

Raimund Klesse

‚Sterbehilfe‘ und ihre Auswirkungen auf Pflegeeinrichtungen und das Gesundheitswesen

‘Assisted Suicide’ and its Impact on Care Facilities and the Healthcare System

Zusammenfassung

Die Zulassung von assistierten Suiziden und/oder Tötung auf Verlangen („Sterbehilfe“) in Pflegeheimen, Krankenhäusern und Palliativeinrichtungen zerstört die bestehende Kultur der Sorge, schädigt das Vertrauen zu Ärzten und Pflegenden und erschwert eine menschlich und fachlich qualifizierte Therapie und Pflege. Assistierte (Selbst-)Tötungen verhindern wichtige Prozesse für Kranke und Angehörige am Lebensende und können zu gravierenden psychischen Folgeerscheinungen bei allen Beteiligten führen. Sie verhindern eine effektive Suizidprävention und erhöhen die Zahl der Suizide. Es wird daher empfohlen, ‚Sterbehilfe‘ aus den Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens fernzuhalten.

Schlüsselwörter: Assistierter Suizid, Sterbehilfe, Pflegeheime, Krankenhäuser, Palliativstationen, Autonomie

Abstract

Allowing assisted suicide and/or killing on demand (‘euthanasia’) in nursing homes, hospitals, and palliative care facilities destroys the existing culture of care, damages trust in doctors and nurses, and impedes humanely and professionally qualified therapy and care. Assisted suicide and killing on demand prevent important processes for the sick and their relatives at the end of life and can lead to serious psychological consequences for all involved. They prevent effective suicide prevention and increase the number of suicides. It is therefore recommended that ‘assisted suicide’ be kept out of health and social welfare institutions.

Keywords: assisted suicide, euthanasia, nursing homes, hospitals, palliative wards, autonomy

Dr. med. med. Raimund Klesse
Facharzt Psychiatrie & Psychotherapie FMH
Präsident der Hippokratischen
Gesellschaft Schweiz
Wingertweg 3, CH-7215 Fanas
r.klesse@bluewin.ch

1. Einleitung¹

In Europa hat sich die Situation des alten Menschen grundlegend verbessert. Die Anzahl der gesunden Lebensjahre im Alter hat zugenommen wie noch nie in der Geschichte zuvor. Die Lebenszufriedenheit alter Menschen ist im Allgemeinen hoch und die Rate nicht-assistierter Suizide hat abgenommen.² Die Entwicklung in der Medizin ermöglicht uns heute, in einem Ausmaß zu helfen wie nie zuvor in der Menschheitsgeschichte. Aber bei all unseren Fähigkeiten: die Grundbedingungen des Menschen, die ‚*Conditio humana*‘, können wir nicht außer Kraft setzen und auch nicht vollständig kontrollieren – und werden es auch nie können. Dazu gehört auch, dass der Mensch krank werden kann, dass er alt und gebrechlich wird, dass er Schmerzen leidet und dass er am Ende seines Lebens stirbt. Die Krankenpflege hat sich in unserer christlich-abendländischen Kultur aus dem Gedanken der Caritas, der Sorge für und um den Mitmenschen entwickelt. Der alte Mensch, der geschwächt und angewiesen ist, braucht gute menschliche Betreuung, Fürsorge, Schutz und Respekt. Dies erhält er in unseren Institutionen auch, wenn sie genügend menschlich und fachlich gut gebildete Pflegende zur Verfügung haben und eine am Menschen und nicht am Profit orientierte Pflegekultur.

Parallel zu dieser Entwicklung nimmt die ‚Sterbehilfe‘ in Europa und den angloamerikanischen Staaten zu. Die Verfassungsgerichtsurteile in Österreich und Deutschland haben in zwei weiteren deutschsprachigen Ländern einen Paradigmenwechsel eingeleitet und eine Büchse der Pandora geöffnet. Die öffentliche Diskussion bewegt sich weg vom Grundwert der christlich-abendländischen Kultur und des demokratischen Rechtsstaates „Du sollst nicht töten“ hin zu einer ‚Umsetzungsdiskussion‘: Wer? Wie? Unter welchen Voraussetzungen? Mit welchen Schutzmaßnahmen? Die vorliegenden Zahlen zeigen, dass es vor allem die Alten, Schwachen und besonders Schutzbedürftigen sind, die Op-

fer des selbstbestimmten vorzeitigen Ablebens werden. Dieser Kulturwandel vollzieht sich unter der Flagge des uneingeschränkten Rechts auf Autonomie. Dabei weigern sich die Vertreter dieses gesellschaftlichen Wandels, inklusive der höchsten Rechtsprechung, die Tatsache anzuerkennen, dass eine Autonomie ohne Beziehung nicht existiert. Dies – obwohl die wissenschaftlichen Befunde aus Anthropologie, Psychologie, Palliativmedizin und Psychiatrie vorliegen und den Entscheidungsträgern auch zur Kenntnis gebracht wurden.

2. Autonomie und soziale Verbundenheit

Autonomie als Ausdruck einer eigenen Identität ist nur im Kontext von Beziehungen und sicheren Bindungen möglich. Grundlegend ist die Anlage des Menschen als Beziehungswesen, seine Sozialnatur. Seine Entwicklung erfolgt vom ersten Lebenstag an in einer engen Wechselbeziehung zu seinen Mitmenschen, in der Regel zuerst zur Mutter, dann zu weiteren Beziehungspersonen.³ In den hier entstehenden Bindungen wird die Basis für Vertrauen, Empathie, Lebensmut, für die seelische Gesundheit im Allgemeinen gelegt. Die im Vergleich zu den Tieren ausgesprochen lange Kindheits- und Jugendphase ermöglicht die Entwicklung einer differenzierten Persönlichkeit, in der das Kind die persönlichen Fähigkeiten und die tradierten Kenntnisse und Werte der Kultur vermittelt bekommt, die es für eine eigenständige und zunehmend selbstbestimmte Bewältigung der Lebensaufgaben benötigt.⁴ Dabei ist die Fürsorge *conditio sine qua non* für die Entwicklung von Autonomie. Echte Autonomie ist ohne menschliche Verbundenheit nicht möglich. Menschliche Autonomie ist immer eine Autonomie in Beziehung [„relationale Autonomie“, d. Verf.⁵]. Dabei ist die Angewiesenheit am ausgeprägtesten in der Kindheit. Aber auch der reife Mensch in der Mitte des Lebens bewältigt die anstehenden Aufgaben am besten in Kooperation und Verbundenheit mit seinen Mitmenschen. Das Nachlassen der Kräf-

te in Alter, Krankheit und Hilflosigkeit erfordert dann erneut und vermehrt den zwischenmenschlichen Beistand.⁶ Kann sich ein Mensch nicht auf die benötigte Hilfe einlassen, will er die Kontrolle behalten oder anderen nicht zur Last fallen, hat er Gefühle von Wertlosigkeit, Scham oder kann sich nicht vorstellen, dass andere ihn gerne pflegen und in seiner Verletzlichkeit und Angewiesenheit respektieren könnten, beeinträchtigt das eine freie Entscheidung. Häufig liegen diesen Gefühlen unbewusste Annahmen und Erlebnisse zugrunde.⁷

Lange Zeit wurde in der ethischen Diskussion die Autonomie als absolut gesetzt. Der sogenannte ‚freie Wille‘ des Patienten wurde als unantastbar angesehen und daraus auch ein ‚Recht auf Suizid‘ konstruiert. Anthropologisch gesehen ist das Argument des Suizids als Ausdruck von Freiheit des Individuums unsinnig. Freiheit im Sinne einer höchstmöglichen Entwicklung des Einzelnen kann nur unter Anerkennung der *Conditio humana*, der Angewiesenheit aufeinander in den zwischenmenschlichen Beziehungen, in der Kooperation miteinander gelebt und entfaltet werden. Autonomie und Fürsorge ergänzen einander. Die Haltung, mit der die Mitmenschen und die Professionellen einem Suizidgefährdeten begegnen, kann so auch immer den Suizidwunsch in die eine oder andere Richtung beeinflussen. Die Anwendung des Autonomiebegriffes als Selbstbestimmung ohne Bezug und Verpflichtung füreinander führt dazu, dass der Suizidgefährdete in seiner Not im Stich gelassen wird.⁸

Familie, Freunde, die Pflegenden und Ärzte beeinflussen mit ihrer Haltung ganz direkt die Gefühlslage eines Menschen.⁹ Spürt er Zuversicht, Ermutigung, die Bereitschaft, schwierige Zeiten gemeinsam durchzustehen, erlebt er, dass seine Umgebung ihn trotz seiner Verletzlichkeit und krankheitsbedingten Einschränkungen wertschätzt und sein Leben lebenswert findet, stärkt das den Lebenswillen.

„Der Umgang mit Verletzlichkeit und Angewiesenheit betrifft aber nicht nur den kranken

Menschen. Jedes Kind erlebt mit, wie mit den gebrechlichen Großeltern umgegangen wird und entwickelt aus diesen Erlebnissen Werte und Ziele für das Zusammenleben. Jeder Gesunde, der hilft, wenn der andere auf ihn angewiesen ist, gewinnt durch diese Hilfe Sicherheit und Stärke. Das ist die Grundlage, auf der sich ein friedliches Zusammenleben aller entwickeln kann.“¹⁰

3. Suizidalität ist behandelbar

Suizide – assistierte und nicht-assistierte – widersprechen der *Conditio humana*, also der menschlichen Natur. Suizidale Zustände sind seelische und existenziell empfundene Krisensituationen. In der Forschung ist die Existenz sogenannter ‚Bilanzsuizide‘, also Suizide aus reiflicher Überlegung, umstritten. Suizidalität ist grundsätzlich sehr labil.¹¹ Eine lebensbejahende, mitmenschliche Reaktion auf einen Suizidwunsch und die Qualität der mitmenschlichen Hilfeleistung bringen Suizidwünsche fast immer zum Verschwinden. Der überwiegende Teil der Geretteten nach Suizidversuchen stirbt später nicht an Suizid. Es muss davon ausgegangen werden, dass die meisten Menschen, die an assistiertem Suizid sterben, keinen Suizid begehen würden, wenn sie statt ‚Suizidhilfe‘ geeignete Unterstützung bei der Bewältigung ihres seelischen, körperlichen, sozialen oder spirituellen Leidens erhielten. Uns stehen heute alle notwendigen medizinischen und menschlich-psychotherapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung. Wo nötig, kann Fehlendes eingerichtet oder entwickelt werden.¹²

4. ‚Sterbehilfe‘ in Institutionen

In Institutionen wie Krankenhäusern, Palliativstationen und Pflegeheimen besteht eine besondere Situation: Vor allem schwer kranke, alte und gebrechliche Menschen werden dort behandelt oder betreut. Viele von ihnen können zuhause nicht mehr ausreichend versorgt werden und verbringen den letzten Teil ihres Lebens in einer oder mehrerer dieser Institutionen.

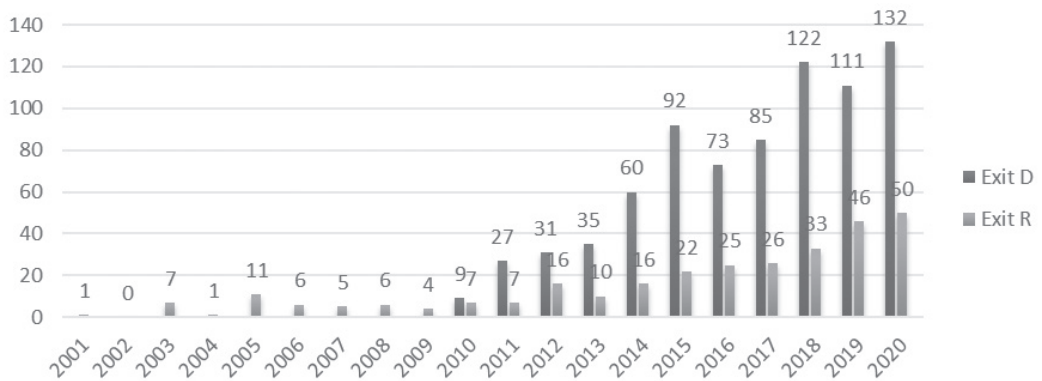


Abb. 1: Assistierte EXIT-Suizide in Pflegeheimen in der Schweiz.¹⁹ EXIT D = Exit Deutsche Schweiz, Exit R = Suisse Romande.

Suizide in Altersinstitutionen sind generell selten. Nach einer Studie von Mezuk et al. nahm bei Eintritt bestehendes suizidales Verhalten innerhalb der ersten zwei Wochen und nochmals während der nächsten zwei Monate deutlich ab.¹³ In Hamburg fanden Wojnar und Bruder deutlich weniger Suizide bei Heimbewohnern als in der Allgemeinbevölkerung.¹⁴ Ähnliches berichtet Teising.¹⁵

Für Schweizer Institutionen existieren nur wenige Zahlen. Bis jetzt kann davon ausgegangen werden, dass die Zahl von nicht-assistierten Suiziden in Schweizer Altersinstitutionen sehr gering ist.¹⁶ Dagegen nehmen assistierte Suizide in Heimen zu (siehe Abbildung 1): EXIT Suisse Romande hat die Zahl assistierter Suizide in Pflegeheimen von einem im Jahr 2001 auf 50 im Jahr 2020 gesteigert.¹⁷ EXIT Deutsche Schweiz hat im Jahr 2010 insgesamt 9 assistierte Suizide

in Pflegeheimen durchgeführt, im Jahr 2020 bereits 132.¹⁸ Assistierte Suizide in Spitälern kommen nur vereinzelt vor.

Tabelle 1 zeigt zum Vergleich die Euthanasie-Fälle innerhalb der Institutionen in den Niederlanden und Belgien im Jahr 2019.²⁰ In Kanada nahmen im Jahr 2019 2.688 Personen (36,4%) in Krankenhäusern, 1.521 (20,6%) in Palliativstationen und 510 (6,9%) in Pflegeheimen assistierten Suizid in Anspruch.²² In diesen Ländern findet Euthanasie heute in ca. 20 bis 60% der Fälle innerhalb von Institutionen statt.

5. Folgen der Zulassung von ‚Sterbehilfe‘ in Institutionen

Assistierter Suizid in Institutionen wurde in der Schweiz erstmals 2001 in der Stadt Zürich erlaubt. Es folgten einzelne Pflegeheime in verschiedenen Kantonen. Per Gesetzgebung wurde im Kanton Waadt 2012 in Pflegeheimen und Spitälern assistierter Suizid zugelassen, 2014 wurden öffentlich subventionierte Einrichtungen im Kanton Neuenburg verpflichtet, assistierten Suizid zuzulassen. Eine Beschwerde der Heilsarmee wurde vom Bundesgericht 2016 abgelehnt, welches das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner, die assistierten Suizid fordern, gegenüber der Glaubens- und Gewissensfreiheit der Institution höher bewertete und mit der Begründung der Rechtsgleichheit alle subventio-

	Niederlande		Belgien	
	Absolut	%*	Absolut	%*
Hospiz	480	7,6		
Pflegeheim	273	4,3	423	15,9
Altersheim	231	3,6		
Krankenhaus	178	2,8	1.016	38,3

Tab. 1: Euthanasie-Fälle innerhalb der Institutionen in den Niederlanden und Belgien im Jahr 2019.²¹ * Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Tötungen.

nierten Institutionen zur Zulassung des assistierten Suizides verpflichtete.²³ Seit 2018 gilt dies auch in den Pflegeheimen und Spitälern im Kanton Genf.²⁴

Die Folgen der Durchführung von assistiertem Suizid in Schweizer Institutionen sind nicht wissenschaftlich untersucht. Allerdings gibt es Fallschilderungen sowie grundsätzliche und allgemeingültige Erfahrungen. Schlüsse können auch aus der Suizidforschung und den Erfahrungen von Ländern gezogen werden, in denen Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid seit längerem praktiziert wird sowie aus der Entwicklung der Fallzahlen (siehe Tabelle 1).

Ein wesentlicher Unterschied der Durchführung von assistierten Suiziden in der Schweiz zur ‚Sterbehilfe‘ in den Beneluxstaaten oder Kanada ist, dass die Standesorganisation der Ärzteschaft und die Vertretung der Pflege die Beihilfe des Suizides nicht als genuin ärztliche oder pflegerische Aufgabe sehen.²⁵

5.1 Werther-Effekt

Unter dem Werther-Effekt versteht man Folge- und Nachahmungssuizide, meist ausgelöst durch eine verherrlichende und reißerische Medienberichterstattung.²⁶ In psychiatrischen Institutionen ist die Gefahr von Nachfolgesuiziden bekannt.²⁷

Die jahrelange befürwortende Berichterstattung hat z. B. in der Schweiz dazu geführt, dass Bewohner vermehrt bereits bei Eintritt in ein Pflegeheim Mitglied in einer ‚Sterbehilfe‘-Organisation sind und im Verlauf mit dieser Kontakt aufnehmen. Assistierte Suizide werden dann mit oder ohne Mitwirkung der Heime durchgeführt.

Das Miterleben von assistierten Suiziden in Pflegeheimen hat für die zurückbleibenden Pflegeheimbewohner Folgen auf mehreren Ebenen: Manche Bewohner haben den durch assistierten Suizid Verstorbenen persönlich gekannt, andere erfahren hinter vorgehaltener Hand davon. Irgendwie muss das Heim auch den Tod kommunizieren. Bewohnern und Angehörigen wird (wieder) bewusst, dass die Institution die Infrastruktur für einen Suizid

zur Verfügung stellt (Räumlichkeiten, Nachbесprechungen, eventuell Teilnahme von Pflegepersonal) und ‚Sterbehilfe‘-Organisationen Zutritt zum Heim gewährt. Dies ist in den Richtlinien der Institution in der Regel auch so beschrieben. Die Institution signalisiert damit, dass sie nicht alles unternehmen wird, um einen Suizid zu verhindern, ja, dass sie assistierte Suizide grundsätzlich billigt. Assistierte Suizide können auch Druck auf andere ausüben, ebenfalls ‚nicht zur Last zu fallen‘ und zu ähnlichen ‚Lösungen‘ animieren.

Diese Praxis zeigt suizidgefährdeten Menschen ein Modell auf, wie sie sich mit Unterstützung der Institution und unter Zurverfügungstellung des Suizidmittels einfach das Leben nehmen können. Manche Bewohner und Pflegekräfte bekommen aber auch Angst, wenn ‚Sterbehilfe‘-Organisationen Zutritt ins Heim bekommen.²⁸

5.2 Verschlechterung der Pflege-, Behandlungs- und Betreuungsqualität

Eine gute Pflege-, Behandlungs- und Betreuungsqualität beruht darauf, dass das Behandlungsteam alle therapeutischen und pflegerischen Möglichkeiten ausschöpft. Dies beinhaltet auch spezielle Bemühungen bei schwierigen Problemen. Ein Leiden ist so lange ‚unerträglich‘, bis man ein Mittel gefunden hat, welches es lindert oder behebt. Oft werden Schmerzen und andere Symptome auch dadurch erträglicher, dass ein Mensch sich an dem Ort, an dem er gepflegt wird, aufgehoben und sicher fühlt und seine Angst verliert. Neue Perspektiven verhelfen ihm, sich anders zu seiner Erkrankung einzustellen.²⁹ In den Ländern, in denen ‚Sterbehilfe‘ zugelassen wird, kommt es zu einem Kulturwandel, wobei die Suche nach guten medizinischen und menschlichen Lösungen und das Bemühen um Linderung und Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner nachlässt und dagegen die Option des verfrühten Sterbens in den Vordergrund tritt. Es kommt zu einer ‚Banalisierung‘ der ‚Sterbehilfe‘, die immer schneller und häufiger in Betracht gezogen wird.

Der Zeitpunkt, an dem die Suche nach weiteren therapeutischen Möglichkeiten eingestellt wird, wird dann durch die Persönlichkeit des Behandlers bestimmt. In der SRF Sendung „Club“³⁰ gab ein Hausarzt als Grund, einen assistierten Suizid durchzuführen, an, dass die palliativmedizinische Behandlung erfolglos geblieben sei. Angesprochen darauf, was das heiße, sagte er, „dass das Morphin nicht gewirkt habe“. So wurde sein reduziertes Verständnis von Palliativmedizin letztlich der ausschlaggebende Faktor für den Entscheid zum assistierten Suizid.

Suiziduerungen werden zunehmend nicht mehr als Alarmzeichen und Anlass zu sofortiger fachkundiger Hilfeleistung angesehen. Im Gegenteil, sie werden in das Management einer Institution eingebaut. So existieren in Häusern, die assistierten Suizid ‚anbieten‘, z. T. Algorithmen, die den assistierten Suizid nach Ablaufschema organisieren und Teile des Heimpersonals involvieren.

In Ländern mit jahrelanger ‚Sterbehilfepaxis‘ wächst die Tendenz zur Übertretung der gesetzlichen Vorschriften. Dies zeigen die Hinweise auf eine bedeutende Dunkelziffer nicht gemeldeter Euthanasieflle, große Schwierigkeiten mit der Einhaltung der bestehenden Regeln in Holland und Belgien und die zunehmende Selbstjustiz von Pflegepersonal.³¹ Insbesondere schwer überprüfbare Situationen wie das sogenannte ‚Sterbefasten‘ und die ‚terminale Sedation‘ stellen eine Gefahr für verdeckte Fremdbestimmung, allenfalls sogar Tötung ohne Verlangen dar. Der Graubereich unterlassener Therapie trotz bestehender Indikation lässt sich nur schwer nachweisen.

Patienten, Bewohner und Mitarbeitende, die keine assistierten Suizide in ihrer Einrichtung wollen, müssen hinnehmen, dass einzelne dies durchsetzen. Die Pflegeheime sind heute für viele der letzte Zufluchtsort, wo sie sich daheim fühlen wollen und sollen. Es ist offensichtlich, dass Suizide oder Tötungen aufgrund ihrer großen Tragweite die einzelnen Bewohner und Mitarbeitenden in ih-

rer Emotionalität und ihrem Wohlbefinden negativ beeinflussen. Wer schtzt das Recht der Mehrzahl der Bewohner auf ein Zuhause, in dem keine (Selbst-)Tötungen durchgeführt werden? Findet nicht eine Diskriminierung der Mehrheit der Bewohner statt, die sich in ihrem engsten Umfeld ungewollt oder sogar gegen ihren Willen damit auseinandersetzen müssen?

5.3 Erschwerung der medizinischen Behandlung

Die wichtigste Grundlage für den Erfolg jeder ärztlichen, pflegerischen oder betreuenden Handlung ist die Vertrauensbeziehung zum Patienten. Die Zulassung und Toleranz von (Selbst-)Tötungen in einer Institution schädigen das Vertrauen zu den Mitarbeitenden aller Fachbereiche. Zieht ein behandelnder Arzt die Möglichkeit des assistierten Suizids auch nur innerlich in Betracht oder stellt er diesbezügliche Bescheinigungen aus, so ist die Behandlung eines Gefährdeten von vornherein erschwert. Der Patient spürt, wenn die medizinischen Helfer nicht ganz sicher von seinem Lebenswert überzeugt sind. Es entsteht eine Unsicherheit, gar ein Misstrauen, ob der Arzt (oder die Pflegenden) aufgrund einer Lebensunwertbeurteilung sich noch mit ganzem Herzen und Können für den Bewohner einsetzen oder ob sie ihn innerlich schon aufgegeben haben. Die Hoffnung auf Hilfe geht verloren.³² In Kanada wird bereits von Ärzten berichtet, die ihren Patienten statt Behandlung Euthanasie vorschlagen.³³

Zum anderen verlangen auch Patienten/Bewohner weniger nach (palliativ-) medizinischen Therapien bzw. lehnen diese sogar explizit ab und treten mit der Forderung nach assistiertem Suizid oder Tötung auf Verlangen an die Institutionen bzw. Ärzte und Pflegenden heran.³⁴ Sie erwarten von den behandelnden Ärzten, dass sie diese auch durchführen. Durch die jahrelange Erzeugung einer Stimmung, dass ‚Sterbehilfe‘ ein Recht sei, entsteht das Gefühl, dass Ärzte und Pflegenden auch verpflichtet seien, diesem Recht Genüge zu tun. Dies führt auch innerhalb der Institutionen zu einem zunehmen-

den Druck auf Ärzte und Pflegende, die sich nicht an Tötungshandlungen beteiligen wollen.³⁵ Kanada verhängt sogar Sanktionen gegen Ärzte, die einen Patienten nicht an Ärzte weiterverweisen, die ‚Sterbehilfe‘ durchführen.³⁶ In Spanien, wo im Juni 2021 Euthanasie legalisiert wurde, müssen sich all jene Ärzte, die sich an keinen Tötungen beteiligen wollen, in einem eigens vom Staat eingerichteten Register eintragen. Die Regierung argumentiert, dass sich nur so die „Versorgung“ entsprechend organisieren ließe.³⁷ In verschiedenen Ländern wird bereits eine Diskussion darüber geführt, wie das Recht von Einzelpersonen und Institutionen, aus Gewissensgründen die Teilnahme an ‚Sterbehilfe‘ zu verweigern (‘consentious objection’), geschützt werden kann.³⁸

Grundsätzlich gilt es als Konsens, dass ein therapeutisches Team das gleiche Therapieziel haben muss. Dieses Therapieziel ist in Medizin und Pflege die bestmögliche Betreuung und Versorgung des Patienten bis zu seinem natürlichen Tod. Werden von verschiedenen Akteuren verschiedene Ziele verfolgt, führt das zu Unstimmigkeiten und Fehlbehandlungen und verunsichert den Patienten. Verfolgt ein Teil der Akteure aber das Ziel, dass der Patient sterben soll, so werden die Bemühungen des Behandlungsteams sabotiert. So beschreibt Jaqueline Minder, wie Suizidbegleiter die psychiatrische Hilfeleistung behindern, da sie durch ihre Aktivitäten die Suizidalität des verzweiferten Patienten verstärken.³⁹

Der Grundgedanke von Palliative Care ist: „In Würde leben bis zuletzt“. Man unternimmt bis zuletzt alles, um das Leiden des Betroffenen erträglich zu machen und ihn fürsorglich zu begleiten. Der Tod wird weder herbeigeführt noch unnötig hinausgezögert.⁴⁰ Die aktuellen Versuche, Palliative Care mit assistiertem Suizid zu verbinden, verkehren diesen Grundsatz ins Gegenteil. Berichte aus Belgien und den Niederlanden zeigen, wie die palliativmedizinische Behandlung und Begleitung erschwert und z. T. verunmöglicht wird, wenn ‚Sterbehilfe‘ in Palliativeeinrichtungen zugelassen wird.⁴¹

Die Einführung von ‚Sterbehilfe‘ bringt Unruhe in die Pflgeteams. Mitarbeiter, die die ‚Sterbehilfe‘ nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren können, werden in Mitleidenschaft gezogen. Da bekannt ist, dass Mitarbeiter unter psychischen Folgeerscheinungen leiden, auch wenn sie nicht direkt an der Durchführung von (Selbst-) Tötungshandlungen beteiligt waren, werden Debriefing-Massnahmen vorgeschlagen. Es ist auch damit zu rechnen, dass engagierte Mitarbeiter gehen. Die Zusammenarbeit von Mitarbeitern, die ‚Sterbehilfe‘ zugestimmt, und denen, die sie abgelehnt haben, kann aufgrund der tiefen emotionalen Betroffenheit sehr schwierig werden.

5.4 Verhinderung einer effektiven Suizidprävention

Die öffentliche Meinung und die Fachwelt sind sich einig, dass vermehrt auf Suizidprävention gesetzt werden sollte.⁴² Dies wird auch für Alters- und Pflegeinstitutionen gefordert.⁴³ Es ist also ein offensichtlicher Widerspruch, wenn auf der einen Seite mit großem Aufwand (und Erfolg) Suizidprävention betrieben wird, daneben aber (quasi im Nebenzimmer) Suizid gefördert, ermöglicht und durchgeführt wird. Nicht nur das: In verschiedenen Heimen wird die Beihilfe zum Suizid sogar qualitätskontrolliert in die administrativen Abläufe des Heimes eingegliedert. Damit wird der Suizidprävention organisiert entgegengearbeitet.

Jaqueline Minder beschreibt vier Risikofaktoren für die Entstehung von Suizidalität, die durch ‚Sterbehilfe‘-Organisationen direkt verstärkt werden und so effektive Suizidprävention boykottieren:

1. Risikofaktor ‚Psychische Erkrankung‘: Die psychopathologisch typische Einengung des Denkens auf die suizidale Handlung hin wird durch das gemeinsame Planen und Vorbereiten der Handlung in der Begleitung durch den Sterbehelfer verstärkt.
2. Risikofaktor ‚Einstellungen zum Alter in der Gesellschaft‘: Die negative Einstellung „Alt und krank heisst lebensunwert“ wird durch

die Legitimierung und Unterstützung zum Suizid bestärkt.

3. Risikofaktor ‚Fehlende stabilisierende sinnstiftende Faktoren‘: Das Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens wird durch die Legitimierung und Unterstützung zum Suizid bestätigt – bei den betroffenen alten Menschen wie auch bei den Helfenden.

4. Risikofaktor ‚Verfügbarkeit von Suizidmitteln‘: Das Suizidmittel wird zur Verfügung gestellt.

Letzteres geschieht, obwohl bekannt ist, dass die Reduktion der Verfügbarkeit von Suizidmitteln eines der wichtigsten suizidpräventiven Mittel ist.⁴⁴

5.5 Verhinderung wichtiger Prozesse für Kranke und Angehörige am Lebensende

Giovanni Maio beschreibt die Wichtigkeit der Mitmenschen, um dem Kranken eine würdevolle Gestaltung der letzten Lebensphase zu ermöglichen:

„Gerade die Erfahrungen der Hospizbegleiter und der Palliativmedizin machen immer wieder deutlich, dass der Wunsch zu sterben angesichts einer schweren Krankheit meist als eine Art Durchgangsstadium zu betrachten ist, als eine erste Resignation, als eine Bestürzung ob der verlorengegangenen Perspektiven. Wenn wir diesem Menschen einfach nur den Weg zum assistierten Suizid bahnen, übersehen wir, dass dieses Durchgangsstadium auch überwunden und bewältigt werden kann, und zwar durch eine Kultur der Angewiesenheit, durch eine Kultur des Beistandes, durch eine Kultur der Sorge. Zentrale gesellschaftliche Aufgabe muss es sein, den Menschen, die angesichts ihrer Erkrankung zunächst verzweifelt sind, etwas zurückzugeben, was heute in der Autonomiediskussion völlig vernachlässigt wird: und das ist die Zuversicht, der Trost, das Aufzeigen neuer Perspektiven, und seien sie noch so klein. Solange ein Leben existiert, ist dieses Leben wie ein Licht: man muss nur die Augen öffnen für dieses Licht, das immer noch leuchtet. Gerade der Hospizdienst und die Palliativmedizin stehen geradezu symbolisch für diesen Trost und für die Hochschätzung des Lichts, das, so lange Le-

ben existiert, immer ein Licht der Freude sein kann. Sie stehen für die Linderung von Schmerzen, Beistand und für das Nichtalleingelassen-Sein.“⁴⁵

Menschen, die aufgrund ihrer Lebensgeschichte nicht die Erfahrung machen konnten, dass sie nur aufgrund ihrer selbst geliebt wurden, sondern sich ihre Anerkennung durch Leistung, Perfektion, Effizienz oder Schönheit zu sichern versuchten, auch diejenigen, die aus Angst, sich auf ihre Mitmenschen abzustützen, versucht hatten, ihr Leben und ihre Beziehungen zu kontrollieren und zu steuern, sind angesichts der Ungewissheit von Krankheit und nahendem Tod besonders konfrontiert. Sie haben aber auch eine letzte Chance, am Lebensende doch noch zu erleben, dass Zuwendung, Hilfe, Beistand und Verbunden-Sein ihnen auch ohne Gegenleistung selbstverständlich entgegengebracht werden. Diese Hoffnung auf Verbunden-Sein, Getragen-Sein in schwierigen Situationen, bedingungsloses Angenommen-Sein, trägt jeder Mensch in sich, auch wenn diese Hoffnung nach einem schwierig verlaufenen Leben manchmal sehr gering sein kann.

Hoffnung ist auch ohne Aussicht auf Heilung von großer Bedeutung für den Patienten und seine Angehörigen. In der Ungewissheit, die jede Prognose offenlässt, findet sich auch ein Raum für Hoffnung (Surbone):

„Für die Patienten zählen zu den Hoffnungsträgern Faktoren wie Schmerzkontrolle, Bewahrung der Würde, Kontakt mit Menschen, innere Ruhe, Humor und vor allem die Art, wie man mit ihnen über die Prognose spricht. So kann man festhalten, dass Hoffnung eine wesentliche Komponente der Lebensqualität bei terminalen [und anderen schwerkranken, d. Verf.] Patienten ist und nur durch den achtsamen Umgang aller in die Sterbesituation Involvierter erhalten bleibt.“⁴⁶

Karen Nestor erwähnt in Ihrem Vortrag „Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden“ unter der Überschrift: „Sterben als Teil des Lebens – Entwicklung bis zum Schluss“, dass es oft eine Besinnung auf das Wesentliche und eine intensive Reifung

gibt, wenn eine Krise gemeinsam durchgestanden ist und zitiert folgende Äußerungen von Menschen in der letzten Lebensphase: „Das letzte halbe Jahr kommt mir vor wie zehn Jahre“! oder „Ich bin ein ganz anderer Mensch geworden“. Lernen, sich helfen zu lassen und sich vertrauensvoll in die Hände anderer zu begeben, kann eine tiefe Erfahrung werden und auch eine heilsame emotionale Korrektur alter Irrtümer mit sich bringen. Dazu gehört die Erfahrung, auch im eigenen Leid anderen Menschen noch behilflich sein zu können.⁴⁷

5.6 Psychische Folgeerscheinungen bei Pflegenden, Angehörigen und Mitbewohnern

Es ist bekannt, dass nach einem Suizid in einer Einrichtung Bewohner, Familien und Personal oft noch lange unter psychischen Folgeerscheinungen leiden. Die beruflich Betroffenen reagieren in teilweise ähnlicher Form wie die Angehörigen. Die Trauer nach Suizid beinhaltet oft die Suche nach den Gründen für den Suizid, Schuldgefühle, Gefühle, vom Suizidenten abgelehnt und verlassen worden zu sein und Gefühle von Stigmatisierung und damit verbundener Scham. Plötzlicher Suizid unterscheidet sich in den Folgen für die Zurückgebliebenen nicht von erwartetem Suizid.⁴⁸ Nach assistiertem Suizid wurden posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und komplexe Trauerreaktionen beobachtet.⁴⁹ Bekannt aus der Suizidforschung ist auch, dass Suizide in den Familien als Verhaltensmodell dienen.⁵⁰ Menschen, die einen Angehörigen durch Suizid verloren haben, begehen signifikant häufiger selbst einen Suizid oder Suizidversuch.⁵¹ Literatur über die Leiden der Zurückgebliebenen gibt es zuhauf.⁵²

Beim assistierten Suizid sind die Angehörigen und auch die Pflegenden von Anfang an Mitbeteiligte. Sie müssen zum geplanten Suizid Stellung beziehen. Sie könnten allenfalls den Suizid verhindern oder sie beschleunigen ihn. Vielleicht müssen sie auch zuschauen, obwohl sie gerne Lebenshilfe leisten würden. Unterschiedliche Auffassungen

von Angehörigen und Professionellen zur assistierten Selbsttötung können auch bei nicht direkt an der Durchführung der Selbsttötung Beteiligten zu massiven emotionalen und moralischen Spannungen sowie Zerwürfnissen innerhalb von Familien und Teams führen.

Eine belgische Ehefrau, deren Mann mit assistiertem Suizid aus dem Leben gegangen ist, beschreibt ihre seelische Verfassung so:

„Tagelang habe ich mich immer wieder gefragt, welches der richtige Tag sein könnte, ihn zum Sterben zu bringen (le faire mourir), aber ich konnte nicht einmal mit ihm darüber sprechen [...] Am Ende haben wir mit dem Arzt einen Termin vereinbart, aber da ich ihm [dem Ehemann, d. Verf.] versprochen hatte, ihm nichts zu sagen, konnte ich ihm nicht einmal sagen ‚ich liebe Dich‘ oder ‚Danke‘. Am Tag seiner ‚Sterbehilfe‘ sind wir beide gestorben ... er physisch und ich psychisch...“ [Übersetzung d. Verf.]⁵³

Von niederländischen Ärzten und Schwestern, die Euthanasie ausüben, wurde schon in den 1990er Jahren berichtet, dass viele sich in psychiatrische Behandlung begeben mussten und unter diversen Symptomen litten.⁵⁴ Der Guardian berichtet von der Ärztin Marie Louise, die miterlebte, wie eine Ehefrau ihren schwerkranken Mann zur ‚Sterbehilfe‘ drängte. Während der Ferien der Ärztin wurde die ‚Sterbehilfe‘ ohne ihr Wissen von einem Arztkollegen durchgeführt. Noch Monate später erschien sie irritiert und dachte daran, ihre Praxis aufzugeben: „Wie kann ich hier bleiben? Ich bin eine Ärztin und kann nicht einmal für die Sicherheit meiner verletzlichsten Patienten sorgen.“⁵⁵

6. Schlussfolgerungen

Die Zulassung von assistierten Suiziden und Tötung auf Verlangen in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens hat gravierende Langzeitfolgen. In Krankenhäusern, Palliativstationen und Pflegeeinrichtungen werden besonders schutzbedürftige Menschen betreut. Sie haben durch ihr Alter oder ihr Leiden oft nicht einfache Lebensaufga-

ben zu bewältigen. Manchmal kommen sie auch an den Rand ihrer Kräfte. Zur Bewältigung brauchen sie Beistand, Anteilnahme und Hilfe. Die Zulassung von assistierten Suiziden in Pflegeheimen und damit die Entscheidung, Lebenswertbeurteilungen vorzunehmen und nicht mehr helfend einzugreifen, fügt der gesamten Betreuungskultur großen Schaden zu. Das Vertrauen zu Ärzten, Pflegenden und Betreuern wird grundlegend gestört, da niemand mehr sicher sein kann, ob in einer Krise oder existentiellen Not-situation wirklich alles getan wird, um das Leiden zu beheben oder zu lindern.

Wenn Beihilfe zum Suizid sozusagen ins Angebot aufgenommen wird, ist damit zu rechnen, dass Anfragen und Durchführungen von assistierten Suiziden zunehmen werden (Werther-Effekt). Dies zeigt sich an der Zunahme der assistierten Suizide in Schweizer Heimen wie auch in anderen Ländern, die ‚Sterbehilfe‘ in Institutionen schon länger betreiben. Die Suizidprävention wird torpediert und psychiatrische und palliative Arbeit behindert, zum Teil verunmöglicht. Es kommt zur Banalisierung des Suizids.

Wichtige Prozesse am Lebensende oder im therapeutischen Prozess werden verhindert, wie eine Abrundung des Lebens, die Versöhnung mit dem Vergangenen und den Angehörigen sowie das Erlebnis, als Person trotz fehlender Leistung wertgeschätzt und geliebt zu werden. Angehörige und Pflegende werden durch das Miterleben von assistierten Suiziden traumatisiert, es ist mit menschlichen Zerwürfnissen im Team und Kündigungen wertvoller Mitarbeiter zu rechnen.

Es spricht alles dafür, in einer Institution ein antisuizidales Klima und ein gutes menschliches Milieu zu schaffen, welches Suizide aller Voraussicht nach verhindert. Eine lebensbejahende, respektvolle und wertschätzende Haltung allen Menschen gegenüber stellt die Grundlage für ein gelungenes Zusammenleben in der Institution dar. Schulung des Personals sowohl in der empathischen Fühlungnahme als auch im Erkennen von seelischen Notlagen und psychischen Erkrankungen

sowie das Erkennen von Frühwarnzeichen von Suizidalität sind notwendig für rechtzeitige und fachkundige Interventionen. Ein echtes Sich-Annehmen der auftretenden Probleme im Leben und am Ende des Lebens ermöglicht eine erfüllte Tätigkeit für diejenigen, die in Pflege und Betreuung arbeiten, und beugt Burn-out-Erkrankungen vor.

Eine ernstgemeinte und effektive Suizidprävention und das Anstreben eines lebensfrohen und antisuizidalen Klimas in einer Institution schließen die Zulassung des assistierten Suizids aus. Zulassung von assistiertem Suizid widerspricht dem ärztlichen und pflegerischen Berufsverständnis und der Kernaufgabe der psychiatrischen und palliativen Behandlung und Betreuung. Sie widerspricht auch den Menschenrechten und der Schutzpflicht des Staates und der Institution. Es ist empfehlenswert, diese Haltung transparent zu machen und allfälligen Interessenten begründet zu kommunizieren.

Aus den Erfahrungen in Ländern, in denen assistierter Suizid bzw. Tötung auf Verlangen schon länger durchgeführt werden, kann nur dringend empfohlen werden, ‚Sterbehilfe‘ aus den Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens herauszuhalten. Die weitgehende Weigerung der Ärzteschaft wie in der Schweiz und in Österreich, an (Selbst-)tötungen mitzuwirken und die Diskussion über eine neue Kultur der Fürsorge ist von eminenter Bedeutung für die weitere gesellschaftliche Entwicklung.

Referenzen

- 1 Dieser Artikel befasst sich hauptsächlich mit dem assistierten Suizid. Da eine deutliche Parallelität in der Entwicklung zu Ländern besteht, in denen auch Tötung auf Verlangen durchgeführt wird, werden diesbezügliche Erfahrungen einbezogen und mit ‚Sterbehilfe‘ beide Formen angesprochen.
- 2 Höpflinger F., *Memorandum Viertes Lebensalter*, <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>.
- 3 Siehe Autoren der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung (Stern, Largo, Bowlby, Ainsworth, Grossmann, Brisch etc.).

- 4 Portmann A., *Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen*, Benno Schwabe & Co. Verlag, Basel (1944).
- 5 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), *Autonomie und Beziehung*, Bericht zur Tagung vom 7. Juli 2016 des Veranstaltungszyklus „Autonomie in der Medizin“, swiss academies communication, Vol. 11, No 12 (2016); Porz R., Selbstbestimmung ist nicht genug, SAEZ (2018); 99(40): 1386.
- 6 Buchholz A. et al, *Eine öffentliche Debatte, die Schaden verursacht*; Zeit-Fragen-Dokumentation Nr. 4, (1997).
- 7 Z. B. Memorandum der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung zum Urteil des Bundesverfassungsgerichtes über den assistierten Suizid, DPV Information Nr. 71 (2021), S. 13
- 8 Hippokratische Gesellschaft, Argumente zur Ablehnung der Richtlinien der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) „Umgang mit Sterben und Tod“, 27.8.2018, www.hippokrates.ch.
- 9 Rodriguez-Prat A. et al., *Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: a systematic review*, Bioethics (2019); 33(4): 411-240, doi: 10.1111/bioe.12562. Epub.
- 10 Klesse R., *Sorgfalt im Umgang mit Sterben und Tod*, Gastkommentar, NZZ, 31.1.2019.
- 11 Lindner R. et al., *Häufig ambivalent*, Deutsches Ärzteblatt (2021); 118(21): A-1050/B-865.
- 12 Siehe ausführliche Literatur z. B. von Fiedler G., Kapitany T., Lewitzka U., Lindner R., Rados C., Teising M., Schneider B., Wolfersdorf M. u. a.
- 13 Mezuik B. et al., *Suicide Risk in long-term care facilities: A systematic review*, Int J Geriatr Psychiatry, (2014); 29(12): 1198-1211.
- 14 Wojnar J., *Suizidtendenzen demenzkranker Pflegeheimbewohner in Hamburg*, Vortrag bei der International Conference on Suicide Prevention and Crisis Intervention, Hamburg, 1. - 5.9.1991.
- 15 Teising M., *Alt und lebensmüde*, Ernst Reinhard Verlag, München/Basel (1992), S. 106.
- 16 Kanton St. Gallen, Departement des Innern, *Umgang mit ‚Sterbehilfe‘-Organisationen in Betagteineinrichtungen*, Empfehlung der Fachkommission für Altersfragen vom 17.5.2013.
- 17 EXIT Suisse Romande, <https://www.exit-romandie.ch/nos-bulletins-fr1263.html>.
- 18 EXIT Deutsche Schweiz, *Jahresberichte*, <https://exit.ch/aktuell/> (Zahlen 2001-2009 nicht elektronisch zugänglich).
- 19 Abbildung zusammengestellt durch den Autor nach EXIT Suisse Romande, siehe Ref. 17; EXIT Deutsche Schweiz, siehe Ref. 18.
- 20 Unter Euthanasie wird in Belgien und den Niederlanden die Tötung auf Verlangen verstanden, assistierter Suizid ist selten: NL 3,1%, B nicht erfasst, vgl. *Sterbehilfe in der Pandemie: Niederlande verzeichnet mit 7.000 Fällen einen neuen Höchststand*, Bioethik aktuell, 20.1.2022, <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/sterbehilfe-in-der-pandemie-niederlande-verzeichnet-mit-7000-faellen-einen-neuen-hoechststand>). In Kanada wird beides zusammen als MAID (Medical Assistance In Dying) bezeichnet.
- 21 Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2019*, April 2020, <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>, S. 17; Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, *Neuvième rapport aux Chambres législatives*, 2018-2019, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9-rapport-euthanasie-2018-2019-fr-o.pdf>.
- 22 Health Canada, *Second Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2020*, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying/annual-report-2020.html>.
- 23 BGE 142 195 E vom 13.9.2016, https://entscheide.weblaw.ch/cache.php?link=13.09.2016_2C_66-2015&q=&sel_lang=de.
- 24 *Neue Gesetzgebung zu Sterbehilfe in Genfer Pflegeheimen*, NZZ, 30.7.2018, <https://www.nzz.ch/schweiz/neue-gesetzgebung-zu-sterbehilfe-in-genfer-pflegeheimen-ld.1407632>.
- 25 Standesordnung der Foederatio Medicorum Helvetiorum FMH, <https://www.fmh.ch/files/pdf7/standesordnung-fmh.pdf>, S. 5; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI, *Ethischer Standpunkt 1. Pflege im Kontext des assistierten Suizids*, https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online-shop/publikationen/de/docs/2021_10_05_SBK_Ethische-Standpunkte_1_dt.pdf: „Die Anwesenheit der Pflegefachperson beim assistierten Suizid ist nicht Teil des Pflegeauftrags.“
- 26 Siehe z. B. Ziegler W., Hegerl U., *Der Werther-Effekt, Bedeutung, Mechanismen, Konsequenzen*, Nervenarzt (2002); 73: 41-49.
- 27 Z. B. Taiminen T. et al., *A Suicide Epidemic in a Psychiatric Hospital*, Suicide and life threatening behaviour (1992); 23(3): 350-363.
- 28 Persönliche Mitteilungen an den Autor.
- 29 Maio G., *Den kranken Menschen verstehen*, 1. Auflage, Verlag Herder, Freiburg (2020).
- 30 *Der Arzt – mein Sterbehelfer*, SRF 1, Club, 25.9.2018.
- 31 Sprung Ch., *Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective*, Journal of Pal-

- liative Care (2018); 33(4): 197-203; Cook M., *Dutch Nurses Regularly Break Law to Help in Euthanasia*, Bioedge, 3.4.2008, <https://bioedge.org/end-of-life-issues/dutch-nurses-regularly-break-law-to-help-in-euthanasia/>.
- 32 Fuchs T., Lauter H., *Der Fall Chabot. Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht*, Nervenarzt (1997); 68: 878-883.
 - 33 Leiva R. et al., *Euthanasia in Canada : a Cautionary Tale*, World Medical Journal (2018); 64(3): 17-23.
 - 34 Boer Th., *Die Hemmschwelle zur Selbsttötung ist gesunken*, Interview mit dem niederländischen Medizinethiker Theo Boer, Curaviva, Ausgabe 12 (2015), S. 40-41, hier S. 40; Brochier C., Directrice Institut Européen de Bio-éthique, Belgien, persönliche Mitteilung, 21.5.2019.
 - 35 Dopchie C., *The doctor turned into an instrument*, in Devos T. (Hrsg.), *Euthanasia – searching for the full story*, Springer Verlag, Heidelberg, S. 15 ff.
 - 36 Leiva R. siehe Ref. 33.
 - 37 Spanien: Staat verlangt Registrierung von Ärzten, die Sterbehilfe ablehnen, Bioethik aktuell, 1.7.2021, <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelansicht/spanien-staat-verlangt-registrierung-von-aerzten-die-sterbehilfe-ablehnen>.
 - 38 International Conference, UC Louvain-Faculty of Medicine, *Bioethics & Conscience- Freedom of conscience of healthcare professionals and institutions regarding ethically controversial practices*, Brussels, 4.10.2021.
 - 39 Minder J. et al., *Suizid im Alter*, Swiss Archives of Neurology and Psychiatry (2015); 166(3): 67-77, hier S. 73.
 - 40 WHO Definition of Palliative Care, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>.
 - 41 Devos Th. (Hrsg.), *Euthanasia: Searching for the full story*, Springer Nature Switzerland (2021), deutsche Ausgabe: Devos Th. (Hrsg.), *Sterbehilfe in Belgien – Erfahrungen, Reflexionen, Einsichten*, Psychosozial-Verlag, Giessen, erscheint im September (2022).
 - 42 Aktionsplan Suizidprävention Schweiz, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>; Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Deutscher Palliativverband e.V., *Dem Leben wieder eine Chance geben*, https://www.felberinstitut.de/sdm_downloads/dem-leben-wieder-eine-chance-geben/, Suizidprävention Austria, <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/inhalt>.
 - 43 Curaviva, *Begleiteter Suizid in Institutionen mit Unterstützungsbedarf*, rev. Version (2018), S. 7.
 - 44 Z. B. Reisch Th., *Wo kann Suizidprävention ansetzen?* Psychiat Praxis (2012); 39: 257-258.
 - 45 Maio G., *Lieber tot als hilfsbedürftig. Ein Plädoyer für den Hospizgedanken als Alternative zum assistierten Suizid*, Hrsg. Bayerischer Palliativverband, <https://www.bhpv.de/2012/03/16/lieber-tot-als-hilfsbeduerftig-ein-plaedoyer-fuer-den-hospizgedanken-als-alternative-zum-assistierten-suizid/>.
 - 46 Gadebusch-Bondio M.-C., *Das Recht auf Hoffnung im Sterben: Was am Ende zählt*, Deutsches Ärzteblatt (2019); 116(26): A-1272/ B-1048/ C-1036, hier S. 1273.
 - 47 Nestor K., *Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden*, Vortrag, 9.3.2019, Hippokratische Gesellschaft Schweiz.
 - 48 Seibl R. et al., *Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten*, Psychiat Praxis (2001); 28: 316-322; Wolfersdorf M. et al., *Nach dem Suizid eines Patienten – Erfahrungen mit Angehörigen von Suizidenten in der psychiatrischen Klinik*, Psych Praxis (2001); 28(7): 341-344.
 - 49 Wagner B. et al., *Death by Request in Switzerland: Post-traumatic Stress Disorder and Complicated Grief After Witnessing Assisted Suicide*, European Psychiatry (2012); 27(7): 542-546, doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.12.003. Epub.
 - 50 Ajdacic-Gross V. et al., *Suizid – Generelle Aspekte, Epidemiologie, Risikofaktoren, Therapeutische Umschau* (2015); 72(10): 607.
 - 51 Mallon and Gallway (2015), zit. n. Kruse A., *Lebensphase hohes Alter*, Springer Verlag, Wiesbaden, (2018), S. 253.
 - 52 Suizidhinterbliebene Basel, *Was sie für sich als Betroffene tun können*, <https://www.suizidhinterbliebene-basel.ch/selbst-betroffen-was-tun>; AGUS e. V. Angehörige um Suizid, *Tod durch Suizid*, <https://www.agus-selbsthilfe.de/trauer-nach-suizid/die-besondere-schwere-der-suizidtrauer/>; American Association of Suicidology, *Suicide Loss Survivors*, <https://www.suicidology.org/suicide-survivors/suicide-loss-survivors>
 - 53 Devos T., *Euthanasie, l'envers du décor – Réflexions et expériences de soignantes*, édition mols (2019), S. 43.
 - 54 Nach: Hippokratische Gesellschaft Schweiz, *Legalisierung der aktiven ‚Sterbehilfe‘ in der Schweiz?*, Interdisziplinäres Dossier zuhanden des Bundesrates, Zürich, November 1999, S. 45, <https://hippokrates.ch/topic/sterbehilfe/>; z. B. Fenigsen R., *Euthanasie in den Niederlanden*, Issues in Law & Medicine (1990); 6(3).
 - 55 De Bellaigue Ch., *Death on Demand: Has Euthanasia Gone Too Far?*, The Guardian, 18.1.2019, <https://www.theguardian.com/news/2019/jan/18/death-on-demand-has-euthanasia-gone-too-far-netherlands-assisted-dying>.

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 3. April 2022.