

Aktive Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid: Grenzüberschreitung oder gebotene Hilfe für Schwerstkranke?

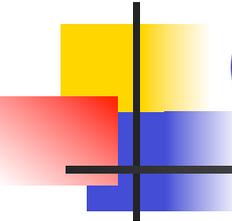
Georg Marckmann

Ludwig-Maximilians-Universität

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

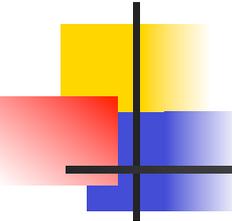
Fortbildungsreihe / Pflichtwahlseminar „Klinische Ethik“

Klinikum Großhadern, 28.06.11



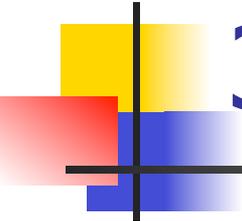
Gliederung

- Begriffliche Unterscheidung: Aktive, passive & indirekte Strebehilfe, ärztliche Suizidbeihilfe
- Ärztliche Suizidbeihilfe: Ethische Argumente für und wider
- Suizidbeihilfe in der Schweiz
- Aktive Sterbehilfe: Ethische Argumente für uns wieder
- Euthanasie in den Niederlanden
- Fazit



Fall 1

- 25j. Patient, verh. 2 Kinder:
 - Z.n. Chronisch Myeloischer Leukämie (CML, ED vor 2,5 Jahren)
 - allogene Stammzelltransplantation vor 2 Jahren
 - CML seither in Remission
- Komplikationen:
 - Irreversibler Lungenschaden (Bronchiolitis obliterans)
 - Pulmonale Aspergillose (ED vor 1 Jahr), aktuell pulmonale Streuung, therapieresistent
- Aufnahme aktuell mit respiratorischer Insuffizienz
- Zunächst CPAP, dann Intubation bei zunehmender respiratorischer Insuffizienz, später Tracheotomie
- Transplantationschirurgen: Lungentransplantation aussichtslos
- Patient lehnt Heimbeatmung ab, möchte lieber sterben
- Soll/darf man dem Wunsch des Patienten nachkommen?



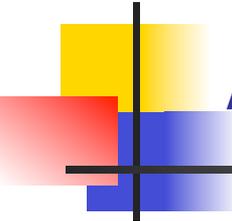
3 Haupttypen der Sterbehilfe

unter best.
Bed. erlaubt

- **Passive Sterbehilfe**
Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen
 - **Indirekte (aktive) Sterbehilfe**
Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenfolge einer medizinisch notwendigen Behandlung
-

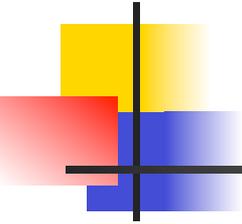
Verboten
(StGB)

- **(Direkte) aktive Sterbehilfe**
Tötung auf Verlangen

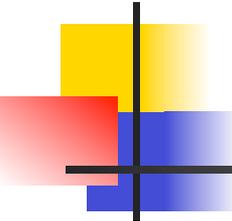


Ärztliche Suizidbeihilfe

- Arzt stellt Betroffenenem Medikament (z.B. Barbiturat) in letaler Dosierung zur Verfügung
- Betroffener nimmt das Medikament *selbst* zu sich („Selbsttötung“)
- „Tatherrschaft“ bleibt beim Betroffenen!

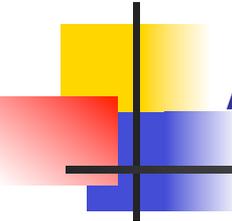


Problembereich Ärztliche Beihilfe zum Suizid



Fall 2

- 84-jährige Patientin, altersentsprechender Allgemeinzustand
- Seit 1,5 Jahren: behinderte Nasenatmung, Schmerzen im Nasen-Rachen-Bereich → Schmerzmedikamente
- Lähmung des Gesichtsnervs rechts
- Bösartiger Tumor im Nasen-Rachen-Raum (Nasopharynx-Ca), bereits in Schädelbasis eingedrungen
- 5-Jahres-Überlebensrate: ca. 30% bei hoch dosierter Bestrahlung + Chemotherapie
- Pat.: Habe mein Leben gelebt, „einschlafen“ wäre auch in Ordnung
- Wiedervorstellung nach 2 Wochen: Pat. bedauert, „dass einem in D niemand eine Mittel zum Sterben gibt“
- Schließlich Zustimmung zur Bestrahlung
- Pat. stürzt sich am Wochenende vom Balkon und stirbt

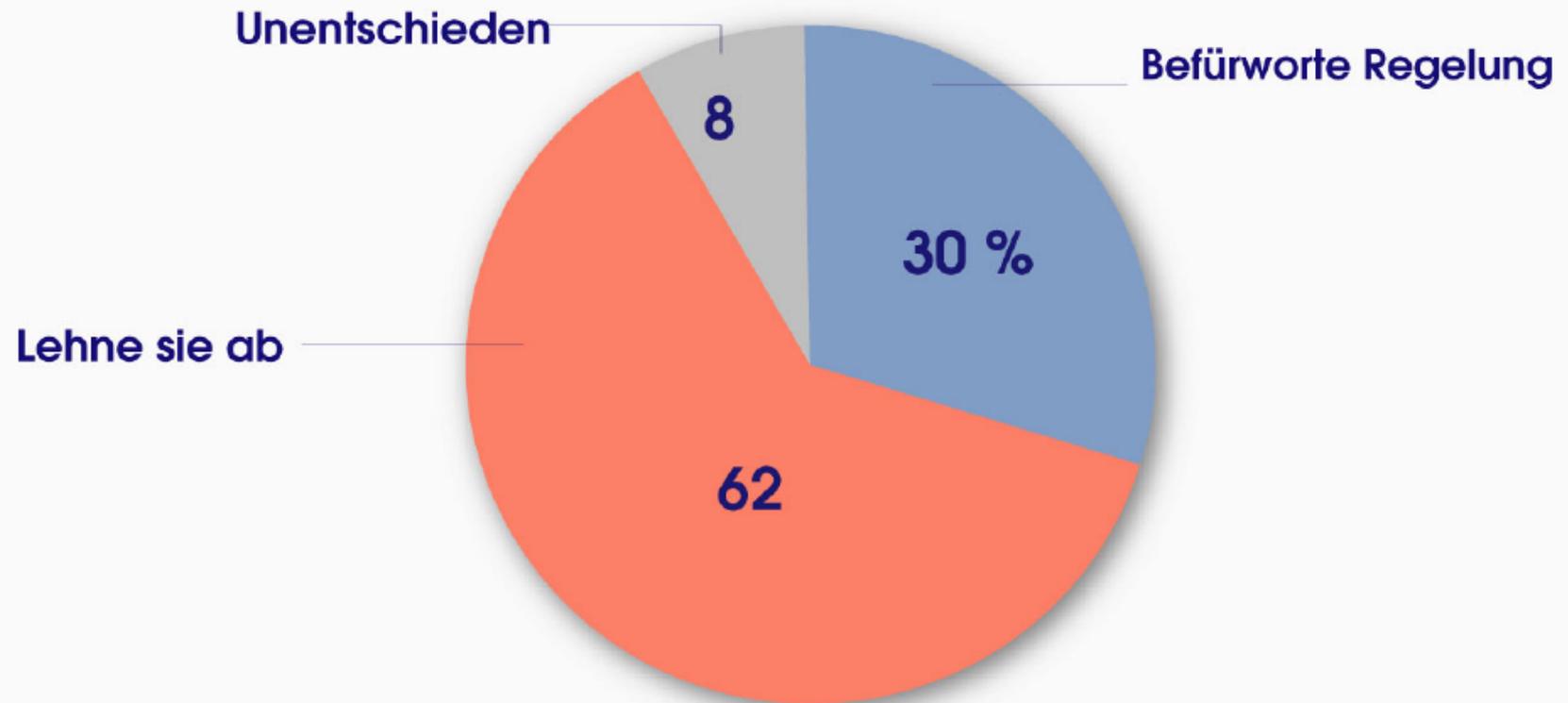


Ärztliche Beihilfe zum Suizid

- Beihilfe zum Suizid ist in D nicht strafbar (Suizid ≠ Straftatbestand!)
 - Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004):
 - „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“
 - Neufassung der „Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (DÄ 18.02.2011)
 - “Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe” (Präambel)
 - Deutscher Ärztetag in Kiel (01.06.2011) ändert Musterberufsordnung (MBO)
 - „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.**“ (§16)
- Ärztliche Suizidbegleitung *berufsrechtlich* unzulässig!

Weit überwiegend Ablehnung einer Legalisierung eines ärztlich begleiteten Suizids

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?"





ASSISTIERTER SUIZID

Die ethische Verantwortung des Arztes

Das vermeintlich starke Argument der Autonomie führt in der Sterbehilfepraxis vielmehr zu einer Entmündigung und Schwächung der Patientenrechte. Am Ende steht die Perversion der idealisierten „Freiheit zum Tod“ in eine „Unfreiheit zum Leben“.

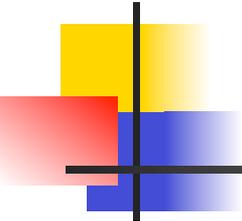
Fuat S. Oduncu, Gerrit Hohendorf

Nach kontroverser Debatte, aber doch mit klarer Mehrheit hat der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel eine Änderung der (Muster-) Berufsordnung beschlossen, in der es nunmehr heißt: „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 leis-

Verantwortung für die Gesundheit, das Leben und das Wohl des Patienten konkretisiert (7–9).

Es ist eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung, ob sich der Arzt an Handlungen beteiligen soll, die auf die Herbeiführung des Todes eines Menschen abzielen. Einer solchen Handlung liegt – ob gewollt oder ungewollt – in normativer Hinsicht ein Urteil über den Wert des Lebens, das beendet wird, zu-

umgehen, ob der Arzt – sieht er sich nicht einfach nur als Instrument des Patienten – die Verneinung des Lebenswertes durch den Patienten notwendigerweise teilen muss, wenn er am Suizid mitwirkt. Insofern ist die Suizidassistenz des Arztes (zum Beispiel durch Bereitstellen eines tödlichen Medikaments) etwas anderes als das Zulassen eines Suizids oder der Abbruch vom Patienten nicht mehr gewünschter



Ethische Argumente

- Pro

- Selbstbestimmung des Patienten
- Wege zur Suizid-Vermeidung eröffnen!!

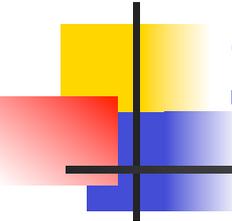
- Kontra (vgl. Oduncu/Hohendorf DÄ 2011)

- menschliches Leben hat für den Arzt „eigenen Wert und eine eigene Würde“
⇒ passive Sterbehilfe? Paternalismus?
- Widerspricht dem ärztlichen Ethos
⇒ ? – Wird nur konstatiert und nicht begründet!
- Zugrundeliegende Motive: soziale Vereinsamung, Angst vor Abhängigkeit & Pflegebedürftigkeit, Leid & Verzweiflung
⇒ Palliative Versorgung verbessern ⇒ ja!!
⇒ Aber: kein *kategorisches* Gegenargument!
(Und: Verbot der Suizidbeihilfe verbessert nicht palliative Betreuung!)
- Palliativmedizinische Versorgung optimieren ⇒ keine Suizidwünsche
⇒ empirisch plausibel?
- „Entmündigung und Schwächung der Patientenrechte“ ⇒ ??
- Schiefe Ebene: Anzahl ↑, Suizid ohne Verlangen
⇒ NL: leichter Rückgang von PAS & VAE (van der Heide et al. 2007)

van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007;356(19):1957-65.

Table 1. Frequencies of Euthanasia, Assisted Suicide, and Other End-of-Life Practices in the Netherlands, According to Year.*

Variable	1990	1995	2001	2005
No. of studied deaths†	5197	5146	5617	9965
No. of questionnaires	4900	4604	5189	5342
Most important practice that possibly hastened death — % (95% CI)				
Euthanasia	1.7 (1.5–2.0)	2.4 (2.1–2.6)‡	2.6 (2.3–2.8)‡	1.7 (1.5–1.8)
Assisted suicide	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)‡	0.1 (0.1–0.1)
Ending of life without explicit request by the patient	0.8 (0.6–1.0)‡	0.7 (0.5–0.9)‡	0.7 (0.5–0.9)	0.4 (0.2–0.6)
Intensified alleviation of symptoms	18.8 (17.9–19.9)‡	19.1 (18.1–20.1)‡	20.1 (19.1–21.1)‡	24.7 (23.5–26.0)
Withholding or withdrawing of life-prolonging treatment	17.9 (17.0–18.9)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	15.6 (15.0–16.2)
Total	39.4 (38.1–40.7)‡	42.6 (41.3–43.9)	43.8 (42.6–45.0)	42.5 (41.1–43.9)
Continuous deep sedation§	NA	NA	NA	8.2 (7.8–8.6)

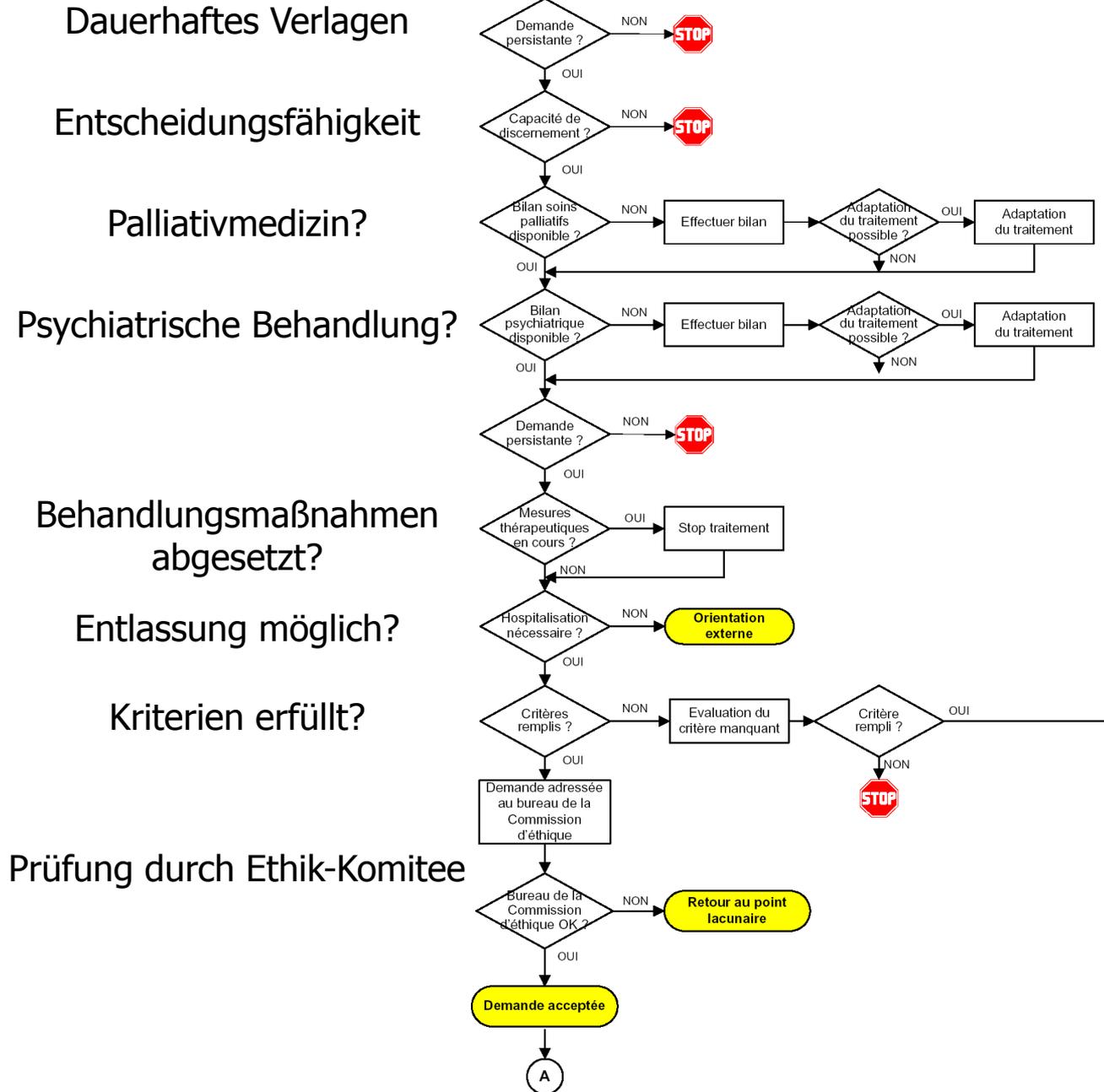


SAMW-Richtlinien (2005)

- Dilemma: Suizidbeihilfe keine ärztliche Tätigkeit ⇔ Achtung des Patientenwillens
- Persönliche Gewissensentscheidung des Arztes
 - „Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren.“
- Voraussetzungen
 - Lebensende ist nahe
 - Alternativen wurden erörtert und eingesetzt
 - Patient ist urteilsfähig, Wunsch ist wohlwogen, ohne äußeren Druck und dauerhaft, von unabhängiger Drittperson überprüft
- Den letzten Akt der zum Tode führenden Handlung muss der Patient selbst durchführen!
- Ermöglicht Abwägung von Autonomie- und Wohltuns-Verpflichtungen im Einzelfall!

Evaluation d'une demande d'assistance au suicide

(Universitätsspital Lausanne)



Dauerhaftes Verlangen

Entscheidungsfähigkeit

Palliativmedizin?

Psychiatrische Behandlung?

Behandlungsmaßnahmen abgesetzt?

Entlassung möglich?

Kriterien erfüllt?

Prüfung durch Ethik-Komitee

Patient Mitglieder einer Sterbehilfeorganisation?

Einschalten der Sterbehilfeorganisation

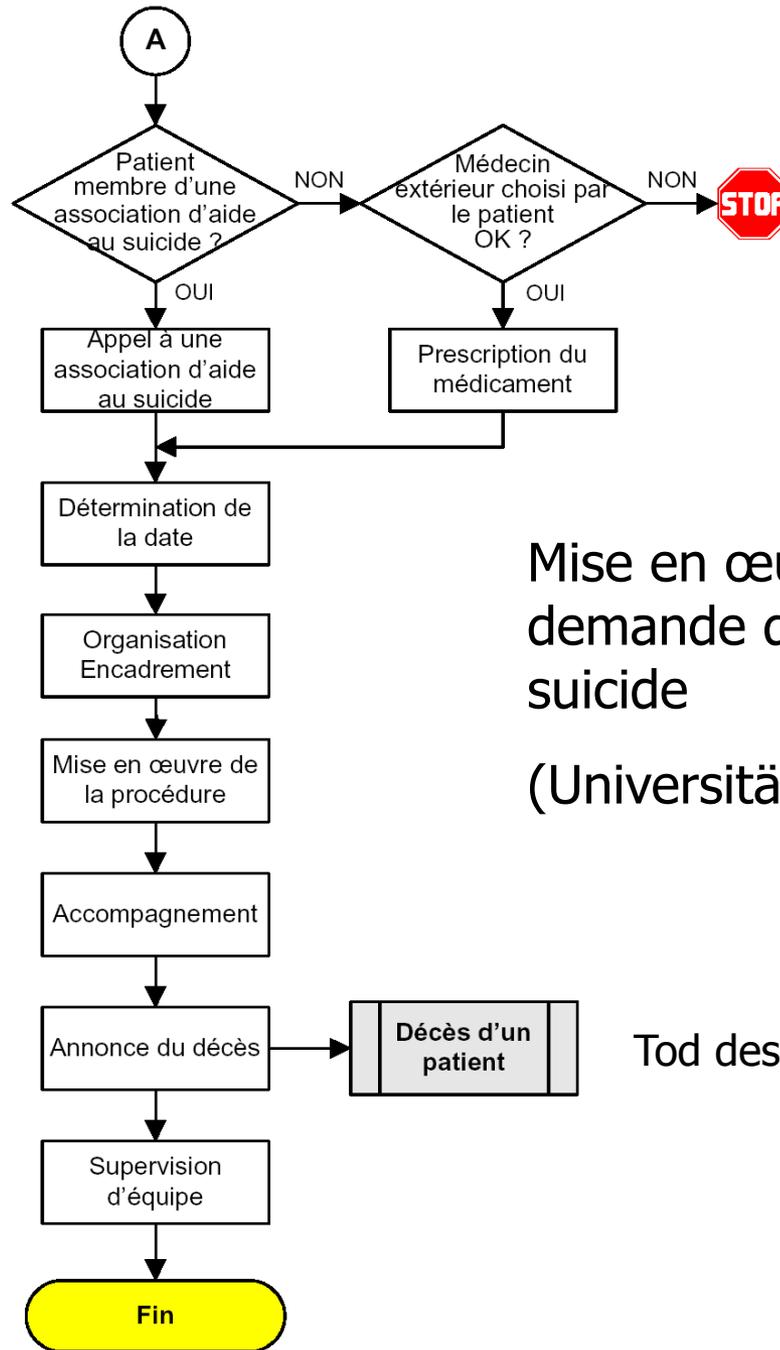
Zeitpunkt festlegen

Durchführung der „Prozedur“

Begleitung

Supervision des Teams

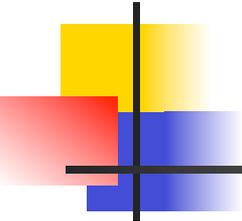
Ende



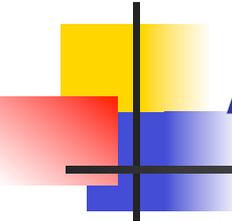
Mise en œuvre d'une demande d'assistance au suicide

(Universitätsspital Lausanne)

Tod des Patienten

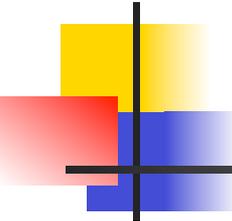


Problembereich Aktive Sterbehilfe



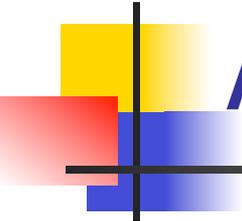
Aktiv vs. passiv: Anfragen

- (1) Kann in der Praxis immer – **deskriptiv** – eindeutig zwischen aktiv und passiv unterschieden werden?
- (2) Ist die Unterscheidung aktiv-passiv für die moralische Bewertung – **normativ** – relevant?



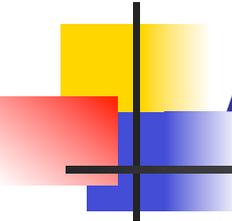
Fall 3

- 82jähriger Pat. mit großer intrazerebraler Blutung
- Intensivstation: zunächst sediert & beatmet, dann Extubation möglich
- Pat. ist bewusstlos, nicht ansprechbar, Prognose sehr schlecht, Neurochirurgen: keine OP-Indikation
- Entscheidung: keine lebensverlängernden Maßnahmen
- Internisten: Medikamente ab, keine Infusionstherapie
⇒ verlängert Sterbeprozess
- Neurochirurgen: hypotone NaCl-Infusion
⇒ verstärkt Hirnödem ⇒ rascher "friedlicher Tod" durch Einklemmen
- Aktive oder passive Sterbehilfe?
- Welche Behandlungsstrategie ist ethisch geboten?



Aktiv-passiv Unterscheidung

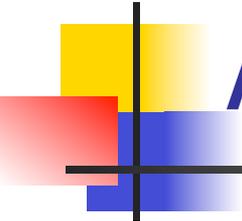
- **Deskriptiv** in der Praxis häufig schwierig
- **Normativ** für die Beurteilung des Einzelfalls nicht entscheidend
 - vgl. Fall 1: Abbruch des Beatmungsgerätes
- **Legitimationsvoraussetzungen:**
 - Wille des Patienten
 - Fürsorgeverpflichtungen: Wohlergehen des Patienten fördern, nicht schaden
- **Psychologisch** aber für die Sterbehilfe Leistenden durchaus relevant



Aktive Sterbehilfe: pro & kontra

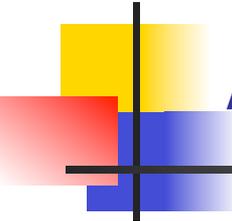
Zwei Fragen:

- (1) Ist aktive Sterbehilfe ethisch vertretbar?
 - (2) Sollte die aktive Sterbehilfe (in Deutschland) legalisiert werden?
- Beide Fragen müssen nicht gleichsinnig beantwortet werden!



Aktive Sterbehilfe - pro

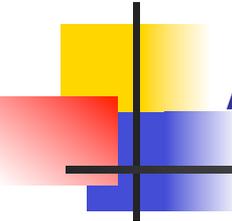
- Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten
- Vermeidung und Linderung von Leiden (nicht allein!!!)



Aktive Sterbehilfe - kontra

Problematische Argumente:

- Widerspricht dem ärztlichen Handeln
 - Ziel: Helfen statt Heilen?
- Vertrauensverlust in die Ärzteschaft
 - Vertrauensgewinn durch Option der aktiven Sterbehilfe
- Optimale Palliativmedizin ⇒ kein Bedarf an aktiver Sterbehilfe
 - ca. 5% bleiben nicht schmerzfrei
 - andere Gründe für Verlangen nach aktiver Sterbehilfe (u.a. psychische Belastung)
- Der Sterbehilfe Leistende ist *ursächlich* für den Tod des Menschen verantwortlich
 - Vgl. indirekte und passive Sterbehilfe



Aktive Sterbehilfe - kontra

- **Intrinsisch:**

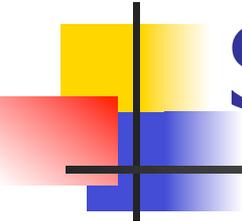
Unantastbarkeit bzw. Würde
menschlichen Lebens \Rightarrow kategorisches
Fremdtötungsverbot

\rightarrow Deontologische Argumente

- **Extrinsisch:**

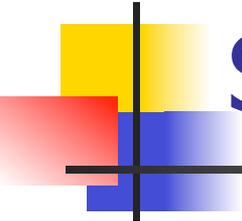
Soziale Folgen der Sterbehilfe

\rightarrow Konsequentialistische Argumente



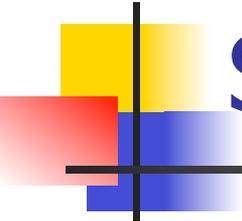
Soziale Folgen der Sterbehilfe

- Missbräuchliche Induktion oder Unterstellung von Sterbewünschen
- „Selbstzwang“ zur Sterbehilfe
- Ausweitung der Sterbehilfepraxis („Dammbruch“)
 - ⇒ Mitleidstötungen ohne ausdrückliches Verlangen
- Schwindende gesellschaftliche Bereitschaft zu kostspieliger Pflege und der Behandlung Schwerstkranker
- Problem: „antizipierte Sozialempirie“
 - Treten die Folgen tatsächlich ein?
 - Ist ein Dammbruch irreversibel?
 - Missbrauchspotential besteht auch bei der indirekten und passiven Sterbehilfe!
 - Option: „experimentelle Gesetzgebung“?



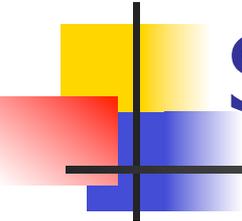
Sterbehilfe in den Niederlanden

- Änderung Strafgesetzbuch (April 2002):
Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Selbstmord sind **nicht strafbar**, wenn sie
 - von einem **Arzt** begangen wurden, der
 - besondere **Sorgfaltsbedingungen** beachtet



Sterbehilfe in den Niederlanden

- Sorgfaltsbedingungen:
 - Ausdrückliches, freies und beständiges Verlangen des Patienten nach Tötung
 - Unerträgliches Leid und keine Aussicht auf Heilung
 - Umfassende Aufklärung der Patienten
 - Keine angemessene andere Lösung
 - Konsultation eines zweiten Arztes
 - Größtmögliche Sorgfalt bei der Durchführung
 - Schriftlicher Bericht und Meldepflicht
- Überprüfung durch Kontrollkommission



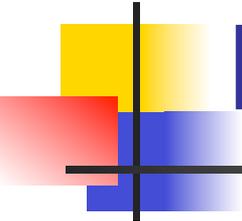
Sterbehilfe in den Niederlanden

- Befragung von Ärzten 1995 (Rommelink Report)
 - 9700 Patienten verlangten ausdrücklich nach aktiver Sterbehilfe
 - 3200 Fälle von aktiver Sterbehilfe
 - 400 Fälle von ärztlicher Suizidbeihilfe
 - 900 Fälle von aktiver Sterbehilfe ohne ausdrücklichen Wunsch der Patienten
 - Tatsächlich gemeldet: 1466 Fälle (41%)
- Gemeldet: 1990: 18%, 1995: 41%, 2001: 54%, 2005: 80,2%
- Anzahl der Fälle von aktiver Sterbehilfe & ärztlicher Suizidbeihilfe eher gesunken
- Vermehrt Anwendung von „deep sedation“ nach Diskussion der Euthanasie
- Die meisten Patienten, die aktive Sterbehilfe verlangen, befinden sich nicht in der terminalen Lebensphase

van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007;356(19):1957-65.

Table 1. Frequencies of Euthanasia, Assisted Suicide, and Other End-of-Life Practices in the Netherlands, According to Year.*

Variable	1990	1995	2001	2005
No. of studied deaths†	5197	5146	5617	9965
No. of questionnaires	4900	4604	5189	5342
Most important practice that possibly hastened death — % (95% CI)				
Euthanasia	1.7 (1.5–2.0)	2.4 (2.1–2.6)‡	2.6 (2.3–2.8)‡	1.7 (1.5–1.8)
Assisted suicide	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)‡	0.1 (0.1–0.1)
Ending of life without explicit request by the patient	0.8 (0.6–1.0)‡	0.7 (0.5–0.9)‡	0.7 (0.5–0.9)	0.4 (0.2–0.6)
Intensified alleviation of symptoms	18.8 (17.9–19.9)‡	19.1 (18.1–20.1)‡	20.1 (19.1–21.1)‡	24.7 (23.5–26.0)
Withholding or withdrawing of life-prolonging treatment	17.9 (17.0–18.9)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	15.6 (15.0–16.2)
Total	39.4 (38.1–40.7)‡	42.6 (41.3–43.9)	43.8 (42.6–45.0)	42.5 (41.1–43.9)
Continuous deep sedation§	NA	NA	NA	8.2 (7.8–8.6)



Fazit zur aktiven Sterbehilfe

- Aktiv-passiv Unterscheidung ethisch nicht entscheidend
 - Maßgeblich: Patientenwille & Fürsorgeverpflichtungen!
 - Aktive Sterbehilfe kann im Einzelfall **moralisch** vertretbar sein
- Hauptargumente **gegen** eine **Legalisierung** aktiver Sterbehilfe
 - Missbrauchs- und Ausweitungsgefahren
 - unzureichende Sterbebegleitung/Palliativmedizin
- Wenn Legalisierung: vorher palliativmedizinische Versorgung verbessern, dann „experimentelle Gesetzgebung“!!
- Beihilfe zum Suizid als mögliche Alternative: Der Sterbewillige behält Tatherrschaft
- Wichtig: „**Kultur des Sterbens**“!
 - Palliativmedizin, Hospizdienst, ambulante Pflege

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur:
Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Hrsg. v. U. Wiesing. Philipp Reclam jun. Stuttgart 2008, Kapitel 9
- Folien:
www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann

