

Georg Marckmann
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Freiheit auch zum Tod? Zur Problematik der „Selbstbestimmung“ des Endes menschlichen Lebens

Eugen-Biser-Lecture

München, 23.01.2015





- 2 Fallbeispiele zur Einführung ⇒ Ärztliche Beihilfe zum Suizid
- Fokus der Diskussion: Wohlergehen
⇒ Hilfe in existenzieller Krise
- ⇒ Ärztliche Suizid-Assistenz = ethisch akzeptable Form der Hilfe in existenziellen Krisen?
- ⇒ Intrinsische vs. extrinsische Argumente
- Internationale Erfahrungen (Oregon, NL): Modelle & Auswirkungen
- Schlussfolgerungen zur ethischen Vertretbarkeit des ärztlich assistierten Suizids



25j. Patient (verh., 2 Kinder)
Irreversibler Lungenschaden nach CML
mit Stammzelltransplantation

Zunehmende Atemnot ⇒ Beatmung

Pat. lehnt Heimbeatmung ab, möchte
lieber sterben

Abbruch der Beatmung

- ⇒ rechtlich zulässig
- ⇒ ethisch geboten: Respekt der
Patientenautonomie
- ⇒ Patient darf sein Leben, das für ihn
nicht mehr ausreichend lebenswert
ist, mit ärztlicher Hilfe beenden

84-jährige Patientin mit inoperablem
Nasopharynx-Ca

5-Jahres-Überlebensrate: ca. 30% bei
Bestrahlung + Chemotherapie

Pat. bedauert, „dass einem in D niemand
ein Mittel zum Sterben gibt“

Schließlich Zustimmung zur Bestrahlung

Pat. stürzt sich vom Balkon und stirbt

- MBO §16: *Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*
- ⇒ Patientin darf ihr Leben, das für sie
nicht mehr ausreichend lebenswert ist,
nicht mit ärztlicher Hilfe beenden



Ist die unterschiedliche *ethische* Bewertung zwischen
passiver Sterbehilfe und Suizidbeihilfe gerechtfertigt?



Wunsch zur Selbsttötung

⇒ immer eine **existenzielle** Krise

⇒ ultima ratio („zum Tode verzweifelt“)

Fokus derzeitiger Diskussion ⇒ **Selbstbestimmung**

- Handelt es sich um eine *freiwillige, selbstbestimmte* Entscheidung?
- Darf ein Arzt dem Wunsch nach Suizid-Assistenz nachkommen?

Oft vernachlässigt: **Wohltuns-Verpflichtungen** (Fürsorge)

⇒ Leitfrage: *Wie können wir dem Betroffenen in seiner existenziellen Krise helfen?*



Kernfrage bislang: Handelt es sich um eine *selbstbestimmte* Entscheidung?

- Unschärfe Grenze: Psychische Erkrankung vs. („normale“) depressiver Verstimmtheit (⇒ „Macht des Psychiaters“)
- Auch psychisch Erkrankte können einwilligungsfähig sein
- Umstritten: Gibt es den frei verantworteten „(Bilanz-)Suizid“ wirklich?
- Tendenz zur Vernachlässigung der Fürsorgeverpflichtungen

Kernfrage neu: Wie kann dem Betroffenen in seiner existenziellen Krise geholfen werden?

- (Nicht (!): Wie können wir den Suizid verhindern?)
- ⇒ Grenzziehung ist weniger wichtig
- ⇒ Suizid = ethisch vertretbar ⇒ auch nachrangig!
- ⇒ Fokus: die Nöte und Sorgen der Betroffenen
- ⇒ Ethische Leitfrage: *Ist die Suizid-Assistenz (im Einzelfall) eine angemessene Form der ärztlichen Hilfe?*



Intrinsische Argumente

- Ist die Suizid-Assistenz mit dem ärztlichen Ethos vereinbar?
- ⇒ *deontologische* Argumente

Extrinsische Argumente

- Welche Folgen hat die ärztliche Suizid-Assistenz?
- ⇒ *konsequenzialistische* Argumente



Fragen

- (1) Gibt es ein einheitliches „ärztliches Ethos“?
- (2) Wie wäre das ärztliche Ethos zu begründen?

Empirie

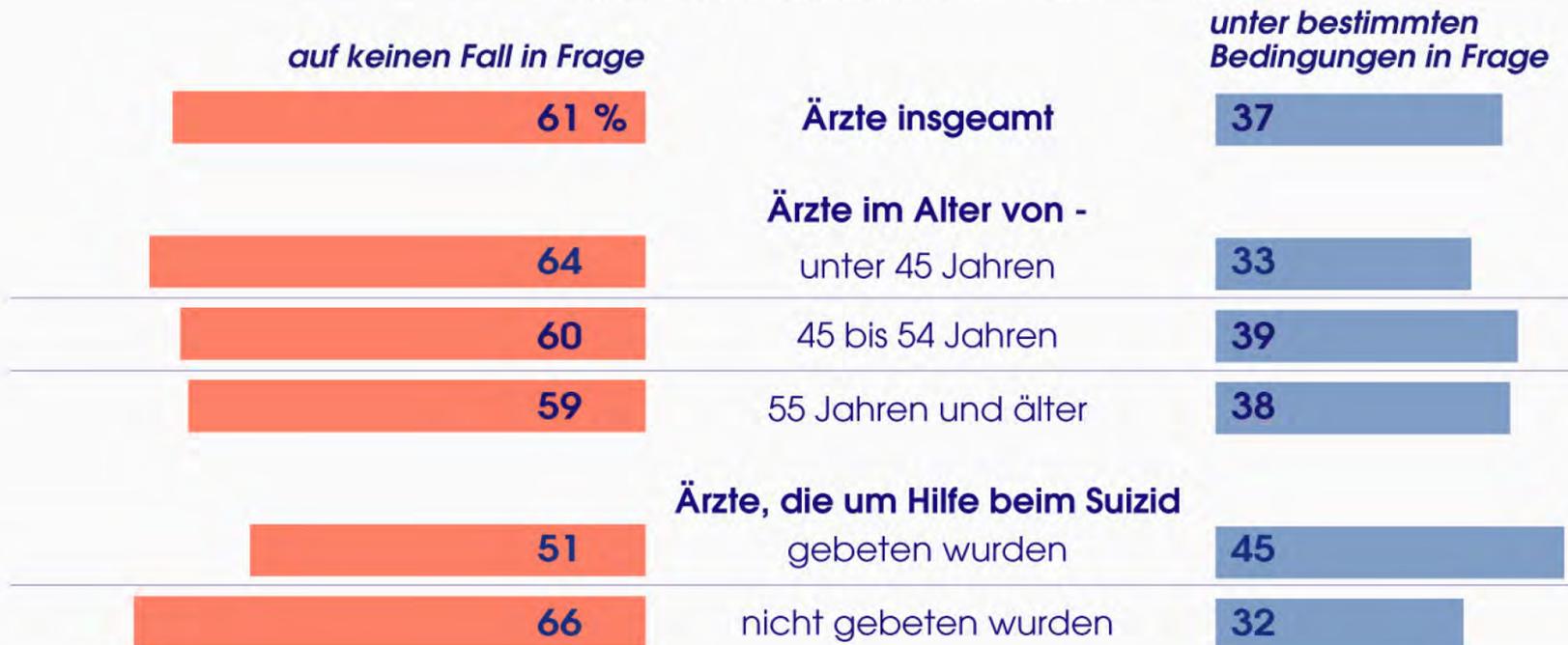
Ethische Grundorientierung von Ärzten variiert in Abhängigkeit vom

- zeitgeschichtlichen Kontext (vgl. Akzentuierung der Patientenautonomie ab Mitte 20. Jhdt.)
 - kulturellen/geographischen Kontext (vgl. unterschiedliche Haltung der SAMW und der BÄK)
 - Bundesland ?!?! (vgl. unterschiedliche Umsetzung der MBO)
 - einzelnen Arzt (vgl. Umfragen unter deutschen Ärzten)
- ⇒ *das (eine) ärztliche Ethos scheint es (empirisch) nicht zu geben!*



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



Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland

End-of-life practices of physicians in Germany.
Results from a cross-sectional survey

Autoren

J. Schildmann^{1,2} B. Dahmen^{1,2} J. Vollmann¹

Institut

¹ Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum
² NRW-Nachwuchsforscherguppe „Medizinethik am Lebensende: Norm und Empirie“

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0034-1387410
Online Publikation: 30.11.2014
Dtsch Med Wochenschr ·
© Georg Thieme Verlag KG ·
Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472

Item	Anteil
Ärzte, die um Suizidassistenz gebeten wurden	20,7%
Ärzte, die keine Suizidassistenz durchführen würden	41,7%
Berufsrechtliches <i>Verbot</i> der ärztlichen Suizidassistenz	
Befürwortung	25%
Unentschieden	41,4%
Ablehnung	33,7%



Heutige Medizinethik: Ärztliches Ethos ⇒ Ärztliche (biomedizinische) Ethik

⇒ ethische Grundprinzipien ärztlichen Handelns

⇒ kohärentistisch begründet:

(1) Prinzip des **Wohltuns** (beneficence)

(2) Prinzip des **Nichtschadens** (nonmaleficence)

(3) Prinzip Respekt der **Autonomie**

(4) Prinzip der **Gerechtigkeit**

(NB: Kein Gebot Leben zu erhalten, kein Fremdtötungsverbot!)

⇒ definieren moralische Verpflichtungen des Arztes (& anderem Gesundheitspersonal)

⇒ erstaunlich stabil und (auch international) weithin anerkannt!



Respekt der Autonomie

- ⇒ freiwilliger, wohlwogener Entschluss eines informierten, einwilligungsfähigen Patienten

Prinzip des Wohltuns

- ⇒ keine bessere „Hilfe“ für den Betroffenen verfügbar
 - ⇒ Palliativmedizin, Begleitung, soziale Unterstützung
 - ⇒ anbieten, keine Bevormundung des Patienten

Prinzip des Nichtschadens

- ⇒ Medikamentöser Tod für den Patienten *kein* Schaden, wenn er nicht mehr weiterleben möchte
- ⇒ Ethische Bewertung hängt von der Umsetzung ab
- ⇒ **Suizidbeihilfe unter best. Voraussetzungen ethisch vertretbar**
- ⇒ Sicherung der Voraussetzungen nur durch Arzt möglich



Missbrauch bzw. unangemessene Anwendung der Suizid-Assistenz

- Nicht einwilligungsfähige oder psychisch kranke Patienten

Ausweitung der Suizid-Assistenz („Dammbruch“)

- Niedrigere Hemmschwelle ⇒ keine konsequente Nutzung von Alternativen

Negative Auswirkungen auf Dritte

Vertrauensverlust in die Ärzteschaft

- ⇒ Herausforderung: „antizipierte Sozialempirie“
- ⇒ Treten die befürchteten negativen Folgen tatsächlich ein?
- ⇒ Kann man nur wissen, wenn man es ausprobiert!
- ⇒ Hinweise: Empirische Untersuchungen aus NL & Oregon



Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJ, van Delden JJ, van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2012;380(9845):908-15.

	1990	1995	2001	2005	2010
Number of deaths in the Netherlands	128 824	135 675	140 377	136 402	136 056
Number of studied cases	5197	5146	5617	9965	6861
Most important end-of-life decision					
Euthanasia	141 (1.7% [1.4-2.1])	257 (2.4% [2.1-2.6])	310 (2.6% [2.3-2.8])	294 (1.7% [1.5-1.8])	475 (2.8% [2.5-3.2])
Assisted suicide	18 (0.2% [0.1-0.3])	25 (0.2% [0.1-0.3])	25 (0.2% [0.1-0.3])	17 (0.1% [$<0.1-0.1$])	21 (0.1% [0.1-0.2])
Ending of life without explicit patient request	45 (0.8% [0.6-1.1])	64 (0.7% [0.5-0.9])	42 (0.7% [0.5-0.9])	24 (0.4% [0.2-0.6])	13 (0.2% [0.1-0.3])
Intensified alleviation of symptoms	1166 (18.8% [17.9-19.9])	1161 (19.1% [18.1-20.1])	1312 (20.1% [19.1-21.1])	1478 (24.7% [23.5-26.0])	2202 (36.4% [35.2-37.6])
Forgoing of life-prolonging treatment	991 (17.9% [17.0-18.9])	1097 (20.2% [19.1-21.3])	1210 (20.2% [19.1-21.3])	767 (15.6% [15.0-16.2])	974 (18.2% [17.3-19.1])
Total	2361 (39.4% [38.1-40.7])	2604 (42.6% [41.3-43.9])	2899 (43.8% [42.6-45.0])	2570 (42.5% [41.1-43.9])	3685 (57.8% [56.7-59.0])
Continuous deep sedation*†	NA	NA	..	521 (8.2% [7.8-8.6])	789 (12.3% [11.6-13.1])
Patient deciding to end life by stopping eating and drinking	NA	NA	NA	NA	18 (0.4% [0.3-0.6])

Data are absolute number or number of patients (weighted % [95% CI]). All percentages are weighted for sampling fractions, non-response, and random sampling deviations, to make them representative for all deaths in the year studied. Therefore, the percentages presented cannot be derived from the unweighted absolute numbers presented. NA=not available. *Continuous deep sedation might have been provided in conjunction with practices that possibly hastened death. †In 2001, continuous deep sedation was only studied when it occurred in conjunction with an end-of-life decision; the frequency was 5.6%; corresponding numbers are 7.1% in 2005 and 11% in 2010.

Table 1: Frequency of euthanasia, assisted suicide, and other end-of-life practices in the Netherlands in 1990, 1995, 2001, 2005, and 2010



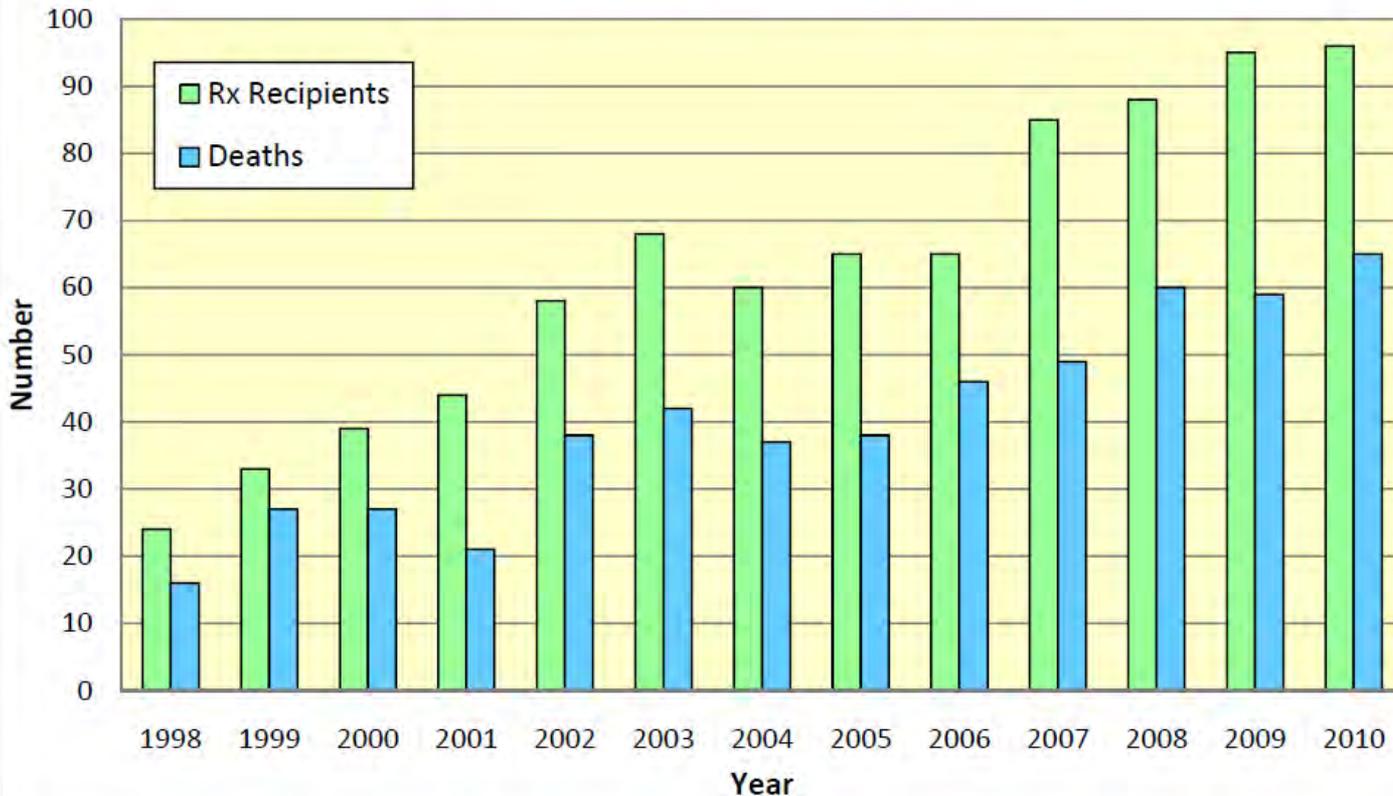
Oregon Death with Dignity Act 1997 (Volksentscheid)

Bedingungen für ein Rezept über letale Barbituratdosis:

- Patient volljährig, entscheidungsfähig, Wohnsitz in Oregon
- Behandelnder & weiterer Arzt bestätigen unabhängig: tödliche Erkrankung, < 6 Mo Lebenserwartung, freiwillige Bitte, Ausschluss psychischer Erkrankung, Aufklärung über Alternativen
- Mündliche Bitte wiederholt nach Bedenkzeit (15d)
- Schriftlicher Antrag, zweifach bezeugt



Figure 1: Number of DWDA Prescription Recipients and Deaths as of January 7, 2011, by Year, Oregon, 1998-2010



Quelle. <http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year13.pdf>



Oregon:

1. Wunsch nach Kontrolle der Todesumstände und Sterben zu Hause (40% der Rezepte nicht eingelöst)
2. Verlust von Selbständigkeit und Würde
3. Angst vor künftigen Schmerzen, schlechter LQ, Verlust der Selbständigkeit

NICHT: aktuelle Symptome, soziale Vereinsamung, finanzielle Sorgen, depressive Stimmung

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



- Kein Hinweis auf eine 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
- Ärzte: keine Störung der Vertrauensbeziehung, Palliativversorgung verbessert
Dobscha SK et al, J Palliat Med 2004
Lindsay RA, AM J Bioeth 2009



Bundesgesundheitsminister Gröhe greift Anfang 2014 Thema Suizidbeihilfe auf ⇒
will organisierte Suizidbeihilfe verbieten

⇒ 13.11.2014: 5stündige Debatte im Dt. Bundestag

5 Positionen

Strafrechtliches Verbot

- Verbot der „geschäftsmäßigen“ Suizidassistenz, Ausnahme: *enge Angehörige* (Union, u.a. Gröhe)
- Verbot der „geschäftsmäßigen“ Suizidassistenz, Ausnahme: *nahestehende Personen*, inkl. Ärzte mit langjähriger Beziehung (Scharfenberg, Terpe, Die Grünen)
- Verbot der organisierten Suizidassistenz, Strafflosigkeit für Ärzte (Högl, Griese, SPD)

Regelung im BGB (Hintze, Reiche (CDU), Wöhrli (CSU), Reimann, Lauterbach, Lischka (SPD))

- Bedingungen: volljährig, freiwillig, unheilbare Erkrankung, objektives, schweres Leiden, Beratung, Palliativ-Angebote, Vier-Augen-Prinzip

Rechtslage belassen (Künast, Die Grünen)

- Vereine dürfen keine kommerziellen Interessen verfolgen



Suizid-Assistenz: Fokus Wohltuns-Verpflichtungen statt
Autonomieverpflichtungen

⇒ Leitfrage: Wie kann dem Betroffenen in seiner existenziellen
Krise geholfen werden?

Kein einheitliches, gelebtes ärztliches Ethos, aber weithin
anerkannte ärztliche Ethik ⇒ Medizinethische Prinzipien

⇒ Suizid-Assistenz widerspricht nicht *intrinsisch* der ärztlichen Ethik

⇒ grundsätzlich ethisch vertretbare Form der ärztlichen Hilfe

Extrinsische Argumente: unerwünschte Folgen?

⇒ international regulierte Praxis der ärztlichen Suizid-Assistenz
(Oregon, NL)

⇒ bislang kein Hinweis auf Dambruch oder (erheblichen)
Missbrauch



Suizidbeihilfe sollte eine *ärztliche* Aufgabe sein

- Sicherung der Legitimations-Voraussetzungen, die sich aus den medizinethischen Prinzipien ergeben

Vorteile

- Transparente & ehrliche Regelung
- Klarere Statistik (vgl. Dunkelziffer auch in D)
- Weniger „Sterbetourismus“
- Erörterung der Suizidbeihilfe in tragfähiger Arzt-Patient-Beziehung ⇒ Voraussetzung für Alternativen!
- Weniger nicht ärztlich-assistierte Suizide (traumatisierend, unsicher) ⇒ besser für Betroffenen und Dritte
- **Mit dem Arzt offen über Suizidbeihilfe sprechen zu können, eröffnet Wege zu professionellem Beistand – und möglicherweise auch zum Weiterleben!**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dank an Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox
für Diskussionen & Material

Kontakt: marckmann@lmu.de

Folien: www.dermedizinethiker.de



Autoren: Borasio, Jox, Taupitz, Wiesing

§ 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

¹Ein 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. ²Ein 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.