



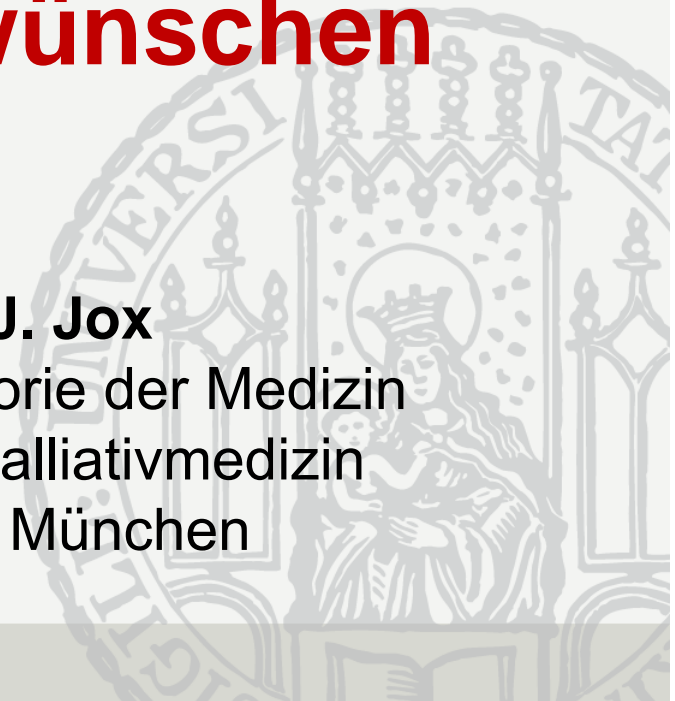
LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

2. Internationale Sylter Palliativtage
Westerland, 15. April 2013

Workshop: Umgang mit Suizidwünschen

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



1. Suizid und Suizidhilfe
2. Die Betroffenen
3. Umgang mit dem Einzelfall
4. Gesellschaftlicher Umgang

- 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

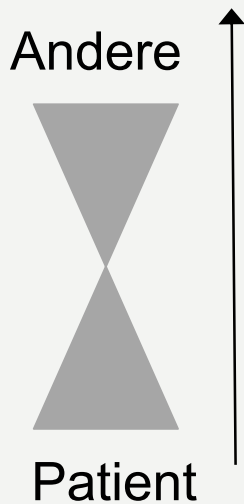
“My life can be summed up as dull, miserable, demeaning, undignified and intolerable (...) Why should I be denied a right, the right to die of my own choosing, when able-bodied people have that right and only my disability prevents me from exercising that right?”

- 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

Handlungskontrolle



Tötung auf Verlangen
= aktive Sterbehilfe

Assistierter Suizid

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

Suizid

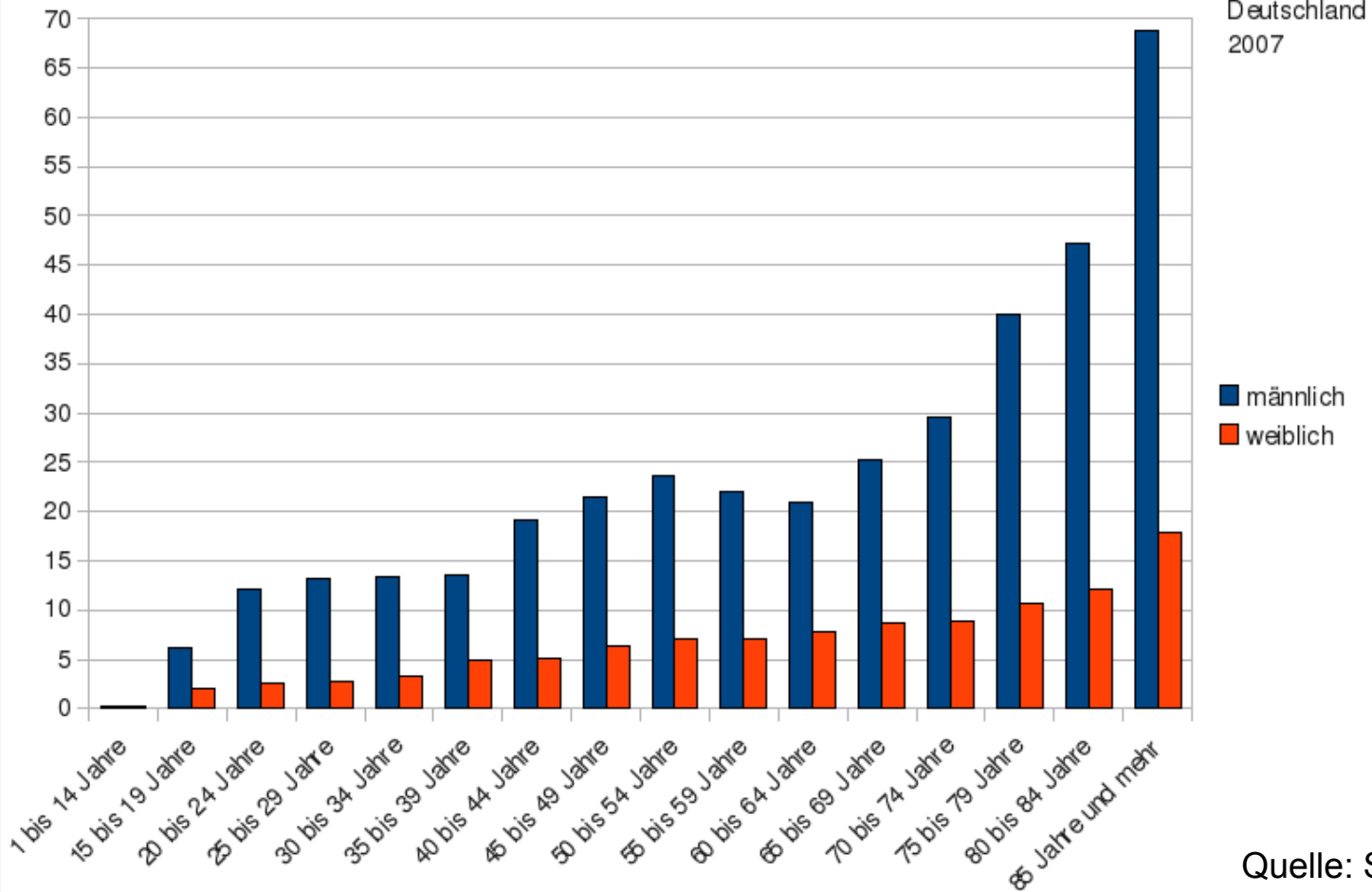


Assistierter Suizid/Suizidhilfe:

- 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

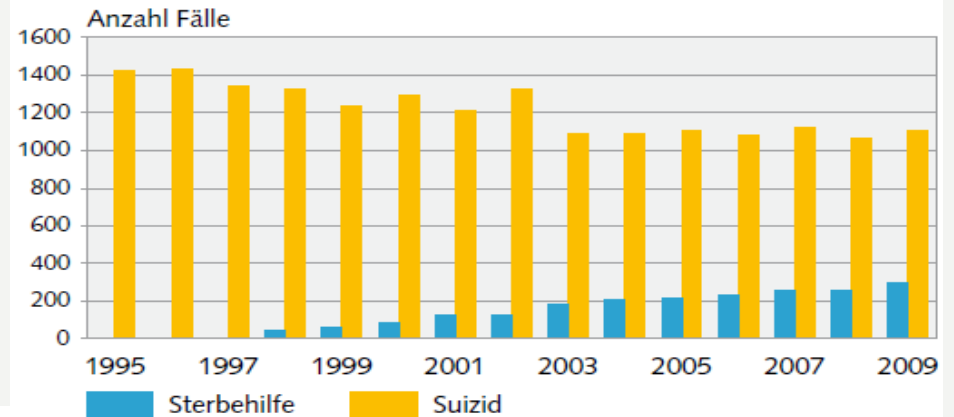


Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

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

Suizid und Sterbehilfe 1995–2009

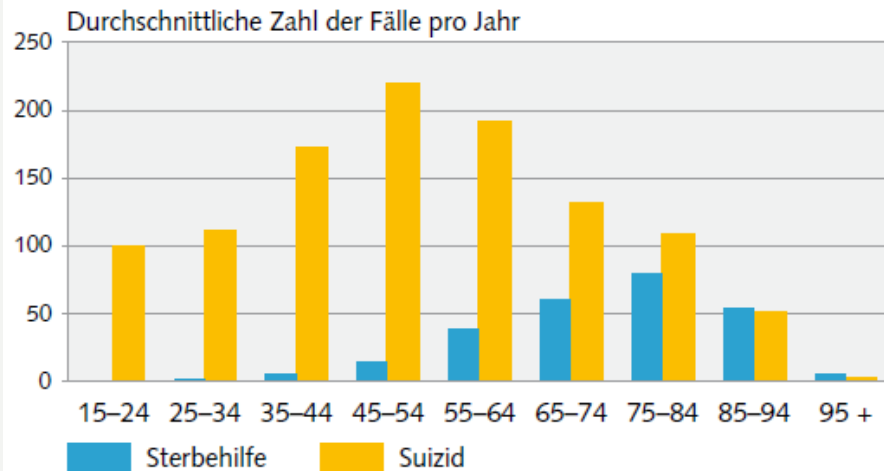
G 7



© BFS

Sterbehilfe und Suizid nach Alter 2006/2009

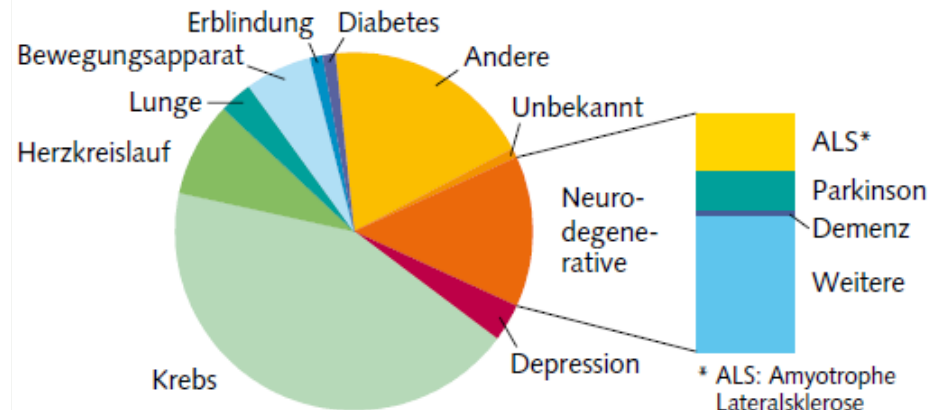
G 8



© BFS

Krankheiten bei Sterbehilfe 1998/2009

G 5



© BFS

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

Annual Report of the Oregon Government 2011

- **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

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

Schildmann Palliat Med 2010

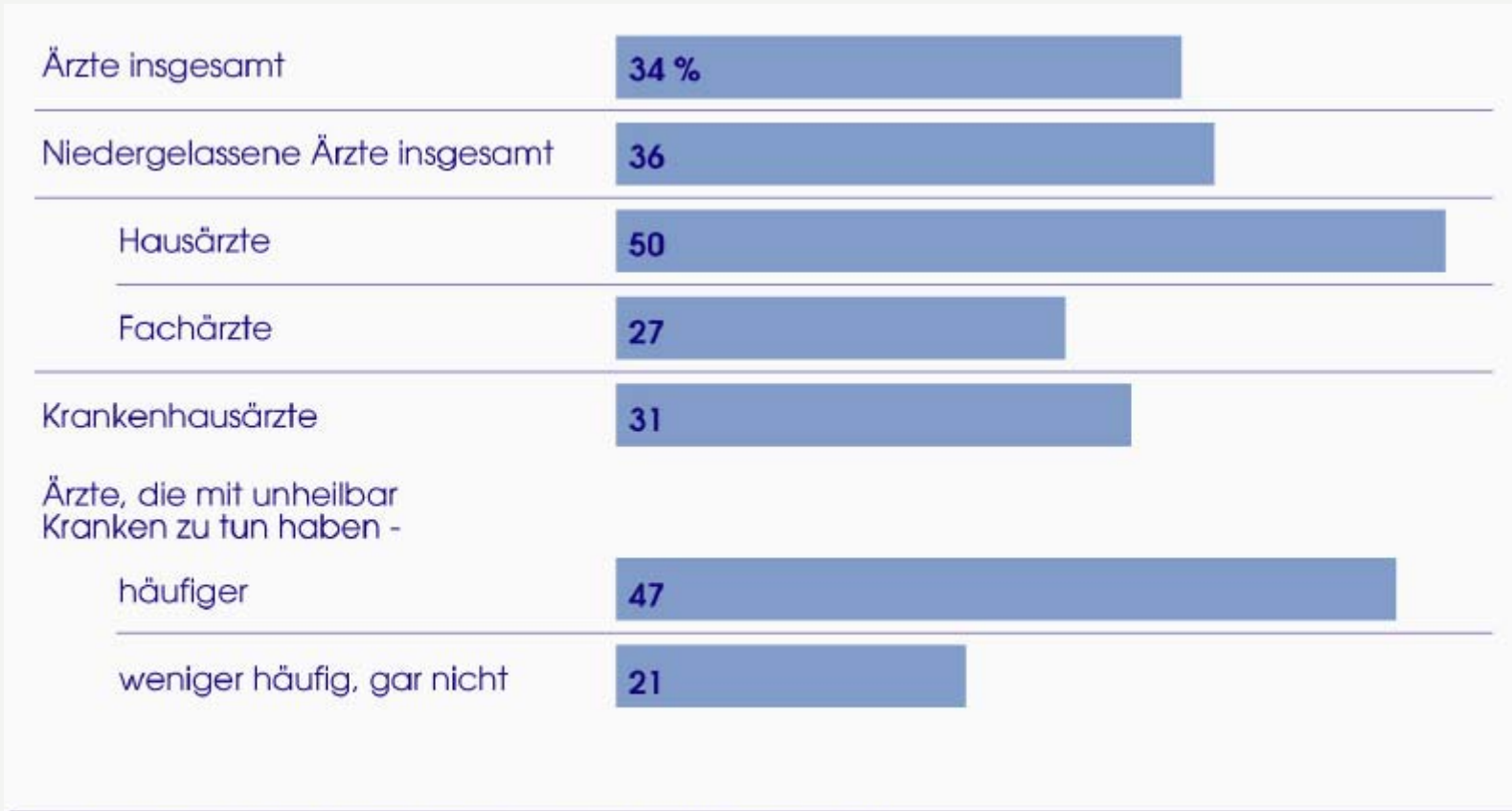
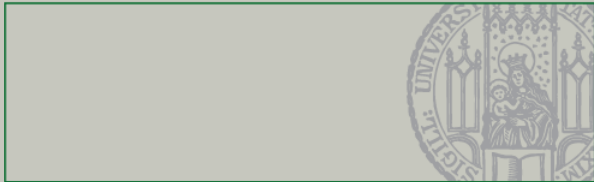
- Dr. Uwe Christian Arnold: 200 Fälle

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

© IfD-Allensbach

1. Suizid und Suizidhilfe
- 2. Die Betroffenen**
3. Umgang mit dem Einzelfall
4. Gesellschaftlicher Umgang



- 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

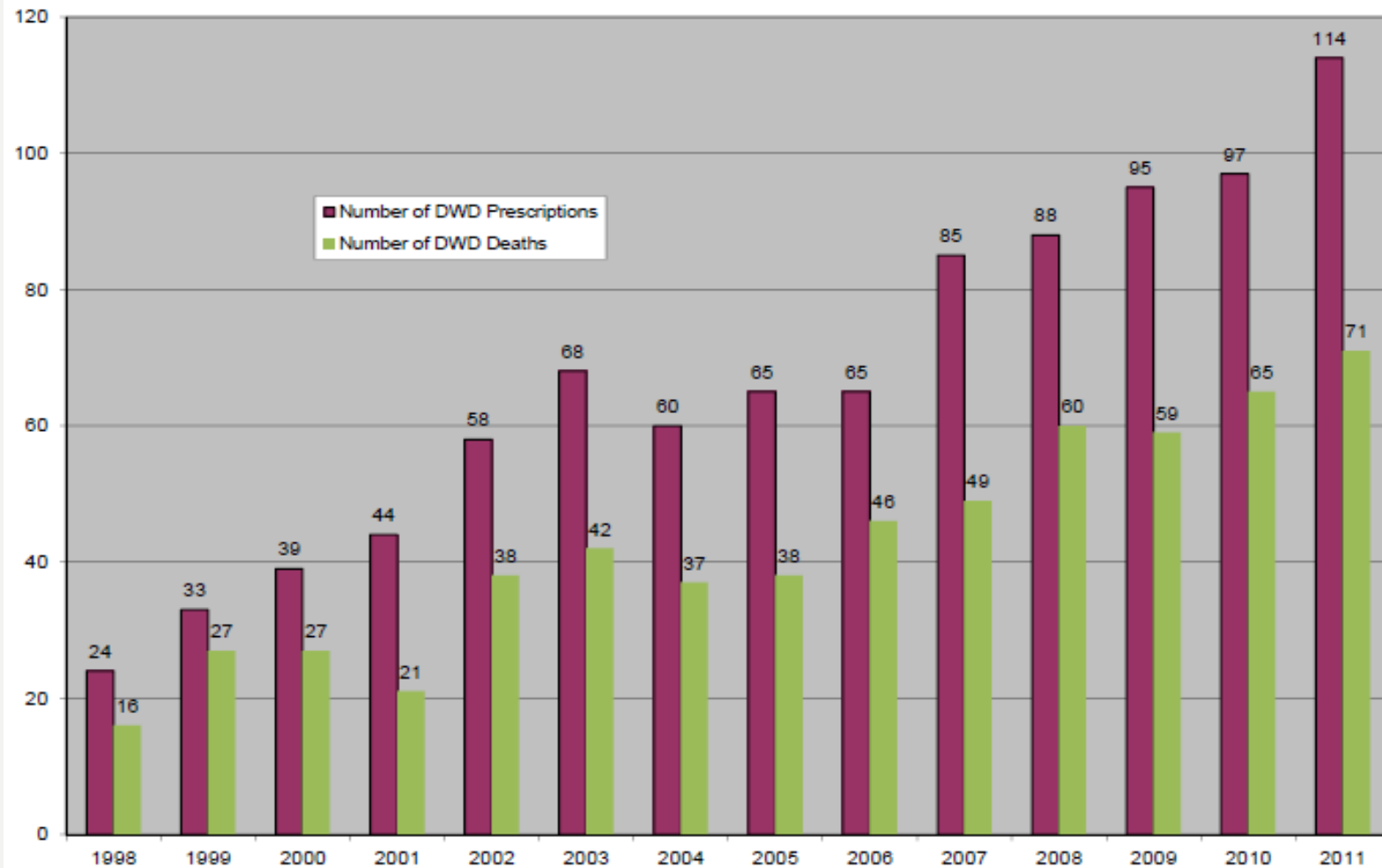
- Oregon: Depression bei 15/58 Personen (26%), die
Suizidbeihilfe wünschten – Ärztebefragung: 20%

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 Selbstständigkeit 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.



1. Suizid und Suizidhilfe
2. Die Betroffenen
- 3. Umgang mit dem Einzelfall**
4. Gesellschaftlicher Umgang



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CLINICAL DECISIONS
INTERACTIVE AT NEJM.ORG

Physician-Assisted Suicide

- John Wallace, 72 Jahre
- Diagnose: Metast. Pankreas-Ca (LK, Leber)
- Palliative Chemotherapie → *progressive disease*
- Schmerzen (opioidkontrolliert), Obstipation, Ikterus

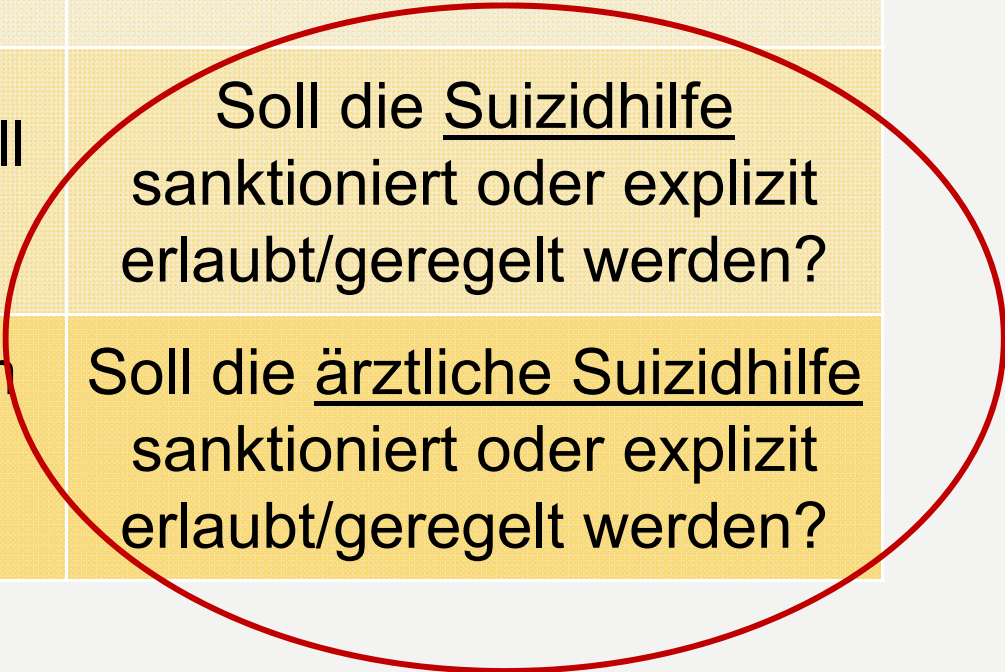


- Verheiratet 51 Jahre, 3 Kinder, 6 Enkel
- Lebt seit 23 Jahren in Salem (USA), Familie in Nähe
- Einwilligungsfähig, versteht Prognose
- Möchte nicht noch länger sinnlos leiden und will nicht in einen reaktionslosen Zustand geraten
- Spricht seinen Wunsch nach vorzeitigem Tod an: Angehörige zeigen Verständnis, signalisieren Hilfe
- Bittet seinen Arzt um Suizidhilfe (Rezept)

- 1. Welches sind Ihre unmittelbaren Intuitionen?**
- 2. Was würden Sie Herrn Wallace fragen bzw. noch wissen wollen?**
- 3. Welche Antworten hätten Sie für Herrn Wallace (Handlungsoptionen)?**

1. Suizid und Suizidhilfe
2. Die Betroffenen
3. Umgang mit dem Einzelfall
- 4. Gesellschaftlicher Umgang**

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





- 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 (Hälfte übernahm den Satz nicht)
- Berlin: VG untersagte den Satz (30.3.2012, VG 9 K 63.09)
- Sanktionen?



- Regierungsentwurf, BMJ
- 1. Lesung im Bundestag 30.11.2012 → 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.

- 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



- Ist auch der Arzt eine „nahestehende Person“?
- Implizite Legalisierung oder Förderung der nicht-gewerbsmäßigen Suizidhilfe?
- Würde das Gesetz seinen Zweck erreichen? Besser fremdbestimmte Verleitung zum Suizid bestrafen?
- „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



- 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	

- 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

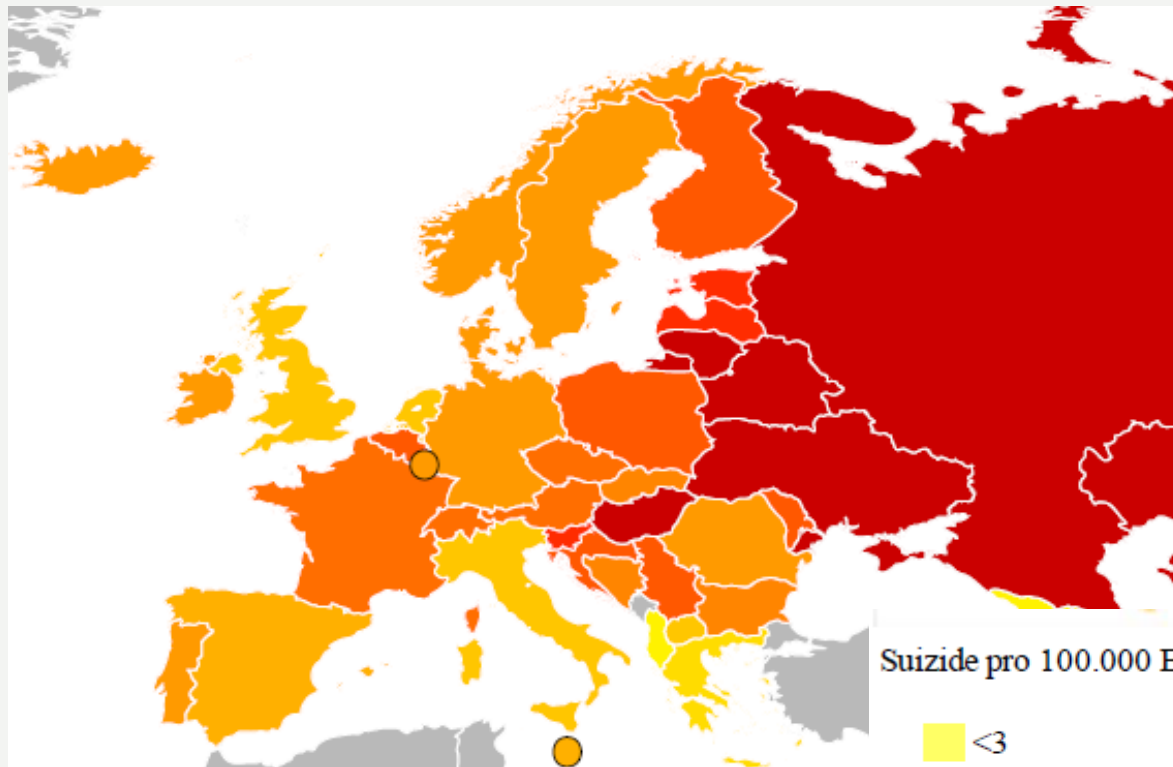
Ganzini L et al, J Pain Symptom Manage 2009

- Vertrauensverlust empirisch und theoretisch unhaltbar

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

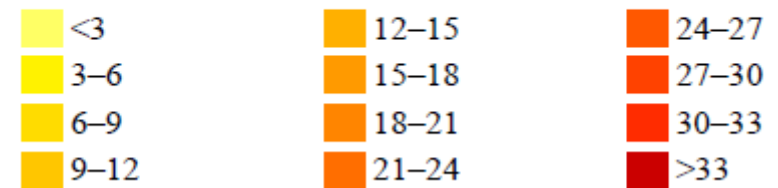
- Palliativversorgung verbessert

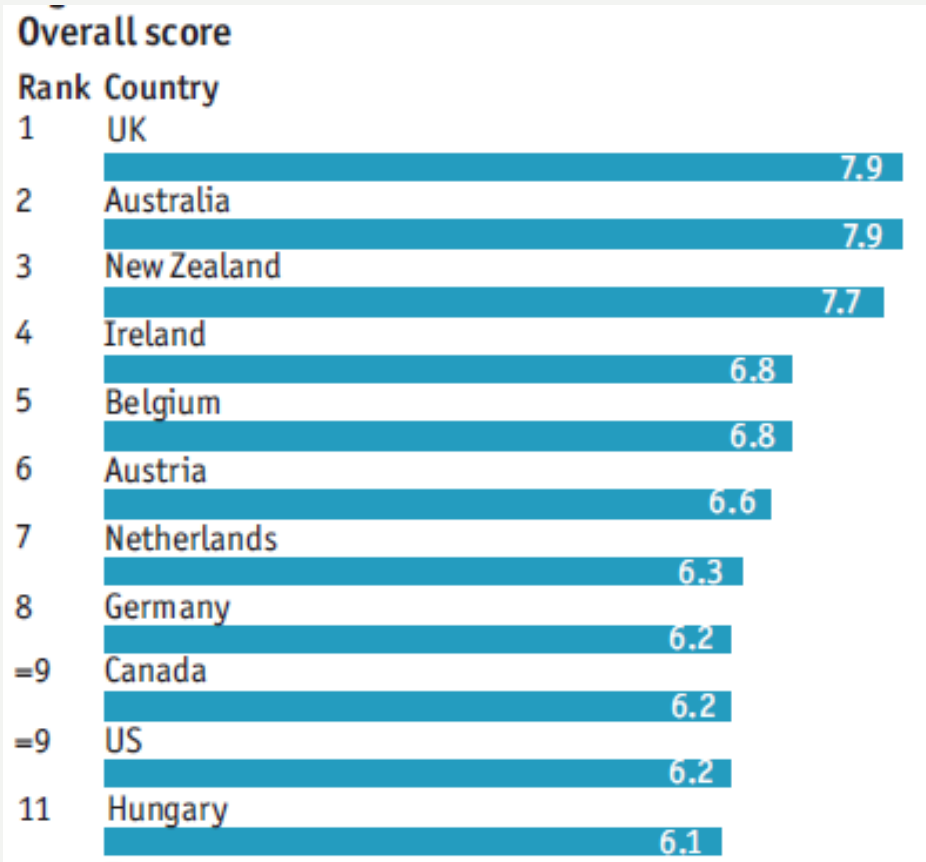
Lindsay RA, AM J Bioeth 2009



Quelle:
WHO 2002

Suizide pro 100.000 Einwohner 2004.^[1]





Economist Intelligence Unit The Economist

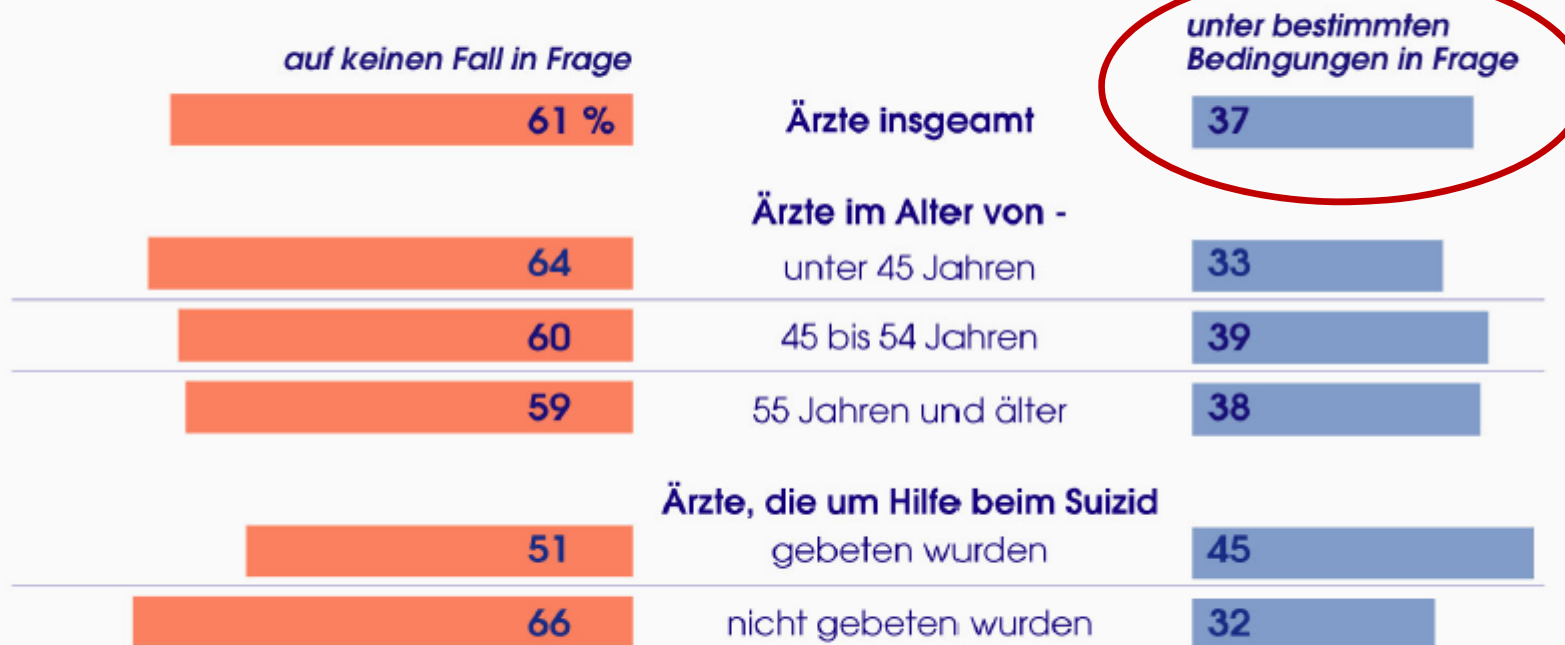
The quality of death
Ranking end-of-life care across the world

Quelle: The Economist 2010



Frage: "Käme es für Sie unter bestimmten Bedingungen in Frage, einen Patienten beim Suizid zu unterstützen, ihm also tödliche Medikamente zur Verfügung zu stellen, die dieser dann selbst einnimmt, oder käme das auf gar keinen Fall in Frage?"

Eine Unterstützung beim Suizid käme -



Auf 100 fehlende Werte = Unentschieden

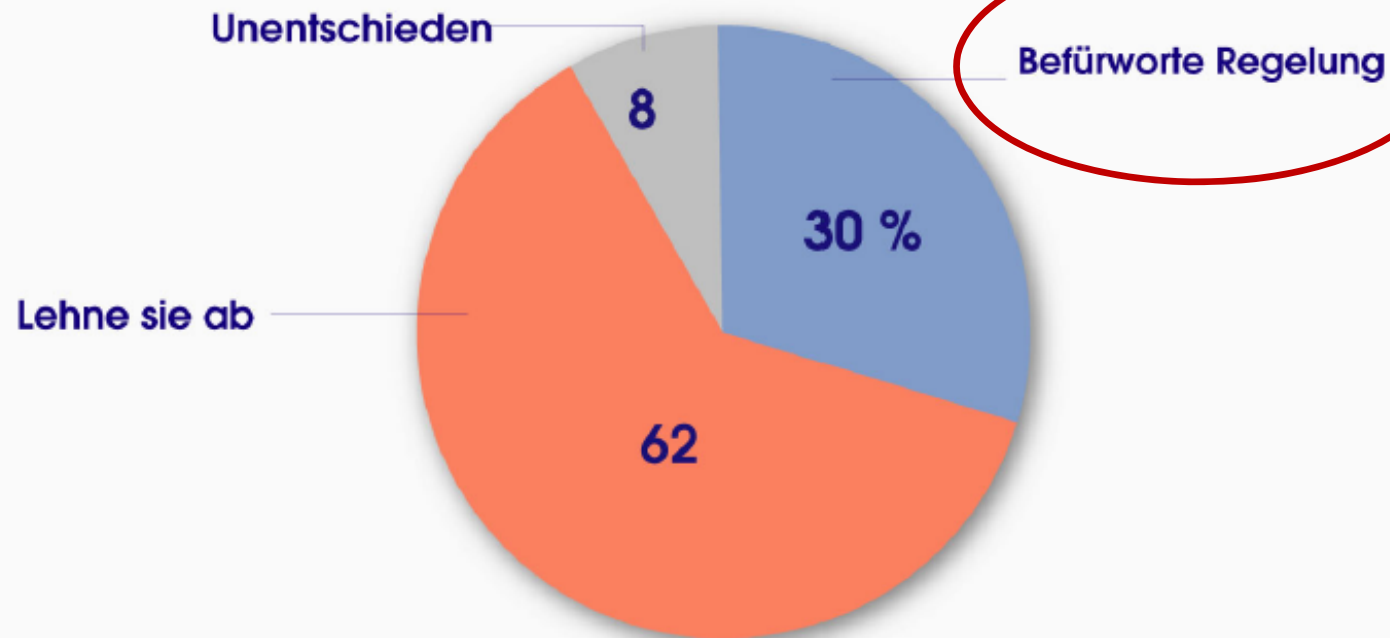
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009

© IfD-Allensbach

Einstellung deutscher Ärzte



Frage: "Es wird über eine Regelung diskutiert, die es dem Arzt erlaubt, einen unheilbar Kranken beim Suizid zu unterstützen, z.B. indem er ihm tödliche Medikamente verschafft, die dieser dann selbst einnimmt. Befürworten Sie eine solche Regelung für einen ärztlich begleiteten Suizid, oder lehnen Sie das ab?"



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

© IfD-Allensbach

**Und was ist
Ihre Meinung?**



**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**