

Georg Marckmann  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

# Ärztlich assistierter Suizid – der medizinethische Hintergrund

Tagung Medizinrecht im Wandel

Evangelische Akademie Tutzing in Kooperation mit  
dem SZ-Gesundheitsforum

Tutzing, 14.11.2013





- 2 Fallbeispiele zur Einführung
- Fokus der Diskussion: Wohltun statt Autonomie ⇒ 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?

- Unscharfe 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

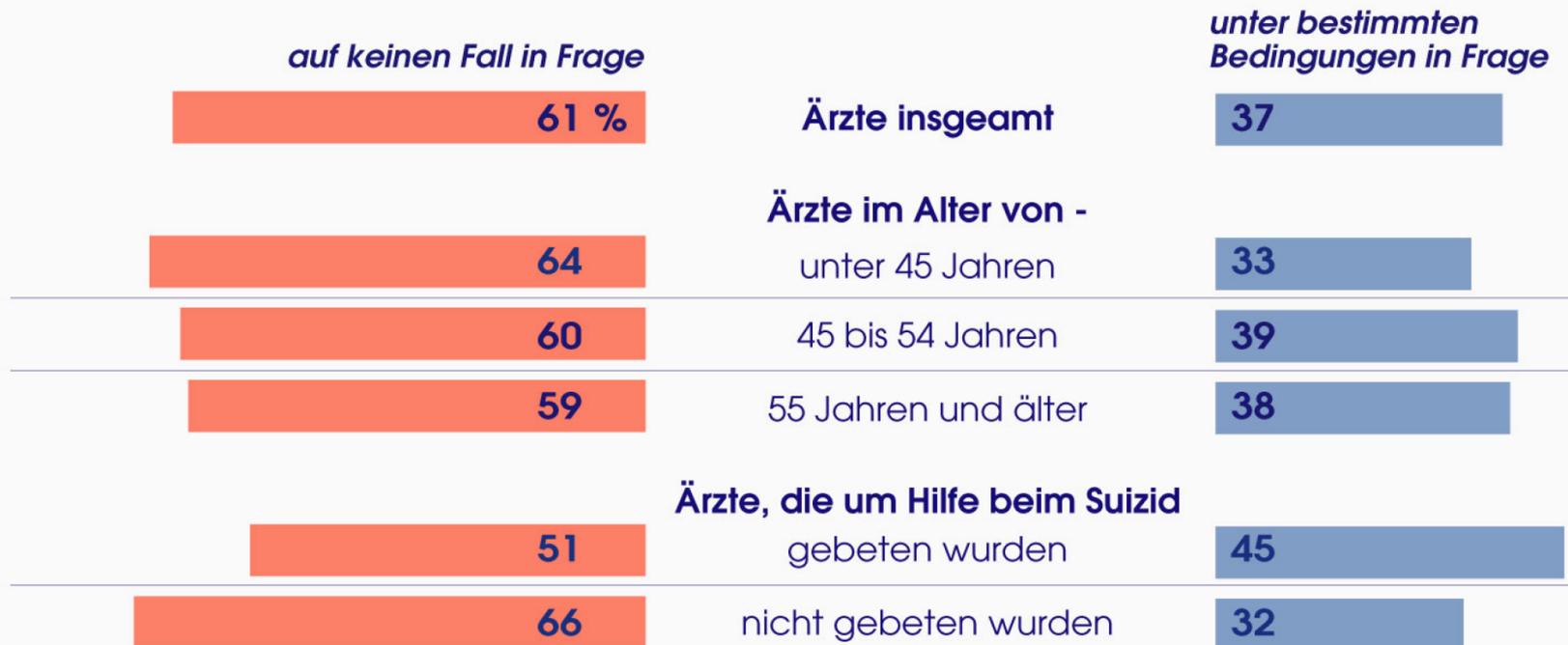
Ethische Grundorientierung von Ärzten variiert in Abhängigkeit vom

- 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



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

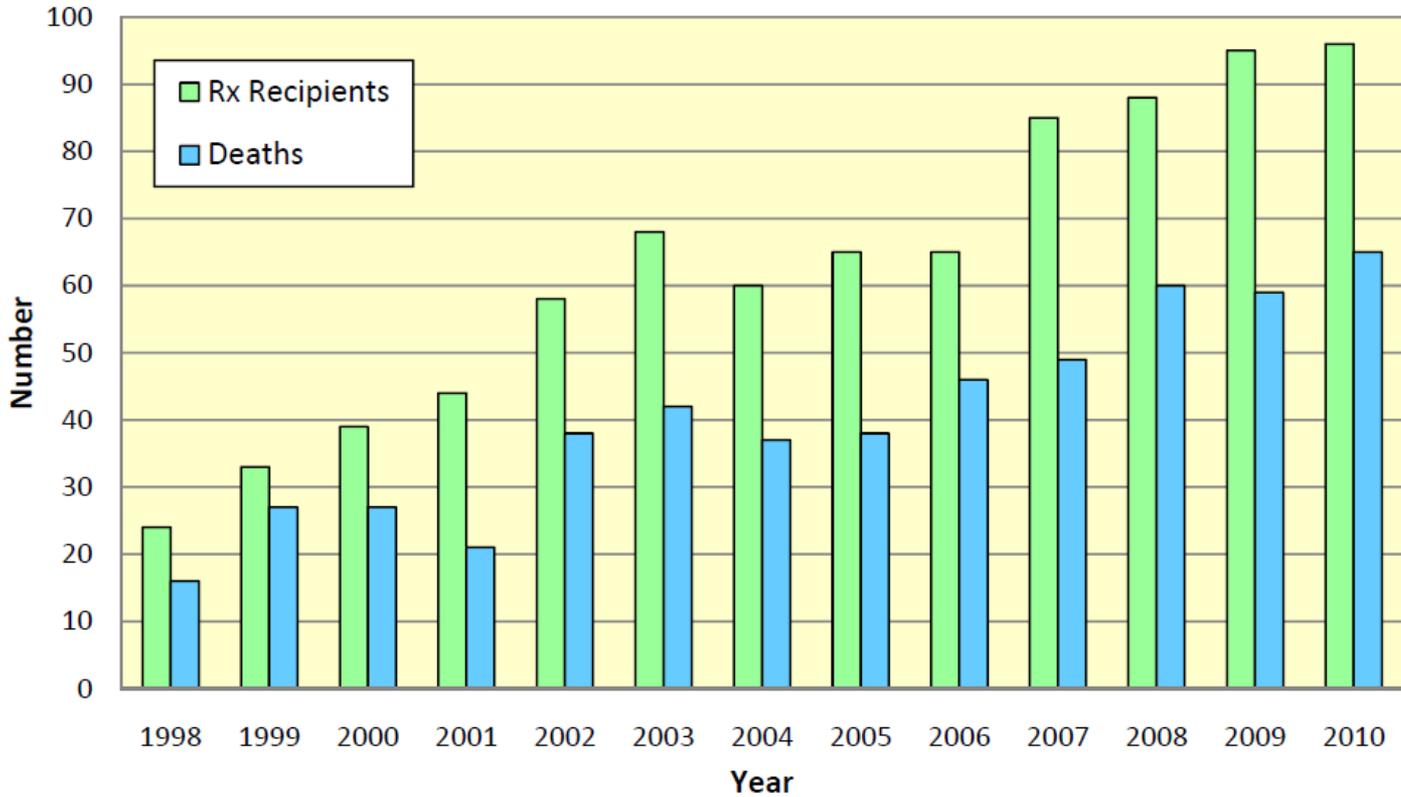
van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007;356(19):1957-65.

**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)



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



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
- Klarerer 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 Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox  
für Diskussionen & Material

Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)

Folien: [www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)