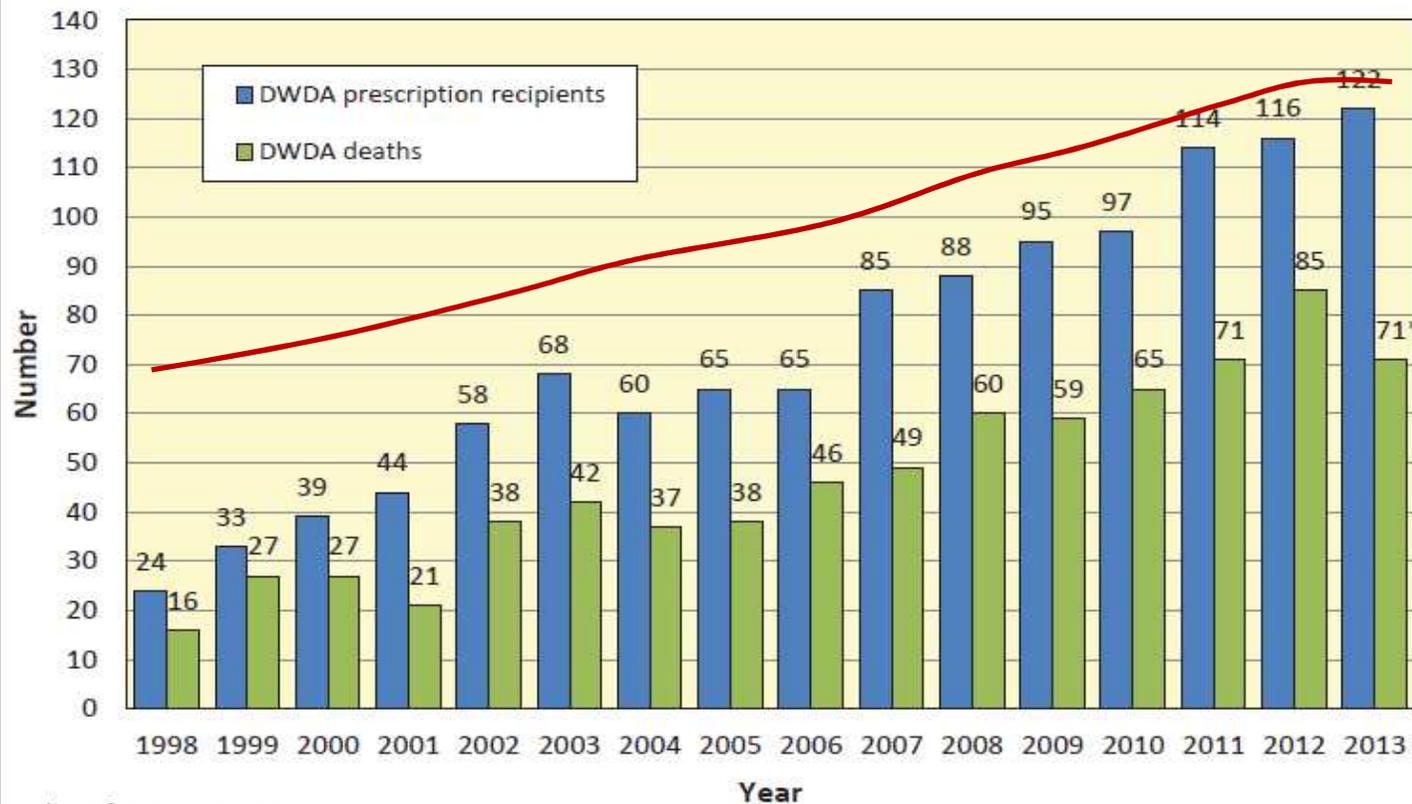
- **Bedingungen** für Rezept über letale Barbituratdosis:
 - *Patient volljährig, entscheidungsfähig, Wohnsitz in Oregon*
 - *Behandelnder und zweiter Arzt bestätigen unabhängig:
unheilbare Erkrankung, < 6 Mo Lebenserwartung, freiwillige Bitte,
Ausschluss psych. Krankheit, umfassende Aufklärung*
 - *Bei Zweifel an Freiverantwortlichkeit psychol. Gutachten*
 - *Mündliche Bitte wiederholt nach Bedenkzeit (15 Tage)*
 - *Schriftlicher Antrag, zwei Zeugen der Freiwilligkeit*

These: Suizidhilfe bei Ärzten am besten aufgehoben

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



Figure 1:
Oregon DWDA Prescription Recipients and Deaths*, 1998-2013



*As of January 22, 2014

**Bevöl-
kerung**

4 Mio

3 Mio

2 Mio

1 Mio

Oregon DWDA Report 2013



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Implementing a Death with Dignity Program at a Comprehensive Cancer Center

Elizabeth Trice Loggers, M.D., Ph.D., Helene Starks, Ph.D., M.P.H.,
Moreen Shannon-Dudley, M.S.W., L.I.C.S.W., Anthony L. Back, M.D.,
Frederick R. Appelbaum, M.D., and F. Marc Stewart, M.D.

*New Engl.
J Med*
2013;368:
1417-24

- Überregionales Krebszentrum in Seattle, WA
- 114 Anfragen in 34 Monaten (2009-2011)
- 39% abgelehnt oder für Weiterleben gewonnen
- 26% nahmen Abstand o. starben nach offiziellem Antrag
- 35% bekamen Rezept; 23% begingen Suizid

➔ 80% starben eines natürlichen Todes



Folgen der Regelung in Oregon (18 Jahre):

- Kein Hinweis auf sozialen Druck oder Ausweitung auf vulnerable Patientengruppen

DWDA Annual Reports, Battin MP et al. J Med Ethics 2007

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

Ganzini L et al, J Pain Symptom Manage 2009

- Kein Vertrauensverlust in Ärzte

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

- Palliativversorgung verbessert

Lindsay RA, AM J Bioeth 2009



Deutscher Bundestag
Beschluss am 6.11.2015

**Brand, Griese
et al.**

2. Lesung
306/599
Stimmen

3. Lesung
360/599

§ 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.



- = **Lex Kusch**: bezogen auf Einzelfälle („Hard cases make bad law“)
- **Gründe**: taktischer „Entwurf der Mitte“, scheinbar minimale Änderung, Morallobbyismus
- Entgegen der Lippenbekenntnisse auch **Ärzte** treffend:
 - *Ärzte handeln als Profession stets geschäftsmäßig*
 - *Gewissen ist keine „Eintagsfliege“*
 - *Abs. 2 schließt nur Angehörige und Freunde aus*
 - *Staatsanwalt MUSS schon bei Verdacht ermitteln*
 - *Berufsrecht, BtM-Recht bleiben restriktiv*

- **Verfassungsrechtliche Überprüfung** sicher:
 - *Bestimmtheitsgrundsatz eingehalten?*
 - *Warum wird etwas, das im Einzelfall zulässig ist, strafbar, wenn es wiederholt geschehen soll?*

- **Konsequenzen:**
 - *An den Situationen der Betroffenen und den Wünschen nach Suizidhilfe ändert sich nichts*
 - *Tabu im Arzt-Patient-Kontakt ↑ (∅ Suizidprävention)*
 - *Palliation bei „Sterbefasten“ unmöglich*
 - *Belastung/Zumutung für Angehörige*
 - *Verstärkt Suizidtourismus in die Schweiz*
 - *Mehr einsame gewaltsame Suizide*

- 29-40% der Ärzte können sich Suizidbeihilfe vorstellen

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

- 79% der Palliativkräfte wünschen keine Verschärfung des Strafrechts wie nun geschehen

DGP Umfrage 2015

- Ein berufsrechtliches Verbot befürwortet eine Minderheit (25% der Ärzte, 34% der Palliativfachkräfte)

Schildmann J DMW 2015, DGP-Umfrage 2015

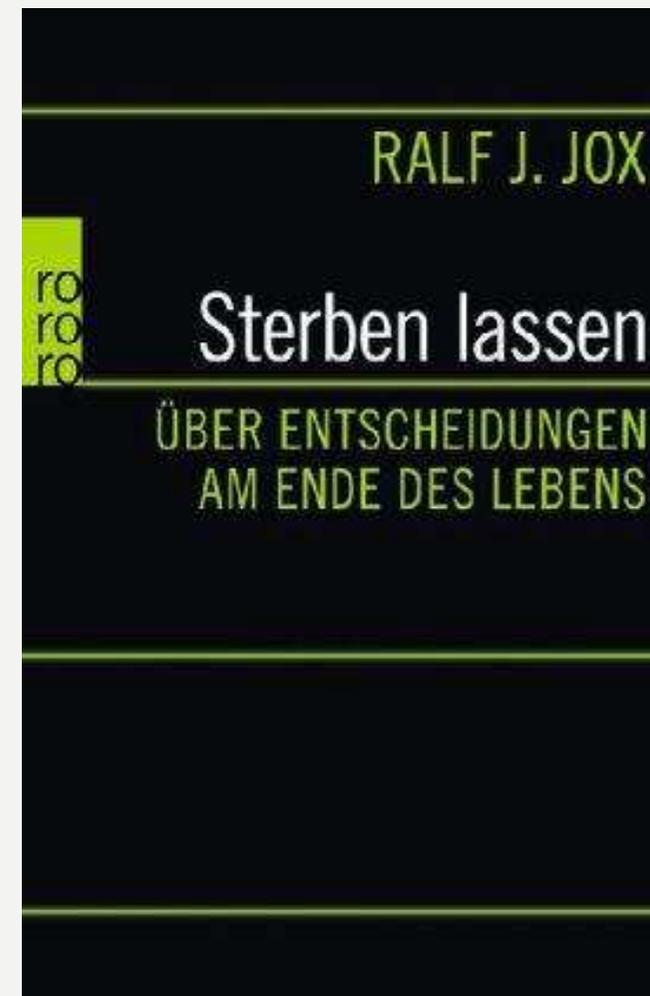
- Regelung mit strengen Bedingungen (ähnlich Oregon) befürworten 51% der Palliative Care Professionals in NRW

Thöns M et al. der niedergelassene arzt 2015



Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung:

Ein großer Schritt rückwärts (fast bis 1871), der nicht im Sinne der Betroffenen ist und keine tragfähige, sozial befriedende Lösung darstellt.





**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

R. Jox – 9. Straubinger Ethiktag

ralf.jox@med.lmu.de

17.10.2015

35