DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Gestaltung MEIRA | www.meira.de

HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Aachener Straße 5 / 10713 Berlin
T 030/30101000
dgp@palliativmedizin.de
www.palliativmedizin.de

Ihre Spende zählt

Jeder Mensch hat das Recht,
in Würde zu sterben.

Helfen Sie uns,
dafür bessere Bedingungen
zu schaffen!

SPENDENKONTO

Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e. V.
Berliner Volksbank
IBAN: DE 1910 0900 0023 7481 1021
BIC: BEVODEBBXXX

Online-Spenden unter
www.palliativmedizin.de

Die vorliegende Broschüre ist im Verlauf des Jahres 2021 in enger Zusammenarbeit innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entstanden:

Der Text in Autorenschaft des Vorstands und der Geschäftsführung wurde den über 40 Arbeitsgruppen, Sektionen und Landesvertretungen der DGP mit der Bitte um Anmerkungen zur Verfügung gestellt. Nach sorgfältiger Auswertung der Rückmeldungen und einer Reihe redaktioneller Anpassungen konnte der vorliegende Text beim Mitgliedertag der DGP im September 2021 als „living document" präsentiert werden, womit der Vorstand das Vorhaben unterstreicht, den Inhalt weiter fortzuschreiben, nötigenfalls zu aktualisieren oder an neue Rahmenbedingungen anzugleichen.

Stand September 2021

EMPFEHLUNGEN DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜT PALLIATIVMEDIZIN

ZUM UMGANG MIT DEM WUNSCH NACH SUIZIDASSISTENZ

in der Hospizarbeit und Palliativversorgung

Herausgeber
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

„Wenn Du sterben willst,
berührt es mich
und ich will Dir als Mensch
beistehen".

>> INHALT

4 Ziel dieser Empfehlungen

6 Entwicklungen in der Gesetzgebung und Konsequenzen

9 Grundlagen zu Suizid, Suizidalität und Suizidprävention
10 Definition Suizidalität
11 Ursachen
12 Suizidprävention

14 Wunsch nach vorzeitigem Lebensende bei schweren Erkrankungen

17 Im konkreten Fall: Umgang mit Todeswünschen und Wünschen nach Suizidhilfe
18 Wahrnehmen und verstehen
21 Kompetent begleiten: Angebote der Hospizarbeit und Palliativversorgung
22 Ergänzende Maßnahmen zur Suizidprävention
22 Beendigung von lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen
23 Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken
24 Gezielte Sedierung zur Leidenslinderung am Lebensende

25 (Ärztlich) Assistierter Suizid

29 Zusammenfassung

30 Praktisches Vorgehen beim Umgang mit Todeswünschen

32 Vorschlag für eine Dokumentationshilfe zur strukturierten Erfassung von Anfragen zur Suizidassistenz

34 Literatur

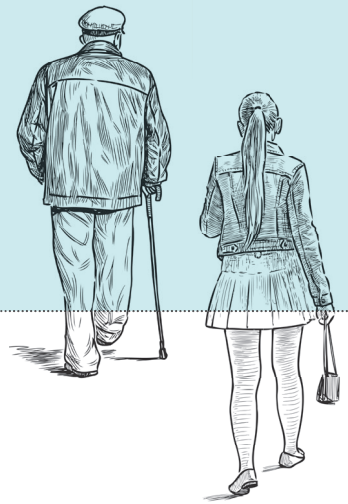
>> ZIEL DIESER EMPFEHLUNGEN

Sterbenskranke Menschen und/oder deren Angehörige wenden sich zunehmend mit Anfragen nach einem assistierten Suizid an haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende in der Hospiz- und Palliativversorgung.

Das Ziel dieser Handreichung ist es, haupt- und ehrenamtlichen Fachkräften der Hospizarbeit und Palliativversorgung, aber auch anderen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, die mit Anfragen zur Suizidassistenz konfrontiert werden, Hintergrundinformationen zur aktuellen Gesetzgebung und Suizidalität sowie Empfehlungen für die Praxis zu geben, was in Gesprächen zu beachten ist und wie sie mit Anfragen verantwortungsvoll umgehen können.

Suizidwünschen sollte immer mit Professionalität und Mitgefühl begegnet werden – in dem Sinne „Wenn Du sterben willst, berührt es mich und ich will Dir als Mensch beistehen“.

Die Würde eines Menschen bis ins Äußerste, unter Umständen bis zum Wunsch, dieses Leben selbst zu beenden, trotz aller individuellen Besonderheiten zu bewahren, ist dabei eine große Herausforderung für alle Fachkräfte der Hospizarbeit und Palliativversorgung.



>> ENTWICKLUNGEN IN DER GESETZGEBUNG UND KONSEQUENZEN

Das Gesetz zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§217 StGB) wurde im Dezember 2015 mit den folgenden Regelungen verabschiedet:

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.(1)

Die vorrangige Intention des Gesetzgebers war es, mit dem §217 schwerstkranke und sterbende Menschen vor geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe zu schützen.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 wurde das Gesetz mit sofortiger Wirkung aufgehoben.(2)

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts stellt ein Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes fest. Dies beinhalte auch das Recht, Hilfe zum Suizid in Anspruch zu nehmen, auch wenn diese von geschäftsmäßig handelnden Personen oder Organisationen angeboten wird. Nach dem Urteil ist das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf schwere und unheilbare Krankheitszustände oder Altersgruppen beschränkt, sondern in jeder Phase der menschlichen Existenz zu gewährleisten. Allerdings sah das Gericht auch eine Schutzpflicht des Gesetzgebers, mit dem Ziel, die Selbstbestimmung des Einzelnen über sein Leben und hierdurch das Leben als solches zu schützen. Um das Grundrecht auf Leben zu schützen, hat der Staat die Möglichkeit, nicht nur Selbsttötungen entgegenzuwirken, die nicht von freier Selbstbestimmung und Eigenverantwortung getragen sind, sondern er kann sich auch dafür einsetzen, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft nicht als „normale“ Form der Lebensbeendigung durchsetzt.

§217 StGB

Dez 2015 – Feb 2020

~~„Ärzte dürfen keine Beihilfe zum Suizid leisten.“~~

Mai 2021

„Die Hilfe zur Selbsttötung gehört nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs.“

Juni 2021

Beim 124. Deutschen Ärztetag im Mai 2021 wurde der Satz „Ärzte dürfen keine Beihilfe zum Suizid leisten“ aus der (Muster-)Berufsordnung gestrichen. In den Hinweisen der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen wird betont, dass „die Hilfe zur Selbsttötung nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs gehört” und dass keine Ärztin/kein Arzt verpflichtet ist, Hilfe beim Suizid zu leisten.(3) Laut diesen Hinweisen bleibt es eine freie und individuelle Entscheidung, ob sich eine Ärztin/ein Arzt in einem konkreten Einzelfall entschließt, Hilfe beim Suizid zu leisten und an einem Suizid mitzuwirken.(3)

Im Betäubungsmittelgesetz ist eine Abgabe von Substanzen (z. B. Barbiturate) für die Suizidassistenz nicht vorgesehen.(4) Betäubungsmittel dürfen nur im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung verwendet werden. Zum Zweck der Herbeiführung des Todes dürfen Barbiturate nur im Rahmen einer tierärztlichen Behandlung verwendet werden.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist die Rechtslage vor 2015 wiederhergestellt. Die Hilfe beim Suizid ist auch dann kein Straftatbestand, wenn sie geschäftsmäßig oder gewerbsmäßig erfolgt. Mittlerweile wurden mehrere Gesetzentwürfe zu einer möglichen Regelung der Suizidhilfe mit unterschiedlichen Vorschlägen im Bundestag eingebracht.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts werden zunehmend Anfragen von Patient:innen nach Suizidhilfe gestellt. Dabei sind es nicht nur schwerkranke Menschen mit krankheitsbezogenem Leiden, sondern auch Menschen mit aus medizinischer Sicht gut behandelbaren Erkrankungen wie auch körperlich gesunde Menschen, die nach einer Hilfe zum Suizid fragen.

Empfehlung für die Praxis

1. In der öffentlichen Wahrnehmung werden Mitarbeitende und Institutionen der Hospizarbeit und Palliativversorgung – auch aufgrund der ursprünglichen im Jahr 2015 geführten Diskussion um Suizidhilfe als Ausnahmetatbestand für den Fall schwerer, unheilbarer Erkrankung – häufig als kompetent und sogar zuständig wahrgenommen. Diese zugeschriebene generelle Zuständigkeit muss jedoch in Frage gestellt werden.

2. Mitarbeitende und Institutionen der Hospizarbeit und Palliativversorgung sollten sowohl die eigene Haltung zum Suizid reflektieren als auch auf institutioneller Ebene der einzelnen Einrichtungen, der Verbände und der jeweiligen Trägerstrukturen an der Positionsklärung und öffentlichen Darstellung der Haltung zum Thema Suizidhilfe mitwirken.

3. Aufgrund vieler offener Fragen bzgl. der möglichen gesetzgeberischen Ausgestaltung und zu erwartenden praktischen Umsetzung ist eine intensive kontinuierliche Beschäftigung mit und Information zu dem Thema wichtig. Die DGP selbst und die von ihr geführte Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland unterstützen dabei gerne Einrichtungen, die Veranstaltungen zu diesem Thema für ihre Mitarbeitenden vor Ort planen.

>> GRUNDLAGEN ZU SUIZID, SUIZIDALITÄT UND SUIZIDPRÄVENTION

Im Jahr **2019** starben in Deutschland **9.041 Menschen** durch Suizid.(5)

Insgesamt ist die Zahl der Suizide in Deutschland in den vergangenen Jahren mit den Anstrengungen zur Suizidprävention, z. B. durch niederschwellige Behandlungsangebote oder Fortbildung in medizinischen und psychosozialen Berufen, deutlich **zurückgegangen**.(6)

1980 lag die Zahl der Suizide bei **18.451** und betrug damit **1,9%** aller Todesfälle. Im Vergleich dazu konnte der Anteil der Suizide an allen Todesfällen **2019 halbiert** werden (n=9.041) und betrug nur noch **1%** der gesamten Todesfälle.(5)

Das **Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Alter** für beide Geschlechter deutlich an, so liegt die Suizidrate bei den über 65-Jährigen bei 20/100.000 Einwohner (im Vergleich: unter 25-Jährige 2,9/100.000 Einwohner, aber hier zweithäufigste Todesursache).(6)

35% aller Suizide werden von **über 65-Jährigen** begangen.(7)

Insgesamt sterben regelmäßig **mehr Männe**r durch Suizid als Frauen.(6)

Die Anzahl der Suizidversuche liegt viel höher und kann auf **mindestens 100.000** im Jahr geschätzt werden.(6)

Suizidversuche werden **häufiger von Frauen** und in **jüngerem Lebensalter** unternommen, allerdings sind die Zahlen für Deutschland bzgl. des Geschlechts eher **ausgeglichen**.(8)

Ungefähr **jede dritte Person** unternimmt nach dem ersten **einen weiteren** Suizidversuch und **jede zehnte Person stirbt** später durch Suizid.(9)

Ca. **sechs bis zwanzig Personen** sind von einem vollendeten Suizidversuch betroffen.(10)

Daten zum assistierten Suizid liegen bisher für Deutschland nicht vor.

DEFINITION SUIZIDALITÄT

Im WHO Report zur Suizidprävention werden suizidales Verhalten mit **Suizidgedanken**, **Suizidplänen** und **Suizidversuchen** sowie der vollendete **Suizid** unterschieden.(10)

Unter **Suizidgedanken** werden alle Gedanken daran verstanden, sich das Leben zu nehmen.(11) Suizidale Gedanken sind nicht stabil, sondern in der Intensität zeitlich schwankend. Sie sind bei vielen Betroffenen auch nicht anhaltend.

Suizidpläne umfassen die konkrete Planung der Durchführung des Suizids.(11) Der Begriff des Suizidversuchs umfasst nach der Definition der WHO jegliches nicht tödliche suizidale Verhalten und bezieht sich auf eine bewusst selbst zugefügte Vergiftung, Verletzung oder jede andere Selbstschädigung, die einen tödlichen Ausgang haben kann, aber nicht muss.(10) Dies umfasst zum einen Handlungen, aus denen ohne Intervention von Dritten eine Selbstschädigung erfolgen würde.

Zum anderen schließt dies die Einnahme von Substanzen in Dosen, die über der allgemein als therapeutisch benannten Dosis liegen, mit dem Ziel der Selbsttötung ein. Auch unterbrochene Handlungen gelten als **Suizidversuch**.(12) Hier ist das Vorliegen eines bewussten Handelns und die Intention der Aktion entscheidend für die Klassifizierung.(13) Der Begriff des schweren Suizidversuchs umfasst die drei Schlüsseldimensionen medizinische Letalität, potenzielle Letalität der genutzten Methode sowie die Schwere der objektiven Umstände der Suizidabsicht.(14)

Unter **Suizid** werden Handlungen verstanden, die zum Tod führen und von einer Person selbst durchgeführt werden.(12) In diesem Sinne handelt es sich hierbei um zum Tode führende Suizidversuche. Entscheidend ist auch hierbei das bewusste Handeln mit der Intention zu sterben bei einem vorhandenen Verständnis von Tod. Nach ICD-10 umfasst Suizid alle Formen der absichtlichen Selbstbeschädigung, inklusive absichtlich selbstzugefügter Vergiftung oder Verletzung, die zur Selbsttötung führten.(15)

URSACHEN

Das Suizidrisiko ist bei allen psychischen Erkrankungen erhöht (Psychosen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen).(6) Der Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Suiziden ist schwer einzuschätzen, in den publizierten Studien schwankt der Anteil der als depressiv eingeschätzten Menschen zwischen 15% bis 95% der Suizide.(16)

Darüber hinaus gibt es ein breites Spektrum an Risikofaktoren, die zu suizidalem Verhalten beitragen: systemische, gesellschaftliche, kommunale, beziehungsbezogene bis zu individuellen Risikofaktoren (z. B. psychische und körperliche Erkrankungen, Sucht, Trennungen und Verluste, Suizide im näheren Umfeld).(10) Belastende und traumatisierende Ereignisse oder sogar die Angst vor solchen Ereignissen können Suizidgedanken und/oder suizidale Handlungen auslösen.

Auch die Darstellung von prominenten Suiziden oder besonderen Suizidmethoden in den Medien kann weitere (nachahmende) Suizide zur Folge haben.

Für Suizide von alten Menschen (Alterssuizide) und Menschen mit schweren Erkrankungen wurde der Begriff des Bilanzsuizides geprägt, nach dem Menschen für sich eine negative Bilanz ihrer Lebenssituation ziehen und damit den Entschluss zum Suizid begründen. Dieser Begriff ist sehr umstritten, von einigen Experten der Suizidprävention wird das Konzept des Bilanzsuizids abgelehnt, denn der Vorgang des Bilanzierens beschreibt hier nicht immer eine adäquat abgewogene und wohl begründete Entscheidungsbasis.

Ursachen für Suizide bei älteren Menschen können u. a. Verlust von Lebenssinn, Gefühl von Wertlosigkeit, eigene Gebrechlichkeit, Demoralisierung und das Gefühl, nur eine Last zu sein bzw. lediglich Kosten zu verursachen, sein.

Bei Menschen mit einer (fortgeschritten) lebenslimitierenden Erkrankung finden sich akute Belastungen durch nicht erträgliche Symptome sowie eine Reihe von Ängsten als Ursachen: Angst vor Autonomie- und Kontrollverlust, Angst anderen zur Last zu fallen, Angst vor Würdeverlust und Angst vor unerträglichem Leid.(17)

SUIZIDPRÄVENTION

Nicht jeder Mensch, der einen Sterbewunsch, welcher Art und Intensität auch immer, äußert oder anders signalisiert, will auch wirklich sterben.(6) Es gibt ganz unterschiedliche Arten und Ausprägungen von Todeswünschen, Suizidwünschen oder Sterbewünschen, mit unterschiedlichem Handlungsdruck und verschiedenen Funktionen.(18)

Suizidgefährdung kann minimiert werden, wenn Betroffene sich auf eine Behandlung/Unterstützung einlassen.(16) Nicht immer können Suizidgefährdete dazu bewegt werden, dass sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Diese Hilfe kann ambulant oder stationär erfolgen, mit psychotherapeutischen Gesprächen und pharmakologischer Behandlung.

Suizidprävention umfasst aber mehr als die Hilfe im Einzelfall. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) versteht Suizidprävention als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.(16)

Als eines der wirksamsten Mittel wird die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden (z. B. Waffen, Medikamente, Chemikalien, Absicherung von Bauwerken) beschrieben.

Ebenso wichtig sind niedrigschwellige Behandlungsangebote, Fortbildungen in den medizinischen und psychosozialen Berufen, Früherkennung von psychischen Erkrankungen, die Beobachtung/Beschränkung von "Suizidforen" (z. B. in sozialen Medien) und nicht zuletzt ein gesellschaftliches Klima, in welchem die Suizidproblematik wahr- und ernst genommen wird. Durch die Förderung von Teilhabe älterer Menschen am sozialen Leben kann das Gefühl der Sinn- und Nutzlosigkeit minimiert werden.(19)

Empfehlung für die Praxis

1. Mitarbeitende der Hospizarbeit und Palliativversorgung sind angehalten, sich verstärkt zum Thema Suizid und Suizidprävention fortzubilden. Aus- und Weiterbildungseinrichtungen sollten dies verstärkt in ihrem Lehrangebot berücksichtigen.

2. Mitarbeitende der Hospizarbeit und Palliativversorgung sollten ihre individuellen Erfahrungen bei der Begegnung mit dem Thema in ihrem Arbeitskontext dokumentieren und in der Einrichtung besprechen.

3. In der Praxis wenden sich auch Menschen ohne schwere Erkrankungen an Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung mit der Bitte um Suizidassistenz. Ergänzend zur Information zu Möglichkeiten und Auftrag der Hospizarbeit und Palliativversorgung sollten die Betroffenen – neben dem Verweis auf den Hausarzt als niedrigschwelliges Angebot – an für sie geeignete Einrichtungen der Suizidprävention, z. B. Telefonseelsorge (Tel. 0800/111 0 111/222), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (https://www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote/hilfsangebote/) oder Kriseninterventionseinrichtungen aufmerksam gemacht werden.

4. Die DGP lädt alle Mitarbeitenden der Hospiz- und Palliativversorgung ein, ihre Erfahrungen zu teilen. Eine Dokumentationshilfe findet sich am Ende dieser Empfehlungen (s. Anhang; https://www.surveymonkey.de/r/suizidanfragen).

>> WUNSCH NACH VORZEITIGEM LEBENSENDE BEI SCHWEREN ERKRANKUNGEN

Es kommt vor, dass Patient:innen mit schweren Erkrankungen auch bei einer optimalen Palliativversorgung einen Todeswunsch ausdrücken. Solche Wünsche reichen von einer Akzeptanz des Sterbens bei lebenslimitierenden Erkrankungen über das Hoffen auf ein baldiges Lebensende mit oder ohne den Wunsch nach Beschleunigung des Sterbeprozesses bis hin zu dem expliziten Wunsch zu sterben durch den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, durch Suizidhandlungen oder Tötung auf Verlangen.(18)

Der Todeswunsch ist dabei als komplexes Phänomen mit individuell unterschiedlichen Ursachen, Ausprägungen und Konsequenzen zu betrachten.(18)

Der Todeswunsch kann einen anderen Sinngehalt haben als die wörtliche Bedeutung der Äußerung. Die Reduktion auf die wörtliche Bedeutung und damit die Äußerung als pure Handlungsaufforderung zu verstehen entspricht keiner guten klinischen Praxis. Jeder Todeswunsch soll sorgfältig auf dahinterliegende Motive hin exploriert werden, um Ideen für eine adäquate Begleitung und ggf. Behandlung überhaupt erst anbieten zu können.

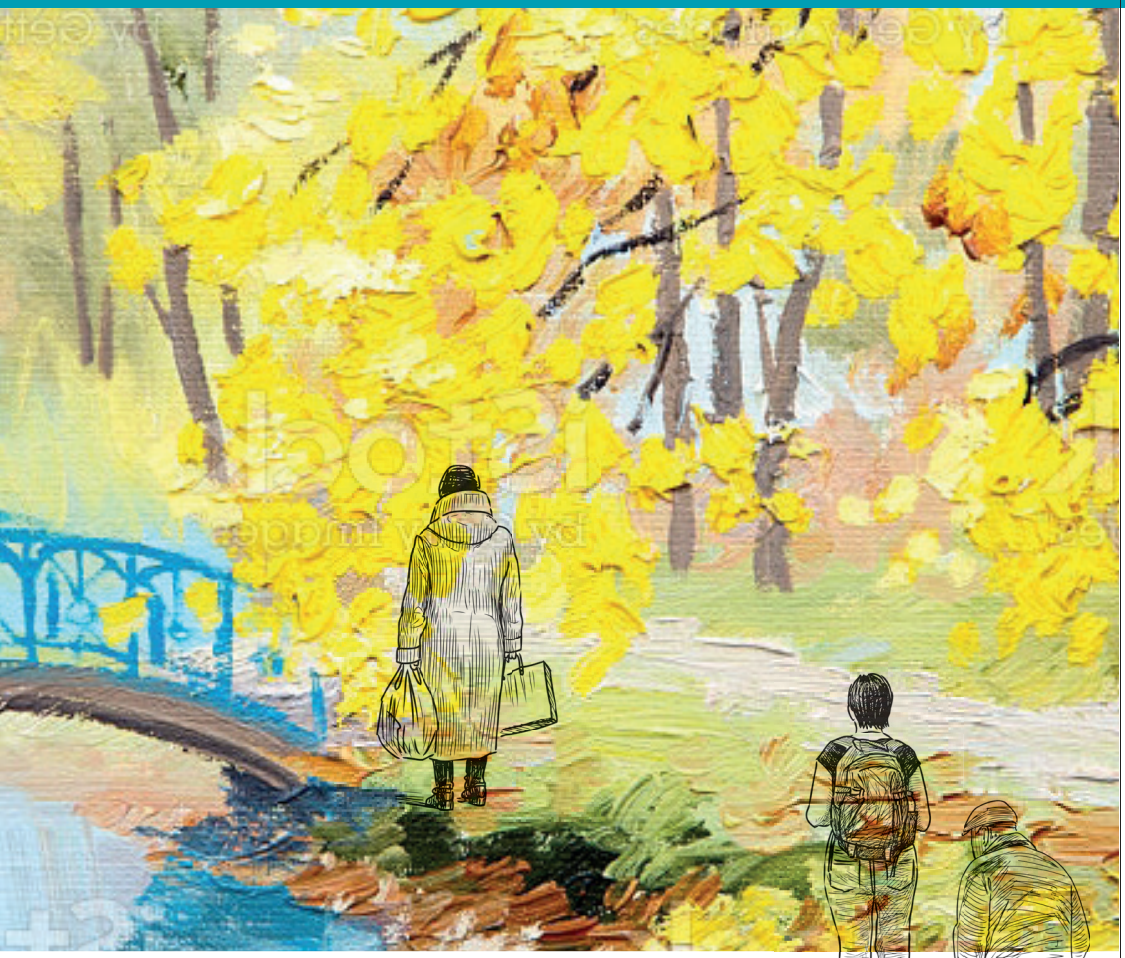
Der Wunsch nach einem vorzeitigen Lebensende oder nach Suizidhilfe ist bei der Mehrzahl der Betroffenen geprägt von einer Gleichzeitigkeit und/oder Ambivalenz zwischen Todes- und Lebenswünschen. Im Zeitverlauf und hinsichtlich der Intensität können sich Todeswunsch und Lebenswille verändern.(18)

Häufig beziehen sich Todeswünsche auf die Befürchtung einer nicht beherrschbaren Zukunft bzw. auf das Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit.(20)

Viele Betroffene sehen darin eine potentielle „Exit-Strategie“, die für einen hypothetischen Zeitpunkt in der Zukunft greifen kann.(21) Die Aussicht auf selbstbestimmte Beendigung des Leidens kann für die Betroffenen sehr entlastend sein.(18)

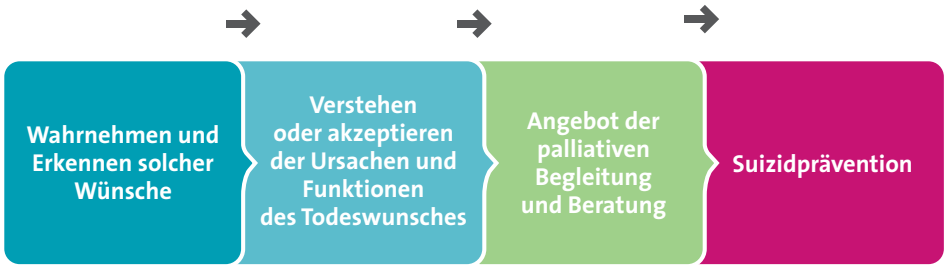
MÖGLICHE MOTIVATIONEN DES TODESWUNSCHES SIND (18):

- Manifestation des Lebenswunsches
- Im Sterbeprozess wird ein beschleunigter Tod bevorzugt
- Die Unerträglichkeit der Situation verlangt unbedingt ein Handeln
- Option, um einer unerträglichen Situation zu entrinnen
- Manifest letzter Kontrolle
- Aufmerksamkeit auf die eigene Individualität lenken
- Geste des Altruismus
- Versuch das soziale Umfeld zu manipulieren,
- Ausruf von Verzweiflung, der die aktuelle Not verdeutlichen soll,
- Der Wunsch tot zu sein.



>> IM KONKRETEN FALL: UMGANG MIT TODES-WÜNSCHEN UND WÜNSCHEN NACH SUIZIDHILFE

Im Umgang mit Patient:innen, die nach Suizidhilfe fragen, wird ebenso wie beim Umgang mit anderen oben beschriebenen Todeswünschen ein vierstufiges Konzept empfohlen:(18)



Todeswünsche und Wünsche nach Suizidhilfe sollten wahrgenommen und entsprechende Andeutungen proaktiv angesprochen werden.(22) Es gibt keinen Hinweis, dass das Ansprechen von suizidalen Gedanken zu deren Entstehung oder Steigerung führt.(18) Von vielen Betroffenen wird das aktive Ansprechen als Erleichterung empfunden.

Das Gespräch über Todeswünsche soll in einer von Offenheit, Mitgefühl und Respekt geprägten wertfreien Grundhaltung für das Denken, Erleben und Handeln der Menschen durchgeführt werden. Die Haltung des Respekts beinhaltet nicht notwendigerweise eine Zustimmung zur aktiven Beendigung des Lebens.(18)

Solche Gespräche sollten in einem angemessen geschützten Rahmen geführt und als Prozess mit der Möglichkeit zur Fortsetzung gestaltet werden. Die Inhalte und Ergebnisse des Gesprächs sollten dokumentiert werden.

In einem kontinuierlichen Gesprächsprozess mit der Patientin/dem Patienten sollten angesprochen werden (nach (18)):

- Auslöser des Todeswunsches *(aktuelle Gründe, die Patient:in mitteilt)*
- Ursachen des Todeswunsches *(Hintergründe und Bedingungen, unter Umständen auch aus der länger zurückliegenden Vergangenheit)*
- Dauerhaftigkeit und ggf. Alternativlosigkeit des Todeswunsches
- Vorliegen von Depression oder anderen schweren psychiatrischen Erkrankungen *(ggf. unter Einbeziehung von Psycholog:in oder Psychiater:in)*
- Vorliegen körperlicher Symptome wie Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen etc.
- Psychische und spirituelle-existentielle Belastungen wie Ängste, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Aussichtslosigkeit, Demoralisation und Glaubensverlust
- Soziale Belastungen *(z. B. Isolation, das Gefühl zur Last zu fallen, Pflegekosten)*
- Hinweise auf subjektiv empfundene Überlastung der Angehörigen *(psychisch, moralisch, körperlich)*
- Finanzielle Aspekte *(z. B. wirtschaftliche Belastung von Patient:in und Angehörigen, Gefährdung des Erbes)*
- Handlungsdruck, abgestuft nach:
  - » Lebenssattheit *(Zufriedenheit mit dem Erlebten und Erreichten, den Tod erwartend),*
  - » Lebensmüdigkeit *(Wunsch zu sterben ohne eigene Aktivität),*
  - » distanzierter Suizidalität *(ohne akuten lebensbeendenden Handlungsdruck)*
  - » latenter Suizidalität *(mit Handlungsdruck)*
  - » akuter Suizidalität *(mit erheblichem Handlungsdruck).(18)*

Für Hinweise auf eine Depression sind die folgenden Screening-Fragen hilfreich:(23)

- *Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?*
- *Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?*

Alternativ kann auch die Kurzversion des Beck Depression Inventory verwendet werden.(24) Bei Verdacht auf eine Depression (z. B. wenn eine oder beide Fragen des 2-Fragen Screenings mit Ja beantwortet werden) oder andere psychiatrische Erkrankungen sollte eine psychiatrische oder psychotherapeutische Expertise hinzugezogen werden und eine entsprechende psychologische Diagnostik erfolgen.(18) Die Abklärung des Vorliegens einer Depression oder einer psychiatrischen Erkrankung oder die Einschätzung der Freiverantwortlichkeit ist Aufgabe von Fachleuten mit entsprechender Expertise.

Bei Patient:innen mit Depression oder anderen psychiatrischen Erkrankungen ist die Freiverantwortlichkeit und damit die Behandlungsnotwendigkeit des Suizidwunsches besonders zu prüfen. Es gibt bislang kein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Erfassung der „Freiverantwortlichkeit“ und des „autonom gebildeten Willens“ eines suizidalen Menschen und insbesondere keine praktisch umsetzbare Möglichkeit, dies sicher und zweifelsfrei festzustellen.

Mit Zustimmung der Patientin/des Patienten (Vorsicht bei eventuellen intrafamiliären Konflikten) ist es in der Regel unerlässlich, die An- und Zugehörigen in die Gespräche mit einzubeziehen oder in getrennten Gesprächen ihre Sicht auf die Todeswünsche der Patientin/des Patienten zu erfassen. Hierbei ist zu beachten, dass Suizidwünsche häufig aus intrafamiliären Konflikten heraus resultieren.

Bei einem Wunsch von Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung nach Hilfe beim Suizid ist aufgrund von Erfahrungen in anderen Ländern zu befürchten, dass der Suizidwunsch anders bewertet wird als bei Menschen ohne Behinderung.(25) Die Lebensqualität der Menschen mit Beeinträchtigungen wird häufig unterschätzt und die Annahme ist weit verbreitet, dass Behinderung immer mit Leiden verbunden sei. Es ist deshalb zu befürchten, dass der Wunsch nach vorzeitigem Sterben eher aus Mitleid als aus Respekt vor der Selbstbestimmung unterstützt wird. Ein Mangel an verfügbarer, speziell erfahrener hospizlich-palliativer Versorgung kann den Wunsch nach Suizidhilfe verstärken.

Außerdem wird es schwierig sein, den Willen eines Menschen mit stärkeren Beeinträchtigungen eindeutig festzustellen, insbesondere zwischen Sterbewunsch und explizitem Suizidbegehren zu differenzieren.(25)

Für die Begleiter:innen, d.h. die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden in der Hospiz- und Palliativversorgung, aber auch andere Mitarbeitende im Gesundheitswesen ist es wichtig, die eigenen Gefühle in der Begleitung der Patientin/des Patienten wahrzunehmen, zum Beispiel als Zeichen der Belastung oder als Handlungsdruck, diese zu hinterfragen und (ggf. im Team oder durch regelmäßige Supervisionen) zu reflektieren. Es muss vermieden werden, dass die Belastung der Begleiter:innen oder ein von den Begleiter:innen selbst empfundener Handlungsdruck die Entscheidungsfindung beeinflussen.

Eine gute Hilfestellung bietet der Leitfaden für Umgang mit Todeswünschen.(26)

KOMPETENT BEGLEITEN: ANGEBOTE DER HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVVERSORGUNG

Unzureichend behandelte körperliche Symptome wie Schmerzen oder Atemnot sollten mehrdimensional (‘Total pain’) bestmöglich behandelt werden.(18) Hierzu sollten, wenn indiziert, Expert:innen der spezialisierten Palliativversorgung aus verschiedenen Berufsgruppen frühzeitig hinzugezogen werden (Palliativdienst, Palliativstation, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), ambulante und stationäre Hospizarbeit).

Häufig geben Patient:innen mit schweren Erkrankungen allerdings gar nicht die aktuelle Belastung durch die Symptome als Auslöser eines Suizidwunsches an, sondern die Angst vor dem Leid, das noch kommt (nicht die Atemnot heute, sondern die Angst vor dem Ersticken, wenn die Atemnot in Zukunft noch stärker wird). Die Patient:innen sollten über die Möglichkeiten der Symptomlinderung in der Palliativversorgung und über psychosoziale Unterstützungsangebote und Hilfestellungen (Ambulante Hospizarbeit, Seelsorge, psychologische Unterstützung, Trauerangebote) informiert und beraten werden.

Gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten sollten die An- und Zugehörigen in die Erarbeitung der Bewältigungsstrategien und Ressourcen einbezogen werden, um die Situation zu besprechen und gemeinsam Perspektiven zu entwickeln, wie mit der Situation umgegangen werden kann. (18) Hier kann es auch ein Ergebnis sein, einen Sterbewunsch als Behandlungsteam akzeptieren zu lernen.

Ziele von Interventionen können u. a. Stärkung des Würdeerlebens und der empfundenen Sinnhaftigkeit, welche z. B. die Würde- und Sinnzentrierte Therapie anstrebt, sein.(27, 28) Der Seelsorge und Spiritual Care kann hier eine wichtige Aufgabe zukommen.

ERGÄNZENDE MAßNAHMEN ZUR SUIZIDPRÄVENTION

Beratung, Information und empathische Begleitung durch Akzeptanz und Wertschätzung, Pflege und Behandlung, das Angebot praktischer Hilfen, die Stärkung des sozialen Umfelds sowie Behandlung belastender Symptome in der Hospiz- und Palliativversorgung unterstützen die Suizidprävention.

Informationen zur Palliativversorgung und Hospizarbeit finden sich: ß

Über die Webseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP): **www.dgpalliativmedizin.de**

Telefonisch über die Geschäftsstelle der DGP: **030 – 30 10 10 00**

WEGWEISER

Bei den nahegelegenen Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung, zu finden über den

Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung **www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de**

BEENDIGUNG VON LEBENSVERLÄNGERNDEN BEHANDLUNGSMASSNAHMEN

Vielen Patient:innen, die einen Todeswunsch äußern, ist nicht bekannt, dass jede medizinische und pflegerische Maßnahme nur bei entsprechender Indikation und mit ihrem Einverständnis begonnen und weitergeführt werden darf. Viele Patient:innen und Ärzt:innen befürchten zudem, dass die Nichteinleitung oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen (z. B. Tracheotomie bei Tumoren der oberen Atemwege) zwangsläufig mit stark belastenden Symptomen behaftet ist; auch diese Meinung muss korrigiert werden. Informationen über die Option der Beendigung von lebensverlängernden oder -erhaltenden Behandlungsmaßnahmen sollen den Patient:innen mit Todeswunsch angeboten werden.

Das Zulassen des Sterbens durch Nichtaufnahme oder Beendigung lebensverlängernder oder -erhaltender Maßnahmen ist nicht nur erlaubt, sondern sogar ethisch und rechtlich geboten, wenn diese Maßnahmen nicht oder nicht mehr indiziert sind oder die Patient:innen nicht oder nicht länger darin einwilligen.(18) Dazu gehören z. B. künstliche Ernährung, Infusionen, Antibiotika oder auch Beatmungstherapie.

In diesem Kontext sollten Patient:innen, sofern noch nicht geschehen, auch über die Möglichkeiten der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht informiert werden, die häufig in ihrer Tragweite – gerade bezüglich der Aufgaben und Rechte des Bevollmächtigten – nicht bekannt sind.

FREIWILLIGER VERZICHT AUF ESSEN UND TRINKEN

Oft wird im Zusammenhang mit assistiertem Suizid die Methode des freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken (FVET, auch als Sterbefasten oder freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit) als alternative Handlungsoption diskutiert.(29) Damit der/die Betroffene eine wohlinformierte Entscheidung treffen kann, sollten umfassende Informationen über den zu erwartenden zeitlichen Verlauf, über zu erwartende belastende Symptome und Komplikationen sowie deren Kontrolle und medizinische und pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten gegeben werden.

Die Aufklärung über die Möglichkeiten zur Linderung möglicher auftretender Symptome ist essentiell für eine informierte Entscheidungsfindung. Die Entscheidung über den freiwilligen Verzicht sowie Art und Umfang liegt bei den Patient:innen.

Beim vollständigen Verzicht auf Essen und Trinken ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung ca. ein bis zwei Wochen, selten auch länger beträgt. Beim alleinigen Verzicht auf Essen, nicht aber auf Trinken, ist – je nach körperlichem Zustand – von einer längeren Lebenserwartung von vier bis sechs Wochen auszugehen.

Patient:innen können sich sowohl zum Verzicht auf Essen und Trinken entscheiden als auch nur auf eines von beiden, Essen oder Trinken. Manche Patient:innen versuchen jede Form von Flüssigkeitszufuhr zu vermeiden, andere nehmen noch geringe Resttrinkmengen zu sich.

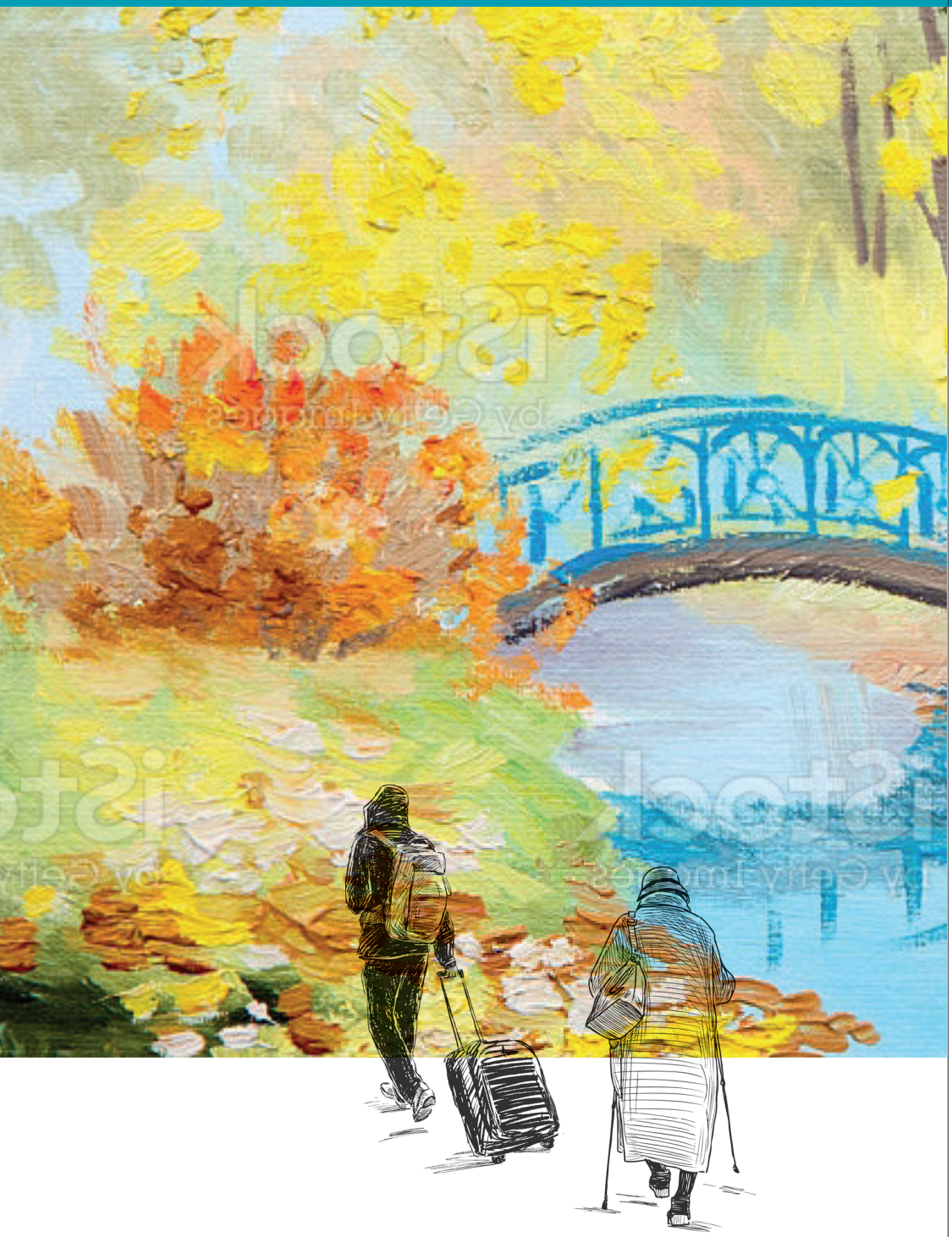
Das Behandlungsteam sollte für den Umgang mit FVET geschult werden.

GEZIELTE SEDIERUNG ZUR LEIDENSLINDERUNG AM LEBENSENDE

Wenn die Symptomlast – auf physischer oder psychischer Ebene – von der Patientin/dem Patienten als unerträglich empfunden wird und eine ausreichende Symptomkontrolle auch mit allen Möglichkeiten der Symptomlinderung nicht oder nicht ausreichend schnell erreicht werden kann (“therapierefraktär”), soll mit der Patientin/dem Patienten die Option einer gezielten Sedierung zur Leidenslinderung besprochen werden.(30)

Die Aufklärung über diese Handlungsoption als Letztversicherung bietet auch Patient:innen mit Ängsten vor zukünftig befürchteten Symptombelastungen die wichtige Sicherheit einer Linderungsperspektive. Für Patient:innen ohne aktuell bestehende Indikation zur Sedierung, aber Angst vor therapierefraktärem Leid, kann das Wissen um die Option der gezielten Sedierung (in ihren verschiedenen Formen, z. B. auch vorübergehend leicht) im Falle einer Symptombelastung eine erhebliche Erleichterung bewirken.

Bei der gezielten Sedierung werden sedierende Medikamente eingesetzt mit dem Ziel einer leichten oder tiefen Sedierung mit einem verringerten oder aufgehobenen Bewusstseinszustand (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen zu reduzieren.(31) Die gezielte Sedierung sollte durch in der Palliativversorgung erfahrene Ärzt:innen und Pflegefachkräfte erfolgen.(30) Eine gezielte Sedierung hat nicht zum Ziel, den Tod schneller herbeizuführen.



>> (ÄRZTLICH) ASSISTIERTER SUIZID

Die Assistenz beim Suizid, also die direkte Hilfe bei der Durchführung, ist grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe (3) oder Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung.

Das Selbstverständnis und die Grundhaltung der Hospiz- und Palliativversorgung sind geprägt von der Achtung vor dem Wert des Lebens und der sich daraus ergebenden Aufgabe, „Leben bis zuletzt“ zu ermöglichen. Der Respekt vor der Würde und der Selbstbestimmung des Menschen sind dabei verbunden mit der Überzeugung, dass nicht ein einseitiges Verständnis von Autonomie im Sinne eines alle anderen Werte in den Hintergrund stellenden Individualismus zentrales Kennzeichen der Menschenwürde sind.

Trotz bester Prävention, hospizlicher und palliativmedizinischer Angebote wird es schwerkranke und nicht-kranke sterbewillige Menschen geben, für die ein Suizid alternativlos erscheint. Wenn sich ein behandelndes Team oder eine behandelnde Einzelperson in einer Ausnahmesituation dazu entscheidet, einen Suizid zu begleiten, ist eine solche Gewissensentscheidung zu respektieren. Eine solche Begleitung kann Ausdruck einer Fürsorge sein, Sterbende auch am Ende des Lebens nicht allein lassen zu wollen. Der Entschluss, die Sterbende/den Sterbenden bis zum Schluss zu begleiten, hat Konsequenzen für die jeweiligen Einrichtungen und deren Mitarbeiter:innen, die im Entscheidungsfindungsprozess bedacht werden sollten. Diese betreffen das Miteinander in einem Team, das durch Suizidbegleitungen in der eigenen Einrichtung in seinen Überzeugungen und seinem Selbstverständnis auf eine schwere Probe gestellt werden kann, sowie die Gefahr, dass Palliativ- und Hospizeinrichtungen in der Öffentlichkeit und aus der Sicht schwerkranker Menschen künftig als prädestinierte Suizidstätten wahrgenommen werden könnten. Im Fall einer Suizidbegleitung rät die DGP nachdrücklich dazu, dass Beratung, Begutachtung und Durchführung einer Suizidassistenz getrennt (d.h. nicht durch Mitarbeiter:innen der gleichen Einrichtung) erfolgen.(32)

Auch sollte klargestellt werden, dass kein Anspruch auf Suizidhilfe in Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung besteht.

Die grundsätzliche Entscheidung eines Behandlungsteams/einer Einrichtung oder Einzelperson gegen eine Suizidassistenz muss respektiert werden. Einzelne Mitglieder eines solchen Behandlungsteams dürfen nicht verpflichtet oder bedrängt werden, einen Suizid zu begleiten.

Fazit für die Praxis

1. Mitarbeitende der Hospiz- und Palliativversorgung müssen institutionell und strukturiert in der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Themenfeld der Suizidhilfe unterstützt und gestärkt werden, inklusive Information über Suizidprävention.

2. Todeswünsche sollten aufgrund der Häufigkeit ihres Auftretens in der Gruppe der hospizlich und palliativ begleiteten Menschen aktiv, achtsam und ggf. wiederholt über den Betreuungszeitraum erfragt werden.

3. Die Gruppe der Suizidwilligen, die hospizlich und palliativ versorgt werden, ist bisher nicht statistisch fassbar.

4. Neben der gebotenen, respektvollen emotionalen Präsenz in der Begleitung von Menschen, die einen Todeswunsch äußern, sollten Mitarbeitende der Hospiz- und Palliativversorgung in die Lage versetzt werden, Todeswünsche strukturiert zu erfassen, zu dokumentieren und in ihrem Arbeitsumfeld wertfrei zu kommunizieren.

5. Die strukturierte Erfassung sollte u. a. den Anlass der Äußerung (z. B. Selbstoffenbarung versus auf Nachfrage), die Aktualität und Akutheit des suizidalen Handlungsimpulses (z. B. akute Suizidalität versus Lebenssattheit), die möglichen individuellen Motive (auch im Hinblick auf eine von der Patientin/dem Patienten subjektiv empfundene Überlastung der Angehörigen und finanzielle Aspekte) und Funktionen und das erzielte Ergebnis des Gesprächs (z. B. persistierend hoher Handlungsdruck vs. emotionale Entlastung und Stabilisierung) beinhalten.

6. Gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten sollten anhand der Ergebnisse im Betreuungsteam Maßnahmen festgelegt werden (z. B. Intensivierung der Besuchsfrequenz, psychologische und spirituelle Begleitung, psychotherapeutische Interventionen, Angebot der entlastenden medikamentösen Therapie, Familiengespräch oder aber auch – wenn indiziert – akute fachärztlich psychiatrische Vorstellung).

7. Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung sollen entsprechende Dokumentationshilfen in die Standarddokumentationen integrieren.

8. Mitarbeitende sollen differenziert über Möglichkeiten der Symptomkontrolle, der psychosozialen und spirituellen Unterstützung, der Versorgung und Hilfsmittel zur Teilhabe (z. B. Augengesteuerte Sprachcomputer für Menschen, die ihre Fertigkeit zur verbalen/nonverbale Kommunikation verlieren) sowie die Möglichkeit des FVET am Lebensende aufklären und beraten können.

9. Für den Fall der gewünschten Suizidhilfe eines durch Hospiz- und Palliativversorgung begleiteten Menschen sollte das Hospiz- und Palliativteam ein Konzept zum Umgang mit Suizidwünschen haben.

10. Eine Kooperation mit den Akteuren der Suizidhilfe kann von Einzelpersonen, Palliative Care-Teams oder Institutionen abgelehnt werden.

11. Für den Fall einer Kooperationsbereitschaft mit Sterbehilfeorganisationen sollten Fragen wie der Zutritt in die Einrichtung, die Duldung des assistierten Suizids in der Einrichtung und die aktive Beteiligung von Mitarbeitenden der Einrichtung an der Durchführung eines assistierten Suizids behandelt und verbindliche "rote" Linien definiert werden, die keinesfalls überschritten werden dürfen.

12. Falls eine Kooperation mit den Akteuren der Suizidhilfe vorgesehen ist, muss die entsprechende Einrichtung die Freiwilligkeit der Begleitung der geplant involvierten Mitarbeitenden sicherstellen. Außerdem müssen Angebote bei Belastungsreaktionen eingerichtet werden, auf die die involvierten Mitarbeitenden sehr zeitnah und niederschwellig zugreifen können.

13. Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung sind aufgefordert, ihre Haltung zum Themenfeld der Suizidhilfe öffentlich zu machen, um Mitarbeitenden wie Betroffenen eine klare Orientierung zu geben, ob das Selbstverständnis der Einrichtung und das persönliche Selbstverständnis derart übereinstimmen, dass kongruente Erwartungen an den Umgang mit Suizidhilfe bestehen. Dies kann zum Beispiel durch kommentierende Aufnahme des Themas in das Leitbild der Einrichtung erfolgen.

>> ZUSAMMENFASSUNG

Die DGP sieht die Durchführung der Suizidhilfe nicht als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung.(32). Sie stimmt mit dieser Haltung mit der European Association for Palliative Care (33) und der International Association for Hospice and Palliative Care (34) überein. Es gibt allerdings sowohl innerhalb der DGP als auch in der EAPC davon abweichende Meinungen.

Die DGP sieht es als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patient:innen auseinanderzusetzen. Dies heißt jedoch nicht, dass eine Suizidhilfe – zum Beispiel durch Bereitstellung einer tödlichen Medikation – geleistet werden muss. Dabei ist auch die Durchführung des Suizids durch die Patient:innen selbst als möglicher Ausgang der respektvollen Begleitung zu tolerieren.

Jedoch können Mitarbeitende der Hospiz- und Palliativversorgung im Einzelfall vor einem Dilemma (Lebensschutz vs. Respekt der Autonomie) stehen, wenn Patient:innen sie um Hilfe zum Suizid bitten. Es ist deshalb sinnvoll und notwendig, dass Mitarbeitende in Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung ihre persönliche Einstellung zum Suizid klären können.

Die Mitarbeitenden müssen Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit dem Thema erhalten, z. B. in Teamsitzungen und Fortbildungen und bei konkretem Anlass in Einzelfallgesprächen. In der Klärung der Haltung zur Suizidhilfe ist auch eine ethische Begleitung, z. B. durch Supervision, bzgl. ethischer Überlegungen für das Behandlungsteam sinnvoll. Insbesondere sollten bei konkreten Anlässen Teamgespräche oder Supervision angeboten werden.

In den ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen ist es Aufgabe der Träger, die Rahmenbedingungen festzulegen, ob z. B. Suizidhilfe in der Einrichtung (mit oder ohne Beteiligung von Mitarbeitenden) geduldet wird oder ob Vorgaben für den Umgang mit Patient:innen mit dem Wunsch nach Suizidhilfe eingeführt werden.

Für ethische Konflikte, die sich um die Suizidhilfe ergeben, wird es nicht immer eine Lösung geben, die für alle Beteiligten zufriedenstellend ist. Deshalb ist es aus Sicht der DGP umso wichtiger, eine offene Diskussion zu fördern.

>> PRAKTISCHES VORGEHEN BEIM UMGANG MIT TODESWÜNSCHEN

ALLGEMEIN

- Respektieren des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und des Rechts, sich dabei Hilfe zu suchen.
- Verständnis für das (körperliche, psychische, existentielle) Leid der betroffenen Patient:innen

GESPRÄCHE

- Zeit nehmen für Gespräche
- Fragen und Äußerungen zu vorzeitigem Sterben, Todes- bzw. Suizidwünschen nicht abblocken oder bewerten („Wann ist es endlich vorbei?“, „ich halte das nicht mehr aus“, „ich will niemand mehr zur Last fallen“)
- Verständnis für den Todes- bzw. Suizidwunsch zeigen
- Auslöser und Ursachen des Todes- bzw. Suizidwunsches erfragen
- Ressourcenorientierte Perspektive, positive Aspekte im Leben der Patientin/des Patienten suchen („Was hält Sie im Leben?“)

INFORMATION UND NOTWENDIGE SACHKENNTNIS

- Zusicherung der Begleitung in schwerer Erkrankung und in der letzten Lebenszeit
- Information über/zu
  - » Möglichkeiten zur Symptomlinderung
  - » psychologische und spirituelle Begleitung
  - » Bewältigungs- und Copingstrategien
  - » Möglichkeiten der Vorausverfügung (Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht, Advance care planning)
  - » palliative Sedierung
  - » Beendigung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen
  - » freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken
  - » sozialrechtlichen Beratungsmöglichkeiten
  - » Hilfsangebote der Suizidprävention und zum assistierten Suizid

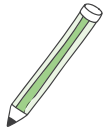
VORGEHEN BEI ANHALTENDEM SUIZIDWUNSCH

- Handlung entsprechend der zuvor geklärten Haltung des Behandlungsteams/der Einrichtung
- Prüfung der Freiverantwortlichkeit
- Respektierung des Willens der Patient:innen bei fortbestehendem ernsthaftem Wunsch nach Suizidassistenz
- Auch bei Entscheidung der Patientin/des Patienten für eine Suizidassistenz ohne eigene Mitwirkungsbereitschaft muss das Hospiz- und Palliativteam klären, inwieweit eine Ansprechbarkeit bei Notfällen oder Änderung des Patientenwillens bestehen bleibt.

PALLIATIVE BEHANDLUNG

- Ausschluss/Behandlung von Depression oder anderer psychiatrischer Erkrankung
- Interprofessionelle Behandlung quälender und belastender Beschwerden im körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich
- Beratung und Anleitung zu Therapie- und Pflegemaßnahmen und Stärkung der Selbstbestimmung und Autonomie

>> VORSCHLAG FÜR EINE DOKUMENTATIONSHILFE ZUR STRUKTURIERTEN ERFASSUNG VON ANFRAGEN ZUR SUIZIDASSISTENZ



ANFRAGEN ZUR SUIZIDASSISTENZ

Erster Satz bzw. Anliegen des Gesprächs:

Datum der Anfrage:

Wiederholter Kontakt: ☐ ja ☐ nein

ANFRAGENDE:R

Für wen wird angefragt: Für sich selbst? Für einen nahestehenden Menschen?

Alter der/des Suizidwilligen:

Geschlecht:

Liegt eine Erkrankung vor?

Lebenssituation:

IST DER SUIZIDWUNSCH / -PLAN KOMMUNIZIERT?

☐ ja ☐ nein

Mit wem?

GAB ES BEREITS KONTAKTE ZU KRISENINTERVENTIONS- BZW. HILFSANGEBOTEN?

(z. B. Telefonseelsorge, Hilfsangebote Suizidprävention, Sozialpsychiatrische Dienste, Krisenberatung, andere Beratungsstellen, Psychiater:in, Psychotherapeut:in o.a.)

Sehr geehrte Kolleg:innen in der Hospizarbeit und Palliativversorgung,

anbei einige Punkte zur Erfassung von Anfragen zur Suizidassistenz.

GAB ES BEREITS EINEN (ODER MEHRERE) SUIZIDVERSUCH/E?

KONKRETES ANLIEGEN

(z. B. Vorausschauende Planung/Information im Sinne von „wenn – dann...“ oder „wo bekomme ich die Pille?“, Informationen über konkrete Umsetzung?)

GENANNTE GRÜNDE FÜR DEN SUIZIDWUNSCH

WISSENSDEFIZITE

(z. B. zu Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, medizinischen Möglichkeiten, rechtlicher Situation, Patientenrechten usw.)

GESPRÄCHSERGEBNIS:

DAUER DES GESPRÄCHS:

>> LITERATUR

1.
Bundesministerium der Justiz. Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung bei der Selbsttötung. Bundesgesetzblatt. 2015;49 (Teil1):2177.

2.
Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1-343. 2020.

3.
Bundesärztekammer. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. Deutsches Ärzteblatt. 2021;118(29–30):A1428–A32.

4.
Bundesministerium der Justiz. Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln. 1981.

5.
Statistisches Bundesamt. Todesursachen 2021 [Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html.

6.
Schneider B, Lindner R, Giegling I, Müller S., Müller-Pein H, Rujescu D, et al. Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven. Leipzig; 2021.

7.
Arbeitsgruppe „Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS). Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen – Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter. Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS); 2015.

8.
Freeman A, Mergl R, Kohls E, Szekely A, Gusmao R, Arensman E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. BMC Psychiatry. 2017;17(1):234.

9.
Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2007;41(3):257-65.

10.
World Health Organisation. Preventing Suicide: A global imperative. Geneva; 2014.

11.
Nock MK. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339–63.

12.
Schmidtke A, Sell R, Löhr C. Epidemiologie von Suizidalität im Alter. Z Gerontol Geriat. 2008;41(3):3-13.

13.
Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand. 1992;85(2):97–104.

14.
Levi-Belz Y, Beautrais A. Serious Suicide Attempts. Crisis. 2016;37(4):299–309.

15.
DIMDI. ICD-10-GM. 2021.

16.
Nationales Suizidpräventionsprogramm. Informationen über Suizidalität und Suizid 2021 [Available from: https://www.suizidpraevention.de/informationen-ueber-suizid/.

17.
Kremeike K, Pralong A, Bostrom K, Bausewein C, Simon ST, Lindner R, et al. ‚Desire to Die' in palliative care patients-legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. Ann Palliat Med. 2021;10(3):3594–610.

18.
Leitlinienprogramm Onkologie. Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Onkologie Leitlinienprogramm; 2019. Contract No.: AWMF-Registernummer: 128/001OL.

19.
Lang FR, Rupprecht FS. Motivation for Longevity Across the Life Span: An Emerging Issue. Innov Aging. 2019;3(2):igz014.

20.
Rodriguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. BMJ Open. 2017;7(9):e016659.

21.
Nissim R, Gagliese L, Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. Soc Sci Med. 2009;69(2):165–71.

22.
Porta-Sales J, Crespo I, Monforte-Royo C, Marin M, Abenia-Chavarria S, Balaguer A. The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: A cross-sectional study. Palliat Med. 2019;33(6):570–7.

23.
Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439–45.

24.
Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of depression inventory: cross-validation. Psychol Rep. 1974;34(3):1184–6.

25.
Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, Hollins S. Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012–2016). BMC Med Ethics. 2018;19(1):17.

26.
Kremeike K, Voltz R. Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. https://palliativzentrum.uk-koeln.de/?pbid=218613.

27.
Lo C, Hales S, Chiu A, Panday T, Malfitano C, Jung J, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. BMJ Support Palliat Care. 2019;9(2):209–18.

28.
Juliao M, Oliveira F, Nunes B, Carneiro AV, Barbosa A. Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. Palliat Support Care. 2017;15(6):628–37.

29.
Radbruch L, Münch U, Maier BO, Tolmein O, Alt-Epping B, Bausewein C, et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; 2020.

30.
Ostgathe C, Klein C, Kurkowski S, Heckel M, Torres Cavazos JL, Bausewein C, et al. Handlungsempfehlung Einsatz sedierender Medikamente in der Spezialisierten Palliativversorgung. 2021.

31.
Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L. Sedierung in der Palliativmedizin*: Leitlinie fur den Einsatz sedierender Massnahmen in der Palliativversorgung (European Association for Palliative Care (EAPC)). Schmerz. 2010;24(4):342–54.

32.
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention. 2021.

33.
Radbruch L, Leget C, Bahr P, Muller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliat Med. 2016;30(2):104–16.

34.
De Lima L, Woodruff R, Pettus K, Downing J, Buitrago R, Munyoro E, et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. J Palliat Med. 2017;20(1):8–14.