



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Stellungnahme der  
**Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin**  
für die Anhörung zum Thema Sterbebegleitung  
am 23. September

Berlin, 21.09.2015

**Bitte beachten:**

**SPERRFRIST: Dienstag, 22.9.2015, 12 Uhr**

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)

Aachener Str. 5 / 10713 Berlin / [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)

Tel: 030 / 30 10 100 0, E-Mail: [dgp@palliativmedizin.de](mailto:dgp@palliativmedizin.de)

## Vorbemerkung

Im Vorfeld der öffentlichen Anhörung zum Thema Sterbebegleitung im Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages am 23. September ist es aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit derzeit knapp 5.200 Mitgliedern dringend geboten, diese Debatte auch vor dem Hintergrund der klinischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Empfehlungen derjenigen zu führen, die unter unterschiedlichsten Rahmenbedingungen bundesweit und täglich an der Seite schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Familien für Symptomlinderung, Lebensqualität und eine adäquate Hospiz- und Palliativversorgung im Einsatz sind.

Deshalb hält es die wissenschaftliche Fachgesellschaft für unerlässlich, eine Stellungnahme zu dieser Debatte einzureichen - auch, um deutlich darauf hinzuweisen, dass hier Entscheidungen zu Fragestellungen anstehen, zu denen die inhaltliche und ethische Diskussion zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren an der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen beteiligten Berufsgruppen bei weitem nicht abgeschlossen ist.

Der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist bewusst, dass es selbst bei exzellenter palliativmedizinischer Behandlung und Begleitung Menschen geben wird, die aus der Situation ihrer schweren Erkrankung heraus Suizid begehen möchten, diesen unter Umständen aber nicht ohne Hilfe durchführen können oder wollen. Die Palliativmedizin bietet aus ihrem lebensbejahenden Ansatz heraus Hilfe beim Sterben an, jedoch nicht Hilfe zum Sterben.

Daher gehört es aus Sicht des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder über die gezielte Durchführung eines Suizids zu beraten.

## Reflexionen der DGP zum ärztlich assistierten Suizid

Welche spezifischen Anforderungen das Thema ärztlich assistierter Suizid an die in der palliativmedizinischen Versorgung Tätigen stellt, damit hat sich der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bereits im März 2013 im Rahmen einer zweitägigen Klausurtagung gemeinsam mit weiteren Experten befasst und im Januar 2014 in der Veröffentlichung „Ärztlich assistierter Suizid - Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“<sup>1</sup> zusammengefasst.

Der Umgang mit Anfragen nach dem ärztlich assistierten Suizid wird nicht erst seit dem Beschluss des 114. Deutschen Ärztetages zur Änderung des §16 „Beistand für Sterbende“ der (Muster-) Berufsordnung (MBO) kontrovers diskutiert. Dieser Paragraph wurde auf dem Deutschen Ärztetag im Jahr 2011 wie folgt neu gefasst: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Die Änderung der MBO im Jahr 2011 wird durch die Landesärztekammern unterschiedlich umgesetzt. Insbesondere gibt es unterschiedliche Entscheidungen darüber, ob dieser Satz: „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ übernommen bzw. nicht übernommen wird.

Die derzeitig uneinheitliche Umsetzung der Musterberufsordnung in den Landesärztekammern hinsichtlich des §16 „Beistand für Sterbende“ und die damit einhergehende Unklarheit über berufsrechtliche Konsequenzen führt zu einer Verunsicherung der Ärzte und Ärztinnen, aber auch in der Bevölkerung.

---

<sup>1</sup> „Ärztlich assistierter Suizid - Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“, 20.1.2014

Darüber hinaus schafft diese Uneinheitlichkeit beachtlichen Interpretationsspielraum. Der Konflikt, der den derzeit unterschiedlichen Umsetzungen des § 16 MBO zugrunde liegt, weist auf das grundlegende Dilemma hin, in dem sich Ärzte sowie die behandelnden Teams befinden, die einen gangbaren Weg zur Begleitung eines Patienten suchen, den sie auch dann nicht allein lassen möchten, wenn sein Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid sämtliche - auch palliativmedizinischen - Behandlungsangebote überlagert.

Deshalb sieht die DGP im Sinne der ihren Mitgliedern anvertrauten bzw. sich anvertrauenden Patienten die absolute Notwendigkeit, eine berufsrechtliche Klärung herbeizuführen, für die in der Palliativversorgung Tätigen, aber vor allem, damit sich in dieser wesentlichen Frage nicht schwerkranke Menschen selbst über „Regelungen“ in ihrem jeweiligen Bundesland informieren müssen. Das ist nicht zu rechtfertigen.

Jenseits des Erfordernisses, eine berufsrechtliche Klärung herbeizuführen, wurde in den Reflexionen konstatiert, dass kein Neuregelungsbedarf gesehen wird, insbesondere nicht im Strafrecht.

## **Befragung der DGP zum ärztlich assistierten Suizid**

Die Veröffentlichung der Reflexionen hat ebenso wie die gesellschaftspolitische Debatte und diverse Stellungnahmen aus allen Bereichen der Gesellschaft die Aufmerksamkeit unter den z.T. seit Jahrzehnten in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen auf das Thema der (ärztlichen) Suizidbeihilfe gelenkt. Am 26.8.2014 publizierte die DGP eine Stellungnahme zum ärztlich assistierten Suizid.<sup>2</sup> Um in Erfahrung zu bringen, welche Einstellungen und Erfahrungen die Mitglieder der DGP zu ärztlich assistiertem Suizid haben, hat der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin eine Task Force<sup>3</sup> mit einer umfassenden Befragung der DGP-Mitglieder beauftragt, welche vom 15. Juli bis 31. August 2015 durchgeführt wurde. Die passwortgeschützte Onlinedatenbank wurde von einem Treuhänder exportiert und anonymisiert an die Taskforce übermittelt.

Die DGP stellt hiermit erste Ergebnisse dieser Online-Befragung für die Debatte über die vorliegenden Gesetzentwürfe zur Sterbebegleitung zur Verfügung. Diese stellt die DGP am 22. September 2015 im Rahmen einer Pressekonferenz in Berlin und parallel in dieser Stellungnahme vor.

An der Online-Befragung „Einstellungen und Erfahrungen zu ärztlich assistiertem Suizid“ haben 1.836 in der Palliativversorgung tätige Ärztinnen und Ärzte (47,7 %), Pflegende (17,4 %) und Vertreter weiterer Berufsgruppen (14 %) aus der DGP in der Zeit vom 15. Juli bis zum 31. August teilgenommen (fehlende Angaben 20,9%).

## **Der Wunsch zu sterben**

Die ersten Ergebnisse der Befragung bringen eine differenzierte Betrachtung des Sterbewunsches zum Ausdruck. 95 Prozent der Befragten unterstrichen, dass schwerkranke Menschen, die den Wunsch nach Suizidhilfe äußern, nicht zwingend den sofortigen eigenen Tod wünschen, sondern oftmals das Ende einer unerträglichen Situation. Ein Sterbewunsch sei nicht absolut und ausschließlich, so schätzen es 94 Prozent ein, sondern häufig Ausdruck einer Ambivalenz, selbst wenn der Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid in Einzelfällen nachvollziehbar sei. Das Gespräch über den Sterbewunsch halten 96 Prozent für entlastend.

---

<sup>2</sup> DGP-Stellungnahme: Ärztlich assistierter Suizid: Wenn die Ausnahme zur Regel wird, 26.8.2014

<sup>3</sup> Taskforce der DGP: Birgit Jaspers, Maximiliane Jansky, Lukas Radbruch, Friedemann Nauck

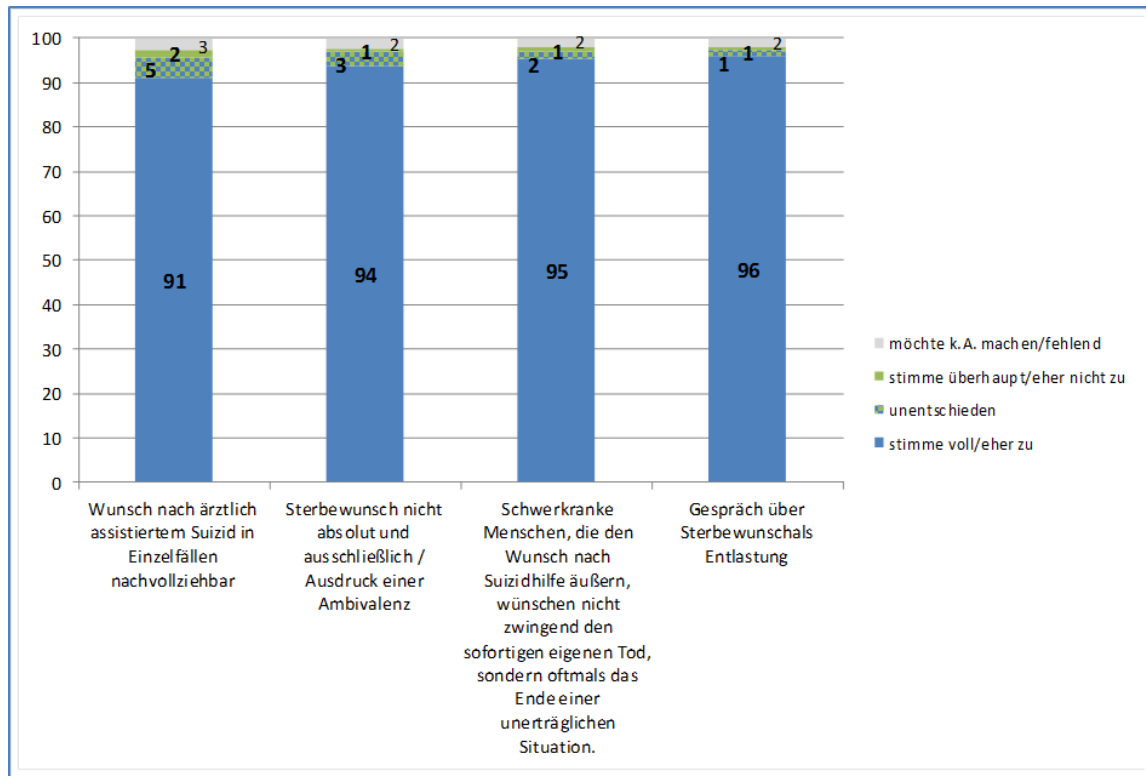


Abb. 1: Sterbewunsch (n=1836; Angaben in Prozent)<sup>4</sup>

Zitiert seien an dieser Stelle noch einmal die Reflexionen der DGP zum ärztlich assistierten Suizid: „Todeswünsche können unterschiedlich ausgeprägt sein, das Kontinuum reicht von dem Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintreten möge, bis hin zur maximalen Form der Planung eines Suizids respektive Wünschen nach Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen. Der explizit geäußerte Wunsch nach assistiertem Suizid ist im klinischen Alltag selten, stellt aber eine besondere Herausforderung für das gesamte therapeutische Team dar, mit der alle in die Behandlung und Begleitung eingebundenen Berufsgruppen in großer Verantwortung und mit Respekt umzugehen haben.

Grundsätzlich sollte in Hinblick auf vorschnelle Erklärungen eines Sterbewunsches Zurückhaltung geboten sein. Es besteht die Gefahr, die individuelle Not und Verzweiflung des Patienten nicht wahrzunehmen und es „besser zu wissen“ als der Patient. Schwerkranke Menschen, die den Wunsch zu sterben äußern, wünschen nicht zwingend den sofortigen eigenen Tod, sondern oftmals das Ende einer unerträglichen Situation. Häufig ist es die Angst, Schmerzen, Luftnot oder anderen schweren Symptomen hilflos ausgeliefert zu sein, Angst vor dem Verlust körperlicher Funktionen und Fähigkeiten, Angst, beim Sterben alleingelassen zu werden, Angst vor Vereinsamung und Verlust der Würde, Angst vor medizinischer Überversorgung oder Angst, dauerhaft der Medizintechnik (z.B. durch künstliche Beatmung) ausgeliefert zu sein. Manch einer sorgt sich, anderen zur Last zu fallen. Der Wunsch zu sterben kann das aktuell wichtigste Thema für den Patienten darstellen und sollte nicht tabuisiert werden, sofern ein Patient entsprechende Äußerungen oder Andeutungen gegenüber Arzt, Pflegenden oder anderen Mitgliedern im Behandlungsteam macht.

<sup>4</sup> Der genaue Wortlaut der Fragen und Antworten der Umfrage kann auf Nachfrage über die DGP-Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt werden.

Die Äußerung von Sterbewünschen kann als ein Zeichen des Vertrauens gewertet werden. Es kann ein vorsichtig tastender Versuch sein auszuloten, ob sich das Gegenüber auf eine solche tiefe und existentielle Frage einlässt. Das Gespräch kann eine große Entlastung („denken dürfen“) für die Betroffenen und eine Bereicherung der Patienten-Team-Beziehung bedeuten. Der Todeswunsch ist dabei nicht absolut und ausschließlich zu sehen, sondern kann durchaus Ausdruck einer Ambivalenz sein. Dadurch kann sich die Situation ergeben, dass parallel zwei Hoffnungen - Hoffnung auf ein baldiges Ende des Lebens und Hoffnung auf mehr Leben - nebeneinander bestehen.“

## Einstellungen und Erfahrungen zum ärztlich assistierten Suizid

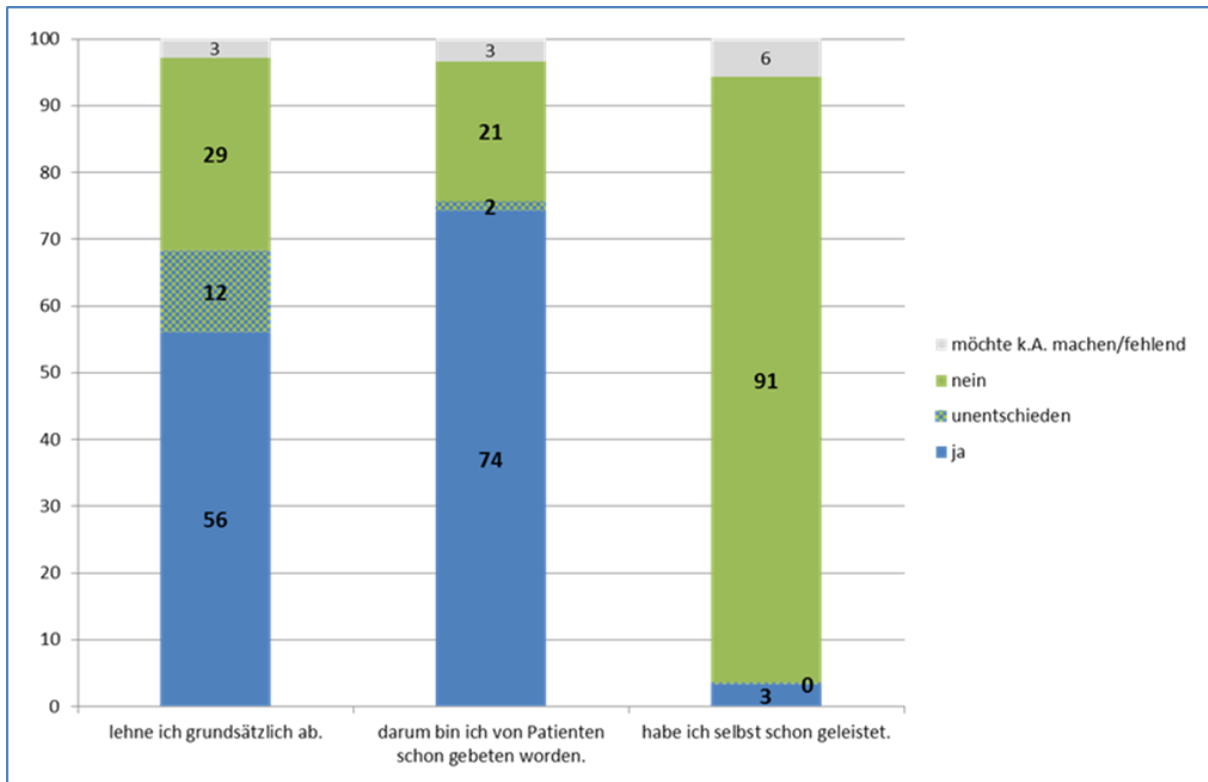


Abb. 2 Eigene Praxis – nur Ärzte (n=880; Angaben in Prozent)

56 Prozent der befragten Ärzte lehnen eine eigene Beteiligung am ärztlich assistierten Suizid grundsätzlich ab. Drei Viertel der antwortenden Ärzte berichteten im Rahmen der Online-Befragung, sie seien in den letzten fünf Jahren um Suizidassistenz gebeten worden (durchschnittlich von 10 Patienten). 47 der 1836 Antwortenden, davon 28 Ärzte, gaben an, während ihrer gesamten Tätigkeit mindestens einem Menschen Beihilfe zum Suizid geleistet zu haben. Allerdings wird sehr Unterschiedliches hierunter verstanden - von der Beratung über mögliche Angebote bis hin zur Bereitstellung von Substanzen.

## Wunsch nach gesetzlichen Änderungen

34 Prozent sprechen sich für eine berufsrechtliche Änderung aus, nur 21 Prozent aller befragten Berufsgruppen sehen die Notwendigkeit einer strafrechtlichen Änderung, noch weniger (16 Prozent) die Notwendigkeit einer Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch.

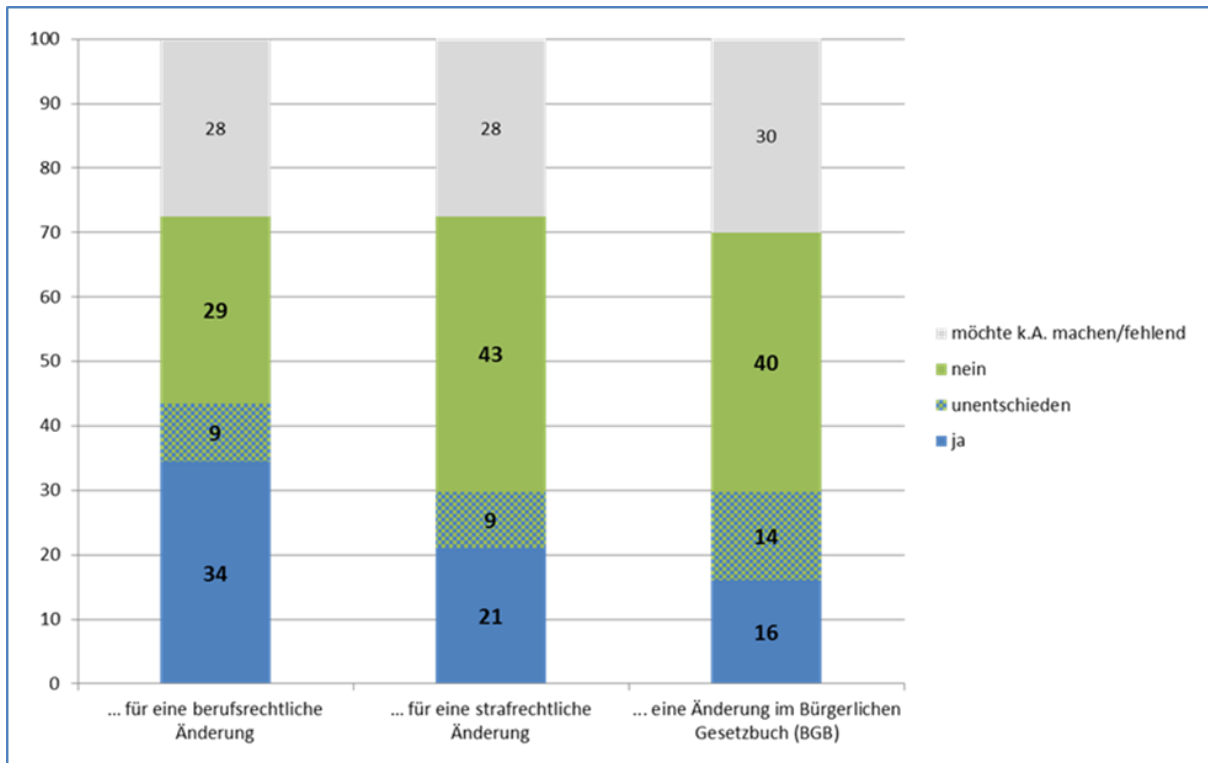


Abb. 3 Wunsch nach gesetzlichen Änderungen (n=1836; Angaben in Prozent)

Ein Verbot der organisierten („geschäftsmäßigen“) Sterbehilfe wird von 56 Prozent befürwortet.

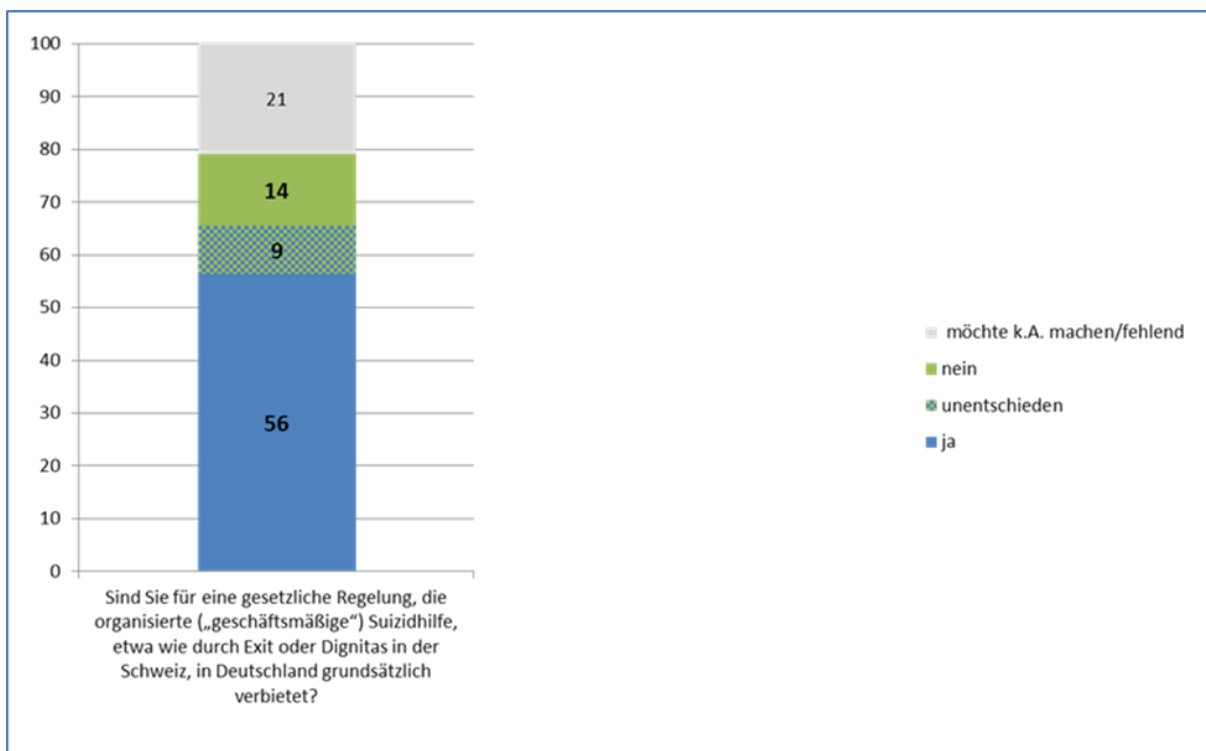


Abb. 4 Organisierte („geschäftsmäßige“) Suizidhilfe (n=1836; Angaben in Prozent)

## Hospiz- und Palliativversorgung

Der Wunsch nach einer Suizidbeihilfe kann nicht losgelöst vom jeweils vorhandenen Hospiz- und Palliativangebot betrachtet werden. Zwei Drittel der Befragten bejahten folgende Äußerung: „Bei einem flächendeckenden, bedarfsgerechten palliativmedizinischen Angebot würden weniger Menschen den Wunsch nach ärztlicher Hilfe bei der Selbsttötung äußern.“ Dieser Aussage steht ein klares Statement zum Istzustand gegenüber: Nur vier Prozent halten die vorhandenen palliativmedizinischen Kapazitäten für ausreichend.

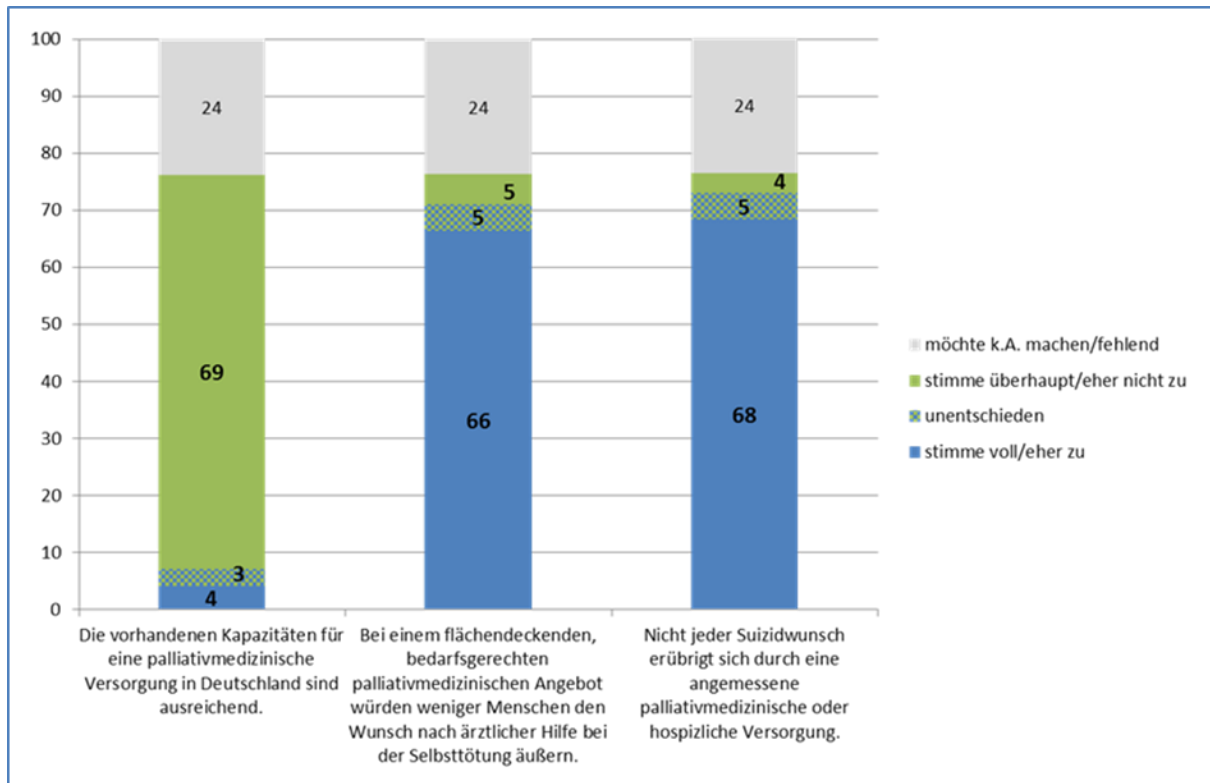


Abb. 5 Versorgung (n=1836; Angaben in Prozent)

In Deutschland ist die ambulante und stationäre Palliativversorgung in den letzten Jahren ausgebaut worden, aber bei weitem noch nicht flächendeckend (s. aktuelle Stellungnahme der DGP zum Entwurf eines Hospiz- und Palliativgesetzes<sup>5</sup>). Die Optionen für die Begleitung am Lebensende werden auch im Hinblick auf die damit verbundene Suizidprävention nicht ausgereizt.

## Internationale Erfahrungen

Für einige wenige Menschen ist auch eine optimale Hospiz- und Palliativversorgung keine ausreichende Option, mit ihrem Leiden zu leben. Im Einzelfall kann manchmal nachvollzogen werden, dass ein Mensch nur noch den assistierten Suizid als Ausweg aus seinem Leid sieht. Dies sind jedoch Ausnahmen, und wenn ein Gesetzentwurf diese Ausnahmen zu einer Regel formuliert, besteht die Gefahr einer Normalisierung und damit auch der Ausweitung.

Dies bestätigen die Erfahrungen aus den Niederlanden und Belgien. In beiden Ländern sind Tötung auf Verlangen ("aktive Sterbehilfe"/Euthanasie) und ärztlich assistierter Suizid nicht strafbar, wenn strenge Sicherheitskriterien befolgt werden. In beiden Ländern werden diese Möglichkeiten häufig genutzt, in Belgien ist die Zahl der Tötung auf Verlangen in den letzten 10 Jahren von 235 auf 1807

<sup>5</sup> [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Deutsche\\_Gesellschaft\\_f%C3%BCr\\_Palliativmedizin\\_Stellungnahme\\_zum\\_HPG.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Deutsche_Gesellschaft_f%C3%BCr_Palliativmedizin_Stellungnahme_zum_HPG.pdf)

angestiegen (1,7% aller Todesfälle), in den Niederlanden starben 2013 4829 Menschen durch Tötung auf Verlangen oder assistierten Suizid (3,4% aller Todesfälle).

Vor allem aber gibt es eine Ausweitung der Indikationen, so können in den Niederlanden mittlerweile auch Patienten mit Depression oder Demenz die Tötung auf Verlangen einfordern. In Belgien wurden in den letzten 10 Jahren insgesamt 25 Erweiterungen des Gesetzes beschlossen, darunter in diesem Jahr die Möglichkeit, dass auch Kinder und Jugendliche Tötung auf Verlangen oder ärztlich assistierten Suizid erhalten können.

In der Schweiz und im US-Bundesstaat Oregon können Ärzte schwerkranken Patienten ein Medikament zum Suizid verordnen. In Oregon hat die Zahl der Patienten von 16 in 1998 auf 105 in 2014 zugenommen (0,31% aller Todesfälle in Oregon). Auch in der Schweiz ist die Zahl der Menschen, die über eine der Sterbehilfeorganisationen Suizid begehen, in den letzten 10 Jahren kontinuierlich angestiegen.

## **Der Angst vor einem leidvollen Sterben begegnen**

Der Angst insbesondere schwerkranker und/oder älterer Menschen vor einem unwürdigen und leidvollen Sterben in Pflegeheimen, in Krankenhäusern oder auch zuhause muss deshalb dringend mit einem flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung begegnet werden (s. auch Stellungnahme der DGP zum Entwurf eines Hospiz- und Palliativgesetzes vom 16.9.2015<sup>6</sup>).

Die DGP geht davon aus, dass viele Menschen, die sich für die Beihilfe zum Suizid aussprechen, damit ihrer Furcht Ausdruck verleihen, am Ende ihres Lebens die Kontrolle zu verlieren und von anderen abhängig zu sein.

Der Wunsch nach einem assistierten Suizid in den weitaus meisten Fällen nicht als Handlungsaufforderung zu verstehen. Bei vielen Patienten ist der Ruf nach Hilfe zum Suizid vor allem ein Hilferuf, der dringende Wunsch, über Leiden und Qual zu sprechen. Oft geht es gar nicht um die jetzt erlebten Beschwerden, sondern um die Angst vor dem, was noch auf die Patienten zukommt, oft gesteigert durch falsche oder überzeichnete Schreckensbilder zu der befürchteten Zukunft.

Hier hilft Aufklärung über den Krankheitsverlauf und die Möglichkeiten der Palliativversorgung, wenn zum Beispiel durch die Linderung von Luftnot ein qualvolles Ersticken vermieden werden kann. Hinter dem Sterbewunsch kann somit durchaus ein Lebenswunsch stehen - nämlich leben zu wollen, „aber nicht so“. Grundsätzlich kann der Wunsch nach einem vorzeitigen Ende als Versuch gewertet werden, Kontrolle aufrechtzuerhalten. Es gibt aber wesentlich mehr Möglichkeiten, Gefühlen der Hilflosigkeit zu begegnen als durch die Bestimmung von Todeszeitpunkt und -art.

In diesem Zusammenhang ist es überaus wichtig, Patienten und Angehörige darüber aufzuklären, dass nach aktueller Rechtslage kein medizinischer Eingriff und auch keine lebensverlängernde Maßnahme gegen den Willen eines Patienten erfolgen dürfen. Auch lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen wie künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, künstliche Beatmung, Dialyse oder Wiederbelebungsmaßnahmen müssen begrenzt oder beendet werden, wenn der Patient dies freiverantwortlich entscheidet. Als Instrumente für den Erhalt von Kontrolle und Selbstbestimmung bis an das Lebensende können neben frühzeitigen Gesprächen auch Patientenverfügung und eine gesundheitliche Versorgungsplanung (Advance Care Planning) genutzt werden.

<sup>6</sup> [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Deutsche\\_Gesellschaft\\_f%C3%BCr\\_Palliativmedizin\\_Stellungnahme\\_zum\\_HPG.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Deutsche_Gesellschaft_f%C3%BCr_Palliativmedizin_Stellungnahme_zum_HPG.pdf)



## **Was kann die Palliativmedizin anbieten?**

Wie will unsere Gesellschaft mit dem Lebensende umgehen? Was brauchen Menschen, die im Angesicht einer schweren Erkrankung nur noch den Ausweg eines vorzeitigen Todes sehen? Dies wird sich auch in der jetzt stattfindenden Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid bzw. die Sterbebegleitung abbilden. Berichte aus Belgien weisen darauf hin, dass die Angehörigen von schwerkranken Patienten das Sterben zunehmend als würdelos, nutzlos und sinnlos empfinden, selbst wenn das Sterben friedlich, ohne Beschwerden und mit professioneller Unterstützung stattfinden kann.

Die wesentliche Botschaft der Palliativmedizin lautet: Das Team aus Ärzten, Pflegenden und weiteren Berufsgruppen lässt den Patienten und seine Angehörigen im Leben und im Sterben nicht allein, gewährleistet die bestmögliche Linderung belastender Symptome und Nöte und hält gemeinsam mit ihm und der Familie auch kritische Phasen der Erkrankung aus, auch Phasen, in denen Lebenswille und Todessehnsucht nebeneinander bestehen. Die Palliativmedizin geht respektvoll mit Suizidwünschen in verzweifelt scheinenden Situationen um, ohne diese zu bewerten oder zu verurteilen. Sie stellt ihr Angebot zum Umgang mit Leid am Lebensende zur Verfügung. Palliativmedizin bietet dadurch einen geschützten Raum, in dem die Ambivalenz, die oft Sterbewunsch und Lebenshunger verbindet, bestehen darf. Eine Äußerung des Lebensüberdrusses darf hier nicht als Handlungsauftrag fehlinterpretiert werden.

Es gehört jedoch nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten.