

Dr. Michael Wunder
16. Niedersächsisches Gerontopsychiatrisches Symposium
23.10.2024

Assistierter Suizid und ethische Aspekte in der Gerontopsychiatrie

Beispiel 1

Herr Holger S. (74, früherer Lehrer) wohnt seit dem Tod seiner Frau vor drei Jahren in Ihrer Einrichtung. Er leidet an einer Darmkrebserkrankung. Er hat seit Jahren einen Anus praeter. Er ist akut nicht rückfallgefährdet. Hinzu kommt jetzt eine schwer behandelbaren rezidivierenden und therapieresistenten Nierenentzündung, die auf Anraten des Hausarztes nur mehr palliativ behandelt werden soll. Herr S. weigert sich, eine palliative Behandlung anzufangen, obwohl er immer wieder über Schmerzattacken klagt, die ihn niederwerfen würden.

Herr S. wendet sich an Sie mit der Bitte um Informationen und Bereitstellung eines schmerzlos tödlichen Medikaments. Er sagt, er habe ein sehr schönes und erfülltes Leben gelebt. Er sei aber jetzt müde und es sei an der Zeit. Er wolle in Würde gehen und sich nicht weiter mit seinem kaputten Körper herumplagen.

Beispiel 2

Frau Martha W. (67) lebt seit kurzer Zeit in einer betreuten Wohneinrichtungen für Menschen mit Demenz. Sie hat eine zunehmende, jetzt aber noch milde kognitive Einschränkung, kann sich im Alltag weitgehend selbständig bewegen. Sie hat viele Jahre als Verkäuferin gearbeitet, musste dies aber wegen einer Vielzahl körperlicher Beschwerden mit 56 Jahren beenden. Sie leidet seit Jahren unter rheumatischen Beschwerden, muss mittlerweile an Krücken gehen und klagt oft über entsprechende Schmerzen.

Sie wendet sich an Sie, da sie gelesen habe, dass man jetzt „Selbstmordhilfe“ bekommen könnte. Das Team beschließt ein ganzes Bündel von Maßnahmen: verstärkt Einbeziehung in die Gruppe, gezielte Freizeitangebote, stützende Gespräche, aufklärende Beratung. Frau W. macht vieles mit und bedankt sich oft dafür, entwickelt aber den sehr klaren Wunsch, in ihrem Zimmer „mit Tabletten für immer einzuschlafen“.

Was tun?

1. Was ist was? Suizid, Suizidalität, Todeswunsch
2. Stufen der Suizidalität
3. Erfahrungen und Erkenntnisse
4. Warnsignale und Risikofaktoren
5. Ziele
6. Suizidassistenz – das Urteil der BVG und die Folgen
7. Institutionelle Strategien: Suizidassistenz – was tun?

Begriffsklärung

Suizid

(sui caedere = sich selbst schneiden, töten)

Suizidalität

= umfasst alle Gedanken, Impulse und Handlungen, die darauf „abzielen“ das eigene Leben frühzeitig zu beenden und den „natürlichen Prozess“ des Lebens und Ablebens durch aktives Handeln „abzukürzen“. Unter suizidalem Verhalten sind somit Suizidankündigungen (direkte oder indirekte Suizidhinweise, Suiziddrohungen) und Suizidversuche zu verstehen.

passive Phase:

meist noch kein fester Todeswunsch, sondern Ambivalenzen, die sich in Angst und Unsicherheit ausdrücken, der Selbsterhaltungstrieb ist in Gesprächen ansprechbar

aktive Phase:

Einengung auf den Todeswunsch, oft (nicht immer) verbunden mit einer konkreten Ausführungsplanung

Lebensmüdigkeit

= des Lebens müde

Lebensmüdigkeit ist ein konnotativ weit gefasster Begriff. Seine Bedeutung reicht von Satt-Sein mit dem Leben (ohne körperliche oder depressive Erkrankung) über depressionsbedingte Wünsche, nicht mehr leben zu wollen, bis hin zur Suizidalität und der konkreten Planung eines Suizid.

Todeswunsch

= Wunsch, nicht mehr zu leben

Ein Todeswunsch kann sich unspezifisch auf eine altersbedingte Todeserwartung beziehen, auf den Wunsch, so wie bisher nicht weiter leben zu wollen, ebenso aber auch auf einen konkreten Tötungswunsch durch Suizid oder Tötung auf Verlangen

Phasenmodell der Suizidalität

nach Walter Pödlinger 1968

Erwägung

Rückzug, Selbststeuerung vorhanden, aber Hinweise
„Ich wünsche, ich wäre nicht mehr da.“ „Ich sehne mich nach Ruhe.“
„Es gibt nichts, für das es sich zu leben lohnt“

Ambivalenz

Einengung, Selbstzerstörung vs. Selbsterhalt, versteckte Hilferufe

Entschluss

Entlastung, Vorbereitungsmaßnahmen, „trügerische Ruhe“

Klassische Suizideinteilung

in der psychiatrischen Literatur

“Appell-Suizide“ oder „Appell-Suizidversuche“ (Erwin Ringel)

Definition:

Suizidhandlung, die mit einer Folge für die Gesellschaft verbunden wird
(Protest, Aufzeigen von Ungerechtigkeit, auch Folge von Überlastungssituationen und Verzweiflung)

„Bilanz-Suizide“ oder „Bilanz-Suizidversuche“ (Alfred Hoche)

Definition:

Suizidhandlung auf der Basis einer(mehr oder weniger) rationalen Abwägung von
Lebensumständen



Heutige Bewertung (Klaus Dörner)

„Appell-“ und „Bilanz-Suizid“ sind eine veraltete Nomenklatur

Viele Suizide oder Suizidversuche enthalten appellierende und bilanzierende Elemente.
Die meisten Suizide sind aber Folge von Not, Verzweiflung und gefühlter Ausweglosigkeit.

Epidemiologie

Derzeit 100.000 Suizidversuche/Jahr, 9.000 -10.000 Suizide/Jahr

high risk groups

- Menschen mit psychischen Erkrankung (v.a. bei Depression, Schizophrenie, Sucht)
 - Menschen mit Suizidalität in der Vorgeschichte
 - Menschen in schwierigen, belastenden Lebenssituationen

Zahlen

(nach De Statis, Statistisches Bundesamt)

1980	18.451 Suizide insgesamt	23,6/100.000 Einwohner
1990	13.924	18,5
2000	11.888	13,5
2019	9.041	10,6
2020	9.206	11,1
2022	10.119	12,1
2023	10.304	12,3

- Frauen zu Männer 1 zu 2,5/3
- Anstieg der Zahlen ab 55. Lebensjahr
- stärker bei den Männern als bei den Frauen
- Tod durch Suizid (1% der Todesfälle) häufiger als durch Verkehrsunfälle, Gewalttaten und illegale Drogen zusammen

Allgemeine Erkenntnisse aus der Suizidforschung

Suizidgedanken oder Suizidversuche entspringen meist nicht einem tatsächlichen Todeswunsch, sondern sind Ausdruck eines „So-nicht-mehr-Leben-Wollens“.

Jede Suizidabsicht und jeder vollzogene Suizid implizieren einen Schuldvorwurf an das soziale Umfeld oder werden vom Umfeld so verstanden.

- Besonderheiten in der Trauerarbeit

Jeder vollzogene Suizid betrifft auch andere Menschen, ob direkt oder indirekt (durchschnittlich 4 Menschen, neuere Zahlen gehen von bis zu 135 Menschen aus).

Warnsignale der Betroffenen

- ❖ Veränderungen des Äußeren (z.B. dunkle Kleidung)
- ❖ Sozialer Rückzug
- ❖ Änderungen von wichtigen Gewohnheiten
- ❖ Vernachlässigung von Ernährung und Körperpflege
- ❖ Selbstverletzendes Verhalten
- ❖ Direktes oder indirektes Ansprechen von Suizidgedanken
- ❖ Krisenhafte Zustände (z.B. Lebensereignisse) mit Auswirkungen auf Stimmung, Schlaf, Verhalten
- ❖ Risikoreiches Verhalten
- ❖ Verabschiedungen, überhandnehmendes Verschenken

Persönliche und gesellschaftliche Risikofaktoren

Persönliche Risikofaktoren

- ❖ Alter
- ❖ Progrediente Erkrankung
- ❖ Partnerverlust
- ❖ Wegsterben des Freundeskreises
- ❖ Fernbleiben der Kinder und Enkel oder Kinderlosigkeit
- ❖ Wohnungswechsel
- ❖ geringer Bildungsgrad
- ❖ materielle Perspektivlosigkeit

Gesellschaftliche Risikofaktoren

- ❖ Vereinsamung
- ❖ ungenügende palliative Versorgung
- ❖ mangelnde Behandlung von psychischen Erkrankungen (insbesondere Depression)
- ❖ Abwertung des Alters im politischen Raum
- ❖ Säkularisierung

Risikofaktoren bei Demenz

- **die als Krise erlebte erste Diagnosestellung**
- **Dissonanzerleben in der ersten Phase**
 - Trauer über die veränderte Lebensperspektive
 - Angst vor dem zu erwartenden Verlust, körperlicher und geistiger Fähigkeiten
 - Angst, nicht mehr der oder die zu sein, der oder die man jetzt ist
 - Befürchtung, auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein oder seinen Mitmenschen zur Last zu fallen

Bunderverfassungsgericht, Urteil vom 26.2.2020
Leitsätze

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. (Leitsatz 1a)

Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. (Leitsatz 1c)

Der hohe Rang, den die Verfassung der Autonomie und dem Leben beimisst, ist grundsätzlich geeignet, deren effektiven präventiven Schutz auch mit Mitteln des Strafrechts zu rechtfertigen. (Leitsatz 4)

Und :

Aufgrund der verfassungsrechtlichen Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung, welche die einem individuellen Suizidentschluss zugrundeliegenden Motive einschließt ...verbietet es sich aber, die Zulässigkeit eine Hilfe zur Selbsttötung...vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen.(Satz 340)

Aus der weiteren gerichtlichen Erläuterung:

„Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, **tatsächlich auf einem freien Willen** beruht. Der Gesetzgeber verfolgt mithin einen legitimen Zweck, wenn er **Gefahren für die freie Willensbildung und die Willensfreiheit** als Voraussetzungen autonomer Selbstbestimmung über das eigene Leben entgentreten will.“

(BVerfG 26.2.2020, 232)

Der Staat „verfolgt auch insoweit ein legitimes Anliegen, als er verhindern will, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft **als normale Form der Lebensbeendigung** durchsetzt.“

(BVerfG 26.2.2020, 233)

Da der **Schutz des Lebens** dem Einzelnen von der Verfassung als nicht rechtfertigungsbedürftiger Selbstzweck zugesagt ist und er auf der unbedingten Anerkennung der Person in ihrer bloßen Existenz beruht, darf und muss der Gesetzgeber aber gesellschaftlichen Einwirkungen wirksam entgentreten, die als **Pressionen** wirken können und das Ausschlagen von Suizidangeboten von Seiten Dritter rechtfertigungsbedürftig erscheinen lassen. **Entsprechend kann er Vorkehrungen treffen, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen.**

(BVerfG 26.2.2020, 235)

Mögliche (mit dem BVerfG-Urteil vereinbare) Einzelbestimmungen

- **Überprüfung der Freiverantwortlichkeit (Willensfähigkeit) durch ärztliche oder psychotherapeutische Gutachter oder das übereinstimmende Urteil zweier Fachärzte/Psychotherapeuten**
 - **Konstanz des Willens über einen festzulegenden Zeitraum**
(bei lebenslimitierender Erkrankung deutlich kürzer als bei nicht lebenslimitierender Erkrankung)
 - **Mindestalter 18 Jahre**
 - **obligatorische multiprofessionelle Beratung**
(nicht fokussiert auf Suizid, sondern auf die Krisenbewältigung)
- **strikte Trennung zwischen Beratung, Begutachtung und Durchführung**
 - **Dokumentation und**
 - **Zustimmung einer Ethikkommission**

Was ist aber, wenn

... der Suizident plötzlich Angst bekommt und die Medikamente nicht vollständig schluckt?

Nachhelfen oder Retten?

...wenn die Medikamente nicht ausreichend wirken?

Noch mehr medikamente einflößen oder retten?

...wenn der Patient gelähmt ist und der Assistent den Arm führen müsste?

Nur „Erinnerungsunterstützung“ oder „Zuführung durch Armlenkung“?

Gesetzliche Festschreibung des Rechts auf Suizidassistentz ? Was tun in meiner Institution?

- 1. Diskussionsprozess in der Institution starten
Fachkomitee/Fachkommission einberufen**
- 2. Erarbeitung von Grundsätzen und/oder einer
Leitlinie zum Umgang mit Suizid und Suizidwünschen**
- 3. Erarbeitung einer Handreichung für Mitarbeitende
Verhaltensregeln und Ablaufplan**

Erarbeitung

Leitlinie/Grundsätze zum Umgang mit Suizid und Suizidwünschen

Benennung von Dilemmata

Widersprüche zum Recht auf Suizidassistenz:
Berufsethos, Weltanschauungsgebundenheit des Trägers,
historische Verantwortung, Selbstverständnis der Institution

Grundhaltung der Institution:

Suizidbeihilfe gehört/gehört nicht zu eigenen Leistungsspektrum

Entscheidung

Menschen mit Suizidassistanzwunsch werden

(nach Erstberatung und Feststellung der Unabänderlichkeit und Ernsthaftigkeit des Wunsches)

- aus der Institution oder der ambulanten Betreuung ausgeschlossen
- in der Institution, in der fortbestehender ambulanten Dienstleistung begleitet
(bei Nutzung institutionsfremder Dienste für die Suizidassistenz)
- in der Institution mit einem eigenen Suizidbeihilfeangebot versorgt

Besonderer Klärungsbedarf: Umgang mit Diensten von außen

Mögliche Regeln für Anbieter von Suizidassistenz in Heimen, Wohnanlagen, Kliniken etc., die die Suizidassistenz nicht selbst anbieten:

1. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters stellen sich der Einrichtungsleitung vorab persönlich vor.
2. Der Anbieter gibt der Einrichtungsleitung Datum und Uhrzeit der Durchführung der Suizidassistenz vorab bekannt.
3. Der Anbieter stellt der Einrichtungsleitung vorab das von dem/der betreffenden Klient*in unterzeichnete Formular als Duplikat zur Verfügung, das die freiwillentliche Beauftragung des Sterbehilfevereins bzw. der externen ärztlichen Person mit der Durchführung der Suizidbeihilfe dokumentiert.
4. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters melden sich am Tag der Durchführung der Suizidassistenz bei Betreten der Einrichtung bei der entsprechenden Einrichtungsleitung.
5. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters verbleiben während der Durchführung der Suizidassistenz bis zum eingetretenen Tod der suizidassistenz-wünschenden Person am Ort der Durchführung.

Erarbeitung einer Handreichung für Mitarbeitende

**Hilfen für das Erstgespräch,
wenn der Wunsch nach Suizid/Suizidbeihilfe geäußert wird**

Aber: der Umgang mit einem Wunsch nach Suizidassistentz ist keine Sache für Einzelkämpfer, immer Teamsache.

Verhaltensrichtlinie und klarer Ablaufplan

Meldung an den Vorgesetzten, Teamsitzung, Anrufen einer dafür eingerichteten Beratungs-oder Ethikkommission, Fallbesprechung mit dem Team, Supervisionsangebot

Fortlaufende Gespräche mit dem/der Suizid wünschenden Person

Entscheidung: wer macht es und welche Hilfen braucht er/sie?

**Liste der inner- und außerbetrieblichen Hilfeangebote/Ansprechpartner*innen
für Mitarbeitende wie Betroffene**

(einschl. Fachkräfte für gesundheitliche Versorgungsplanung SGB V, §132g)

Liste einschlägiger Fort- und Weiterbildungsangebote

Kommunikationsregeln für den Umgang mit Suizidwünschen

Zuhören, nicht bewerten (auch kein „das verstehe ich gut“)

Im Kontakt bleiben durch Gespräch

- ❖ Fragen nach den Gründen für den Todeswunsch
 - ❖ Fragen nach Gründen für das Leben,
- ❖ Fragen Sie nach dem Leben, wie das aussehen könnte, wenn die jetzige Krise überwunden wäre?
- ❖ Fragen nach Erinnerungen, wie frühere Krisen überwunden wurden?
 - ❖ Welche Gründe könnte es für das Leben geben?

Ein Beispiel aus Belgien:

„Frau B. leidet an Leberkrebs mit Metastasen in den Knochen und in der Lunge.

Sie beklagt sich regelmäßig gegenüber dem begleitenden Arzt über ihr schwieriges Eheleben mit einem Mann, der Alkoholiker ist und gewalttätig.

Außerdem leidet sie darunter, ihre beiden 25- und 27-jährigen Töchter nicht mehr zu sehen, die sie nie besuchen. Nach mehreren Begegnungen, bei denen der begleitende Arzt angesichts des großen Leids dieser Patientin ratlos zu sein scheint, erlaubt er sich, sie eines Tages mit folgenden Worten anzusprechen: In Anbetracht dessen, dass ihr Krebs sich im Endstadium befindet und angesichts Ihrer familiären Situation, meinen Sie nicht, dass Sterbehilfe für Sie die am wenigsten schlechte Lösung sein könnte?“

Die Patientin bricht in Tränen aus, und der Arzt merkt, welch großen Fehler er gemacht hat...“

Eric Vermeer (2019, dt. Übersetzung 2022), Das Syndrom der schiefen Ebenen, in: Devos, Timothy (Hg.), Sterbehilfe in Belgien, Psychosozial-Verlag Gießen.

ENDE

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit