



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

1. Fachtag Ethik

„Medizinethik aktuell: welche Grenzen hat unsere Freiheit?“

Wien, 11. März 2016

Assistierter Suizid im internationalen Vergleich

PD Dr. Dr. Ralf J. Jox

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



1. Ausgewählte gesetzliche Regelungen
2. Aktuelle Situation in Deutschland
3. Internationaler Forschungsstand

Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act 2002



- Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung
- Zustand medizinisch aussichtslos, unerträgliches Leiden
- Ärztl. Aufklärung über Alternativen, 4-Augen-Prinzip
- Urteilsfähige ab 12. LJ (12-15 J: mit elterlicher Zustimmung)
- Meldung an Leichenschauer, Kontrollkommission
- Euthanasie-Verfügung ab dem 16. LJ möglich



- Tötung auf Verlangen (97%) >> Suizidbeihilfe (3%)
- 12x mehr „Sterbehilfe“ pro Todesfällen als in Oregon
- Mehr Meldungen (18% → 80%), daher faktische Zunahme eher mäßig
Onwuteaka-Philipsen et al. Lancet 2012
- Vermehrt Ausweitung der „Indikationen“ auf Demenzkranke im Frühstadium bzw. anderen psychischen Krankheiten

Analyse von 66 Euthanasiefällen bei psych. Leiden 2011-2014:

- 55% Chron. Depressionen, oft (zudem) Persönlichkeitsstörungen
- 41% durch Psychiater durchgeführt, 27% von fremden Ärzten
- In 11% keine psychiatrische Evaluation, in 24% Dissens der Ärzte

Kim SYH et al. JAMA Intern Med 2016



Loi du 16 mai 2002 relative à l'euthanasie



- Regelung analog der niederländischen
- Gesetz 2014 Ausweitung auf urteilsfähige Minderjährige:
 - *nur im Endstadium einer tödlichen Krankheit*
 - *schriftliche Zustimmung der Eltern*
 - *Gutachten eines Kinder-/Jugendpsychiaters/-psychologen*
- Häufigkeit insgesamt stark ansteigend
- Diskussion vor allem über Euthanasie bei psych. Leiden



Wer **aus selbstsüchtigen Beweggründen** jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird , wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

Art. 115, StGB-CH



- Keine gesetzliche Einzelfallregelung
- Gespaltene Haltung der Ärzteschaft
- Praxis v.a. durch Vereine mit Hilfe weniger Ärzte
- Exit: immer mehr Hochbetagte ohne Krankheit

Fischer S et al. J Med Ethics 2008;34:810-4

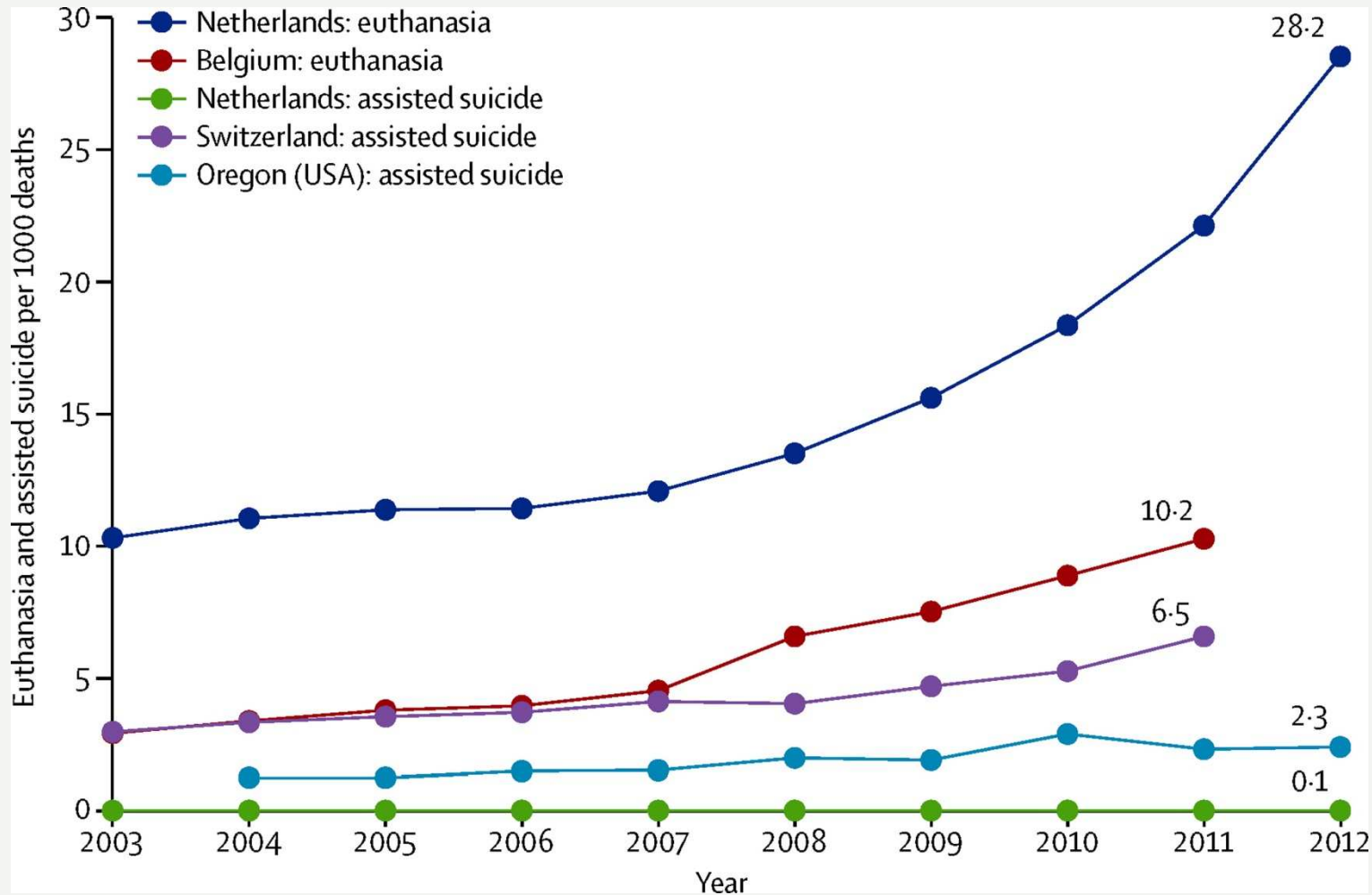


- Flächenstaat, Westküste, 3,7 Mio Einwohner
- 22% deutschstämmig, 25% atheistisch, seit 88' *Blue State*
- 1994 Bürgerinitiative: Volksentscheid angenommen
- Oregon Death With Dignity Act 1997

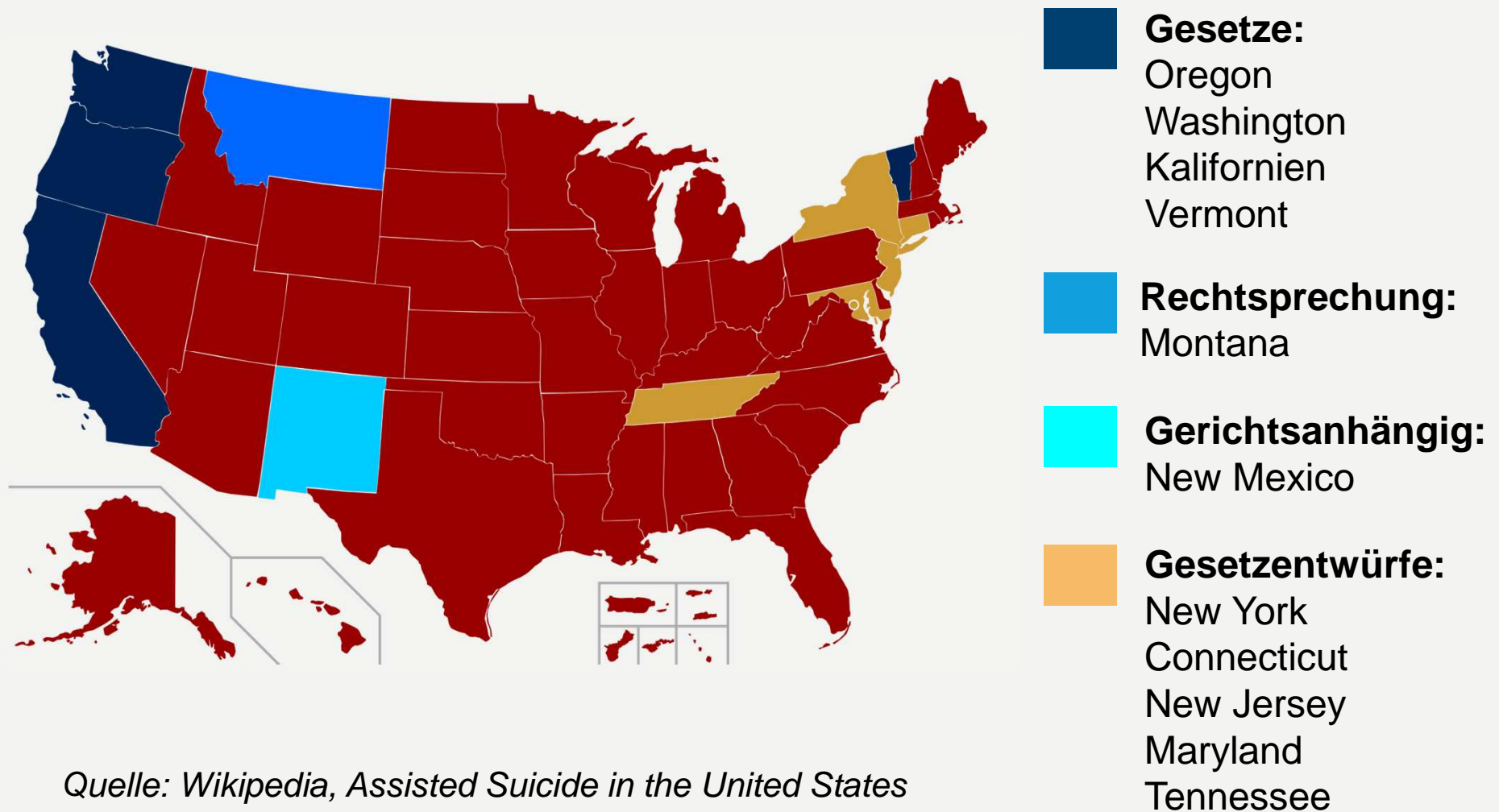


▪ **Bedingungen** für Rezept über letale Barbituratdosis:

- *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*



Gamondi C et al. *The Lancet* 2014





- 1992-2006 vier gescheiterte Gesetzesentwürfe
- „California End of Life Option Act 2015“
- Ähnlich dem Oregon-Gesetz außer:
 - *Arzt muss das Gespräch mit dem Patienten alleine führen*
 - *Nicht englischsprachige Patienten können Dolmetscher nutzen*
 - *Nicht benutzte Medikamente müssen abgegeben werden*
 - *Gesetz verliert Gültigkeit am 1.1.2026 (falls nicht erneuert)*
- California Medical Association: neutrale Haltung
- Medikament nicht von der Krankenversicherung erstattet



In the end, I was left to reflect on what I would want in the face of my own death. I do not know what I would do if I were dying in prolonged and excruciating pain. I am certain, however, that it would be a comfort to be able to consider the options afforded by this bill. And I wouldn't deny that right to others.



- Suizidhilfe und Tötung auf Verlangen bisher strafbar
- Supreme Court Feb 2016: *Canada v. Carter*
→ Verbot verfassungswidrig, suspendiert für 1 Jahr
- Aktuell nationales Gesetz zur Suizidhilfe in Vorbereitung
- 29.2. erster assistierter Suizid (Vancouver) mit gerichtlicher Erlaubnis
- Juni 2014: Quebec Medical Aid in Dying Law
→ enthält Förderung der Palliative Care
→ erlaubt Suizidhilfe und Tötung auf Verlangen

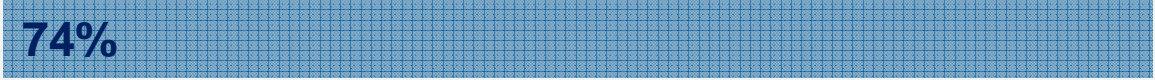
1. Internationale Regelungen
- 2. Aktuelle Situation in Deutschland**
3. Internationaler Forschungsstand



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

© IfD-Allensbach

Ärzte in der DGP



DGP-Umfrage 2015, n=1831



- 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

- Kritik an Sterbehilfeorganisationen: Anpreisung, missionarischer Eifer, überhöhte Kostenforderungen, unwürdige Umstände/Methoden, medizinische Laien
- 2012 BMJ: Gesetzesentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Suizidhilfe
- 2014 Regelungsvorstoß durch Bundesgesundheitsminister Gröhe (CDU)



L.A. Minelli, Dignitas



R. Kusch, SterbeHilfe



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*
 - *Mehr einsame gewaltsame Suizide*
 - *Verstärkt Suizidtourismus in die Schweiz*



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

1. Internationale Regelungen
2. Aktuelle Situation in Deutschland
- 3. Internationaler Forschungsstand**



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*

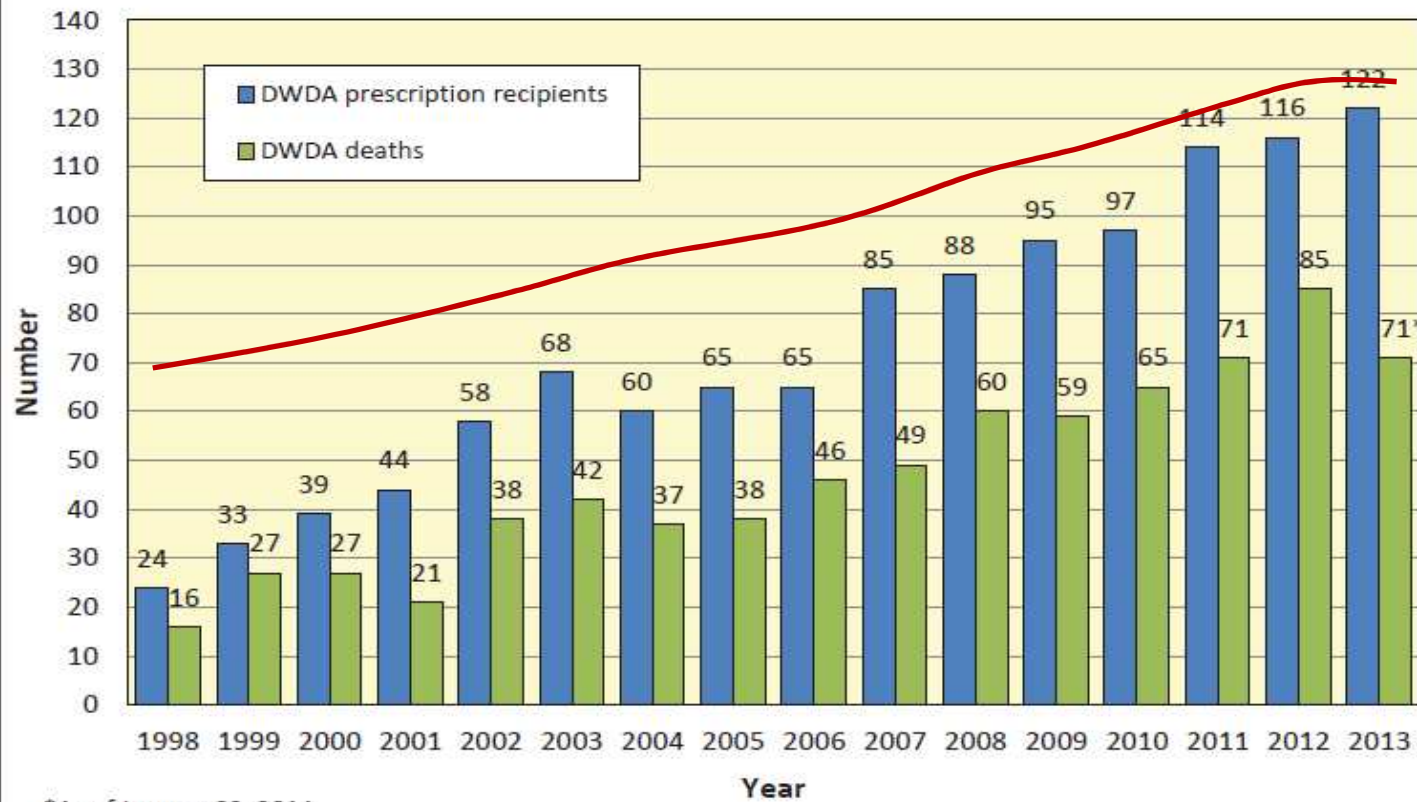
Ganzini L et al, J Gen Int Med 2008

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

Pestinger M et al. Palliat Med 2015



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

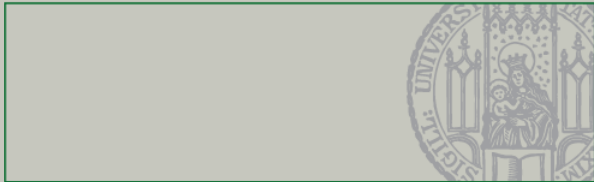


*As of January 22, 2014

**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

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

- 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





**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

ralf.jox@med.lmu.de