



Suizidprävention und assistierten Suizid - geht das zusammen?

Dienstag, 22.10.2024, Landesärztekammer Hessen

10 ethische Aspekte

Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt

Zentrum für Ethik in der Medizin am Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt/M.

Es bestehen keine Interessenkonflikte

1

Suizidprävention hat Vorrang !

Jeder 100. Todesfall in Deutschland ist ein Suizid

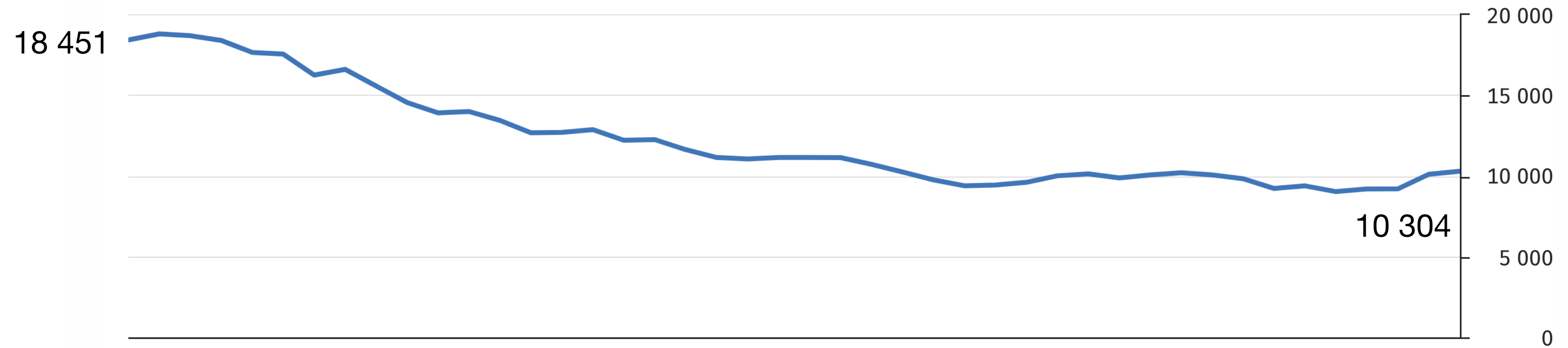
Pressemitteilung Statistisches Bundesamt Nr. N046 vom 9. September 2024

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_N046_23211.html

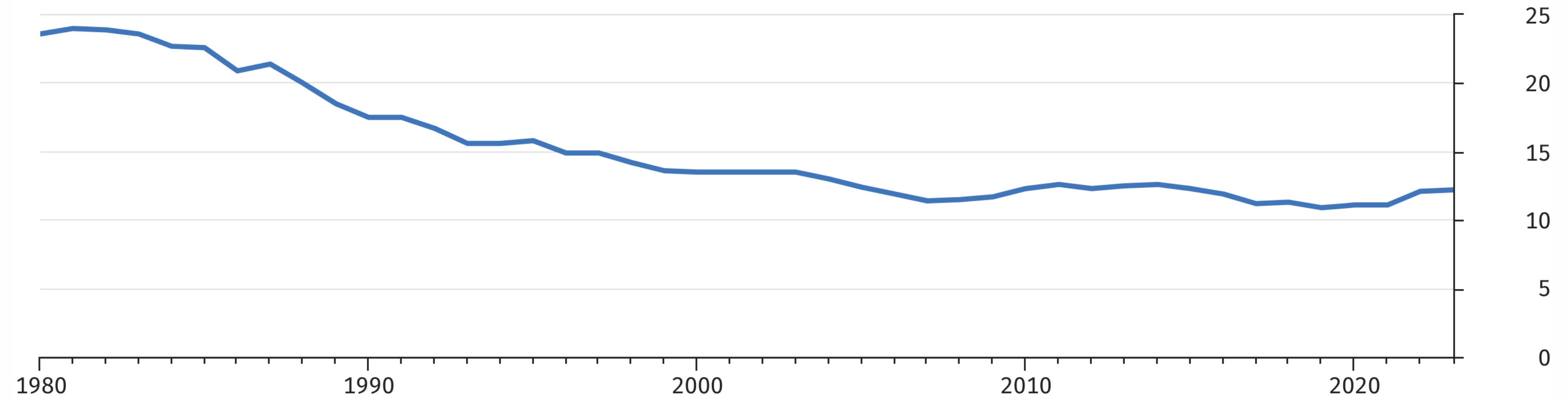
Todesfälle durch Suizid und Suizidrate je 100 000 Einwohner/-innen



Absolute Fallzahlen



Rate je 100 000 Einwohner/-innen



www.frans-hilft.de



mehr als 70 Organisationen im Frankfurter Raum

Im Jahr 2023 war **knapp die Hälfte** der Menschen, die Suizid begingen,
65 Jahre oder älter (46 %),

Pressemitteilung Statistisches Bundesamt Nr. N046 vom 9. September 2024

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_N046_23211.html

Es wird davon ausgegangen, dass die überwiegende Zahl aller Suizide
NICHT freiverantwortlich geschehen!

„Freiverantwortlich“ ?? Wieviel Prozent ???



Zentraler ethischer und rechtlicher Aspekt des
assistierten Suizids:

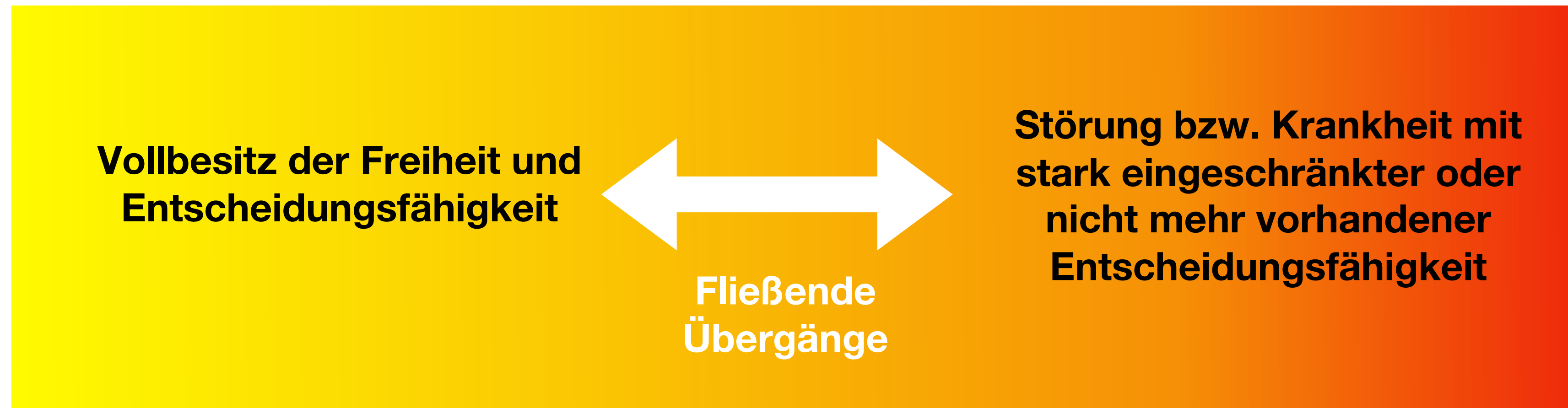
Ist der Suizidwunsch eine
freiverantwortliche Entscheidung ?

Prof. Dr. med. Christian Reimer

(Ehem. Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Gießen)

Zum Verständnis des Suizids: Freiheit oder Krankheit?

In: Wolfslast G., Schmidt K.W. (Hrsg.) (2005): Suizid und Suizidversuch. C. H. Beck: München, S. 27–45

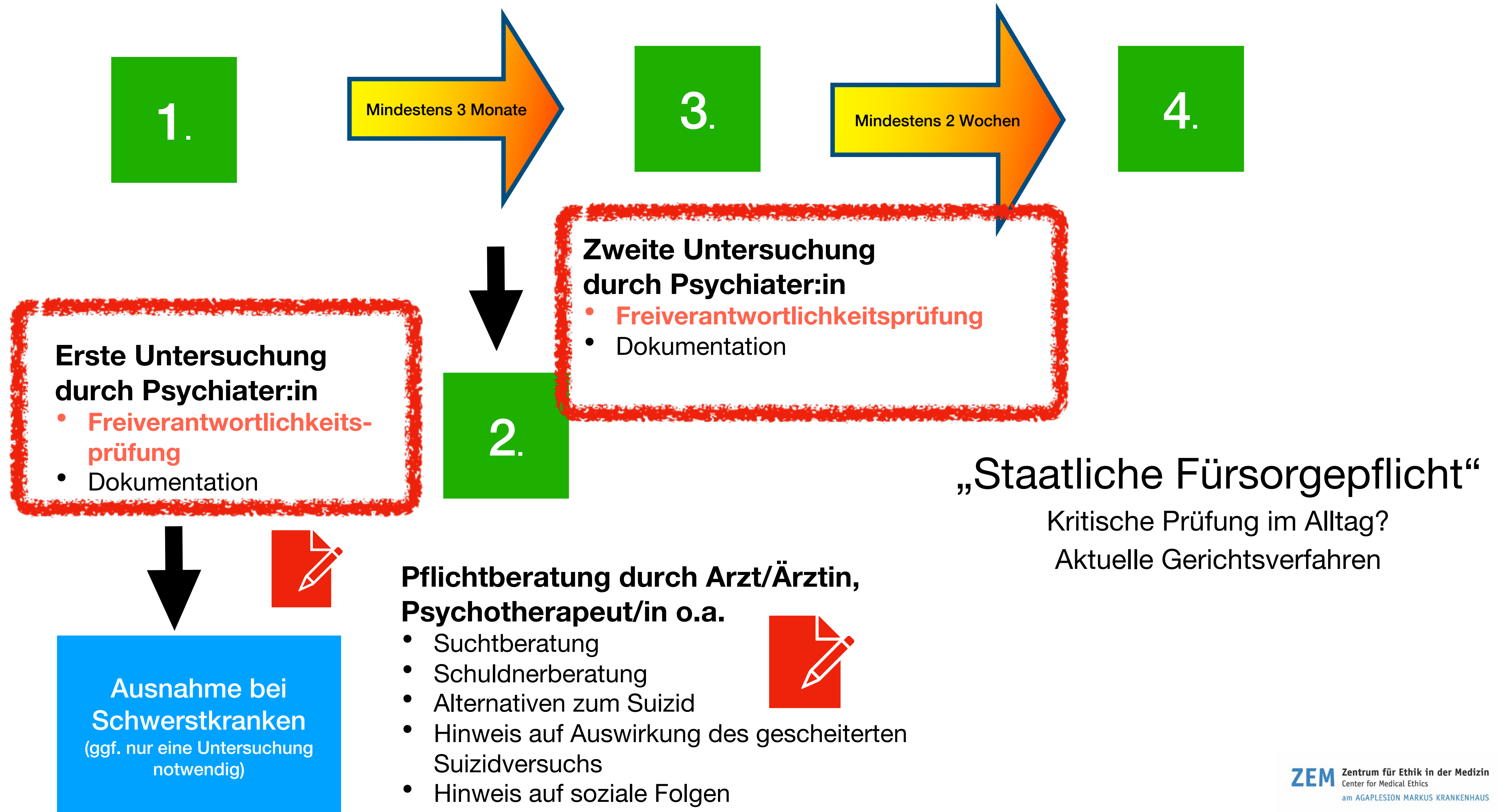


Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gesetzmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit

Castellucci / Heveling / Kappert-Gonther / Pilsinger / Strasser / Vogler u.a.

Drucksache 20/904

07.03.2022

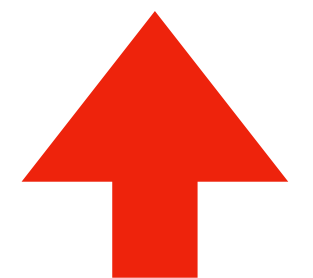


3

Urteil des BVerfG von 2020: eine Überraschung?

Ja: die Loslösung von einer Krankheitsbedingung

Nein: Ein weiterer Schritt (**ein Schritt zuviel?**) der zunehmenden Stärkung der Patientenautonomie



- Patient muss der Behandlung zustimmen
- Patient/in darf Behandlungen ablehnen, selbst wenn die Ablehnung zum Tode führt
- Patient/in darf auch „unvernünftige“ Behandlungsentscheidungen treffen
- Patient/in darf für alle Erkrankungszustände eine Patientenverfügung erstellen

**Kritik am Urteil des BVerfG:
Zu starke Betonung der
Patientenautonomie**

Von vielen Politiker:innen u.a. wird betont:

Der assistierte Suizid soll und darf **nicht zur gesellschaftlichen Normalität** werden!

ABER - Prognose:

Sobald eine **gesetzliche Regelung** geschaffen wird (ein geregeltes Prozedere), wird dies mittelfristig *zu einer gesellschaftlichen Normalität* führen!

Für Ärztinnen und Ärzte hat sich Entscheidendes geändert

Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

vom 26. März 2019 (HÄBL 6/2019, S. 396), geändert am 30. November 2021 (HÄBL 1/2022, S. 46)

§ 16 Beistand für Sterbende

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen und Leiden zu lindern.
- (2) Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten.
- (3) (Aufgehoben).



~~früher: „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“~~

**Notwendigkeit der eigenen Positionierung/
der eigenen Haltung zum Thema „Suizidhilfe“**

Wie kommuniziere ich mit einer Person, die Todeswünsche äußert oder um Suizidhilfe bittet?



Gesprächsaspekte

Beziehung bewusst herstellen

- › Der Patientin/dem Patienten,
 - › so wie sie/er ist Interesse und Respekt entgegenbringen
 - › aktiv zuhören und sie/ihn nicht unterbrechen
- › Die Patientin/den Patienten
 - › in ihrer/seiner Not annehmen
 - › ermutigen, Emotionen zu zeigen
- › Klare, für die Patientin/den Patienten verständliche Sprache verwenden
- › In Sprache und Gesten einfühlsam, teilnahmsvoll reagieren
- › Stille aushalten
- › Kommunikationsbereitschaft auch bei heftigen Konflikten signalisieren
- › Auch in herausfordernden Situationen in Kontakt herstellen (wenn angemessen)
- › Signalisieren, dass und wie viel Zeit zur Verfügung steht
- › Auf ein möglichst angenehmes Setting achten (Räumlichkeiten, Privatsphäre)

Proaktives Ansprechen von Todeswünschen

- › Ängste vor Sterben und Tod erfragen/ansprechen
- › Erheben, ob Belastungen als ausweglos empfunden werden
- › Gedanken, nicht mehr leben zu wollen erfragen
- › Gedanken, das Leben vorzeitig zu beenden anzusprechen

Abschließen des Gesprächs

- › Persönliche und soziale Ressourcen erfragen
- › Zusammenfassung der wichtigsten Punkte
- › Unklarheiten und weiteren Gesprächsbedarf erfragen
- › Gesprächsbereitschaft und Verfügbarkeit realistisch zusichern

Einordnung, Bedeutung und Funktionen von Todeswünschen

Einordnung

Generell ist zu bedenken:

Todeswünsche können vielschichtig sein und sich verändern.

- › Akzeptanz des Todes ohne Wunsch der Patientin/des Patienten, das Sterben zu beschleunigen
- › Möglicher (hypothetischer) Wunsch, das Sterben zu beschleunigen
- › Aktueller Wunsch, das Sterben zu beschleunigen
- › Wunsch nach Selbsttötung mit ärztlicher Hilfe (ärztlich assistierter Suizid – z. B. Bereitstellung von Medikamenten)
- › Tötungswunsch in Form von Tötung auf Verlangen (direkte Sterbehilfe – z. B. Verabreichung von Medikamenten)
- › Gedanken an Selbsttötung und Selbsttötungsvorsatz (Suizidalität)

Notizen und Ergänzungen

.....

.....



Hintergründe und Bedeutungen

- › Todeswunsch als Reaktion auf:
 - › körperliches Leiden
 - › soziale Probleme wie Isolation oder/und Konflikte
 - › durch die Patientin oder den Patienten wahrgenommenen Würdeverlust
- › Todeswunsch als Ausdruck von:
 - › Depressivität
 - › Angst
 - › Hoffnungslosigkeit
 - › Not in Bezug auf den Sinn im Leben (spirituelle/existentielle Not)
 - › der Sorge, jemandem zur Last zu fallen
 - › einem schwierigen Krankheitsverlauf

Funktionen

- › Akuter Hilferuf
- › Mittel, um über Sterben und Tod zu sprechen
- › Versuch, Autonomie oder Kontrolle zurückzugewinnen
- › Versuch der Einflussnahme auf Familie oder Behandelnde
- › Auf sich und die eigene Not aufmerksam machen



AG Medizinethik in der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (EKHN)

(Von der Kirchenleitung berufen)

Eine **Haltung**

+ **Fragenkatalog** an die Mitarbeiter:innen
der evangelischen Einrichtungen zur
Vorbereitung

Als Download u.a. beim Zentrum Seelsorge und Beratung der EKHN

www.zsb.ekhn.org

oder eine Email an: kurt.schmidt@ekhn.de

IV. STELLUNGNAHME VON DR. DR. H.C. VOLKER JUNG,
KIRCHENPRÄSIDENT DER EKHN,
ZUM „RECHT AUF SELBSTBESTIMMTES STERBEN“

Aus dem Bericht zur Lage in Kirche und Gesellschaft für die 11. Tagung der
Zwölften Kirchensynode der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau,
Frankfurt, April 2021

So würde die Suizidbeihilfe nicht den Sterbehilfeorganisationen überlassen.
Meines Erachtens ist es richtig, die Debatte zu führen. Dem Vorschlag folge ich
jedoch nicht. Der assistierte Suizid sollte kein Regelangebot in diakonischen
Einrichtungen sein. Wer in diakonische Einrichtungen geht, soll wissen:
Hier wird alles für mich getan, um mich in allen Situationen gut zu begleiten.
Und hier wird mir niemand den Suizid ungefragt als eine Option nahebringen.
Zugleich sollte klar sein: Auch über Suizid darf ich hier sprechen und umge-
kehrt darf angesprochen werden, ob jemand von suizidalen Gedanken bedrängt
ist. Denn wir wissen heute, dass das Sprechen über die Sorgen und Nöte, die
hinter Sterbewünschen stehen, selbst präventiven Charakter hat. Wer dann
immer noch keinen anderen Ausweg für sich sieht – auch solche Fälle wird es
leider immer geben –, darf und muss nicht des Hauses verwiesen werden.



Wieweit wäre der/die Einzelne (bzw. das Team, die Geschäftsführung usw.) bereit zu gehen?

Mögliche „Beihilfe“handlungen z.B.:

- Keine direkte eigene Beteiligung, aber auf Anfrage des Suizidwilligen: Die Weitergabe von **Kontaktadressen** von Suizidhilfevereinen oder Ärzt:innen, die Suizidhilfe leisten.
- Die **Organisation eines Transports**, der Transport selbst oder die Transportbegleitung von Personen, die einen Suizid an einem anderen Ort (zB Schweiz) begehen wollen.
- **Tolerieren** des Besuchs von Vertretern eines Suizidhilfevereins
 - *(Beachte: Im Seniorenheim kann dem/der Bewohner/in (als Mieter/in) nicht verboten werden, wen er/sie im eigenen Zimmer empfangen möchte)*
- Die **Ermöglichung** (Bereitstellung eines Besprechungsraums) **oder** sogar **Organisation eines Besuchs** durch Vertreter:innen eines Suizidhilfevereins in der eigenen Einrichtung.
- Die **Begutachtung der Freiverantwortlichkeit** durch den/die Psychiater/in? Außerhalb der Dienstzeit?
- Die **Begleitung** eines Suizidwilligen, er langjährig betreut wird (langer Arzt-Patient-Kontakt), die **passive Anwesenheit** während der Tat (Erlaubnis, Duldung, Verbot des Arbeitgebers/Vorgesetzten)

**Ist die Grenze zwischen
„begleiten“ und „befördern“ klar zu trennen?**

- **Der Pfarrer befördert den assistierten Suizid nicht**
- **„Begleiten“ nicht „befördern“**
 - *Aber: Lässt sich das klar trennen?*

„Es gilt, zur Begleitung bis zuletzt bereit zu sein und gleichzeitig Abstand zu nehmen von allem, was als Beteiligung am Vollzug des assistierten Suizids gewünscht wird.“

(Seibold 2023, S. 162)

Seibold, G. „Todesfälle durch assistierten Suizid als Herausforderung für den Pfarrdienst“
Deutsches Pfarrerinnen und Pfarrerblatt 3/2023, S. 159 ff.

Eine katholische Position

Die deutschen Bischöfe
Pastoralkommission

Nr. 51

„Bleibt hier und wacht mit mir!“
(Mt 26,38)

Palliative und seelsorgliche Begleitung von
Sterbenden

23. Februar 2021

Eine katholische Position

„Gleichzeitig sind sich Seelsorgende bewusst, dass **Sakramente nicht als Vorbereitung auf einen Suizid** (oder gar Gutheißung desselben) gespendet werden können. (...)

Eine Entscheidung, die Spendung der Sakramente zu verweigern oder zu verschieben, bedeutet aber **keinesfalls den Abbruch der Beziehung** zum suizidwilligen Menschen. Sie sollte verbunden sein mit dem Angebot, die Begleitung fortzusetzen und dazu einladen, die eigene Einstellung zu überdenken. (...)

Wie die Spendung der Sterbesakramente unmittelbar vor der Begehung einer Selbsttötung aus ethischen und sakramententheologischen Erwägungen **nicht zulässig** ist, ist auch **die Anwesenheit eines Seelsorgers oder einer Seelsorgerin** während einer suizidalen Handlung **nicht erlaubt**. **Eine solche Anwesenheit könnte als implizite moralische Billigung des Suizids missverstanden werden.**“

(S. 31, *Hervorhebung in rot durch KS*)





Kurt W. Schmidt

Zentrum für Ethik in der Medizin am Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt/M., Deutschland

Sterbehilfe in (Spiel-)Filmen – Was wird (nicht) gezeigt?

Einleitung

Seit Beginn des Kinos wird auf der Leinwand gestorben [1, 2]. Suizidbeihilfe bei schwerer körperlicher Erkrankung und Tötung auf Verlangen sind dabei eine besondere Thematik, ein Unterthema, das anfangs nur vereinzelt vorkommt und erst in den späten 1980er-Jahren vermehrt aufgegriffen wird, dann jedoch mit schnell wachsendem Interesse. In ihrem filmografischen Dossier zählen der Filmwissenschaftler Hans J. Wulff und Ansgar Schlichter für die Jahre 1938 bis 2015 insgesamt 188 Filmbeiträge vorwiegend aus Europa und den USA zur Sterbehilfe-Thematik auf, darunter 125 Spielfilme (Kino und TV) sowie 47 Dokumentarfilme, die sich vor allem mit den gesellschaftlichen Diskussionen und rechtlichen Veränderungen in den Niederlanden, der Schweiz und im US-Bundesstaat Oregon beschäftigen (Abb. 1, [3]). Auch wenn die in dieser Filmografie vorgenommene thematische Abgrenzung unscharf ist und unter der Überschrift „Sterbehilfe“ viele medizinethische Konfliktfelder am Ende des Lebens aufgegriffen werden (Sterbebegleitung, Behandlungsbegrenzung, Tötung auf Verlangen, Beihilfe zur Selbsttötung; zur Terminologie [4]), so wird eine Tendenz deutlich: Die Zunahme der gesellschaftlichen Diskussion ethischer und rechtlicher Fragen am Ende des Lebens seit den 1980er-Jahren spiegelt sich in den ansteigenden Zahlen der filmischen Auseinandersetzung wider.

In der „Pallithek“ sind Medien zum Themenfeld „Sterben und Tod“ zusammengestellt [5]. In diesem Beitrag lassen wir TV-Reportagen und Dokumentationen unberücksichtigt, zumal diese andere Gestaltungsmerkmale aufweisen [6],

und konzentrieren uns bei der Betrachtung von „Sterbehilfe-Filmen“ vor allem auf jene Spielfilme und TV-Serien, die die Beihilfe zum Suizid, den (ärztlich) assistierten Suizid und die Tötung auf Verlangen zum Thema haben [4]. Dabei ist zu bedenken, dass in den einzelnen Ländern zu unterschiedlichen Zeiten verschiedene strafrechtliche Regelungen bestanden und sich später geändert haben können. Mit der Konzentration auf die dramaturgischen Aspekte der Spielfilme und TV-Serien begeben wir uns zudem auf das Feld der „inszenierten Wirklichkeit“, der Fiktion.

Sterbehilfe als „Gefühlskino“

Spielfilme dokumentieren nicht die Realität, die Handlung ist inszeniert und die fachliche Darstellung von (medizinisch-pflegerischen) Handlungsabläufen nicht notwendigerweise korrekt. Vieles wird der Dramaturgie, der Spannung, der Erzeugung von Betroffenheit untergeordnet. So zeigt uns der Spielfilm zwar, wie jemand stirbt, „aber zugleich ist nichts unwirklicher wie der Kinotod“ [7]. Indem das Publikum Menschen bei ihrer Entscheidungsfindung am Ende des Lebens und bei ihrem Sterben zusieht, wird es im Kino zugleich „unterhalten“. Sterben im Film ist immer auch „Sterbentainment“ [8], und gerade die Filme, die sich mit Fragen der Suizidbeihilfe beschäftigen, sind in der Regel Melodramen, herzerreißend und wehmütig. Das Kino will nicht Realität dokumentieren, sondern vor allem Gefühle erzeugen [9, 10]. Ins Kino gegangen: geweint, gelacht. Das Kino ist eine „Affektmaschine“ [8], und deshalb sind Spielfilme zum Thema Sterbehilfe vor allem eines: ergreifende Liebes- und Beziehungsfilm. Es geht um

drohenden Verlust, verzweifeltes Mitleiden, Angst vor dem Alleinsein, Hoffnung auf Versöhnung und ein gutes Ende. Im Gegensatz zu einer akademisch-rational geführten Sterbehilfedebatte um Rechte und Pflichten stellt der Film die emotionalen Konflikte in den Vordergrund, die auf der Beziehungsebene zwischen Sterbewilligen und nächsten Bezugspersonen entstehen. Das dramaturgische Interesse liegt im Aufzeigen des Gefühlschaos, das die Beteiligten zu zerreißern droht. Kino ist „Geisterstunde, in der die lebendig Sterbenden auf der Leinwand den erstarrt Lebenden in den Kinosesseln etwas über die Möglichkeiten des Sterbens zuflüstern“ [8]. Kino ist nicht die Realität, aber es knüpft an reale Erfahrungen, Hoffnungen und Ängste an. Ihre konkreten Auswirkungen auf den Zuschauer sind dabei schwierig zu beurteilen.

Auswirkungen

„Die Wirkungen von Filmen sind keine naturwissenschaftlich beschreibbaren Kausalitäten mit Gesetzescharakter, sondern immer als Folge aktiver Rezeptionen zu verstehen.“ [11]. Der Film muss den Zuschauer „berühren“, um diese Beschäftigung in Gang zu setzen [12, 13]. Die Kunst des guten Films ist es, den Zuschauer nicht nur auf der Ebene der sichtbaren Erzählung zu erreichen, sondern einen Erfahrungshorizont zu eröffnen, eine Welt zu evozieren, die dem Zuschauer weitere Aspekte und neue Zusammenhänge erkennen lässt. So muss zunächst nach spontanen kognitiven und emotionalen Eindrücken gefragt werden, die einen Film spannend oder langweilig, interessant oder uninteressant erscheinen lassen. Dies entscheidet auf einer zwei-

- Die Zahl der Spielfilme (in denen es um assistierten Suizid geht) ist enorm angestiegen.
- Spielfilme zeigen uns auch die Belastungen der Angehörigen und Zugehörigen!
- Spielfilme über assistierten Suizid sind **Beziehungsfilme** ! („Wenn Du mich liebst, dann hilfst Du mir zu sterben“)

Orientierungshilfe/ Handreichungen

- Unterstützung in der Entscheidungsfindung (zB durch Ethische Fallbesprechung)
- Fortbildung in Gesprächsführung bei geäußerten Suizidwünschen

- Ein Mensch in Not! Zuhören! **Berufsethische Verpflichtung** z.B. für Ärzt:innen
- **Keine moralische Verurteilung von Suizidgedanken** (Ein Mensch in Not!)
- Einlassen auf das Gespräch bedeutet keine Verpflichtung zur Umsetzung eines Sterbewunsches! (*Bedenke: Ambivalenz!*)
- Das „Ergebnis“ (wohin uns das führt) ist **offen** und unklar
 - *Wie weit bin ich bereit mitzugehen?*
- Offene Kommunikation über Ängste, Sorgen, Wünsche, Hoffnungen
- Ggf. erfolgt ein **Ausloten der Beziehung** durch den Menschen/Patienten in Not
 - *Kann ich mit diesem Arzt/Ärztin über alles sprechen? Lässt sie sich auf meine Not ein?*
- Eine **eigene Haltung** zu dem Thema ist wichtig und notwendig!
 - *Eigene Ängste / Vorerfahrungen / aber auch: Faszination & Macht*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt

www.medizinethik-frankfurt.de

ZEM Zentrum für Ethik in der Medizin
Center for Medical Ethics
am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS



kurt.schmidt@ekhn.de

www.medizinethik-frankfurt.de