



Herrn  
Jens Spahn  
Bundesminister, MdB  
Bundesministerium für Gesundheit  
53107 Bonn

27.05.2020

## **Betr.: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) zur Neuregelung des §217 Suizidbeihilfe**

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

die DGS äußert sich zur Neuregelung der Suizidbeihilfe, da Suizid und Suizidbeihilfe relevante Themen in der palliativen Begleitung sind. Dies betrifft durchweg Suizidwünsche von Menschen mit unheilbarer Erkrankung und nicht Suizidwünsche von psychisch Erkrankten oder anderen Menschen in Lebenskrisen. Im Folgenden setzt sich unsere Stellungnahme daher ausschließlich mit dem Suizidwunsch als Ausdruck der Autonomie im Sinne einer Lebensbilanz bei unheilbarer Erkrankung und nicht mit Suizidformen im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen auseinander. Suizide als Symptome psychiatrischer Erkrankung bedürfen der eingehenden psychiatrischen Diagnostik und Therapie und sollten keinesfalls Auslöser für Suizidbeihilfe sein.

Unheilbar Kranke äußern gelegentlich Suizidwünsche, wobei zwei Gründe dafür in der palliativen Versorgungspraxis besonders ins Auge stechen:

- 1) Angst vor einem qualvollen Tod durch schweres Leiden
- 2) Angst vor dem drohenden Autonomieverlust
- 3) Angst, anderen zur Last zu fallen

Gut gelebte Palliativversorgung kann häufig bezüglich aller drei Gründe für einen Suizidwunsch eines unheilbar Kranken Lösungen finden.

Ad 1) Wenn unheilbar kranke Menschen am eigenen Leibe erfahren, was gut gelebte palliative Versorgung bezüglich Linderung vorzuhalten hat, wenn sie erleben, dass sie nach gelungener Symptomlinderung von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit wieder ganz anders weiterleben können, eine ganz andere, viel bessere Lebensqualität haben, so schwindet häufig ihr Suizidwunsch. Auch Ihre Angst vor katastrophal hohen Belastungen und Komplikationen im Rahmen ihres Leidensprozesses kann ebenso wie der Angst alleine gelassen zu werden mittels palliativer und hospizlicher Angebote der Symptomlinderung und psychosozialen Begleitung begegnet werden.

### **These 1: Palliative Begleitung und Symptombehandlung lässt den Suizidwunsch häufig verschwinden, da Hoffnung auf ein Weiterleben in besserer Lebensqualität besteht.**

Ad 2) Auch der Angst vor dem drohenden Autonomieverlust kann häufig durch die Strukturen der Palliativversorgung wirkungsvoll begegnet werden. Zeitgleich zum §217 wurde 2015 das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet. In ihm sind zwei Regelungen enthalten, die die Patientenautonomie nachhaltig stärken können.

- a) Gesundheitliche Versorgungsplanung für das Lebensende §132g SGB V

In zugehenden Gesprächen werden die Wünsche der Betroffenen für zukünftige Szenarien von Nichteinwilligungsfähigkeit sorgfältig ergründet. Die Vorausplanung wird als Sicherheit erlebt, zukünftig so behandelt zu werden, wie es dem eigentlichen Willen entspricht. Leider steht diese Möglichkeit vorerst nur in Einrichtungen der Altenpflege und Wiedereingliederung von

Menschen mit geistiger Behinderung zur Verfügung. Ein breiterer Einsatz würde die Autonomie einer größeren Zahl von Menschen fördern.

- b) Palliativdienste können die Patientenautonomie in Akutkrankenhäusern unterstützen. In der aktuellen, ökonomisch gestalteten Krankhauswelt mit Personaleinsparungen und damit immer kürzer werdenden Gesprächen mit dem Patienten, wird immer häufiger das eigentliche Therapieziel gar nicht mehr ergründet, sondern eine reine Medizin nach Machbarkeit und Abrechenbarkeit durchgeführt, die unter Umständen den Zielen des Patienten widerspricht oder sie mangelhaft abbildet bzw. Angehörige im Rahmen der Erhebung des mutmaßlichen Willens nicht ausreichend einbezieht. So gehen Wünsche nach Therapiebegrenzung im Sinne der erlaubten passiven Sterbehilfe in der Praxis häufig unter, was die Angst von Menschen vor dem Autonomieverlust im Krankenhaus sehr verständlich erscheinen lässt. Palliativdienste können im Sinne ihres Auftrags nach OPS 8-98h bei unheilbar Kranken im gesamten Krankenhaus die individuelle Autonomie unterstützen im Sinne der „bedarfsgerechten vorausschauenden Versorgungsplanung“ und die Rolle eines Anwalts für die Therapieziele des Patienten und evtl. Therapiebegrenzungen im Sinne der erlaubten passiven Sterbehilfe sein, damit diese nicht im effizienzgesteigerten, ökonomisierten Krankenhaus verloren gehen. Leider wird diese Rolle des Palliativdienstes im Krankenhaus momentan deutlich erschwert bis fast unmöglich gemacht durch eine fehlende auskömmliche Finanzierung und mangelnden Einbezug durch die Krankenhausakteure.

**These 2: Förderung der Autonomie durch Gesundheitliche Versorgungsplanung reduziert den Suizidwunsch, da der Angst vor einem zukünftigen Autonomieverlust durch eine wirkungsvolle Vorausplanung begegnet wird. Deshalb sollte diese Form der Vorausplanung nicht nur in Pflegeheimen und Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe, sondern auch in anderen Settings zur Verfügung stehen. Ein Ausbau des Angebotes der stationären und ambulanten Palliativversorgung erscheint zielführend.**

**These 3: Ein Ausschöpfen der Autonomie durch rigorose Beachtung der Therapieziele von Patienten im Akutkrankenhaus reduziert Suizidwünsche, da die Angst vor einem Autonomieverlust sinkt. Patienten benötigen hier Unterstützung durch Vertreter ihrer Interessen, wie sie z.B. Palliativdienste idealiter darstellen können. Die breite Implementierung von Palliativdiensten wird durch eine nicht auskömmliche Finanzierung (OPS 8-98h) zurzeit extrem erschwert. Es wäre wünschenswert, wenn jedes Akutkrankenhaus in Deutschland einen Palliativdienst vorhalten würde und dieser in der Begleitung unheilbar Kranker regelhaft einbezogen wird.**

Ad 3) Auch der Angst, anderen zur Last zu fallen, kann durch Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung auf vielfältige Weise begegnet werden. So gibt es von der hospizlichen Begleitung einschließlich psychosozialer Begleitung und Entlastung der Angehörigen über die umfangreiche palliative Versorgung durch ein Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bis zur Vollversorgung im stationären Hospiz sehr umfangreiche Angebote, die häufig den Betroffenen nicht detailliert bekannt sind. Bezüglich finanzieller Belastungen der Angehörigen ist durch das Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe von 2019 eine wesentliche Entlastung eingetreten.

Ärztliche Suizidbeihilfe: Suizidwünsche können in seltenen Fällen fortbestehen, auch wenn eine wirkungsvolle Palliativversorgung mit Symptomlinderung und psychosozialer Begleitung geleistet und die Autonomie maximal unterstützt wird durch klare Festlegungen von Therapiezielen u.a. auch für den zukünftigen Fall der Nichteinwilligungsfähigkeit (Gesundheitliche Versorgungsplanung). Erst wenn mit aller erdenklichen Sorgfalt überprüft wurde, dass alle Ressourcen der Symptombehandlung, Autonomieunterstützung und psychosozialen bzw. spirituellen Begleitung im Rahmen der bestmöglichen Palliativversorgung regelrecht angewendet wurden und dennoch der Suizidwunsch bestehen bleibt, ist zu klären, inwiefern dem Suizidwunsch ärztlicherseits unterstützend begegnet werden kann. **In diesem in der Versorgungsrealität sehr seltenen Ausnahmefall könnte eine ärztliche Suizidbeihilfe ein**

Seite 2 von 3

**humaner Akt der Unterstützung der Patientenautonomie sein.** Es sollten daran aber extreme Sorgfaltsbedingungen geknüpft werden. So sollte die ärztliche Anordnung eines Suizidmedikaments durch ein unabhängiges, ethisch kompetentes Gremium überprüft werden, das insbesondere mit aller Sorgfalt darauf achtet, dass keine psychiatrische Erkrankung vorliegt und alle Möglichkeiten der Palliativversorgung ausgeschöpft wurden. Erst dann sollte der Arzt eine Verordnung des Suizidmedikaments, das dann von der Apotheke unter besonderen Sicherheitskautele abgegeben wird, durchführen dürfen.

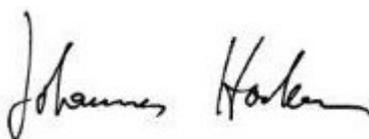
Erfahrungen aus US-Bundesstaaten, in denen diese Praxis bereits seit längerem legalisiert ist, zeigen, dass nur ein kleinerer Teil der Suizidmedikamente tatsächlich eingenommen wird. Auf die Tatherrschaft des Patienten ist in jedem Falle mit höchster Sorgfalt zu achten.

Der hinreichend überprüfte autonome Suizid eines unheilbar kranken Menschen bedarf nicht nur der Verordnung des Suizidmedikaments, sondern auch der palliativen Begleitung. Das palliative Handeln muss sich auf die Begleitung des Sterbens nach allen Regeln guter Palliativversorgung beschränken und darf nicht die eigentliche Suizidhandlung unterstützen, da sonst die Gefahr bestünde, dass die Grenze zur aktiven Sterbehilfe fraglich werden könnte. Deshalb schlagen wir vor, dass sicherheitshalber der palliativ begleitende Arzt nicht zugleich der Verordner der Suizidmedikamente sein darf.

**These 4: In selten Ausnahmefällen besteht bei unheilbar Kranken trotz bestmöglicher Palliativversorgung und Autonomieunterstützung der Wunsch nach dem Suizid fort. Hier besteht ein seltener Grund für die ärztliche Verordnung von Suizidmedikamenten, die in jedem Falle von einem unabhängigen, ethisch kompetenten Gremium überprüft werden sollten. Der eigentliche Suizid sollte durch ein Palliativteam begleitet werden.**

**ZUSAMMENFASSEND** gelingt es unseres Erachtens durch Förderung flächendeckender palliativer Angebote, die breite Implementierung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung und den verpflichtenden auskömmlich finanzierten Einsatz von Palliativdiensten im Krankenhaus Suizidwünsche unheilbar kranker Menschen zu einer Ausnahmeerscheinung werden zu lassen. In diesen Ausnahmen sollte eine ärztliche Suizidbeihilfe unter sehr strengen Kautelen möglich sein. Der eigentliche Suizid bedarf der palliativen Begleitung. Durch dieses Vorgehen werden Suizide von unheilbar Kranken vermutlich noch seltener angestrebt werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Dipl. lic. psych. Johannes Horlemann  
Präsident der  
Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.