

## Suizid-Beihilfe + Umgang mit Todeswünschen aus nationaler und internationaler Sicht

Prof. Lukas Radbruch

Klinik für Palliativmedizin,  
Universitätsklinikum Bonn

Zentrum für Palliativmedizin  
Helios Krankenhaus Bonn / Rhein-Sieg



Universitätsklinikum Bonn  
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

## Bundesverfassungsgericht 2020

Bundesverfassungsgericht



www.bundesverfassungsu

## Bundesverfassungsgericht 2020

**Motivation**  
gilt in allen Lebenslagen

**Freiverantwortlichkeit**  
Ernsthaftigkeit, Dauerhaftigkeit und Freiwilligkeit

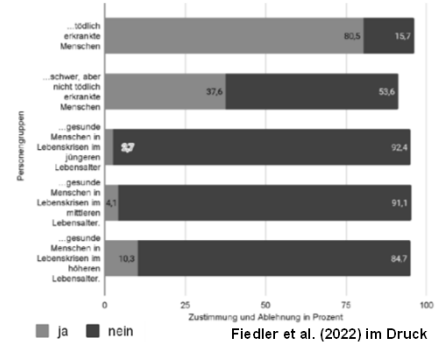
**Kein Anspruch auf Hilfeleistung**

**Sicherungskonzept durch Gesetzgeber**

Universitätsklinikum Bonn  
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

## Suizidassistentz Bevölkerungsumfragen (n=1023)

Sollte ein assistierte  
Suizid möglich sein  
für:



Universitätsklinikum Bonn  
Maleser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

## Suizidassistentz Aktuelle Regelungen

**Strafrecht**  
keine Regelung zur Suizidbeihilfe (wie vor 2015)

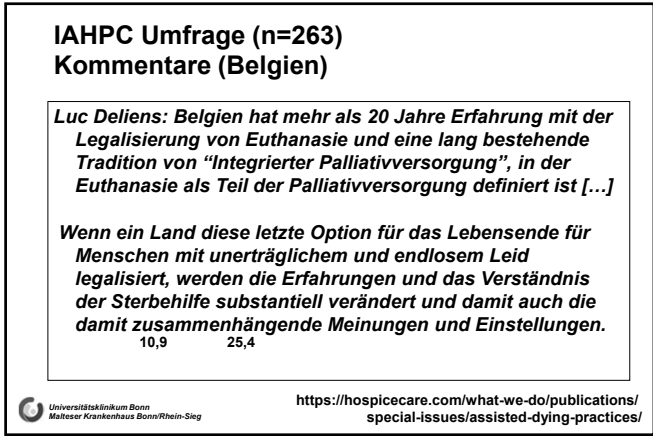
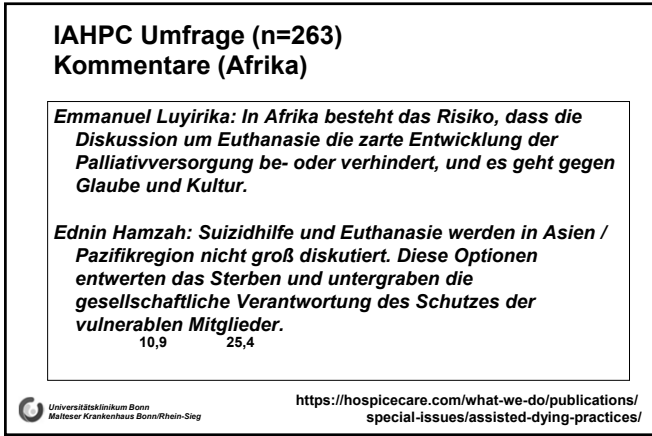
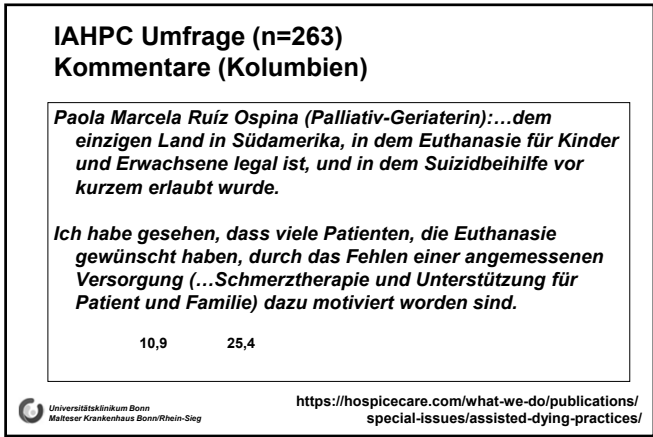
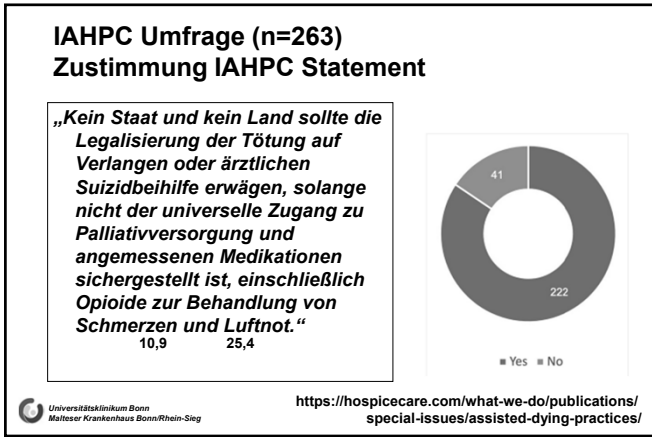
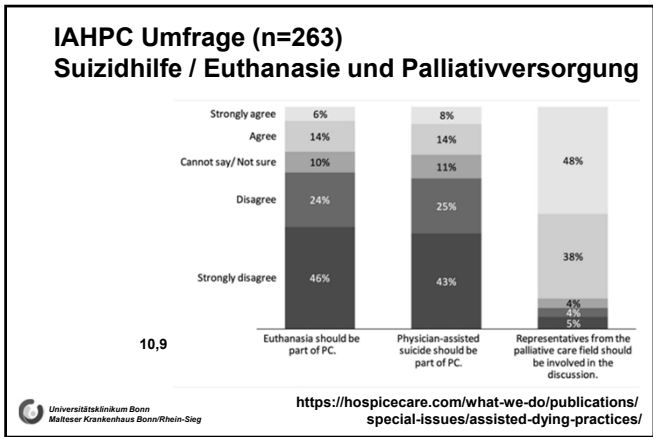
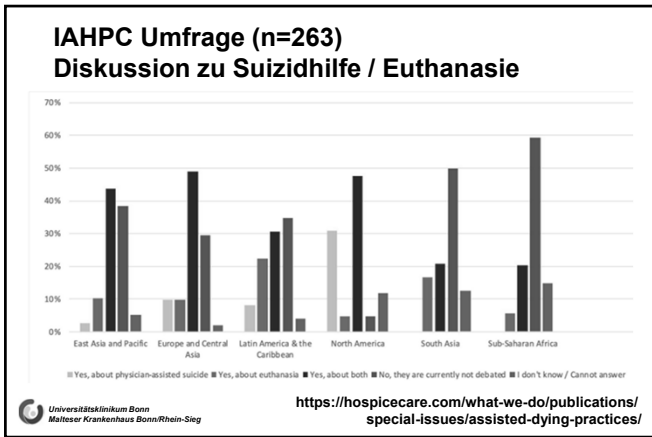
**Ärztliches Berufsrecht**  
Nordrhein: Ärzte dürfen nicht beim Suizid helfen

**Betäubungsmittelgesetz**  
§13: ... Im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung...

Universitätsklinikum Bonn  
Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

## Euthanasie und assistierter Suizid Legalisierung





## IAHPC Umfrage (n=263) Kommentar (Kanada)

**Gary Rodin:** Der Rückzug der Palliativversorgung und der Mainstream-Medizin von der ärztlichen Sterbehilfe hat zu einer verlorenen Chance in Kanada und anderswo geführt, weil diese Gruppen sonst einen mäßigen Einfluss hätten nehmen können.

**Romyne Gallagher:** Im letzten Jahr gab es zunehmend Beispiele für Menschen die MAID erhielten wegen unzureichender Qualität ihrer Wohnung, häuslichen Versorgung oder Behandlung chronischer Erkrankungen. [...] MAID als Ausnahmeeignis bei unerträglichem Leid, ist nun alltäglich.

## Sterbehilfe: Kanada Kosten

Net financial impact of providing MAID under the current legislation (Bill C-14) in 2021

Number of MAID deaths	6,465
<b>Gross reduction in health care costs (\$ millions)</b>	
Mean end-of-life costs	182.1
Adjustment for palliative care	-72.8
<b>Total gross reduction in costs</b>	<b>109.2</b>
<b>Cost of administering MAID</b>	
Physician billing	8.9
Drugs	8.6
Oversight bodies	4.9
<b>Total cost of administering MAID</b>	<b>22.3</b>
<b>Net reduction in health care costs under Bill C-14</b>	<b>86.9</b>

## Sterbehilfe: Kanada Kosten

Incremental net financial impact of expanding MAID eligibility as proposed in Bill C-7 in 2021

Incremental MAID deaths	1,164
<b>Incremental financial impact (\$ millions)</b>	
Gross reduction in health care costs	66.5
Minus: Cost of administering MAID	-4.4
<b>Subtotal – Incremental net reduction in health care costs under Bill C-7</b>	<b>62.0</b>
<b>Total net reduction in health care costs (C-14 baseline + C-7 incremental)</b>	<b>149.0</b>
<b>Total net reduction in health care costs as a share of health care budgets</b>	<b>0.08%</b>

## Sterbehilfe Diskussion unter Experten

**Operationalisierung von Freiverantwortlichkeit**  
Psychiatrische Erkrankungen  
Existenzielle Krisen  
Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit

**Suizidprävention versus Suizidbeihilfe**  
Beratung zur Suizidbeihilfe ≠ Suizidprävention  
Werther Effekt  
Trennung von Beratung, Begutachtung, Durchführung

**Normalisierung und schiefe Ebene**  
Tötung auf Verlangen

## Freiverantwortlichkeit fehlt,

...wenn dem Suizidenten die Einsichts- oder Urteilsfähigkeit fehlt, d.h. die Fähigkeit die Tragweite oder Bedeutung seines Entschlusses zur Selbsttötung zu erkennen, oder die Fähigkeit abzuwägen oder sich nach seiner Einsicht zu richten

...wenn der Entschluss zur Selbsttötung auf Zwang, Drohung oder Täuschung beruht

...wenn es an einer tieferen Reflexion über den eigenen Todeswunsch fehlt oder der Entschluss nicht von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen ist.

## Sterbehilfe Schiefe Ebene? (Slippery Slope)

Insulin-Fall, BGH 5. Strafsenat Juni 2022

Patient chronische Schmerzen, Diabetes, Schlafstörungen, mittelgradige depressive Episode, Arthrose der Hände  
Seit 2019 bettlägerig, von Ehefrau gepflegt  
An einem Tag mit schwersten Schmerzen 250 mg Hydromorphon + 15 mg Diazepam + Prothazin Flasche „nicht dass er noch als Zombie“ zurückkehre, deshalb von Ehefrau 600 IE Insulin injiziert

**Freispruch**  
normative Betrachtung der Tatterschaft  
frühere Arbeitsteilung der Insulingabe  
Insulingabe hatte lediglich Sicherungscharakter  
Letztlich Zufall, ob Medikamente oder Insulin zuerst wirkten  
Ehemann verzichtete auf Einleitung von Gegenmaßnahmen

## Sterbewunsch, Wunsch nach Sterbehilfe

### Altruismus:

„Ich möchte meinen Angehörigen nicht zur Last fallen“

### Hilferuf:

„Ich möchte so nicht mehr leben“

### Ambivalenz:

Lebenswille und Todeswunsch gleichzeitig, fluktuierend

### Exit-Strategie:

Verlust von Kontrolle, Würde, Lebenssinn

## Suizidalität

### Herr G, 68 Jahre, Pankreaskarzinom

wohnt alleine, Haushälterin 3x/Woche  
neu angemeldet für SAPV

Sportschütze

Hat Suizidgedanken geäußert

„Wenn das Blaulicht vor der Tür steht, dann hole ich den  
Revolver raus und erschieße mich“

## Suizidbeihilfe

### Frau G, 98 Jahre, Z.n. Schlaganfall

Schlaganfall 2018, hört und sieht sehr schlecht

Keine Angehörigen, Betreuer kennt sie seit Jahren

Tod des Sohnes (vor 30 J, Schizophrenie) belastet sie sehr

War dem Leben immer sehr zugewandt, nun fehlen Sinn und  
Perspektive

Fragt immer wieder „Bitte helfen Sie mir“,  
will tödliche Spritze oder in die Schweiz  
Hausärztin: freiwilliger Verzicht auch Essen und Trinken

## S3-Leitlinie Palliativmedizin

Autoren	FORMEN VON TODESWÜNSCHEN		
1) Ohmsorge et al. [477, 478]	Akzeptanz des Sterbens	Wunsch zu sterben als:	
		1) Hoffen aufs Ende	2) Hypothetischer Wunsch nach Beschleunigung
			3) Aktueller Wunsch bzw. Handlung
2) Nissim et al. [479]	Loslassen	Verzweiflung	Hypothetischer Fluchtplan
3) Balaguer et al. [471]	Wish to hasten death (WTHD)		
4) Mod. nach Wolfersdorf [480-482] und Lindner [483]	Lebenssatt-heit	Lebens-müdig-keit	Unspezifische Wünsche nach Ruhe
			Suizidalität (distanziert -> latent -> akut)

Suizidaler Handlungsdruck

## S3-Leitlinie Palliativmedizin

### Strategien im Umgang mit Todeswünschen

Psychisches und spirituelles Befinden erkunden  
Depression erfassen

Eigene Gefühle wahrnehmen

Bewältigungsstrategien erarbeiten  
Kontrollmöglichkeiten explorieren

Aushalten / Ertragen des nicht zu umgehenden Leidens

Supervision, Fallbesprechungen  
Experten dazuziehen

## S3-Leitlinie Palliativmedizin

### Strategien im Umgang mit Todeswünschen

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
18.15.	Bei perakuter Suizidalität, d.h. wenn die suizidale Handlung unmittelbar bevorsteht und nicht durch andere Maßnahmen vermieden werden kann, <i>soll</i> unter kritischer Abwägung von Nutzen und Schaden die Indikation für eine Einweisung in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie geprüft werden.			EK

## Wenn Patienten Suizidgedanken äußern oder nach Suizidhilfe fragen

**Auf jeden Fall beachten und ernst nehmen**

**Wie bei anderen Formen von Todeswünschen  
nachfragen nach den Beweggründen  
und dem hinterdem Suizidwunsch stehenden Leid.**

**Bei schwerkranken Patienten: sind Alternativen bekannt?  
Angst vor qualvollem Tod?  
Palliative Sedierung?**

**Grundsätzlich Maßnahmen der Suizidprävention**

**Ethikberatung durch das Klinische Ethikkomitee anfordern**

## DGP Stellungnahme Ärztlich assistierter Suizid

**ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID  
Hilfe beim Sterben – keine Hilfe  
zum Sterben**

Während spezifischen Anforderungen stellt das Thema ärztlich assistierter Suizid an die in der palliativmedizinischen Versorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen. Gemeinsam mit Patienten und Angehörigen...

Frankfurt/Main, Christlich-Ökumenische Arbeitsgemeinschaft



**Der ärztlich assistierte Suizid gehört nicht zu den Aufgaben  
der Ärztinnen und Ärzte. Dennoch können Ärzte im  
Einzelfall vor einem Dilemma stehen, wenn Patienten sie  
um Beihilfe zum Suizid bitten.**

**Es zählt unbedingt zu den ärztlichen Aufgaben, sich  
respektvoll mit Todeswünschen von Patienten  
auseinanderzusetzen.**

## Palliativversorgung Entlastungen für den Patienten

**Schmerzlinderung und Symptomkontrolle  
Krisenintervention durch Psychotherapeuten, Seelsorger**

**Palliative Sedierung**

**Therapiebegrenzung**

**Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung**

**Begleitung**

## Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken Entscheidungsfindung

**Die Entscheidung zum FVET trifft die entscheidungsfähige  
Patient\*in.**

**Die Entscheidung von Patient\*innen zum FVET sollte vom  
Behandlungsteam wie jede andere Form eines  
Sterbewunsches abgeklärt werden.**

**Die Entscheidung zur Versorgung von Patient\*innen, die sich  
zum FVET entschlossen haben, muss vom  
Behandlungsteam geprüft werden.**

## Sterbehilfe Hilfe bei FVET

Über das Netzwerktelefon hat sich eine junge Frau gemeldet, die FVET möchte und dazu Beratung sucht  
36 J., keine terminale Erkrankung, keine Pflege- oder Betreuungssituation, alleinlebend.

Sie beschreibt einige Beschwerden und hat Leidensdruck:  
Asthma, trockene Augen und Schleimhäute, trockenen Nase,  
Verdauungsprobleme, Hautprobleme, Stress, Schlafmangel,  
Energielosigkeit, all das sei irreversibel.

Weiter erwähnt sie ein traumatisches Erlebnis, welches sie habe altern lassen.

Hausarzt-Praxis Dr. XXX, Palliativmedizinerin, habe die Begleitung abgelehnt, da keine zum Tode führende Erkrankung vorliege.

Nun sucht sie Beratung oder Ansprechpartner und überlegt, es ohne Beratung alleine zu machen.

Wer kann da Ansprechpartner sein und beraten?

## Suizidassistentz und Suizidprävention NaSPro und DGP Eckpunkte

**In der Suizidprävention ebenso wie in der Palliativversorgung  
werden Akzeptanz und respektvoller Umgang mit  
Todeswünschen als Vorbedingung einer vertrauensvollen  
Beziehung zwischen den Betroffenen und den Behandelern  
gesehen. Der Wunsch nach Suizidassistentz darf  
ausgesprochen und gehört werden, ohne negative Folgen  
für Behandler oder Betroffenen befürchten zu müssen. Die  
gemeinsame Reflektion ermöglicht eigenverantwortliche  
Entscheidungen.**

## Suizidassistentz und Suizidprävention NaSPro und DGP Eckpunkte

*Dies heißt aber nicht, dass eine Suizidbeihilfe – zum Beispiel durch Bereitstellung einer tödlichen Medikation - geleistet wird. Ziele sind Verbesserungen im Leben und beim Sterben. Die Durchführung des Suizids durch den Patienten selbst bleibt ein möglicher – wenn auch vielleicht bedauerlicher – Ausgang der Begleitung. Die Palliativversorgung ebenso wie die Suizidprävention sieht die Durchführung der Suizidbeihilfe nicht als ihre Aufgabe.*

## Suizidbeihilfe Herr H, 66 Jahre, Magenkarzinom

Auf der Palliativstation aufgenommen zur Symptomkontrolle  
Beim Aufnahmegespräch: Bitte um Überlassung von Medikamenten zum Suizid  
Vor drei Wochen zuhause Suizidversuch mit Medikamenten, deshalb Konflikt mit der Ehefrau: was wäre wenn die Töchter ihn so gefunden hätten?  
Arzt im Ruhestand

## Umgang mit Todeswünschen I

**Ansprechen:**  
Übers Sterben reden hat noch niemand umgebracht....

**Nachfragen:**  
Was ist denn das schlimmste für Sie?  
Wann würden Sie es denn machen?  
Warum haben Sie es noch nicht gemacht?

**Respektieren:**  
Das es so unerträglich ist für Sie....

**Alternativen anbieten:**  
Dass kann ich leider nicht machen für Sie, aber....

## Umgang mit Todeswünschen II

**Beziehung anbieten:**  
Wir werden Sie nicht alleine lassen...

**Offene Situationen aushalten:**  
Wir können beim nächsten Mal weiter darüber sprechen...  
Danke dass Sie mir das mitgeteilt haben...

**Team / Supervision nutzen:**  
Reflexion und Selbstreflexion  
Gegenübertragung erkennen  
Weitere Optionen suchen

## Lancet Kommission zum Wert des Todes

