

Palliative Care und Beihilfe zur Selbsttötung

Sachlage und Empfehlungen
zum Umgang mit Todeswünschen
und Anfragen nach assistiertem Suizid

1. Ausgangssituation und Fakten:

a, Juristische Grundlagen:

- Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung von 2015 = § 217 StGB:
Beihilfe zur Selbsttötung ist in D nicht verboten, nur die „geschäftsmäßige Förderung“: d.h. es kommt nicht auf das Finanzielle an, sondern auf die planmäßige Betätigung in Form eines regelmäßigen Angebots.

- Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2. 2020,
gekürzte Fassung der Leitsätze:
„Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür Hilfe in Anspruch zu nehmen.
Das strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung in § 217 StGB macht dies faktisch unmöglich und lässt praktisch keinen Raum, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen.
Das Selbstbestimmungsrecht tritt in Kollision mit der Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger und das hohe Rechtsgut Leben zu schützen.
Ein effektiver präventiver Schutz der Autonomie und des Lebens mit den Mittel des Strafrechts ist gerechtfertigt. Die Rechtsordnung muß jedoch sicher stellen, dass trotz Verboten im Einzelfall Zugang zu Suizidhilfe real eröffnet bleibt.
Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten“

- Konsequenz: § 217 ab sofort aufgehoben, Rechtslage von 2015 vor
Gesetzgebung wiederhergestellt:
keine Strafbarkeit von Beihilfe zu Selbsttötung, auch nicht eine geschäftsmäßige Förderung des Suizids
derzeit ärztliches Standesrecht: „Suizidbeihilfe ist nicht ärztliche Aufgabe“
evt neue gesetzliche und standesrechtliche Regelungen derzeit offen.

b, Suizid und Beihilfe:

- Suizid und Suizidalität:
Suizide sind häufig: ca 10 000 Personen sterben in Deutschland pro Jahr am Suizid (mehr als Verkehrstote, Drogentote und Gewaltdelikte zusammen).
Dies, obwohl sich durch aktive Suizidprävention in den letzten Jahrzehnten die Zahl der Suizidenten fast halbiert hat. Die Suizidrate nimmt im Alter stark zu, Männer sind wesentlich häufiger betroffen als Frauen
(*Destatis und Stiftung Depressionshilfe*)
Suizidversuche sind etwa 15-20mal häufiger als erfolgreiche Suizide.

- Ursachen für Suizide
 - in über 90 % psychische bez. psychiatrische Ursachen (v.a. Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Sucht)
 - etwa 1-2 % selbstbestimmte, bewusste Lebensbeendigung
(*Nationales Suizidpräventionsprogramm*)
 - „In jedem Alter ist Suizid mit Krisensituationen, anhaltender Hoffnungslosigkeit und längeren depressiven Phasen verbunden“
(*Klaus Ernst, Psychiater, Zürich*)
- wohlbedachter und selbstbestimmter Suizid ist also die Ausnahme!**
- Wunsch nach vorzeitigem Tod in palliativer Situation (*Studiendaten*)
 - Wünsche und Äußerungen häufig, etwa 8-15% aller Palliativ-Patienten
 - Gründe für Wunsch nach vorzeitigem Tod, v.a.
 - affektive Erkrankungen („Depression“)
 - schlecht behandelte bez. schlecht behandelbare Beschwerden
 - fehlende soziale Unterstützung, soziale Isolation
 - Belastung für andere („Gefühl, Kindern zur Last zu fallen“)
 - Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit
 - Angst, Hoffnungslosigkeit, Sinnverlust
- Selbstbestimmung:
 - Wunsch nach selbstbestimmtem Ende groß bei gesunden Menschen,
 - Wunsch nach vorzeitigem Tod groß in frühen Stadien lebens-bedrohender Krankheit, auch bei Demenz, der Lebenswille wächst eher bei Fortschreiten der Krankheit und zum Lebensende zu
- assistierter Suizid und Angehörige:
 - a, manche Nahestehende drängen mehr oder weniger offen bei Krankheit dazu: Stichwort: „Sozialverträgliches Ableben“
 - b, Suizid führt bei Angehörigen, Nahestehenden und anderen Beteiligten zu Schuldgefühlen, z.B. posttraumat. Belastungsstörungen, die über 1 Jahr anhalten können und ähnlich häufig sind wie bei Soldaten nach dem Einsatz im Irak oder in Afghanistan (*Studiendaten*).

c, Hospizidee (Palliative Care):

- Unheilbar Kranke und Sterbende begleiten bis zum letzten Tag, natürlichen Lebens- und Sterbeverlauf akzeptieren, Sterben als Teil des Lebens sehen, Sterbende nicht alleine lassen, Lebensqualität ermöglichen
- Definition WHO 2002:
 - „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind und zwar durch Vorbeugung und Lindern von Leiden
- Statement EAPC 2005:
 - „Individuelles Ersuchen um ärztlich assistierten Suizid hat komplexe Gründe Nachfragen sollte mit Respekt, hoher Aufmerksamkeit und sensibler Kommunikation begegnet werden. Die Bitte nach assistiertem Suizid steht meist nach umfassender palliativer Therapie und Zusicherung einer Sterbebegleitung nicht mehr zur Diskussion.
- Assistierter Suizid gehört nicht zu den Aufgaben von Palliative Care**

2. Konsequenzen:

a. allgemein:

- Respektieren der Freiheit des Einzelnen, sich das Lebens zu nehmen und dazu Hilfe zu suchen und anzunehmen (Beachtung des Patientenwillens)
- Suizidhilfe steht im Widerspruch zur Hospizidee
- Hospizbegleitung und Palliativ-Versorgung immer, wenn Schwerkranker sie will und braucht, selbst wenn er sich für Suizid und für Suizidhilfe ausspricht.

b. Wie als hospizlich/palliativ Tätige mit Wünschen nach vorzeitigem Tod umgehen?

1. Zeit nehmen für Gespräche: Wahrnehmen und aktiv eruieren von Sterbewünschen und Suizidgedanken:
Fragen nach vorzeitigem Sterben nicht abblocken („wann ist es denn endlich vorbei?“, „ich halte es nicht mehr aus“, „wie lange dauert es noch“?), Äußerungen, auch in Nebensätzen, bewusst registrieren, das Gespräch zum Thema suchen bez. erfahrene Mitarbeiter informieren und um Kontakt bitten. Ursachen für den Wunsch zu ergründen suchen, Offenheit ist wichtig! Verständnis für den Wunsch möglich (nicht für die Umsetzung).
2. Zusicherung der Begleitung für jeden Menschen bei schwerer Krankheit und in der letzten Lebenszeit:
 - Chancen hospizlich-palliativer Versorgung in allen 4 Dimensionen (bei körperlichen, psychischen, sozialen oder spirituellen Fragen) verständlich und positiv vermitteln, ggf. Therapiezieländerung besprechen bez. veranlassen
 - Menschen nicht alleine lassen: Nähe ermöglichen, Kontakte intensivieren: Ehrenamt einsetzen!
 - positive Aspekte im Leben des Kranken suchen, Selbstwertgefühl trotz Einschränkungen und Alter ermöglichen bez. stärken.
 - Ängste und Befürchtungen ernst nehmen: Leidensdruck soll nicht ausschlaggebend sein für Entscheidungen des Patienten
 - seelsorgerische bez. psychologische Begleitung anbieten
 - Symptombehandlung überprüfen und optimieren, ggf. erfahrenen Palliativmediziner hinzuziehen,
 - Möglichkeit palliativer Sedierung frühzeitig ansprechen und erklären
3. Vorausplanung und ethische Fallbesprechung:
Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung empfohlen und besprechen, in schwierigen Situationen Rat bei einem Ethik-Komitee holen (innerhalb des Trägers oder amb. Ethik-Komitee der Ärztekammer)

c. Wie sich vorbereiten auf persistierende Wünsche nach Unterstützung bei der Selbsttötung?

1. persönliche Einstellung zum Suizid erarbeiten:
alle Hospiz-Mitarbeiter und Palliativfachkräfte sollten Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit dem Thema erhalten (Gesprächsrunden, Fortbildungen, Argumentationshilfen)
bei konkreten Anlässen Entlastung der Mitarbeiter durch Teamgespräche, Angebote der Supervision nutzen

2. Einstellung der Institution klären:

- Institution sollte Rahmenbedingungen festlegen, Mitarbeitern Sicherheit und Rückendeckung geben
- Vorhalten und Einsatz multiprofessioneller Teams wichtig
- Einrichtung bez. Dienst muß klären, ob Suizidhilfe ohne Beteiligung der Mitarbeiter geduldet wird oder eine Zusatzbestimmung in der Hausordnung Suizidhilfe in der Einrichtung nicht erlaubt
- Institution sollte Außenwirkung ihrer Einstellung bedenken

3. Vorschläge zum praktischen Vorgehen:

- Patienten bez. Gäste und Angehörige (in amb. Versorgung, in Altenheimen, auf Palliativstationen) hospizlich begleiten,
- Symptome ganzheitlich lindern (ggf auch vor und nach der Durchführung eines Suizids durch andere)
- Ernsthaftigkeit, Freiwilligkeit und Dauerhaftigkeit der Entscheidung sowie Fehlen eines Druckes von außen zu klären versuchen
- bleibt nach sorgfältiger Information und Aufklärung ein ernsthafter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, wird der Wille des Patienten bez. Gastes respektiert.
- Die Klärung der letzten Schritte erfolgt durch den Betroffenen: keine Teilnahme bzw. Unterstützung bei der Vorbereitung oder Durchführung der Selbsttötung (keine Herstellen von Kontakten zu Suizidunterstützern, kein Ausstellen von Rezepten, kein Überbringen von Medikamenten o.ä.)
- auch bei Entscheidung des Patienten bez. des Gastes für eine Suizidhilfe rufbereit bleiben im Sinne des Hospizgedankens, um bei Notfällen oder auf Änderung des Patientenwillens reagieren zu können
- Entscheidungen in Grenzsituationen sollten Mitarbeiter nicht alleine, sondern immer im Team zusammen mit der Leitung treffen
- Angehörige nach dem Tod begleiten, betroffene Mitarbeiter unterstützen

4. Zusammenfassung:

§ 217 ab sofort abgeschafft, Rechtslage wie vor 2015

Wünsche nach vorzeitigem Tod häufig. Fast immer aufgrund depressiver Veränderungen, Krisensituationen, Sinnverlust und Alleinsein.

Die Grundidee der Hospizbewegung ist es Leben zu ermöglichen und zu begleiten. Kompetente Palliative Care ist auch Suizidprävention!

Offenheit, Gespräche, Begleitung und Symptomlinderung entscheidend

Klar trennen:

Was ist Begleitung Sterbender – Was ist Beihilfe zur Selbst-Tötung!

Grunderkenntnis aus palliativer Sicht:

„Der Schrei des Einsamen nach dem Tod ist in Wahrheit ein Schrei nach menschlicher Zuwendung“

(Zitat Prof. Böckle im Wissen um seinen unheilbaren Lungenkrebs)

erarbeitet von

Paul Herrlein

Ute Seibert

Dr. Dietrich Würdehoff