

# **Assistierter Suizid aus palliativmedizinischer und ethischer Sicht**

**Prof. Lukas Radbruch**

**Klinik für Palliativmedizin,  
Universitätsklinikum Bonn**

**Zentrum für Palliativmedizin  
Helios Krankenhaus Bonn**



# **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**



# 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“**



# S3-Leitlinie Palliativmedizin

Autoren	FORMEN VON TODESWÜNSCHEN			
1) Ohnsorge 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

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	

# Bundesverfassungsgericht 2020



Bundesverfassungsgericht



Das Gericht    Richterinnen und Richter    Verfahren    Entscheidung

[Startseite](#) > [Presse](#) > Mündliche Verhandlung in Sachen „§ 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)“ am Dienstag, 16. April 2019, 10.00 Uhr, und Mittwoch, 17. April 2019, 10.00 Uhr

## Mündliche Verhandlung in Sachen „§ 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)“ am Dienstag, 16. April 2019, 10.00 Uhr, und Mittwoch, 17. April 2019, 10.00 Uhr

Pressemitteilung Nr. 17/2019 vom 5. März 2019

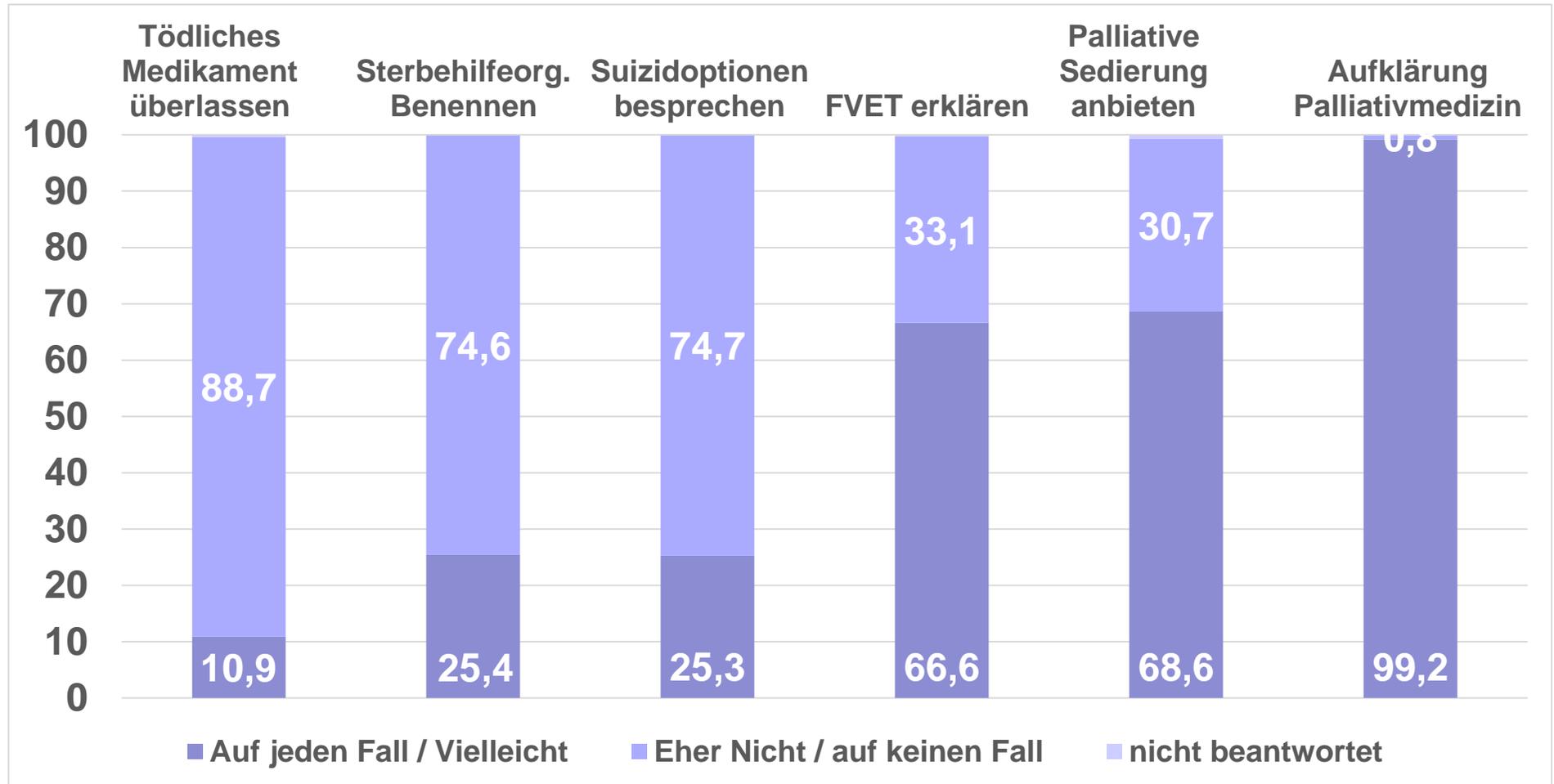
Aktenzeichen: 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16

Der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts verhandelt am

Dienstag, 16. April 2019, 10.00 Uhr, und Mittwoch, 17. April 2019, 10.00 Uhr  
im Sitzungssaal des Bundesverfassungsgerichts,  
Schlossbezirk 3, 76131 Karlsruhe

# Frage nach Suizidassistenz

## Fallvignette: Mammakarzinom (n=284)



**(Nur 58,8% lehnten ärztliche Suizidbeihilfe grundsätzlich ab)**

# **Euthanasie und assistierter Suizid Legalisierung**

## ***1996 Australien***

**Northern Territory (bis 1997), Victoria (seit 2017)**

## ***1997 USA***

**Oregon: Death with Dignity Act (nur PAS)  
mittlerweile auch Washington, Vermont, Colorado, Californien  
und Washington DC (in Montana nach Gerichtsurteil)**

## ***2001 Niederlande***

## ***2002 Belgien***

## ***2009 Luxemburg***

## ***2016 Kanada***

## ***2020 Deutschland***

## ***2021 Portugal (Januar)***

## ***2021 Spanien (März)***

## ***2022 Österreich***

# Sterbehilfe Übersicht 2016

Special Communication

## Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe

Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD; Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, PhD; John W. Urwin, BS; Joachim Cohen, PhD

**IMPORTANCE** The increasing legalization of euthanasia and physician-assisted suicide worldwide makes it important to understand related attitudes and practices.

**OBJECTIVE** To review the legal status of euthanasia and physician-assisted suicide and the available data on attitudes and practices.

**EVIDENCE REVIEW** Polling data and published surveys of the public and physicians, official state and country databases, interview studies with physicians, and death certificate studies (the Netherlands and Belgium) were reviewed for the period 1947 to 2016.

+ Author Video Interview and JAMA Report Video at [jama.com](http://jama.com)

+ Supplemental content at [jama.com](http://jama.com)

+ CME Quiz at [jamanetworkcme.com](http://jamanetworkcme.com)

## Verfügbare Daten zu Einstellungen und Praktiken in US, Kanada und Europa

***Euthanasie and ärztlich assistierter Suizid werden zunehmend legalisiert, bleiben verhältnismäßig selten und betreffen vor allem Tumorpatienten.***

***Die vorhandenen Daten geben keinen Hinweis auf weitreichenden Mißbrauch dieser Maßnahmen.***

# Sterbehilfe Schiefe Ebene?

Special Communication

## Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe

Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD; Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, PhD; John W. Urwin, BS; Joachim Cohen, PhD

**IMPORTANCE** The increasing legalization of euthanasia and physician-assisted suicide worldwide makes it important to understand related attitudes and practices.

**OBJECTIVE** To review the legal status of euthanasia and physician-assisted suicide and the available data on attitudes and practices.

+ Author Video Interview and JAMA Report Video at [jama.com](http://jama.com)

+ Supplemental content at [jama.com](http://jama.com)

+ CME Quiz at [jamanetwork.com](http://jamanetwork.com)

***In allen Ländern mit solcher Gesetzgebung steigen die Fallzahlen an, je länger die Maßnahmen legalisiert worden sind.***

***Ein anderer Aspekt der Normalisierung ist die Einführung von Standards und spezialisierten Einrichtungen und Ärzten zur Durchführung von Euthanasie und PAS.***

***Euthanasie, PAS oder andere lebensbeendende Maßnahmen ggbei Patienten mit Demenz, psychiatrischen Erkrankungen, Kindern und Jugendlichen, lebensmüden Patienten oder unterprivilegierten Patienten werden intensiv diskutiert.***

# 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</b>	<b>(\$ 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</b>	
	<b>(\$ 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 in der Gesellschaft**

***Autonomie***  
***versus Fürsorge***

***Theoretiker (klare Lösungen)***  
***versus Praktiker (viele Grauzonen)***



# Freiverantwortlichkeit

***...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.***



# Freiverantwortlichkeit

***Die kognitiven, emotionalen und voluntativen Faktoren der Selbstbestimmung sind in bestimmten Lebensphasen und -bereichen je nach äußerer Lage oder innerer Verfassung in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden. Aufgrund der Variabilität dieser Faktoren ist Selbstbestimmung immer graduiert.***

***Eine in hinreichendem Maße selbstbestimmte und deshalb moralisch vor sich selbst sowie auch den Anderen, die von der Entscheidung unausweichlich (mit-)betroffen sind, zu verantwortende Entscheidung kann als freiverantwortlich bezeichnet werden.***

***Das Maß der Selbstbestimmung muss für eine freiverantwortliche Entscheidung umso höher sein, je schwieriger Handlungsoptionen für die betroffene Person zu übersehen und zu bewerten, und je gravierender die Folgen dieser Entscheidung für grundlegende Güter der Person selbst oder für Dritte sind.***



# Sterbehilfegesetz

## Neue Vorschläge

<b>Helling-Plahr, Lauterbach, Sitte, Schulz und Fricke (SPD, FDP und Linke)</b>	<b>Kühnast, Keul,... (Bündnis90/Grüne)</b>
<b>Keine Trennung von Kranken oder Gesunde</b>	1) Menschen in med. Notlage mit schwerem Leid 2) Menschen ohne Notlage
<b>Beratung durch staatlich anerkannte Stellen</b>	1) Schriftliche Erklärung zum Sterbewunsch 2) Schriftliche Erklärung und warum Hilfsangebote nicht geeignet sind
<b>Ärzte beurteilen autonom gebildeten, freien Willen</b>	1) Arzt prüft freie Willensbildung, zweiter Arzt bestätigt 2) Beratungsstelle bescheinigt Voraussetzungen
<b>Mindestens 10 Tage und höchstens 8 Wochen zwischen Beratung und Verordnung der Medikation</b>	1) Mindestens 2 Wochen 2) Mindestens 2 Beratungen im Abstand von mindestens einem Jahr
<b>Ärzte verordnen Medikation</b>	1) Arzt verordnet Medikation 2) Nach Landesrecht zuständige Stelle gibt Medikation aus
<b>Jährliche Berichte</b>	<b>Jährliche Berichte</b>



# Sterbehilfegesetz

## Neue Vorschläge

Castellucci, Heveling, Kapert-Gonther, Pilsinger, strasser, Vorgler (CDU, CSU, Grüne, FDP und Linke)	+ Gesetz zur Suizidprävention
Keine Trennung von Kranken oder Gesunde, aber Ausnahmen für Schwerstkranke Verbot der geschäftsmäßigen Förderung, Werbeverbot	Förderung der seelischen Gesundheit in den Alltagswelten Angebote zur Bewältigung beruflicher / familiärer Krisen
Unabhängiger Psychiater prüft autonome Entscheidungsfindung, ≥ 2 Termine mit > 3 Monate Abstand	Deutschlandsweiter Suizidpräventionsdienst Bundeseinheitliche Telefonnummer
Beratung mit interdisziplinärem und multiprofessionellem Ansatz	Förderschwerpunkt BMG fortführen Nat. Suizidpräventionsprogramm als Koordinator
Mindestens 2 Wochen und höchstens 2 Monate zwischen Beratung und Durchführung	Informationskampagne durch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ärzte verordnen Medikation	Zugang zu Suizidmitteln verhindern (z.B. Baumaßnahmen)
Dokumentation	Weiterbildungsangebote und Zertifizierung



# Wunsch nach Sterbehilfe

*„Ich möchte meinen Angehörigen nicht zur Last fallen“*

*„Ich möchte so nicht mehr leben“*

*Wunsch nach Kommunikation*

*Lebenswille und Todeswunsch gleichzeitig,  
Änderungen im Verlauf, Ambivalenz*

*Verlust von Kontrolle, Würde, Lebenssinn*



# DGP Stellungnahme Ärztlich assistierter Suizid

ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID

## Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben

Welche spezifischen Anforderungen stellt das Thema ärztlich assistierter Suizid an die in der palliativmedizinischen Versorgung Tätigen? Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Friedemann Nauck, Christoph Ostgathe, Lukas Radbruch

Ein Fläschchen mit Schmerzmitteln auf dem Nachttisch eines sterbenskranken Patienten. Die Gabe stark wirksamer Medikamente kann zur Symptomkontrolle notwendig sein.



**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***



# **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**

# **Begegnung mit kranken Menschen**

**Was ist bloß mit den Ärzten los? Warum begreifen sie nicht die Bedeutung ihrer schieren Gegenwart?**

**Warum können sie nicht erkennen, das gerade der Augenblick, in dem sie sonst nichts mehr zu bieten haben, der Augenblick ist, in dem man sie am nötigsten hat?**

**(Irvin D. Yalom aus „Die Reise mit Paula“ aus dem Jahr 2000)**

