

Deutscher Pflegerat (DPR)

**Grundsatzpapier des DPR zur Diskussion um eine
Gesetzesänderung zum Assistierten Suizid (Beihilfe
zur Selbsttötung) und zur Tötung auf Verlangen**

Berlin im Mai 2015

Beruflich Pflegende sind häufig mit dem erklärten Todeswunsch oder dem Ansinnen nach einer Hilfestellung bei der Selbsttötung konfrontiert. Abhängig von ihrem jeweiligen Tätigkeitsfeld sind sie auf diese existenziellen Anfragen von Patienten, Bewohnern, Betreuten oder deren Angehörigen nur unzureichend vorbereitet. Während der internationale Ethikkodex (ICN, 2014) Pflegende darauf verpflichtet ihr Hauptaugenmerk auf die Genesung, die Linderung und eine würdige Sterbebegleitung zu richten, verbleiben Pflegende, die mit dem Ansinnen eines assistierten Suizids konfrontiert werden, in einem ethischen Dilemma.

Diese schon lange bestehende Problematik sowie die aktuelle gesellschaftliche Auseinandersetzung und die parlamentarische Diskussion im Bundestag zu diesem Thema veranlassen den Deutschen Pflegerat (DPR) zu diesem Grundsatzpapier.

Zielsetzung

Dieses Grundsatzpapier soll Hilfestellung geben für Pflegende, die in ihrer Berufspraxis mit dem Sterbewunsch eines Patienten, Bewohners oder Betreuten konfrontiert und damit vor vielfältige persönliche, berufsethische und rechtliche Auseinandersetzungen gestellt werden. Darüber hinaus soll aufgezeigt werden, dass Pflegende je nach Ausgestaltung gesetzlicher Regelungen, mittelbar oder unmittelbar an der Beihilfe zur Selbsttötung beteiligt werden könnten, zum Beispiel durch eine Inanspruchnahme für die Vorbereitung oder Begleitung eines Menschen, der Schritte zu seiner Selbsttötung veranlasst. Die Perspektive Pflegenden muss deshalb bei jedweder gesetzlichen Regelung berücksichtigt werden.

Da mit der Neufassung des § 216 sehr persönliche ethisch-moralisch-weltanschauliche Fragen berührt werden, hält es der DPR für unmöglich und nicht zielführend, eine einheitliche Position für alle Pflegenden zu verfassen. Gleichwohl werden in dieser Auseinandersetzung berufsethische Fragen berührt, die eine Positionierung der beruflich Pflegenden fordern.

Problemeinführung

Die Zahl der Selbsttötungen hat seit 1975 kontinuierlich abgenommen. Prävention und Behandlung von Risikogruppen dürften wesentlich zu dieser Entwicklung beigetragen haben¹. Trotzdem ist die Zahl von ca. 10.000 Suizidopfern p.a. in Deutschland mit vermuteter hoher Dunkelziffer keineswegs beruhigend. (zum Vergleich: die Anzahl der Verkehrstoten beträgt ca. 3350 p.a. Tendenz fallend.)

In Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren der Wunsch nach Selbstbestimmung und Autonomie über das eigene Leben deutlich erhöht. Pflegebedürftigkeit wird in der öffentlichen

¹ Felber W, Winiecki P (2012). Eine Power-Point-Präsentation zum Thema „Suizid-Statistik - aktuelle ausgewählte statistisch-epidemiologische Daten zu Deutschland und Osteuropa mit Kommentaren“. <http://www.suizidprophylaxe.de/Suizid%20up-date%202012.pdf>

Diskussion häufig mit Abhängigkeit und mangelndem Lebenswert gleichgesetzt. Befragungen der Bevölkerung zeigen, dass die Legalisierung des assistierten Suizids und/oder der Tötung auf Verlangen, die in einigen Ländern bereits umgesetzt ist, immer größere Zustimmung findet². Zur Einschätzung dieser Studien muss allerdings beachtet werden, dass Personen befragt wurden, die noch an keiner gesundheitlichen Einschränkung litten. Denn weitere Studien zeigen, dass die überwiegende Zahl von Menschen, die sich in diesen Situationen befindet, ihr Leben schätzt und es beschützt wissen möchte⁴.

Bernhart-Just, A. ging in ihrer Dissertation der Frage nach, was Menschen veranlasst, sich für einen assistierten Suizid zu entscheiden. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass besonders die Einsamkeit ein entscheidender Faktor ist, der Menschen diese Entscheidung treffen lässt. Dabei wird der Entschluss bereits weit vor dem Eintreten einer schweren Krankheit getroffen. Nicht alle, die diesen Schritt geplant haben, vollziehen ihn dann auch⁵.

In Oregon und Washington (Bundesländer, die den assistierten Suizid erlauben) stiegen die jährlichen Todesfälle in den Jahren 1998 von 15 auf über 80 im Jahr 2012 an. Zahlen über Patiententötungen in Belgien und Niederlanden werden nicht systematisch erfasst. Nur in der Schweiz ist eine Suizidbeihilfe durch private Suizidbeihilfeorganisationen (EXIT und Dignitas) erlaubt. In allen anderen Ländern muss eine ärztliche Unterstützung geleistet werden.

Grundsätzliche Begriffsbestimmungen zum Thema aktive Sterbehilfe – passive Sterbehilfe – Assistierter Suizid – Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung

Aktive Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen

Unter „aktiver Sterbehilfe“ ist in Deutschland die willentliche und wissentliche Gabe einer Substanz zu verstehen, welche dann Ursache des Todes des Sterbewilligen ist. Sie ist in Deutschland gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt. Erfolgt die zum Tode führende Handlung auf ausdrücklichen, wiederholten Wunsch handelt es sich um „Tötung auf Verlangen“ (§216 StGB). Wenn der Todeswunsch nicht glaubhaft festgestellt werden kann, ist eine Verurteilung wegen „Totschlags“ möglich (§212 StGB).

² Allensbach Institut (2014). Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe. http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/KB_2014_02.pdf

³ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung (2012). Was denken die Deutschen über drohende Pflegebedürftigkeit und assistierten Suizid? https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/publikationen/Patientenschutz-Info-Dienst-5_2012.pdf

⁴ Chochinov, H.M.; Hack, T.; Hassard, T.; et al. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death. In: Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry. 46 (1), 7 - 10.

⁵ Bernhart-Just, (2013). Weiterleben oder sterben? Entscheidungsprozesse leidender Menschen. Inaugural-Dissertation, Universität Witten/Herdecke.

Passive Sterbehilfe

Rechtlich wird die „aktive Sterbehilfe“ von der „passiven Sterbehilfe“ abgegrenzt. Grundsätzlich ist die „passive Sterbehilfe“ ebenso erlaubt, wie die „indirekte Sterbehilfe“. Bei letzterer wird eine die Lebenszeit verkürzende Wirkung von Therapeutika in Kauf genommen, ohne eine Beschleunigung des Sterbevorgangs zu beabsichtigen⁶. Der Nationale Ethikrat (Nationaler Ethikrat 2006) schlägt die Verwendung des Begriffs „Sterbenlassen“ anstelle der „passiven Sterbehilfe“ vor, da auch *aktive* Handlungen, z.B. das Ausschalten eines Beatmungsgerätes, zur „passiven Sterbehilfe“ gehören können⁷.

Assistierter Suizid

Unter einem assistierten Suizid versteht man die "Beihilfe zur Selbsttötung". Ein assistierter Suizid liegt dann vor, wenn jemand einem sterbewilligen Menschen eine zum Tode führende Substanz (z.B. Gift oder überhöhte Dosen eines dann giftig wirkenden Medikaments) zur Verfügung stellt, die der Sterbewillige dann selbstständig anwendet. Solche Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland zwar nicht strafbar, weil auch Suizid oder Suizidversuch nicht strafbar sind. Trotzdem käme ggf. eine Strafbarkeit des Assistierenden wegen eines Unterlassungsdelikts (z.B. Totschlag gem. § 213, 13 StGB) in Betracht und würde geprüft.

Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung

In der Palliativmedizin spielen heute auch die Begriffe der „Therapiezieländerung“ und der Therapiebegrenzung“ eine entscheidende Rolle. Rechtlich setzen die Begriffe an der Zustimmungspflicht des Patienten zu jedweder Therapie an. Die Festlegung eines Therapiezieles und die damit ggf. notwendige Therapiebegrenzung, können z.B. in einer Patientenverfügung ausgesprochen werden. Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten ohne aussagekräftige Willensverfügung kann der mutmaßliche Wille des Patienten gemeinsam mit einem Betreuer und anderen befugten Personen ermittelt werden. Die Änderung oder die Begrenzung der Therapie kann z.B. bestimmte Behandlungsmaßnahmen (z.B. Beatmung, Ernährung) ausschließen, die zu einer Verlängerung des Lebens und ggf. auch des Leidens führen könnten^{8 9}.

⁶ Lebensschutz in Rheinland-Pfalz (2015). Die Würde des Menschen ist unantastbar! - Wirklich?
<http://www.cdl-rlp.de/>

⁷ Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende (2006).
<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf> Seite 54ff

⁸ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2015). Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin (2012). <http://www.divi.de/empfehlungen/therapiezielbegrenzung.html>

⁹ Winkler, E (2010). Eine Power-Point-Präsentation zum Thema „Ethische Überlegungen zu Begrenzungen tumorspezifischer Therapien“.
<http://www.dgho.de/informationen/dokumente-der-arbeitskreise/ak-medizin-und-ethik/Winkler%20Tumorspez%20Therapien%20am%20Lebensende.pdf>

Kommentar

Die verschiedenen Formen der Begleitung im Sterben müssen voneinander abgegrenzt werden. Eine begriffliche Unterscheidung zwischen „Sterbenlassen“ und „Tötung auf Verlangen“ als Synonym der aktiven Sterbehilfe verdeutlicht die Intentionen der Behandelnden. Zum Beispiel kommt es bei der Gabe eines starken Schmerzmittels darauf an, ob damit eine Lebenszeitverkürzung beabsichtigt ist (die verbotene Form der aktiven Sterbehilfe) oder nur in Kauf genommen wird (die erlaubte Form der indirekten Sterbehilfe), z.B. um ein bestimmtes Leiden wie Schmerz, Angst, Atemnot zu lindern. Aus der externen Beobachterrolle heraus wären beide Handlungen möglicherweise nicht voneinander zu unterscheiden.

Pro- und Contra einer gesetzlichen Neuregelung der Beihilfe zum Suizid und der Tötung auf Verlangen.

Die aktuelle Diskussion um die Straffreiheit für die Beihilfe zum Suizid wurde durch ein Gesetzesvorhaben der Bundesregierung aus dem Jahr 2012 ausgelöst. Es hatte zum Ziel, die „Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung“ unter Strafe zu stellen, die „persönliche“ Hilfestellung aber zu erlauben. Schon damals wurde bezweifelt, dass tatsächlich ein gesetzlicher Regelungsbedarf besteht¹⁰. Befürworter einer gesetzlichen Regelung betonen zumeist das Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Lebensende. Im Gegensatz zu historischen Gesetzesregelungen wird die Selbsttötung in der Bundesrepublik Deutschland nicht sanktioniert. Strittig ist allerdings, ob sich daraus auch ein Recht auf Unterstützung bei der Selbsttötung ableiten lässt.

Pro Assistenz beim Suizid

Befürworter einer Straffreiheit für die Beihilfe zum Suizid verweisen auf die Not eines solchermaßen Hilfesuchenden, die Selbsttötung ohne Hilfe nicht oder nur unter unwürdigen Umständen durchführen zu können. Die Unterstützung der Selbsttötung sei mithin (zumindest in bestimmten Fällen) ein Akt der Menschlichkeit.

Da unter Umständen auch der letzte Akt der Selbsttötung, z.B. das Einnehmen des tödlichen Medikaments nicht mehr selbst vollzogen werden kann (z.B. bei einer fortgeschrittenen Lähmung) wäre die Unterscheidung zwischen einer bloßen Assistenz bei der Selbsttötung und dem aktiven Töten (z.B. durch Einflößen oder Spritzen des Medikaments) fließend. Damit wäre die bisher vom Gesetzgeber getroffene Unterscheidung zwischen der nicht unter Strafe stehenden Beihilfe zum Suizid und der strafbaren Tötung auf Verlangen nicht mehr aufrechtzuerhalten.

¹⁰ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2012): Stellungnahme zum „Regierungsentwurf – Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“. <http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-zu-aktiver-Sterbehilfe-2012-09-22.pdf>

Contra Assistenz beim Suizid

Gegner der Straffreiheit für die Assistenz beim Suizid bezweifeln schon grundsätzlich die Annahme, dass die Hilfe bei der Selbsttötung überhaupt ein Akt menschlicher oder medizinischer Hilfeleistung sei. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern fassen ihre Auffassung in einer Stellungnahme zur geplanten gesetzlichen Neuregelung des § 216 StGB in die Worte: „Töten ist keine ärztliche Aufgabe“¹¹.

Andere Stellungnahmen befürchten einen Dambruch im Sinne einer Aufweichung des Tötungsverbot und der Tötung auf Verlangen. Die Eröffnung eines Rechts auf assistierten Suizid mache das Weiterleben unter Bedingungen schwerer Krankheit und Behinderung begründungsbedürftig. „Wenn das Recht ein Recht darauf einräume, mit Hilfe anderer aus dem Leben zu scheiden, dann würde es Konstellationen geben, in denen Menschen sich gedrängt fühlen, dieses Recht auch in Anspruch zu nehmen.“¹².

Als mahnendes Beispiel wird auf die Situation in den Niederlanden und Belgien hingewiesen. Hier hat die Zahl der Tötungen auf Verlangen seit ihrer gesetzlichen Ermöglichung stetig zugenommen. Gegner einer Lockerung des Verbots der Tötung auf Verlangen verweisen zumeist auch auf den exzessiven Missbrauch in der Zeit des Nationalsozialismus.

Durch eine Aufweichung des Verbotes der Tötung auf Verlangen könne es in Folge auch zu einer gesetzlich gestützten Aufforderung an Pflegende kommen, an dieser mitwirken zu müssen.

Contra Assistenz beim Suizid mit Ausnahmen

Eine Mittelstellung zwischen Befürwortern und Gegnern einer Neufassung des §216 StGB sieht vor, die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich zu verbieten, allerdings mit bestimmten Ausnahmen. Diese Ausnahmen sollen es nahen Angehörigen oder Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen ermöglichen, Beihilfe zum Suizid zu leisten¹³. Die Autoren dieser Gesetzesinitiative betonen, dass Länder in denen lediglich die Assistenz des Suizids erlaubt ist, weitergehende Regelungen im Sinne der Tötung auf Verlangen jedoch verboten sind (Schweiz und Oregon, USA) keinen Anstieg der Inanspruchnahme der Beihilfe zur Selbsttötung zu verzeichnen hätten.

¹¹ Aerzteblatt.de (2014). Kammerpräsidenten erklären einstimmig: „Töten ist keine ärztliche Aufgabe“ <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61198/Kammerpraesidenten-erklaeren-einstimmig-Toeten-ist-keine-aerztliche-Aufgabe>

¹² Thomas Klie (2014). Die Hospizzeitschrift, Ausgabe 60/2014

¹³ Pressemitteilung des Verlags W. Kohlhammer (2014) anlässlich der Präsentation des Buches „Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben“ http://blog.kohlhammer.de/wp-content/uploads/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assist_Suizid.pdf

Dilemmata für Pflegende, die mit der Todesabsicht von Patienten oder Betreuten konfrontiert werden

Pflegende werden in unterschiedlichen beruflichen Situationen mit dem Todeswunsch oder der Absicht zur Selbsttötung konfrontiert. Dies ist in erster Linie bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit einer psychiatrischen oder psychosomatischen Krankheit der Fall. Zumindest in fachspezifischen stationären und ambulanten Settings werden Pflegende hierfür geschult und ausgebildet. Allerdings ist individuelle psychologische Begleitung von Pflegenden, wenn sich in deren Umfeld ein Patient suizidiert hat, nicht überall gewährleistet.

Intensivstationen, die Patienten mit Suizidversuch behandeln, konzentrieren die Behandlung auf die lebensrettende medizinische Intervention. Die sozialen, biografischen oder psychiatrischen Ursachen des Selbsttötungsversuches sind in der Regel jedoch weder Gegenstand der intensivmedizinischen Behandlung noch eines etablierten Reflexionsprozesses in den Teams¹⁴.

Ähnlich ist die Situation in Pflegeheimen, in der häuslichen Pflege oder in nicht psychiatrisch-psychosomatisch spezialisierten Krankenhausabteilungen. Eine Suizidgefährdung wird hier nur selten als Begleitdiagnose schon bei der Aufnahme festgestellt, sie ist vielmehr oftmals ein Zufallsbefund, auf den Pflegende im Gespräch mit Patienten oder Angehörigen aufmerksam werden. Behandlungskonzepte und systematische Reflexionen dieser Thematik sind auch hier vermutlich die Ausnahme. Vielfach unterbleibt bei alten (hochbetagten) Menschen auch eine diagnostisch gesicherte Unterscheidung zwischen Depressionen und Demenz.

Patienten mit Suizidgedanken oder intensivem Todeswunsch ohne psychopathologischen Befund finden sich besonders häufig auf Palliativstationen, geriatrischen Fachabteilungen oder anderen Krankenhausabteilungen mit einem hohen Altersdurchschnitt¹⁵, bei chronisch Kranken mit stark beeinträchtigter Lebensqualität (z.B. Dialysepatienten) oder bei Menschen in sozialer Isolation.

Besonders wenn Todeswünsche oder Suizidgedanken keine adäquate therapeutische, pflegerische oder seelsorgerische Antwort finden, zum Beispiel bei unzureichender Schmerztherapie oder antidepressiver Therapie, fehlenden Sozialkontakten und Lebenshilfen, sind Pflegende mit den von ihnen Betreuten alleingelassen. Unprofessionelle Verhaltensweisen und Schutzmechanismen wie Abgrenzung, Verdrängung oder das Sympathisieren mit dem Todeswunsch entwickeln sich in einem Umfeld, das sich der komplexen Problematik nicht annimmt und die den einzelnen Pflegenden dann überfordert.

Ähnliche Schutzmechanismen können entstehen, wenn Pflegende medizinische oder soziale Maßnahmen als nicht dem Patientenwillen oder seinen Bedürfnissen entsprechend

¹⁴ George, W. (2013): Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern. S. 67 -103. In: George, W.; Dommer, E.; Szymczak, V.R. (Hg.): (2013) Sterben im Krankenhaus. Gießen.

¹⁵ Felber W, Winiacki P. Suizid-Statistik - aktuelle ausgewählte statistisch-epidemiologische Daten zu Deutschland und Osteuropa mit Kommentaren. <http://www.suizidprophylaxe.de/Suizid%20up-date%202012.pdf>

interpretierten. Gerade hier ist das Sympathisieren mit dem Todeswunsch eines Patienten oder Betreuten¹⁶ besonders häufig. Die Frage nach der Therapiebegrenzung wird in diesem Zusammenhang noch viel zu selten thematisiert. Doch gerade sie könnte für Patienten, Angehörige, Pflegende und Ärzte einen Weg aufzeigen, der weder eine Tötung auf Verlangen noch den Suizid als vorschnelle Perspektive in Betracht zieht.

Darüber hinaus wird möglichen Folgewirkungen für Pflegende in politischen Stellungnahmen keine Aufmerksamkeit gewidmet. Pflegende befinden sich häufig in einem Dilemma: sie können nur mit begrenzten Zeitressourcen auf existentielle Fragen der ihnen Anvertrauten eingehen. Eine Beteiligung an assistierten Suiziden kann auch bei ihnen zu langfristigen traumatischen Beeinträchtigungen führen.

Notwendige Konsequenzen aus der Perspektive des DPR

- Der Rückgang der Suizidzahlen in den letzten Jahren ist ein Indiz für den Erfolg von **Präventions- und Behandlungsstrategien**. Diese müssen weiter ausgebaut werden. Da Pflegende über verschiedenste Kontakte zu vielen Risikogruppen wie Hochbetagten, sozial isolierten Menschen oder zu chronisch Kranken verfügen, sind sie in entsprechende Präventionsprogramme einzubeziehen¹⁷.
- Die Zunahme der Befürwortung der Assistenz beim Suizid oder der Tötung auf Verlangen in der Bevölkerung macht deutlich, dass eine das Leiden lindernde **menschenwürdige Behandlung und Pflege** vielfach noch nicht als hinreichende Antwort auf schwerstes Leid und Autonomieverlust wahrgenommen werden. Hier gilt es aufzuklären und an vielen Beispielen zu zeigen, wie kompetente palliative Versorgung, empathische Betreuung und soziale Integration ein Leben und Sterben in Würde ermöglichen.
- Suizidalität und die mit ihr verbundenen ethischen, medizinischen und sozialen Fragestellungen sind längst noch nicht ausreichend Gegenstand von Aus- Fort- und Weiterbildung. Es müssen dringend verstärkte **Anstrengungen auf allen Bildungslevels der Pflege** erfolgen. Interprofessionelle Fortbildungsangebote müssen diesbezüglich aufgebaut werden. Hierzu gehören besonders auch gemeinsame

¹⁶ Cohen et al. (2008): Influence of physicians life stances on attitudes to end-of-life decisions and actual end-of-life decisions-making in six countries. *Journal Medical Ethics*. 34; 247 – 253.

¹⁷ Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2015) <http://www.suizidprophylaxe.de/>

Schulungen von Ärzten und Pflegenden in der stationären und der häuslichen Versorgung.

- **Verfahren zur Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung** im Einvernehmen mit Patienten, Angehörigen und dem behandelnden medizinischen Fachpersonal müssen beschrieben, eingeführt und geschult werden.
- Palliative Angebote in Medizin und Pflege konzentrieren sich nach wie vor im Bereich der Onkologie. Es ist erforderlich, entsprechende **Angebote für alle medizinischen Fachdisziplinen flächendeckend in Deutschland** vorzuhalten. Palliative Fragestellungen und Strukturen müssen im Besonderen auch in der Altenhilfe und Geriatrie verankert werden. Der Ausbau der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV, SAPPV) zu einem bundesweit verfügbaren regelhaften Angebot - auch für Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen - hat hierbei eine besondere Bedeutung.
- Das Konzept der Ethikkomitees muss weiterentwickelt werden. Hierzu gehören u.a. **ethische Fallbesprechungen und Konsile**, die regelhaft durchgeführt werden. Alltägliche ethische Fragestellungen aus der medizinischen und pflegerischen Praxis müssen „vor Ort“ thematisiert werden. Eine Delegation dieser Problemlagen an Experten darf nicht die Regel sein. Ihre Bearbeitung muss zur allgemeinen Kompetenz im Bereich der Palliativpflege und -medizin ausgebaut werden.
- Präventiv müssen in den verschiedenen Feldern der Pflege **Leitlinien** erarbeitet werden, welche dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid vorbeugen. Hierzu gehört eine Kommunikationskultur, welche es ermöglicht, über Suizidwünsche von Patienten / Bewohnern offen zu sprechen.
- Arbeitgeber sind gefordert, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf **existentielle Fragestellungen vorzubereiten** und ihnen eine erfahrbare Unterstützung anzubieten.

Schlussbemerkung

Vermutlich wird es immer Menschen geben, bei denen weder eine psychiatrische Behandlung, noch eine gute palliative Versorgung, noch eine einvernehmliche Therapiezielbegrenzung ausreichen, um sie in ihrer Entscheidung für eine Selbsttötung umzustimmen. Denn Freiheit und Selbstbestimmungsrecht lassen auch eine solche Willensentscheidung ausdrücklich zu.

Damit ist jedoch die Frage, ob die Beihilfe zum Suizid oder eine Tötung auf Verlangen mittels einer gesetzlichen Regelung als Ultima Ratio zugelassen werden sollten, noch nicht automatisch beantwortet. Zwei Auffassungen stehen hier konträr nebeneinander: Die eine will eine Regelung für jene Einzelfälle treffen, die trotz ausreichender Hilfe, den Wunsch nach Selbsttötung aufrechterhält. In der anderen Auffassung wird befürchtet, dass durch eine gesetzliche Regelung der Beihilfe zum Suizid, selbst für Einzelfälle, die Schwelle dieses Mittel einzusetzen gesenkt wird. Damit würde auch die Anstrengung erlahmen, durch geeignete Hilfen, die Selbsttötungsabsicht gegenstandslos zu machen.

Die bisher bestehende Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid lässt eine solche Tat im Einzelfall zu. Sie ist damit eine Gewissensentscheidung des Einzelnen. Eine weitergehende gesetzliche Regelung im Sinne eines Verbotes der Beihilfe zur Selbsttötung im Einzelfall oder im Sinne einer Ausweitung der Beihilfe in Richtung der aktiven Tötung auf Verlangen, würde eine persönlich-existenzielle Entscheidung des Einzelnen vorwegnehmen. Wer Autonomie für sich fordert muss auch Verantwortung für sich übernehmen.

Unabhängig davon, welche Auffassung man teilt - ohne Verbesserungen der stationären und ambulanten Palliativ- Versorgung, der Suizidprävention, der Aus-, Fort- und Weiterbildung für eine den Patientenwillen beherzigende Medizin und Pflege - bleibt eine gesetzliche Neuregelung oder das Belassen der alten - nur Stückwerk.