

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

Entscheidungen

[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

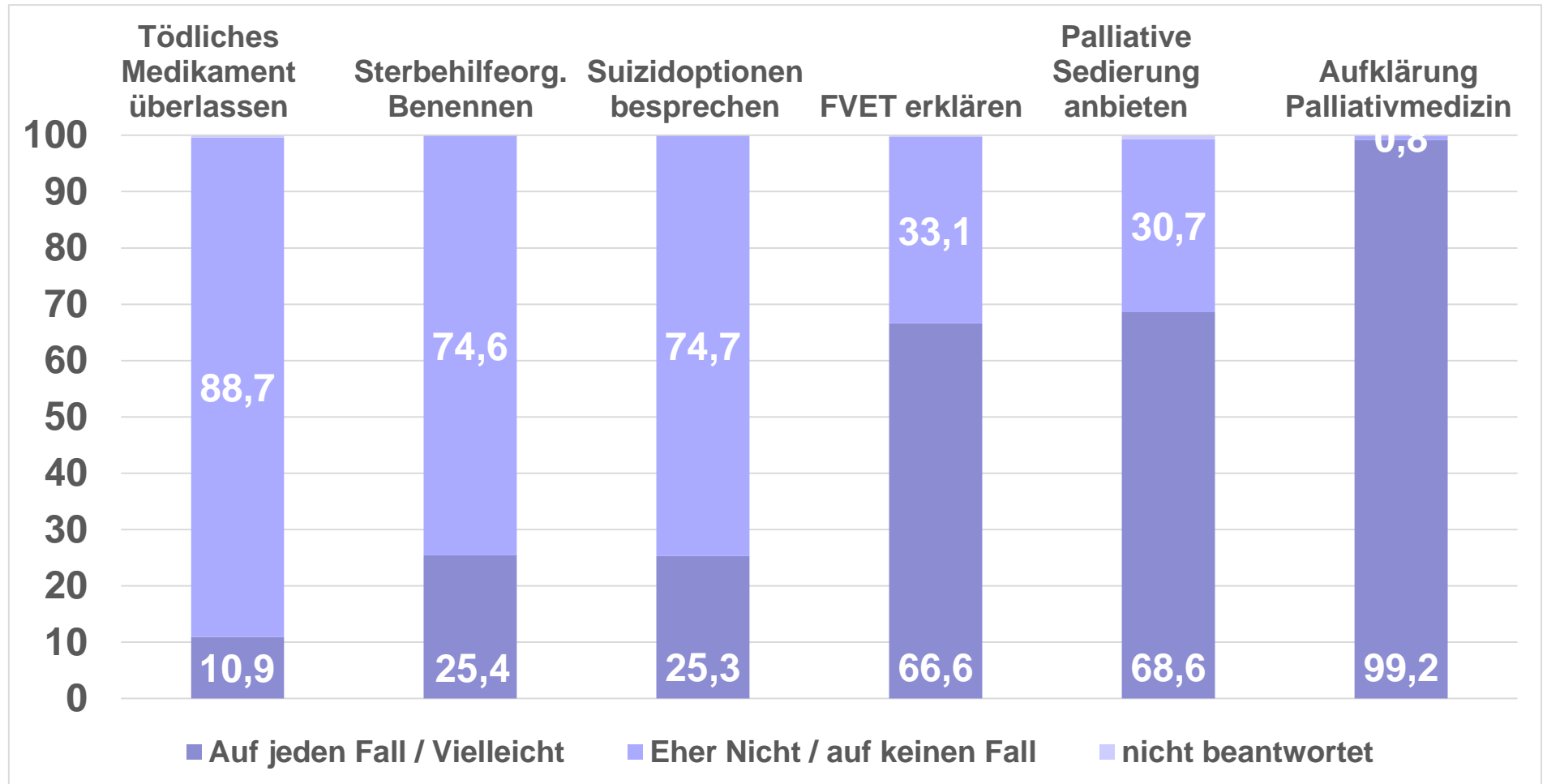
Aktenzeichen: 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16

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

+ Supplemental content at jama.com

+ CME Quiz at 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

+ Supplemental content at jama.com

+ CME Quiz at 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
Gross reduction in health care costs	(\$ millions)
Mean end-of-life costs	182.1
Adjustment for palliative care	-72.8
Total gross reduction in costs	109.2
Cost of administering MAID	
Physician billing	8.9
Drugs	8.6
Oversight bodies	4.9
Total cost of administering MAID	22.3
Net reduction in health care costs under Bill C-14	86.9



Sterbehilfe: Kanada

Kosten

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

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

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

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



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 Nachtschrank 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)

