

Georg Marckmann
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Zwischen Autonomie und Fürsorge: Ethische Bewertung des assistierten Suizid

Tagung des Landesethikkomitees
„Medikamentös assistierter Suizid – Tabu oder
Menschenrecht?“
Bozen, 25. November 2022





Formen der „Sterbehilfe“

Form	Definition
Passive Sterbehilfe	Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, <i>Therapiezieländerung</i> : Sterben zulassen
Aktive Sterbehilfe („Euthanasie“)	Beabsichtigte Tötung eines Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch (<i>Tötung auf Verlangen</i>)
Indirekte Sterbehilfe	Inkaufnahme einer Lebensverkürzung bei einer medizinisch indizierten (palliativen) Therapie
Hilfe zum Suizid (Suizid-Assistenz)	Hilfe bei der Selbsttötung, Tatherrschaft hat der Betroffene selbst

Wichtig: aktiv & passiv beziehen sich auf den Sterbeprozess!



- 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 Tablette zum Sterben gibt“
- ⇒ *Impliziter Wunsch nach Suizid-Assistenz*
- ⇒ *Suizid-Assistenz bei dieser Patientin ethisch vertretbar?*



- 25j. Patient (2 Kinder)
 - Irreversibler Lungenschaden nach Leukämie-Behandlung mit Stammzelltransplantation
 - Zunehmende Atemnot ⇒ Beatmung
 - Pat. lehnt Heimbeatmung ab, möchte lieber sterben
 - ⇒ Abbruch der Beatmung (**passive Sterbehilfe**) *erlaubt*
 - ⇒ Patient darf sein Leben, das *für ihn* nicht mehr ausreichend lebenswert ist, *mit ärztlicher Hilfe* beenden
- 84-jährige Patientin mit inoperablem Nasopharynx-Karzinom
 - 5-Jahres-Überlebensrate: ca. 30% bei Bestrahlung + Chemotherapie
 - Pat. bedauert, „dass einem in D niemand ein Mittel zum Sterben gibt“
 - ⇒ (Implizit) Wunsch nach **Assistiertem Suizid**
 - ⇒ In vielen Ländern *nicht* erlaubt
 - ⇒ 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 assistiertem Suizid gerechtfertigt?



Prinzip des Wohltuns / Nutzens

- Wohlergehen des Patienten fördern: Lebenszeit & -qualität

Prinzip des Nichtschadens

- Dem Patienten keinen (möglichst geringen) Schaden zufügen

Respekt der Autonomie

- Selbstbestimmung des Patienten fördern und respektieren
- „informed consent“ (Aufklärung + Einwilligung)

Gerechtigkeit

- Bedürfnisse Dritter, Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen
- ⇒ Kein Gebot Leben zu erhalten, kein Fremdtötungsverbot!
- ⇒ definieren moralische Verpflichtungen von Ärzt*innen & anderem Gesundheitspersonal
- ⇒ erstaunlich stabil und (auch international) weithin anerkannt!

z.B. Beauchamp & Childress ⁸2019 Principles of biomedical ethics



- Zentrale ethische Rechtfertigung für assistierten Suizid: **Achtung der Autonomie** des Betroffenen
- Hintergrund: Pluralität von Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben
- ⇒ Ermöglicht **selbstbestimmtes Sterben** nicht nur beim Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen
- Voraussetzungen:
 - (1) Selbstbestimmungsfähigkeit (keine akute psychische Störung)
 - (2) Information über alle entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte, insbesondere aktuelle Situation & Handlungsalternativen
 - (3) Dauerhafter (wiederholt geäußelter) Wunsch nach Selbsttötung
 - (4) Freiwilligkeit (kein unangemessener Druck)
- ⇒ Wohlinformierte, *selbstbestimmte* Entscheidung = unverzichtbare ethische Voraussetzung für assistierten Suizid!

- **Allg. Persönlichkeitsrecht** ⇒ **Recht auf selbstbestimmtes Sterben**
 - schließt das *Recht* ein, sich selbst das Leben zu nehmen
 - umfasst auch die *Freiheit*, hierfür Hilfe von Dritten in Anspruch nehmen
- „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ (§ 217 StGB) lässt dem Einzelnen faktisch keinen Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit
- ⇒ § 217 StGB nicht verfassungsgemäß ⇒ Suizidbeihilfe erlaubt!
- Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten
- Aber: Schutzpflichten des Staates für die **Autonomie** bei der Entscheidung
⇒ gesetzliche Regulierung vertretbar
 - Zulässigkeit darf aber nicht von inhaltlichen Kriterien abhängig gemacht werden, z.B. dem Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit!
 - ⇒ **Neutralitätsgebot** des liberalen Rechtsstaats!!
 - ⇒ „Prozedurales Sicherungskonzept“: Sicherung einer **wohlerwogenen, freiverantwortlichen Entscheidung**
- ⇒ Liberaler Rahmen, bislang noch keine gesetzliche Regulierung



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 bezeugte Freiwilligkeit



Suizidmotive:

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 Lebensqualität, 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

- Prinzip des **Wohltuns** ⇒ Welche alternativen (Be-)Handlungsmöglichkeiten können dem Betroffenen angeboten werden?
 - ⇒ Zentrales Element des Gesprächs mit suizidwilliger Person
 - ⇒ Stärkt die Autonomie des Betroffenen: erlaubt eine wohl abgewogene Entscheidung im Lichte der alternativen Optionen
 - ⇒ Wohltun im Dienste der Autonomie!
- Ziel des Gesprächs: *Nicht* Verhinderung des Suizids, sondern **angemessene Hilfe für den Betroffenen in existenzieller Lebenskrise**
 - Hilfe(n) zum Weiterleben und ggf. auch Hilfe bei der Selbsttötung (unter Beachtung der Gewissensfreiheit der hilfeleistenden Person!)
- **Suizidprävention**: vor allem auf der Systemebene ⇒ Gestaltung der Rahmenbedingungen, u.a.
 - Zugang zu palliative care und psychosozialer Unterstützung
 - Menschenwürdige Lebensbedingungen in Senioren- & Pflegeeinrichtungen
- Zudem: Orientierung für Gewissensentscheidung über Durchführung der Suizidassistenz

- 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 häufiger als bei natürlichem Tod

Ganzini L et al, J Pain Symptom Manage 2009

- Vertrauensverlust empirisch und theoretisch widerlegt

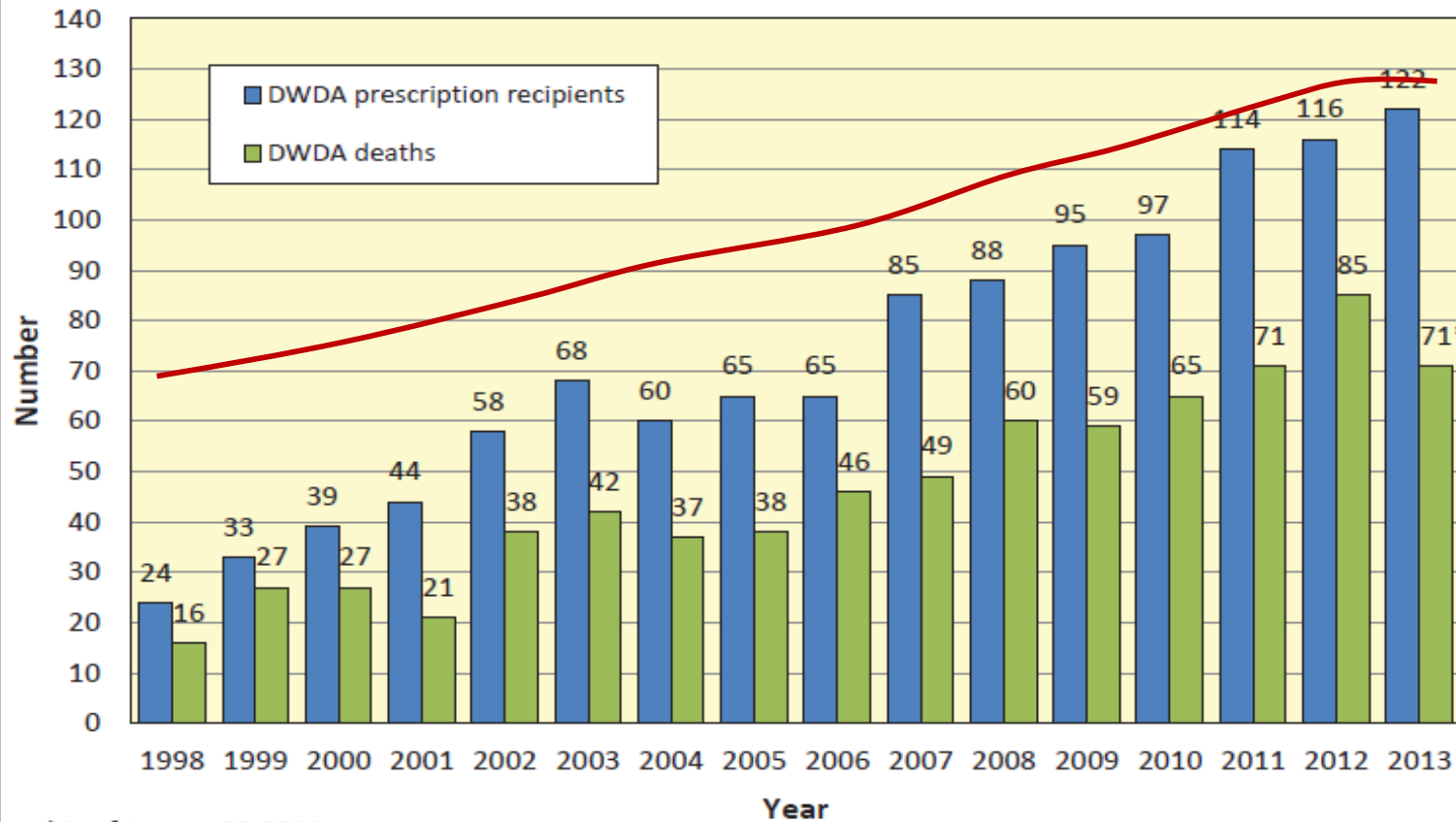
Dobscha SK et al, J Palliat Med 2004, Wiesing Eth Med 2012

- Palliativversorgung verbessert

Lindsay RA, AM J Bioeth 2009



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



*As of January 22, 2014

Bevölkerung



Oregon DWDA Report 2013



- 84-jährige Patientin, altersentsprechender Allgemeinzustand
- Seit 1,5 Jahren: behinderte Nasenatmung, Schmerzen im Nasen-Rachen-Raum
- Beihilfe zur Selbsttötung ethisch vertretbar:
 - ⇒ Achtung der Autonomie
 - Patientin ist entscheidungsfähig, keine psychische Störung
 - Informierter, anhaltender Wunsch
 - Biografisch nachvollziehbar („authentisch“)
 - ⇒ Wohltun & Nichtschaden
 - Keine starken am Wohlergehen orientierten Argumente gegen Suizidassistenz angesichts unheilbarer bösartiger Tumorerkrankung im Nasen-Rachen-Raum
- Längere Lebenserwartung (Larynx-Ca),
- ⇒ Bösartiger Tumor (Larynx-Ca),
- 5-jährige Lebenserwartung
- Bei Suizidassistenz
- Patientin wünscht Suizidassistenz auch in
- Ordnen von Suizidassistenz
- Wirksamkeit von Suizidassistenz
- Distanzierung von Suizidassistenz
- ⇒ Impliziter Wunsch nach Suizid-Assistenz
- ⇒ Suizid-Assistenz bei dieser Patientin ethisch vertretbar?



- 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 Tablette zum Sterben gibt“
- ⇒ **Schließlich Zustimmung zur Bestrahlung**
- ⇒ **Patientin stürzt sich am Wochenende vom Balkon und stirbt**



- (1) Fokus: *Hilfe* für „zum Tode verzweifelte Menschen“ (Wohltuns-Verpflichtungen)
 - Umfassende Unterstützung in der Entscheidungsfindung, Information über Hilfsangebote & Alternativen, unter Einbeziehung nicht-ärztlicher Berufsgruppen
 - keine einseitige Hilfe zum Weiterleben! ⇒ Suizidassistenz im Einzelfall anbieten (nur so erreicht man die Suizidwilligen!)
 - (2) Stärkung und Sicherung der Selbstbestimmung ⇒ Sicherung der Freiverantwortlichkeit
 - (3) Entscheidung zur Hilfe bei der Selbsttötung („Gewissensfreiheit“): orientiert an Fürsorgeverpflichtungen gegenüber den Patienten
 - Suizid = angemessene Lösung aus Wohlergehensperspektive?
 - (4) Aktive Suizidprävention *auf der Systemebene*: Palliative care, psychosoziale Unterstützung, akzeptable Lebensbedingungen (Pflegeeinrichtungen!)
- ⇒ Effektive Hilfe für die Betroffenen, Sterbehilfevereine werden überflüssig!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: marckmann@lmu.de

Marckmann G (Hg.) Praxisbuch Ethik in der Medizin.
Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft 2022

- II.5: Ralf Jox: Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen
- II.9: Gerald Neitzke: Umgang mit Suizidwünschen

Marckmann G. Assistierter Suizid - eine ärztliche Aufgabe? - Pro. Psychiatr Prax 2022;49(2):67-68.

Georg Marckmann (Hrsg.)

Praxisbuch Ethik in der Medizin

2., aktualisierte
und erweiterte Auflage

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft