

## **Umgang mit Suizidwünschen am UKB**

# **Umgang mit Patientenwünschen oder -forderungen nach Suizidhilfe am Universitätsklinikum Bonn**

**Stand 12. Oktober 2023**

## **Zielsetzung**

Diese Handlungsempfehlung richtet sich an die Mitarbeitenden des Universitätsklinikums Bonn, die in der klinischen Versorgung von Patient\*innen mit Äußerungen zu Todeswünschen oder der Frage nach Suizidhilfe konfrontiert werden. Sie soll vor allem die Grundlagen der Suizidprävention in einer medizinischen Einrichtung als Aufgabe des dort beschäftigten Gesundheitspersonals stärken, zur Rechtslage informieren und verlässliche Empfehlungen zum Umgang mit Todeswünschen und Fragen zu Suizidhilfe geben.

## **Vorschriften und Regelungen**

### **1. Strafrecht**

Im deutschen Strafrecht ist Suizid nicht strafbewehrt. Auch die Beihilfe zum Suizid war bis 2015 keine Straftat. Mit der Gründung einzelner Sterbehilfevereine in Deutschland sah der Gesetzgeber hier aber Handlungsbedarf und verabschiedete im Dezember 2015 das Gesetz zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB). Nach mehreren Klagen gegen das Gesetz wurde im Februar 2020 vom Bundesverfassungsgericht der § 217 als verfassungswidrig erklärt. Eine (straf-) gesetzliche Neuregelung steht nach diesem Urteil noch aus. Derzeit ist eine (ärztliche) Suizidhilfe also keine Straftat. Sobald die Tatherrschaft nicht mehr beim betroffenen Menschen, sondern beim Helfer liegt (z.B. durch Einflößen oder Injektion einer tödlichen Substanz), handelt es sich allerdings um eine Tötung auf Verlangen, die strafbar ist (§ 216 StGB).

Bei einem Suizid einer Patient\*in in psychiatrischer Behandlung kann mit dem Verdacht auf fahrlässige Tötung (§222 StGB) eine strafrechtliche Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft ausgelöst werden.

### **2. Ärztliches Berufsrecht**

Im ärztlichen Berufsrecht ist die Hilfe zum Suizid nicht untersagt. Der Ärztetag hat im Mai 2021 die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer geändert, indem die Aussage in §16 „Ärztinnen und Ärzte [...] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ gestrichen wurde. Diese Formulierung ist zwar noch in der Berufsordnung der Landesärztekammer Nordrhein enthalten, jedoch ist dieser Paragraph nach Auskunft der Landesärztekammer durch Beschluss ausgesetzt, so dass die ärztliche Suizidassistenz von der Landesärztekammer nicht berufsrechtlich verfolgt wird. Es ist noch nicht abzusehen, ob die Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein z.B. nach einer neuen Gesetzgebung zur Suizidassistenz geändert werden wird.

Bei einem Suizid oder Suizidversuch einer Patient\*in in psychiatrischer Behandlung besteht außer der strafrechtlichen Verfolgung auch die Möglichkeit einer Klage auf Schadenersatz (§823, §844 BGB) wegen eines Behandlungsfehlers (§630h BGB).

### 3. Betäubungsmittelrecht

Für die Suizidhilfe wird in der Regel eine Verordnung einer hohen Dosis von Betäubungsmitteln, in erster Linie Barbiturate wie Pentobarbital oder Secobarbital, eingesetzt. Den Sachstand zu Medikamenten zur Selbsttötung legte der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages in 2020 <sup>1</sup> vor.

Nach § 13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG <sup>2</sup>) dürfen solche Substanzen aber nur im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung eingesetzt werden. Die Suizidhilfe ist aber keine ärztliche Behandlung, so dass das Ausstellen eines Betäubungsmittelrezeptes über eine entsprechende Menge Barbiturat gegen das BtMG verstößt und folglich strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte.

### Gesetzgebungsinitiativen

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts sieht keine Reichweitenbeschränkung, also zum Beispiel Suizidhilfe nur für Schwerstkranke, vor. Die Verfassungsrichter\*innen bestätigen ein Grundrecht der Menschen zum selbstbestimmten Sterben, das auch ein Recht einschließt, sich das Leben zu nehmen, und dafür auch das Recht auf Inanspruchnahme von Hilfe beim Suizid beinhaltet. In der Urteilsbegründung wird ausgeführt, dass „das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsrecht über das eigene Leben [...] insbesondere nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt“ sei<sup>3</sup>. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive würde auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen hinauslaufen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd sei.

Die Verfassungsrichter\*innen sprachen dem Gesetzgeber aber durchaus eine staatliche Schutzpflicht zugunsten der Selbstbestimmung und des Lebens zu. Es stünde dem Gesetzgeber frei, ein prozedurales Sicherungskonzept zu entwickeln oder auch besonders gefahrenträchtige Erscheinungsformen der Suizidhilfe zu verbieten. Es könnten auch je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden.

In der Folge sind mehrere Gesetzesvorschläge vorgelegt worden, die sich in ihren Regelungen stark unterschieden, aber alle keine Mehrheit fanden. Ein restriktiver Antrag sah eine Regelung im Strafrecht und ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe vor, eine Begutachtung der Autonomie durch eine\*n Psychiater\*in, der die\*den Suizidwillige\*n zweimal mit einem Mindestabstand von 3 Monaten untersucht, eine Beratung und die Durchführung des Suizids mindestens zwei Wochen und höchstens zwei Monate nach der letzten Begutachtung erfolgt.

Ein anderer war demgegenüber deutlich liberaler angelegt. Kernelemente dieses Entwurfs war eine ergebnisoffene Beratung, wofür ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen von den Bundesländern zertifiziert und finanziert werden soll, eine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und Verordnung der Medikation durch eine\*n Arzt\*Ärztin mindestens 3 Wochen und höchstens 12 Wochen nach der Beratung, und die Abgabe einer Suizidmedikation durch eine Landesbehörde, wenn der Suizidwillige keinen ordnungswilligen Arzt finden kann.

Nachdem beide Anträge vom Bundestag im Juli 2023 abgelehnt wurden, ist eine gesetzliche Regelung der Suizidbeihilfe in nächster Zeit in Deutschland nicht zu erwarten.

---

<sup>1</sup> <https://www.bundestag.de/resource/blob/706148/0b81480f8b72ef011e73d02d928d5366/%20WD-9-020-20-pdf-data.pdf>

<sup>2</sup> [https://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/](https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/)

<sup>3</sup> BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 210

Ein gemeinsamer Antrag zur Förderung der Suizidprävention<sup>4</sup> wurde hingegen vom Bundestag mit breiter Mehrheit angenommen. Damit wird die Bundesregierung aufgefordert, bis Januar 2024 ein Konzept zur Unterstützung der bestehenden Strukturen und Angebote der Suizidprävention zu entwickeln und bis Juni 2024 dem Bundestag einen Gesetzentwurf und eine Strategie für Suizidprävention vorzulegen. Eine Reihe von Inhalten werden aufgelistet, zum Beispiel Einrichtung eines deutschlandweiten Suizidpräventionsdienstes, suizidpräventive bauliche Maßnahmen an Brücken oder Hochhäusern, flächendeckende palliativmedizinische Versorgung und Forschungsförderung zur Suizidprävention.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat erneut eine breite Diskussion um den assistierten Suizid in Fachkreisen, unter den politischen Entscheidungsträger\*innen wie auch in der Öffentlichkeit entfacht. Dabei steht die Förderung der individuellen Autonomie im freiverantwortlichen Entschluss zum Suizid durch die Bereitstellung der dazu gewünschten Hilfe auf der einen Seite. Auf der anderen Seite steht die Fürsorgepflicht für Menschen, bei denen der Todeswunsch vielleicht nur vorübergehend, in Ambivalenz mit Hoffnung und Lebenswillen oder eher als Hilferuf denn als Handlungsaufforderung zu verstehen ist. Es mag sein, dass dieses Spannungsverhältnis zwischen Achtung der Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht in Einzelfällen nicht vollständig aufgelöst werden kann.

Stellungnahmen zu Suizidalität und Suizidassistenz wurden u.a. von der Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften<sup>5</sup> und dem Deutschen Ethikrat vorgelegt<sup>6</sup>.

## **Standortbestimmung in der Uniklinik Bonn**

Die Uniklinik Bonn als Einrichtung der Hochleistungsmedizin behandelt auch Menschen in Ausnahmesituationen und Krisen bei schwerer Krankheit und Leid. Gemäß dem Leitbild orientiert sich das UKB „am Wohl der ihm anvertrauten Menschen und der hier Tätigen“<sup>7</sup>. Dementsprechend liegt der Schwerpunkt im Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität auf der Suizidprävention.

Sterbe- oder Todeswünsche können bei schwerkranken Patient\*innen in sehr unterschiedlichen Formen und Ausprägungen auftreten. Das Spektrum reicht von der Akzeptanz des bevorstehenden Todes angesichts einer fortschreitenden und lebenslimitierenden Erkrankung über den hypothetischen Wunsch nach einem Fluchtplan, wenn es ganz schlimm werden sollte („Exit-Strategie“), bis zu Patient\*innen, die klar nach Suizidhilfe oder Tötung auf Verlangen fragen.

Häufige Begründungen für den Wunsch nach Suizidhilfe sind das Gefühl des Verlusts von Kontrolle, Würde oder Lebenssinn, aber auch Altruismus („Ich möchte meinen Angehörigen nicht zur Last fallen“). Allerdings wird gerade in der Palliativversorgung immer wieder deutlich, dass die Frage nach Suizidbeihilfe oft ein Hilferuf ist („Ich möchte so nicht mehr leben!“), und dass bei den meisten Patient\*innen der Todeswunsch nicht absolut und konstant ist, sondern in der Ausprägung oft gleichzeitig oder abwechselnd mit Lebenswillen auftritt. Eine ausführliche Darstellung ist im Kapitel zum Umgang mit Todeswünschen in der „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ zu finden<sup>8</sup>.

Suizidalität wie auch die Frage nach Suizidhilfe tritt nicht nur bei Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen auf, sondern auch bei psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Depression, Psychosen, Sucht, posttraumatischen Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen), wo diese zumeist als Symptom der Erkrankung und nicht von vornherein als Ausdruck des freien Willens zu verstehen sind.

---

<sup>4</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007630.pdf>

<sup>5</sup> <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/neuregelung-des-assistierten-suizids-einbeitrag-zur-debatte-2021/>

<sup>6</sup> <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>

<sup>7</sup> [https://www.ukbonn.de/site/assets/files/7090/ukb\\_leitbild\\_2011.pdf](https://www.ukbonn.de/site/assets/files/7090/ukb_leitbild_2011.pdf)

<sup>8</sup> <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/128-001OL>

Der Wunsch nach Suizidhilfe kann auch bei hochaltrigen Menschen Ausdruck von Alterseinsamkeit sein, weil nun, vielleicht nach einem erfüllten Leben mit dem Gefühl „lebensatt“ zu sein, das Weiterleben keine Sinnperspektive mehr zu bieten scheint.

Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche in Deutschland steht aber nicht im Zusammenhang mit körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen, sondern findet in beruflichen, familiären oder privaten Lebenskrisen statt. In diesen psychischen Ausnahmesituationen scheint der Suizid der einzige Ausweg für die Betroffenen.

**Für Patient\*innen mit Todeswunsch oder mit der Frage nach Suizidhilfe sollte deshalb zunächst eine sorgfältige Abklärung des Suizidwunsches erfolgen. Hierzu sollte die Ausprägung (Akzeptanz des bevorstehenden Todes, Wunsch nach Beendigung / Verzicht lebenserhaltender Therapien, Wunsch nach Suizidhilfe / Suizidalität), Motivation (Krankheit, Lebenskrise, Lebenssatttheit) und die zeitliche Dimension (hypothetisch für die Zukunft, konkrete Planungen, akute Suizidalität) abgeklärt werden.**

Grundsätzlich sollten bei Suizidwünschen oder Fragen nach Suizidhilfe Maßnahmen der Suizidprävention eingesetzt werden (siehe folgender Abschnitt). In der Suizidprävention (ebenso wie in der Palliativversorgung) ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Patient\*innen und den Ärzt\*innen (oder anderen Mitarbeitenden) notwendig, weil erst eine solche Beziehung dem betroffenen Patienten eine kritische Reflexion der eigenen Einstellungen und des Todeswunsches ermöglichen und nur dadurch alternative Handlungsoptionen denkbar und dann auch umsetzbar werden.

Für den Aufbau einer solchen Beziehung sind Akzeptanz und respektvoller Umgang mit Todeswünschen unabdingbare Vorbedingung. Der Wunsch nach Suizidassistenz darf ausgesprochen und gehört werden, ohne negative Folgen für Behandelnde oder Betroffene befürchten zu müssen. Die gemeinsame Reflektion ermöglicht eigenverantwortliche Entscheidungen.

Dies heißt aber nicht, dass eine Suizidbeihilfe – zum Beispiel durch Bereitstellung einer tödlichen Medikation – geleistet werden muss. Ziele sind Verbesserungen im Leben und beim Sterben. Die Durchführung des Suizids durch den Patienten selbst bleibt ein möglicher – wenn auch vielleicht bedauerlicher – Ausgang der Begleitung. Die Palliativversorgung ebenso wie die Suizidprävention sehen die Durchführung der Suizidbeihilfe nicht als ihre Aufgabe.

**Für jede\*n Patientin/en mit Suizidwünschen sollte eine psychiatrische Untersuchung und bei Fragen nach Suizidhilfe eine Ethikberatung durch das Klinische Ethikkomitee angefordert werden.**

Damit können die Beweggründe, mögliche Alternativen und auch die Frage, ob spezielle suizidpräventive Maßnahmen notwendig sind, gemeinsam mit dem Behandlungsteam kritisch reflektiert werden.

Für den Notfall bietet die Telefonseelsorge eine 24-Stunden Hotline. Für Hilfe und Unterstützung im Umgang mit Todeswünschen, Suizidalität und dem Wunsch nach Suizidhilfe können auch die Klinik für Psychiatrie und das Klinische Ethikkomitee kontaktiert werden. Für eine psychosomatische Diagnostik und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung kann ein psychosomatisches Konsil angefordert werden. Für Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen kann der Palliativkonsildienst angefordert werden.

### **(Noffall-)Kontakte:**

|                   |                                                                                                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ethikkomitee:     | Anmeldung Ethikkomitee über KAS<br>Frank.Peusquens@ukbonn.de<br>0228-287-13495<br>0151-58233163 |
| Psychiatrie       | Anmeldung Komitee über KAS                                                                      |
| Psychosomatik     | Anmeldung Komitee über KAS                                                                      |
| Palliativmedizin  | Anmeldung Komitee über KAS                                                                      |
| Telefonseelsorge: | 0800-1110111<br>0800-1110222<br>116 123<br>online.telefonseelsorge.de                           |

## **6-Schritte Programm zur Kommunikation mit Patient\*innen**

In der Kommunikation mit Patient\*innen mit Sterbewunsch oder dem Wunsch nach Suizidhilfe können folgende Empfehlungen zu einem 6-Schritte Programm hilfreich sein.

### **1. Ansprechen**

Wenn Patient\*innen Suizidgedanken äußern oder nach Suizidhilfe fragen, sollte dies auf jeden Fall beachtet und ernst genommen werden. Bei allen Formen von Todeswünschen sollte nach den Beweggründen und dem hinter dem Suizidwunsch stehenden Leid gefragt werden. Im Gespräch kann auch nach der Haltung der Zugehörigen gefragt werden, wie diese zum Sterbewunsch stehen und damit umgehen. Häufig sind die Angehörigen sehr belastet durch den Todeswunsch, haben aber vielleicht im Lauf der Zeit gelernt, diesen Wunsch zu akzeptieren und zu respektieren.

Wenn Patient\*innen Andeutungen zu einem Sterbewunsch oder zu Suizidgedanken machen, können klare Nachfragen hilfreich sein, oder das Aussprechen der angedeuteten Inhalte durch die\*den Mitarbeitenden („Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie an Suizid denken?“). Es ist ein häufig genannter Mythos, dass durch eine solche klare An- und Aussprache vielleicht die Suizidalität des Patienten gesteigert werden könnte und er damit vielleicht erst den Impuls zur Umsetzung solcher Gedanken erhält. Im Gegenteil wird in der Praxis immer wieder erlebt, wie erleichtert Patient\*innen sind, wenn sie solche belastenden Gedanken aussprechen dürfen oder von den Mitarbeitenden ausgesprochen hören. Übers Sterben reden hat noch niemand umgebracht!

### **2. Nachfragen**

Da Sterbe-/Todeswünsche ein breites Spektrum in Ausprägung und Bedeutung haben, sind mehr Informationen notwendig. Zum einen geht es um die Art: Wird das bevorstehende Lebensende akzeptiert oder sogar erhofft, überlegt der Patient lebenserhaltende Maßnahmen (z.B. Dialyse, Ernährung, Beatmung) zu beenden oder hat er Suizidgedanken? Zum anderen geht es um die zeitliche Dimension: Ist es eine eher grundsätzliche Überlegung, eine (noch) hypothetische Planung für den Fall, dass die Situation unerträglich werden sollte, oder bereits eine konkrete Planung, die vielleicht schon kurz vor der Ausführung steht? Schwerkranken Patient\*innen leiden oft unter einer Vielzahl von Symptomen ebenso wie unter psychosozialen und spirituellen Problemen, und es ist auch sinnvoll, mit den Patient\*innen zu fragen, was genau sie denn am meisten belastet.

Leitfragen können sein: „Was ist denn das Schlimmste für Sie?“ oder „Wann würden Sie es denn machen?“ Die Frage „Warum haben Sie es denn noch nicht gemacht?“ gibt dem Patienten die Gelegenheit, über seine Ressourcen zu sprechen, und was ihm jetzt noch Halt zum Weiterleben gibt.

### **3. Respektieren**

Sterbewünsche und Suizidgedanken sind Zeichen von extremer Belastung, die die Patienten fühlen und erfahren. Bei den Mitarbeitenden kann in solchen Gesprächssituationen dann schnell der Impuls zum Trösten aufkommen. Wenn dieser Impuls zu einer (vor-)schnellen Beschwichtigung führt („Es kommen sicher auch wieder bessere Zeiten“), kann dies von den Patient\*innen durchaus so empfunden werden, dass die Mitarbeitenden den Ernst der Lage nicht wirklich wahrgenommen haben, oder sogar als Abwehr des Gesprächs über das heikle Thema.

Stattdessen sollten lieber das Leid und die Not des Patienten wahrgenommen, ausgedrückt und damit respektiert werden, zum Beispiel mit „Das es so unerträglich ist für Sie!“ oder „Ich kann das wahrscheinlich gar nicht nachvollziehen, was Sie schon durchgemacht haben.“

### **4. Alternativen anbieten**

Die direkte Frage nach Suizidbeihilfe kann klar abgelehnt werden, ohne mit dieser Absage alleine zu lassen, wenn gleichzeitig Alternativen angeboten werden: „Das kann ich leider nicht machen für Sie, aber haben Sie mal darüber nachgedacht ...“.

Bei schwerkranken Patient\*innen sollte überprüft werden, ob Alternativen ausreichend bekannt sind. So wird der Suizidwunsch häufig mit der Angst vor einem qualvollen Tod begründet, dem man mit dem Suizid zuvorkommen will, auch wenn die Möglichkeiten der palliativmedizinischen Symptomkontrolle eine Leidenslinderung zum Beispiel von Luftnot oder Schmerzen am Lebensende fast sicher garantieren können. In den wenigen Fällen, in denen eine ausreichende Symptomkontrolle nicht gelingt, kann eine palliative Sedierung für die letzte Lebenszeit angeboten werden, falls erforderlich bis zur tiefen Bewusstlosigkeit.

Die Möglichkeit, auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten lebenserhaltende Maßnahmen nicht zu beginnen oder zu beenden, ist ebenfalls nicht ausreichend bekannt. Patienten haben ein klares Recht, ihre Zustimmung zu lebenserhaltenden Maßnahmen zurückzuziehen, und diese Maßnahmen müssen dann auch beendet werden. Dies gilt für Antibiose, Dialyse, enterale oder parenterale Ernährung, Katecholamingabe wie auch für kontrollierte Beatmung. Die Beendigung solcher lebenserhaltender Maßnahmen sollte entsprechend begleitet werden, so dass zum Beispiel beim Abstellen einer kontrollierten Beatmung eine ausreichende Sedierung sichergestellt ist.

Eine weitere Alternative kann der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken sein (FVET).<sup>9</sup> Dies hat den Vorteil, dass der Patient dafür niemand um Erlaubnis oder um Hilfe bitten muss, die Entscheidung zum FVET liegt beim Patienten alleine. Wird vollständig auf Trinken verzichtet, tritt der Tod in der Regel nach 3-7 Tagen, selten länger, ein. Wird nur auf Essen verzichtet, kann es 4-6 Wochen oder länger dauern bis zum Versterben. Während das Hungergefühl nach ein oder zwei Tagen schnell nachlässt, sollte das Durstgefühl beim FVET durch gute Mundpflege gelindert werden. Eine Begleitung sollte angeboten werden, und Agitation oder Delir können medizinische Interventionen im Verlauf des FVET notwendig machen.

Im Gespräch zu den möglichen Alternativen kann durchaus auch der Hinweis auf die Rechtslage in Deutschland gegeben werden. Suizidbeihilfe ist weder im Strafrecht noch im Berufsrecht verboten. Es gibt Sterbehilfeorganisationen in Deutschland, deren Kontakt- und andere Informationen leicht im Internet zu

---

<sup>9</sup> [https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP\\_Positionspapier\\_Freiwilliger\\_Verzicht\\_auf\\_Essen\\_und\\_Trinken%20.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf)

finden sind (z.B. Verein Sterbehilfe<sup>10</sup> oder Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)<sup>11</sup>). Die Angebote dieser Organisationen sind allerdings teilweise mit erheblichen Kosten verbunden.

## 5. Beziehung aufbauen

Im Umgang mit Sterbewünschen und Suizidgedanken kann nicht ein einzelnes Gespräch zu einer Lösung des Problems führen. Das erste Gespräch sollte immer nur der Anfang sein im Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Mitarbeitendem.

Dies sollte im Gespräch klar ausgedrückt werden: „Wir werden Sie nicht alleine lassen...“ oder „Danke, dass Sie mir das mitgeteilt haben. Das war bestimmt nicht leicht für Sie“.

Im Gesprächsabschluss sollten auch offene Situationen ausgehalten werden, zum Beispiel wenn Patienten nachfragen, warum man denn ihren Wunsch nach Suizidhilfe nicht trotz allem erfüllen will („Wir können beim nächsten Mal gerne weiter darüber sprechen...“).

Vielleicht kann auch das eigene Bedauern der Mitarbeitenden zur Sprache kommen, wenn doch der Suizid ausgeführt werden würde. In der Palliativmedizin bietet sich ein Zitat von Cicely Saunders an: „Du bist wichtig, weil du eben du bist, und du bist bis zum Ende deines Lebens wichtig. Wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben kannst“.<sup>12</sup>

## 6. Reflektieren

Patientengespräche über Suizidgedanken und Sterbewünsche sind für die Mitarbeitenden sehr belastend. Nach solchen Gesprächen – und idealerweise vor den folgenden Gesprächen mit dem Patienten – sollte deshalb eine Möglichkeit zur Reflexion und Selbstreflexion gesucht werden. Dies kann durch Gespräche im Behandlungsteam erfolgen, wenn es dafür Zeit und Gelegenheit gibt, durch ein Supervisionsgespräch oder durch eine Beratung im Klinischen Ethikkomitee.

In einer solchen Reflexion können dann auch Mechanismen wie Gegenübertragungen erkannt, zusätzliche Optionen für die Gesprächsführung überlegt oder alternative Optionen für den Patienten gesucht werden.

Vor allem aber bietet eine solche Reflexion eine Entlastung für die Mitarbeitenden und die Chance, mit mehr Sicherheit in die nächsten Gespräche zu gehen.

---

<sup>10</sup> <https://www.sterbehilfe.de/>

<sup>11</sup> <https://www.dghs.de/>

<sup>12</sup> <https://www.churchtimes.co.uk/articles/2006/17-march/gazette/recollection-you-matter-because-you-are-you>