



**Ambulanter Hospiz- und
Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.**

Hospiz zeigt Haltung - zum Umgang mit Todeswünschen -

- Veranstaltung des HPV-NRW - Wuppertal 25./26.8.2023 -

a.luedeke@hospiz-lippe.de

Warum muss sich die Hospizbewegung mit dem Thema beschäftigen ?

- **Warum** sollen Menschen aus dem hospizlich palliativen Bereich Menschen begleiten, die sich selber töten wollen ?

Frage umdrehen

- **Warum** sollten sie Menschen in solchen Situationen nicht begleiten?

Aus hospizlich-palliativer Sicht steht der leidende Mensch (total pain) im Zentrum.

Beistand sollte bedingungslos sein und nicht von der Gesinnung eines Menschen abhängig gemacht werden.



Warum muss sich die Hospizbewegung mit dem Thema beschäftigen ?

- wir werden im Rahmen unserer hospizlich/palliativen Arbeit unvermeidbar mit Fragen dazu konfrontiert werden
(Patienten/Bewohner/Angehörige/Netzwerkpartner, . . .)
- wir sollten die Diskussion aktiv mitgestalten weil das Thema „Würdiges Sterben“ **unser** ureigenstes Thema ist
→ es geht um unser Selbstverständnis als Hospizler
- die hospizlich/palliativen Institutionen haben gegenüber ihren Mitarbeitenden/Ehrenamtlichen eine Fürsorgepflicht und müssen Handlungsspielräume klar definieren



wichtige Vorbemerkung

Eine allgemein gültige hospizlich/palliative Haltung zu dem Thema ist ein theoretisches Konstrukt, das es in Wirklichkeit nicht gibt

- **Es geht nicht darum**, was richtig und was falsch ist → ergebnisoffen erörtern
- Bei aller Notwendigkeit von roten Linien sollte eine **ausreichend große Grauzone Raum für unterschiedliche Meinungen zulassen**

Da man sich bei dem Thema nicht einig werden kann gilt als wichtigste Regel des Umgangs:

→ Dissens friedlich aushalten! (HALTUNG)



wo stehen wir aktuell in der Hospizlandschaft ?

- Die Mehrzahl der hospizlichen Institutionen hat auch 3,5 Jahre nach dem Urteil des BVerfG noch keine verbindliche Haltung zu dem Thema entwickelt.
- Nachdem der Bundestag die vorliegenden Gesetzesentwürfe am 6.7.23 abgelehnt hat, gibt es jetzt nichts, worauf man in absehbarer Zeit noch warten müsste.
- **Unsere Träger, unsere Mitglieder, die Öffentlichkeit und vor allem die Menschen, für deren letzten Lebensabschnitt in Würde wir uns mit aller Kraft einsetzen dürfen in absehbarer Zeit zu Recht eine klare Haltung ihrer hospizlich-palliativen Institutionen vor Ort erwarten.**



welche Ziele sind realistisch ?

Vorschlag

- Jedes Hospiz/jeder Hospizverein hat bis Ende 2024 eine schriftlich fixierte Haltung zum Umgang mit Todeswünschen entwickelt und diese im lokalen Palliativnetz kommuniziert
- Jedes Hospiz/jeder Hospizverein schult seine haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden zum Umgang mit Todeswünschen und verankert dies in den Konzepten zur Qualifikation von Mitarbeitenden

Zur Umsetzung werden Unterstützungsmöglichkeiten seitens des HPV-NRW/ALPHA angeboten werden

(z.B. Referentenliste, Literaturhinweise, Vorschläge für Presseinformationen etc.)



Inhalte

- Begriffsklärungen (worüber reden wir?)
- Suizidbeihilfe –
 - aktuelle Praxis in Deutschland
 - brauchen wir eine zusätzliche gesetzliche Regelung ?
 - was sagt uns die Praxis in anderen Ländern ?
 - Hospizarbeit und Suizidbeihilfe – (k)ein Widerspruch ?
 - ein marginales Problem ?
 - ethische Herausforderungen – was können/müssen wir tun ?
- Beispiel für Haltung eines Hospizdienstes (AHPB-Lippe)
- Voraussetzungen für hilfreichen Umgang mit Sterbewünschen
- Hinweise zur vertiefenden Auseinandersetzung



§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(Regelung im StGB von 2015 bis 2020)

*(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu **geschäftsmäßig** die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Ziel: Verhinderung der **geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung**

➔ **geschäftsmäßig** bedeutet **nicht** an Gewinn orientiert, sondern **auf Wiederholung angelegt**



Am 26.2.2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht den § 217 StGB für verfassungswidrig und somit nichtig

geklagt hatten Schwerkranke, Sterbehilfeorganisationen, Palliativmediziner, . . .

Aussagen des BVerfG:

- es gibt ein **Recht auf selbstbestimmtes Sterben** , das schließt die **Freiheit** ein, **sich das Leben zu nehmen** und dabei **Angebote Dritter in Anspruch zu nehmen**, und zwar **unabhängig von der Schwere einer Erkrankung**

Voraussetzung: freiverantwortlich, wohlerwogen, nachhaltig

- Aber: **Der Gesetzgeber darf** (nicht muss) **die Suizidbeihilfe regulieren**, er muss dabei allerdings sicherstellen, dass dem Recht des Einzelnen ausreichend Raum zur Entfaltung um Umsetzung verbleibt



Nach dem Urteil kommt es zu vielfältigen, z.T. hochemotionalen Reaktionen, obwohl zunächst lediglich der Rechtszustand vor der Verabschiedung des § 217 wiederhergestellt wurde

Beispiele:

- **Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**
Rückmeldungen von Bestürzung und Sorge bis Freude und Erleichterung
- **Dt. Hospiz- und Palliativverband (DHPV)**
Urteil mit Bestürzung und Bedauern aufgenommen
- **Dt. Ärzteblatt** Paukenschlag - während die einen es als Sieg der Autonomie des Menschen sehen, werten es andere als einen Angriff auf den Lebensschutz
- **Kirchen** „Das Urteil stellt einen Einschnitt in unsere auf Bejahung und Förderung des Lebens ausgerichtete Kultur dar“ aber auch „Das Urteil ist eine wichtige Klärung. Es zeigt, dass die Würde des Menschen auch das Selbstbestimmungsrecht des Menschen beinhaltet.“

Inzwischen werden die Stellungnahme zunehmend sachlicher und differenzierter. . .



Was ist jetzt wichtig:

- eine **Versachlichung des Themas**
(weniger erhobene Zeigefinger und Katastrophenszenarien)
- Orientierung an **konstruktiv geführten Disputen** zum Thema
(z.B.: DGP, Diakonie, Ehepaar Schneider, Ärztekammer Westfalen-Lippe, . . .)
- eine **Blick auf die internationale empirisch-wissenschaftliche Literatur**. Hier insbesondere auf die Erfahrungen aus anderen Ländern bezüglich der Befürchtungen von Menschen bei einer Regelung der Suizid-Beihilfe



Kategorien von Sterbewünschen

- Sterbewünsche im Allgemeinen sind Alltag in der hospizlich/palliativen Begleitung.
- Der Wunsch nach assistiertem Suizid ist dabei (noch) eher selten.
- Es gilt zunächst immer zu erfassen, was ein Sterbewunsch tatsächlich zum Ausdruck bringt.



KATEGORIEN DER EINSTELLUNG ZUM TOD

1. Ich bin nicht bereit für den Tod und akzeptiere ihn nicht.
2. Ich bin nicht bereit für den Tod, aber akzeptiere ihn.
3. Ich bin bereit für den Tod und akzeptiere ihn.
4. Ich bin bereit für den Tod, akzeptiere ihn und wünsche mir, der Tod würde kommen.
5. Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen, habe aber keinen bestimmten Plan.
6. Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen und habe einen bestimmten Plan.

(Jox 2022 i.A.a. Dürst et al 2020 und Schroepfer 2006)



Worüber reden wir ?

Für die Kommunikation braucht es Klarheit und Sicherheit im Umgang mit den Begrifflichkeiten . . .

Sterbebegleitung

Sterbehilfe

Therapiezieländerung

indirekte Sterbehilfe

assistierter Suizid

Tötung auf Verlangen

. . . .



~~Stichwort Sterbehilfe~~

wichtig: klare Trennung der Begriffe

Suizidbeihilfe



aktive Sterbehilfe

bis 2015 strafrechtl. nicht geregelt!

(2015 – 2020 gesetzl. geregelt)

→ (§ 217 StGB)

Hilfeleistung zur Selbsttötung, z.B.
durch Beschaffung und Bereitstellung
des tödlichen Medikament

→ in Deutschland **erlaubt**

→ **§ 216 Tötung auf Verlangen**

(§ 211 Mord / § 212 Totschlag)

gezielte Herbeiführung des Todes durch
Handeln auf Grund eines tatsächlichen
oder mutmaßlichen Wunsches einer
Person

→ in Deutschland **verboten**



weitere Definitionen

indirekte Sterbehilfe

- bei der Verabreichung starker Schmerzmittel mit dem Ziel der Schmerzlinderung wird eine mögliche Lebensverkürzung in Kauf genommen

➔ in Deutschland **erlaubt**

passive Sterbehilfe

- lebensverlängernde Maßnahmen (z.B. Beatmung, künstliche Ernährung, OP, Chemo, . . .) werden nicht begonnen/beendet
- Begriff ist missverständlich **besser „sterben lassen“**

➔ in Deutschland **erlaubt**



(Gegenwärtige) Praxis der aktiven (?) Sterbehilfe in D.

1995 ergab eine repräsentative Umfrage unter in Deutschland tätigen Ärzten:

- 6 % der Klinikärzte
11 % der niedergel. Ärzte } haben Fälle erlebt, bei denen aktive SH praktiziert wurde
- 0,8 % der Klinikärzte
7,8 % der niedergel. Ärzte } haben selbst dem Tötungswunsch eines Patienten entsprochen

DÄB Jg. 95, Heft 43, 23.10.98



Gegenwärtige Praxis der Suizidbeihilfe in D.

- bezogen auf die letzten Jahre nehmen durchschnittlich 73 Bürger jährlich in der Schweiz Suizidbeihilfe in Anspruch
- bisher gibt es in **Deutschland** keine verlässlichen Zahlen (keine Pflicht zur stat. Erfassung)

2021: 346 (DGHS, Sterbehilfe Deutschland, Dignitas Deutschland)

2022: 570

- weitere Zahlen von „Sterbehilfe Deutschland“: : (2021/2022)

Ursachen für den Sterbewunsch

körperliches Leiden (88,4/95 %), psychisches Leiden (5,4/2,9 %), in 8 Fällen (6,2/2,1 %) gesund

Altersdurchschnitt 75/77 Jahre

Geschlecht Frauen 57/58% Männer 43/42%

87 Menschen entschieden sich 2021 trotz „grünem Licht“ fürs Weiterleben



gesetzlicher Regelungsbedarf ? I

BVerfG: Der Gesetzgeber darf (nicht muss) die Suizidbeihilfe regulieren
am 6.7.23 hat der Bundestag zwei vorliegende Gesetzesentwürfe mehrheitlich abgelehnt!

Bedenken gegenüber einer gesetzlichen Regelung:

- **DGP:** eine zusätzliche gesetzliche Regelung des assistierten Suizids ist nicht hilfreich. Die Debatte läuft in eine falsche Richtung, da sie zu stark von einer rein juristischen Denkweise geprägt ist. Ihr fehlt der Bezug zur Praxis, vor allem hinsichtlich des Umgangs mit Palliativpatienten. Alle Gesetzesentwürfe haben im Hinblick auf die Versorgung von Palliativpatienten gravierende Mängel und missverständliche Regelungen, die in der Umsetzung nicht praktikabel sind.
- **Nationales Suizidpräventionsprogramm/Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention/Deutsche Akademie für Suizidprävention:** keiner der vorgelegten Gesetzesentwürfe verbessert die Situation suizidaler Menschen.



gesetzlicher Regelungsbedarf ? II

- **Stiftung Patientenschutz:** die Selbstbestimmung der Sterbewilligen und der Schutz vor Fremdbestimmung sind viel zu komplex seien, um sie in Paragraphen zu pressen.
- **Peter Dabrock** (ev. Theologe/früherer Chef des deutschen Ethikrates) befürchtete sogar eine „Verschlimmbesserung“ durch eine zusätzliche Regelung der Suizidassistenz. Das Geld, das in der Folge eines Gesetzes für Begutachtungsverfahren und Beratung aufgewendet werden müsste, sollte besser in Suizidprävention sowie die Palliativ- und Hospizversorgung fließen. Es sei seit dem Urteil des BVerfG auf breiter Ebene weder zu einem „Dambruch“ noch zu unverantwortlichen Praktiken im Zusammenhang mit Suizidassistenz gekommen, heißt es in einer gemeinsamen Veröffentlichung mit weiteren Ethikexperten.



Da derzeit keine zusätzliche gesetzliche Regelung zu erwarten ist, gilt es nun den Status Quo zu gestalten.

- Freiräume sollten genutzt werden, um eigene Qualitätsstandards zu setzen.
- Der Umgang mit Sterbewünschen und Anfragen nach Suizid-assistenz muss Bestandteil der Qualifikationen im Sozial-/Gesundheitswesen werden. Überall sollte ein Klima herrschen, in dem Menschen über ihren Wunsch zu sterben sprechen können
- für eine rechtssichere Umsetzung ist unter anderem eine Regelung zur Abgabe der für einen assistierten Suizid erforderlichen Medikamente erforderlich.



Entwicklung in Ländern, in denen der assistierte Suizid erlaubt ist

In **Oregon** (USA), ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid seit über 25 Jahren klar geregelt. Dort . . .

- . . . ist die Gesamtzahl der assistierten Suizide ist niedrig geblieben
- . . . hat das Vertrauen der Bevölkerung in ihre Ärzte nicht Schaden genommen



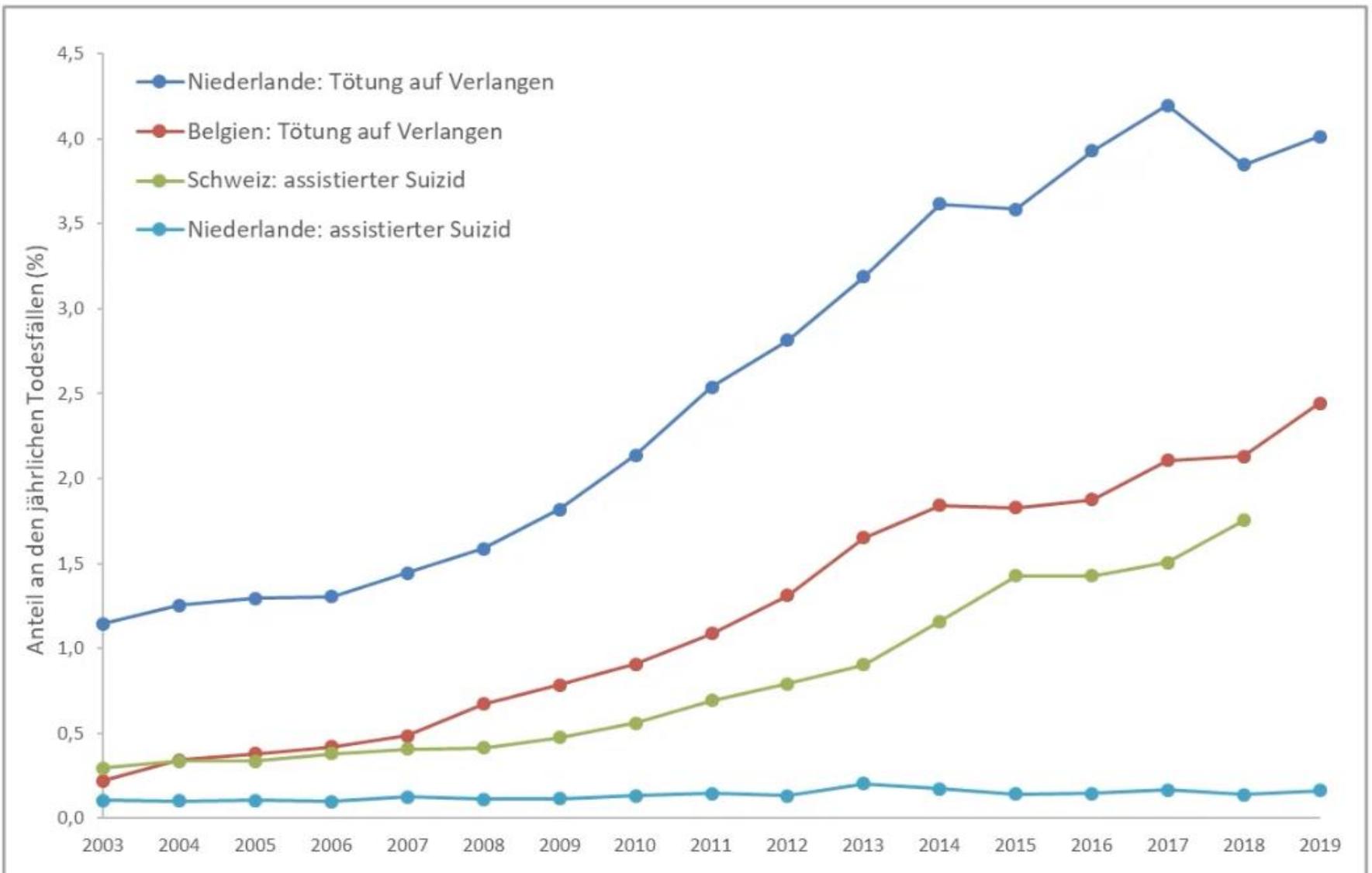
- . . . hat sich die Palliativversorgung deutlich verbessert, da die Regelung eine obligatorische Aufklärung über palliativmedizinische Möglichkeiten vorsieht
- . . . hat die Suizidbeihilfe nicht dazu geführt, dass Angehörige nach dem Tod vermehrt belastet sind
- . . . konnte kein sozialer Druck auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen (z.B. Ältere, Mittellose, Behinderte, ethnische Minderheiten) festgestellt werden



Entwicklung in Ländern, in denen die aktive Sterbehilfe erlaubt ist

- die internationalen Daten zeigen einen deutlichen Anstieg der Sterbehilfefälle dort, wo die Tötung auf Verlangen erlaubt ist (BeNeLux).
- wo auch der assistierte Suizid erlaubt ist überwiegt klar die aktive Sterbehilfe.
- das deutet an, dass Pat. es vorziehen, wenn Ärzte ihre Tötung vornehmen.
- die Verfügbarkeit ärztlich durchgeführter Tötungen scheint die Hemmschwelle für die Bitte um Lebensverkürzung ganz erheblich zu senken





aus: Simon A, Schmidt KW: Sterbehilfe in der Welt <https://www.mediathek-hessen.de/index.php?ka=1&ska=medienview&idv=23162> (08.05.2021)



Suizidbeihilfe ein marginales Problem?

- dort, wo nur Suizidhilfe erlaubt und klar geregelt ist (Oregon), betrifft diese Praxis nur weniger 0,5 % der Sterbefälle
- die „**passive Sterbehilfe**“ (das Sterben zulassen) betrifft hingegen in Europa ca. 50 % der Sterbefälle
- das bedeutet, dass die **Vermeidung von Übertherapie am Lebensende** hundertmal wichtiger ist als jede Regelung zur Sterbehilfe



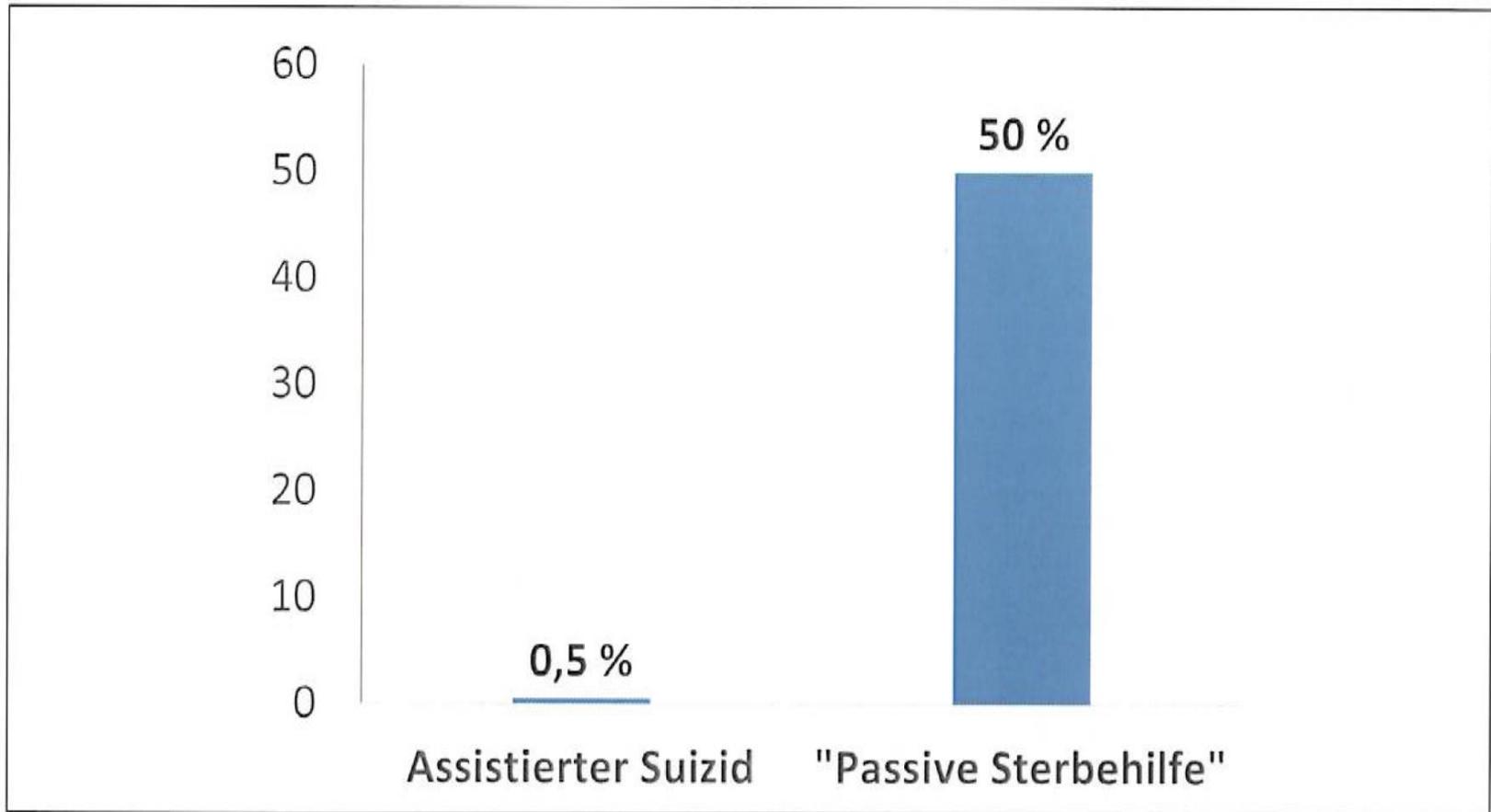


Abb. 2: Häufigkeit von Suizidhilfe und „Passiver Sterbehilfe“ am Lebensende



Paradigmenwechsel beim Sterben

Über Jahrtausende galt: Sterben ist Schicksal

- Das zwang die Menschen in eine **passive Rolle**, in der sie sich nur ergeben, in das fügen konnten/mussten, was ihnen widerfuhr
- Der Tod entzog sich menschlicher Verfügungs- und Entscheidungsgewalt (außer Suizid und Mord)
- Der Tod kam meist zu früh und selten zu spät



Paradigmenwechsel beim Sterben

HEUTE

- Wird nicht mehr einfach gestorben, sondern erst dann, wenn „sterben (zu-)gelassen“ wird.
- Es ist zentral für heutige Sterbeverläufe, dass wir **mitbestimmen können**, und immer mehr **müssen**, wie und wann wir sterben
- Ausweitung persönlicher Freiheit und individueller Handlungsautonomie
- Verantwortung, Zumutung, **oftmals Überforderung für beide Seiten**



Hospizarbeit und Suizidbeihilfe – (k)ein Widerspruch ?

Nicht alle schwerkranken Patienten können ihr Schicksal - trotz größtmöglicher menschlicher Zuwendung und optimaler medizinischer und pflegerischer Hilfen annehmen.

Nicht von jedem dieser Kranken kann und darf erwartet werden, dass er Quellen des Lebenssinns in sich erschließt oder Energie mobilisiert, die ihn Schicksalsschlägen der beschriebenen Art standhalten lassen.



Hospizarbeit und Suizidbeihilfe – (k)ein Widerspruch ?

Daraus folgt, dass palliativmedizinische beziehungsweise hospizliche Versorgung einerseits und ärztliche Beihilfe zum Suizid andererseits einander nicht grundsätzlich ausschließen. Beide Weisen ärztlicher und pflegerischer Hilfeleistung am Lebensende verhalten sich nicht antagonistisch, sondern (letztlich) komplementär zueinander: Ärztliche Suizidbeihilfe **kann zu einer äußersten Maßnahme** palliativer Medizin werden. Unter Umständen ist sie nach Auffassung des Autors nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten.

Michael de Ridder



ethische Herausforderung

Sterbewünsche können als Wunsch angesehen werden, den eigenen Tod zu beschleunigen.

Dies ist nicht im Sinne der WHO-Definition von Palliative Care: die besagt:

„Palliative Care trachtet danach, den Tod weder zu beschleunigen noch zu verzögern“

Für Sorgende stellt sich die Frage, wie sie diese Diskrepanz mit ihrem Palliativverständnis in Einklang bringen können.



Herausforderungen für die Einrichtungen

Je nach Setting, indem ein assistierter Suizid gewünscht ist, müssen sich ambulante und stationäre hospizlich/palliative Einrichtungen mit Fragen auseinandersetzen:

- können wir uns die Begleitung eines Menschen beim assistierten Suizid vorstellen ?
- was bedeutet Begleitung in diesem Fall konkret ?
- falls wir eine Unterstützung ablehnen, lassen wir es zu, dass von außen kommende Personen den Suizid in unserer Einrichtung unterstützen ?

Wichtig: Dem moralischem Stress der Mitarbeitenden vorzubeugen hat hohe Priorität. Sie haben das Recht einen Suizid zu begleiten aber auch ihn abzulehnen. Aus der individuellen Gewissensentscheidung darf niemandem ein Nachteil erwachsen.



Was müssen wir tun ?

- **§ 216 StGB sollte auf jeden Fall bestehen bleiben !!!** (Tötung auf Verlangen)
- **Stärkung von Hospiz- und Palliativversorgung = Suizidprävention**
(vor Ort und durch politischen Rahmenbedingungen)
- **Die Haltung zum Thema muss in allen hospizlich-palliativen Einrichtungen reflektiert, schriftlich fixiert und untereinander kommuniziert werden**
- **Qualifizierung aller Mitarbeitenden in der hospizlich/palliativen Versorgung und im Gesundheitswesen Tätigen im Umgang mit Sterbewünschen**
- **Aufklärung der Bevölkerung über alle Möglichkeiten der Versorgung**
- **Stärkung der „Vorsorge“** (Pat.-verfügung, Vorsorgevollmacht, ACP)
- ...



Hilfen zur Auseinandersetzung mit dem Thema

- **DHPV-Dialogpapier „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen“**
- **Grundsatzpapier der FGPF zum Umgang mit Sterbewünschen** (www.fgpg.eu)
- **Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen** (Zentrum f. Palliativmedizin Uniklinik Köln)
- **Empfehlungen der DGP „Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz“**
- **Positionspapier: Grundhaltung zum Umgang mit Sterbewünschen in der Caritas Socialis (Österreich)**
- **„Denkraum ass. Suizid“** (Ev. Luth. Kirche Bayern) <https://www.denkraum-assistierter-suizid.de/>
- **öffentliche Sitzungen des Deutschen Ethikrates**
- **„Palliativ & . . .“** Expertengespräche des Zentrums für Palliativmedizin der Uni-Klinik Köln (Youtube-Video's)
- **„Bin ich so frei?“ – Arbeitshilfe . . für Einrichtungen der Diakonie**
(Diakonie / Fachverband Ev. Altenhilfe Bayern/ . . .)
- **„Suizidhilfe“ zum Umgang mit der zu erwartenden gesetzlichen Neuregelung des § 217** (Ev. Kirche in Hessen und Nassau)
- **Buch Ehepaar Schneider: „ Vom Leben und Sterben“ . . .**
- **Synodenbeschluss der Ev. Kirche von Westf. zur Neuregelung des Ass. Suizids** (Mai ´23)
- . . .



Die Haltung des AHPB Lippe zum Umgang mit dem assistierten Suizid

E C K P U N K T E



Haltung des AHPB Lippe I

- **Sterbe-/Suizidwünsche** werden in der Hospiz- und Palliativarbeit häufig geäußert und **sind zulässig**.
- Suizid und Suizidbeihilfe sind **rechtlich zulässige und im Einzelfall auch ethisch vertretbare Möglichkeiten**. Es besteht jedoch **kein Rechtsanspruch** darauf und es gibt es **keine Verpflichtung, Beihilfe dazu zu leisten**.
- **Wir weichen Gesprächen darüber nicht aus und klären über die Vielzahl alternativer Möglichkeiten auf**.
- An erster Stelle der Auseinandersetzung mit Sterbewünschen steht zwingend immer die Klärung, warum das Leben für eine betroffene Person als nicht mehr lebenswert erscheint.



Haltung des AHPB Lippe II

- **Es gehört nicht zu den Aufgaben des AHPB, von sich aus Beihilfe zum Suizid anzubieten**
- Wenn jedoch im **Einzelfall** ein Menschen einen Suizid als letzten für ihn gangbaren Ausweg sieht, lassen wir ihn dabei nicht allein, sondern begleiten ihn bei Bedarf.
Dabei gilt:
 - es geht ausschließlich um Begleitung, nicht um die Beschaffung von Medikamenten, die Organisation des ass. Suizids o.ä.
 - die Entscheidung einen Menschen beim Ass. S. zu begleiten ist i.d.R. Ergebnis einer kollegialen Beratung der Koordinierenden zusammen mit der jeweiligen ehrenamtlich begleitenden Person
 - im Bedarfsfall ist eine ethische Fallbesprechung durchzuführen



Procedere beim AHPB Lippe zur Findung einer gemeinsamen Haltung

- Erarbeitung eines Entwurfs durch den ggf Koordinator
- Erörterung mit dem Vorstand
- Erörterung mit dem Team der hauptamtlich Mitarbeitenden
- Erörterung in den 5 lokalen Aktiven-Gruppen
- Endredaktion mit einem Medizinethiker
- Verabschiedung des Papiers durch den Vorstand

Prozessdauer: 6 Monate (5/20 – 11/20)



Procedere nach Formulierung einer gemeinsamen Haltung I

Information unserer Netzwerkpartner und Bitte um Erörterung

- Vorstellung beim Runden Tisch des Palliativnetzes
- Erörterung im Qualitätszirkel des PKD
- Erörterung bei der Mobilen Ethikberatung Lippe (MELIP)

Vorstellung in der Öffentlichkeit Den Suizid aus der Tabuzone holen

Der Ambulante Hospizdienst Lippe hat nach sechsmonatiger Beratung ein Positionspapier verabschiedet, in dem er Stellung nimmt zur Sterbehilfe. Damit nimmt der Verein landesweit eine Vorreiterrolle ein.

Silke Bahrmester

Kreis Lippe. Manchmal werden Menschen am Ende ihres Lebens müde. Lebensmüde. Sie können nicht mehr, sie wollen nicht mehr – doch wen können sie sich in einer solchen Situation anvertrauen? Der Ambulante Hospizdienst Lippe hat in einem aktuellen Positionspapier eine deutliche Haltung zum assistierten Suizid eingenommen. Die Mitarbeiter wählen helfen, Betroffene stützen, Gesprächen über Sterbewünsche nicht mehr ausweichen und im Einzelfall Menschen, die einen assistierten Suizid planen, begleiten.

Das klingt beinahe selbstverständlich, ist es aber nicht. Über viele Jahre, berichtet Andreas Ludke, Geschäftsführender Koordinator des Ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienstes Lippe (AHBP), habe gerade in der Hospizarbeit die Meinung vorherrscht, dass man sich mit dem assistierten Suizid nicht befassen dürfe. Zudem: „Menschen, die zum Beispiel beim Arzt Selbstmordgedanken geäußert haben, wurden nicht selten in die Psychiatrie eingewiesen, um sie vor sich selbst zu schützen.“

Das Thema war ein Tabu. Dabei, so betont Ethikmediziner Prof. Fred Salomon, habe er als Anästhesist immer wieder von Patienten mit schweren Erkrankungen vor einer großen Operation Satze gehört wie: „Könnte Sie nicht dafür sorgen, dass ich nicht mehr aus der Narkose aufwache?“

Nicht mehr aufwachen, samt einschlafen zu dürfen, wenn man nicht mehr kann. Das ist wohl der Wunsch der meisten Menschen nach einem „leichten“ Tod. Doch die Realität sieht manchmal anders aus, das wissen die Hospiz-Mitarbeiter nur zu gut. In gibt auch das lange, qualvolle Sterben. Gute Hospizarbeit und Palliativmedizin bieten viele



Der Hospizdienst Lippe will Menschen, die einen assistierten Suizid planen, begleiten. Das Positionspapier präsentieren (von links) Ethikmediziner Prof. Fred Salomon, Vereinsvorsitzende Svenja Adam und Geschäftsführender Koordinator Andreas Ludke.

darum gar nicht bescheid. Zum Beispiel um das Recht auf palliative Sedierung am Lebensende als Maßnahme der Symptomlinderung, auf freiwilligen Verzicht auf künstliche Ernährung oder darauf, eine Behandlung abzubrechen. Die Menschen darüber aufzuklären, sei eine wichtige Aufgabe. Oftmals sei die Aufklärung, sterben zu wollen, Ausdruck einer Not, möglicherweise auch aus der Überlegung heraus, anderen nicht zur

Last fallen zu wollen. Die Hospizdienst-Mitarbeitenden möchten mit ihrem Positionspapier ein Signal senden, sagt Ludke. „Wir sind da, mit uns kann man reden.“ Zunächst müsse geklärt werden, warum jemand sein Leben nicht mehr als lebenswert erachte. Und den Betroffenen müssten Alternativen zum Suizid aufzeigt werden: „Aber die Gewissheit zu haben, dass ich einen Notausgang a habe, wenns nicht mehr geht, ist da-

bei ein wesentlicher Punkt“, sagt Ludke. Ziel sei es, die Zahl der Suizide möglichst klein zu halten. „Deutschlandweit gibt es laut Salomon rund 10.000 Selbsttötungen im Jahr. Wie viele Menschen mit Hilfe eines anderen aus dem Leben scheiden, verrät keine Statistik. Etwa 70 Deutsche würden Sterbehilfe in der Schweiz suchen – 70 von 940.000 Toten jährlich. In den Medien ist das zu Teil hochgelobt worden“, lautet Ludkes Einschätzung.

Die Reise in die Schweiz ist nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht mehr notwendig. Denn die Richter haben den 2015 eingeführten Paragraphen 217 Abs 1 StGB verengt. Die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung, niemand könne verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Die Entscheidung des Einzelnen sei jedoch als Akt

die Beihilfe zum Suizid – anders als die Tötung auf Verlangen – nicht strafbar ist. Anderserseits besteht aber auch kein Rechtsanspruch darauf. Der Hospizdienst Lippe hat sich mit seinem Positionspapier, das von Vorstandmitgliedern, Haupt- und Ehrenamtlichen in einem sechsmonatigen Prozess erarbeitet worden ist, auf den Weg gemacht. Der Verein will Menschen, die den assistierten Suizid planen, begleiten, aber weder für diesen letzten Ausweg werben, noch Medikamente oder ähnliches beschaffen. Um den richtigen Umgang mit der Situation zu erkennen, soll es laut Ludke im kommenden Jahr Schulungen geben. Das Positionspapier lenkte eine Blaupause für andere Organisationen sein, die noch längst nicht so weit sind. Ludke: „Ja geht darum, Leben zu wollen – und sterben zu dürfen.“

Schwerpunktthema unserer Zeitschrift „BlickWechsel“



Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

BlickWechsel

• Leben begleiten bis zuletzt

Ausgabe 2021/ Nr. 39

Leben wollen – sterben dürfen



Procedere nach Formulierung einer gemeinsamen Haltung II

Information an DHPV / HPV-NRW / FGPG...

Artikel im Hospiz-Dialog NRW

(ALPHA-NRW Heft 4/21)

Erstellung einer Handreichung
(MELIP)



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

April 2021 Ausgabe 87

Schwerpunkt:

BEIHILFE ZUM SUIZID



Mobile Ethikberatung in LIPPE

HANDREICHUNG

Umgang mit nachhaltigen Suizidwünschen bei schwerer Krankheit

Stand: 16.3.22



Voraussetzungen für einen hilfreichen Umgang mit Todeswünschen

1. Entwicklung einer persönlichen Haltung zum Thema
2. Entwicklung einer institutionellen Haltung zum Thema
3. Kommunikation der Haltungen im lokalen Hospiz-/Palliativnetz
4. Präsentation der Haltungen in der Öffentlichkeit



Meine persönliche Haltung zum ass. Suizid

Fallbeispiel aus dem Bereich Amb. Hospizdienst

Ein pflegebedürftiger, seit 2 Jahren bettlägeriger Schwerkranker hat nach reiflicher Überlegung gemeinsam mit seinen Familienangehörigen und dem Hausarzt alle Medikamente abgesetzt, außer die zur adäquaten Schmerztherapie.

Nach Ablauf von 7 Tagen bittet der 72-jährige sie als ehrenamtlich Mitarbeitenden des Hospizdienstes um „ein würdiges Sterben“ durch eine Hilfe zum Sterben, die „nunmehr ja möglich und straffrei ist“.

- **welche spontanen Gedanken kommen mir zu dem Fallbeispiel?**
- **was ist meine derzeitige Haltung zum ass. Suizid ?**
(wo beginnt und wo endet für mich persönliche Beihilfe?)
- **welche Erfahrungen habe ich mit dem Thema Suizid?**
- **was bedeutet für mich Selbstbestimmung/Autonomie?**
- **welche Unterstützung wünsche ich mir im Umgang mit einer solchen Anfrage vom Hospizverein?**



Bildung einer eigenen Haltung – Situationsbeispiel: Ambulanter Hospizdienst

Eine ehrenamtliche Mitarbeiterin (EA) informiert die Koordinationskraft darüber, dass der ältere Herr, den sie begleitet, darum gebeten hat, dass der Hospizdienst dabei behilflich ist, eine Beihilfe zum Suizid zu organisieren. Auch nach intensiver Begleitung, Beratung und fundierter Informationsvermittlung (aller Beteiligten) über 6 Monate bleibt der ältere Herr bei seiner Entscheidung und bittet um Suizidbeihilfe.

ENTSCHEIDUNGEN

- **Position A:** Die Bgltg. wird beendet, da der Wunsch immer wieder geäußert wird und der Hospizdienst zur Entscheidung kommt, dass er hier nicht weiterhelfen kann.
- **Position B:** Die EA ignoriert die Entscheidung des Dienstes und unterstützt die Planung des assistierten Suizids organisatorisch und wird bei der Einnahme des totbringenden Mittels anwesend sein.
- **Position C:** Die Bgltg. wird weitergeführt, aber es erfolgt keine Unterstützung in Form von Organisation einer Suizidbeihilfe. Die Familie organisiert die Beihilfe, die EA wird in der Situation des Suizids nicht anwesend sein.
- **Position D:** Die Bgltg. wird weitergeführt, aber es erfolgt keine Unterstützung bei der Organisation der Suizidbeihilfe. Die Familie organisiert die Beihilfe, die EA wird bei der Umsetzung anwesend sein.



Hilfreicher Umgang mit Todeswünschen

Voraussetzungen

1. eigene Haltung/Selbstschutz

- ich habe eine eigene, reflektiert Haltung zum Thema
- ich kenne meine Belastungsgrenzen und nutze Möglichkeiten der Entlastung
- ich thematisiere entsprechende Situationen/Belastungen immer mit meiner Koordinatorin/in der Supervision
- ...



Hilfreicher Umgang mit Todeswünschen

Voraussetzungen

2. Einordnung von Sterbewünschen

- ich kenne die Funktionen von Sterbewünschen
 - akuter Hilferuf / aufmerksam machen auf sich und die eigene Not
 - Mittel, um über Sterben und Tod zu sprechen
 - Versuch, Autonomie und Kontrolle zurückzugewinnen
- ich kenne die Kategorisierung von Todeswünschen
- ich bin sicher im Umgang mit den Begrifflichkeiten und kenne die gesetzliche **Situation** (ass. Suizid, Tötung auf Verlangen, indirekte Sterbehilfe, passive Sterbehilfe (Sterben lassen),
- ...



Hilfreicher Umgang mit Todeswünschen

Voraussetzungen

3. Kommunikation

- mir ist das Konzept des „aktiven Zuhören“ bekannt und ich kann Beziehung bewusst herstellen (Pat. in seiner Not annehmen, ermutigen Emotionen zu zeigen, Stille aushalten, . . .)
- ich bin mir bewusst, dass Todeswünsche in der Regel ambivalent sind
- ich weiß, dass ein proaktiver Umgang mit der Thematik keine Suizidgedanken auslösen/verstärken (Nachfrage nach Todes-/Suizidwünschen)
- ich weiß, dass hinter vordergründigen Todeswünschen i.d.R. verdeckte Depressivität, Sorgen, Ängste, Hoffnungslosigkeit . . . stecken („Hören was jemand sagt und verstehen, was er meint!“)
- ich kenne die Alternativen zum ass. Suizid und kann sie verständlich erklären
- . . .



Hilfreicher Umgang mit Todeswünschen

Voraussetzungen

4. Sonstiges

- ich kenne die Haltung „meiner Institution“ zum Thema
- ich weiß, welche Kompetenzen ich im (therapeutischen) Team mit einbeziehen/nutzen kann
-



Noch Fragen



