



**Ambulanter Hospiz- und  
Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.**

# **Die Mobile Ethikberatung in LIPPE und der Umgang mit dem assistierten Suizid**

**- Veranstaltung Pflegenetzwerk Kreis Höxter am 19.10.23 -**

[a.luedeke@hospiz-lippe.de](mailto:a.luedeke@hospiz-lippe.de)

# Inhalte

- I. Warum brauchen wir (ambulante) Ethikberatung  
- Die Mobile Ethikberatung in Lippe (MELIP) -
- II. Umgang mit Sterbewünschen – der assistierte Suizid
  - Der § 217 - Begriffsklärungen -
  - Suizidbeihilfe - ein marginales Problem ?
  - Hospiz-/Palliativarbeit und Suizidbeihilfe – (k)ein Widerspruch ?
  - Herausforderung für Sorgende und Ihre Einrichtungen
- III. Exemplarische Situationen: Ethikberatung beim assistierten S.
- IV. Die Haltung des Ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienstes zum Umgang mit Sterbewünschen





# Paradigmenwechsel beim Sterben

## Über Jahrtausende galt: Sterben ist Schicksal

- Das zwang die Menschen in eine **passive Rolle**, in der sie sich nur ergeben, in das fügen konnten/mussten, was ihnen widerfuhr
- Der Tod entzog sich menschlicher Verfügungs- und Entscheidungsgewalt (außer Suizid und Mord)
- Der Tod kam meist zu früh und selten zu spät



# Paradigmenwechsel beim Sterben

## HEUTE

- Wird nicht mehr einfach gestorben, sondern erst dann, wenn „sterben (zu-)gelassen“ wird.
- Es ist zentral für heutige Sterbeverläufe, dass wir **mitbestimmen können**, und immer mehr **müssen**, wie und wann wir sterben
- Ausweitung persönlicher Freiheit und individueller Handlungsautonomie
- Verantwortung, Zumutung, **oftmals Überforderung für beide Seiten**



# zentrale ethische Fragestellungen

welche Therapien sind (voraussichtlich) hilfreich/ sinnvoll für Betroffene

- künstliche Ernährung (PEG), -Beatmung, Chemotherapie, OP, . . .

was möchte der Betroffenen, ist in seinem Sinne

- was versteht er unter Lebensqualität
- was sind seine Werte/Lebensziele
- . . .

**medizinischen Optionen**

**Indikation**



**Patientenautonomie**

**Patientenwillen**



# Notwendigkeit von Ethikberatung außerhalb klinischer Ethikkomitees

Die gestellten Fragen gelten nicht nur für den klinischen,  
sondern auch für den **außerklinischen Bereich**

Alten- und Pflegeheime

ambulante Dienste

Einrichtungen der Behindertenhilfe

stationäre Hospize

Arztpraxen

Reha-Zentren

...



# Notwendigkeit von Ethikberatung außerhalb klinischer Ethikkomitees

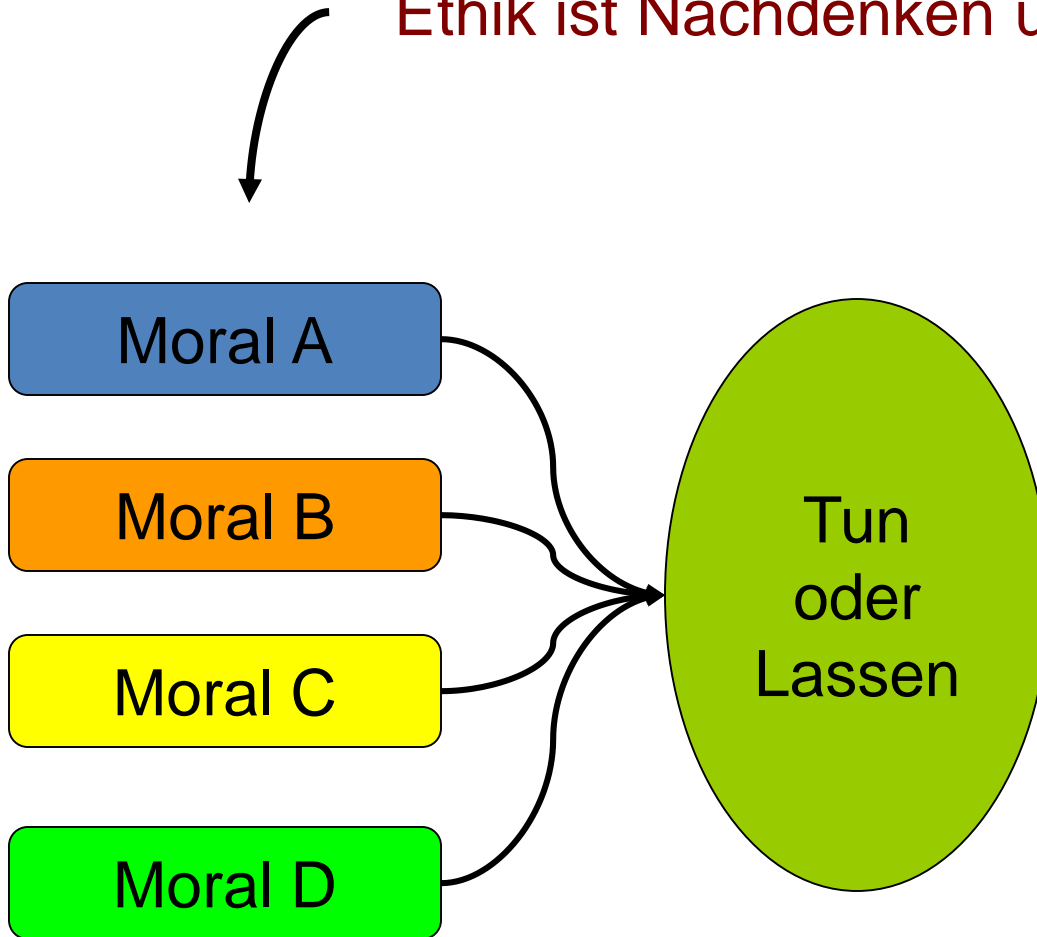
- **Ethikberatung** mit multidisziplinärer Besetzung und breiterer Kompetenz **gibt Orientierungshilfe** in schwierigen Entscheidungssituationen.
- **Ethikberatung übernimmt nicht die Verantwortung, sondern unterstützt Verantwortliche** durch Wertschätzung, strukturierte Reflexion, Abwägen von Werten und Einbeziehung aller Beteiligten.





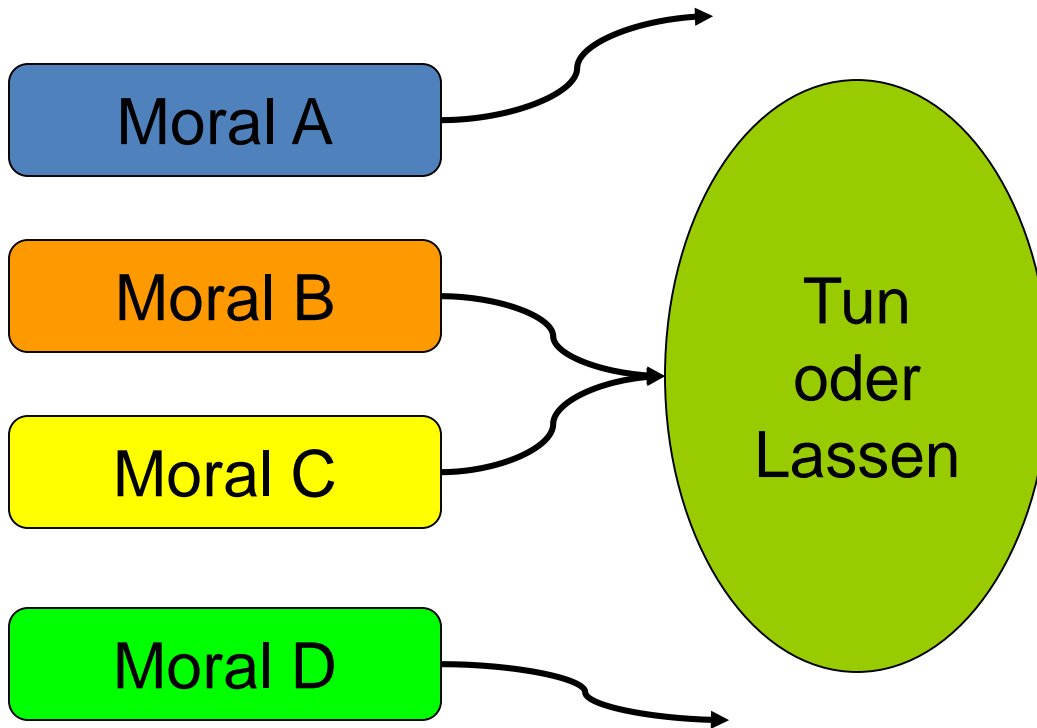
# Was leistet Ethikberatung?

Ethik ist Nachdenken über Moral



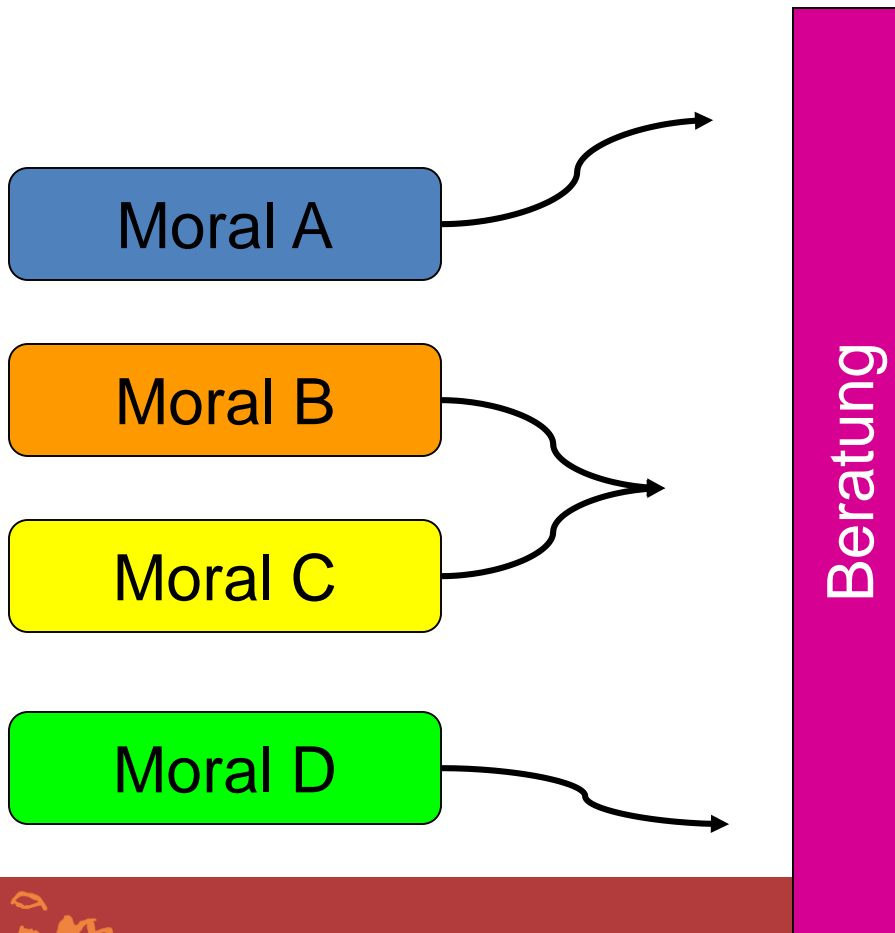
# Was leistet Ethikberatung?

Ethik ist Nachdenken über Moral



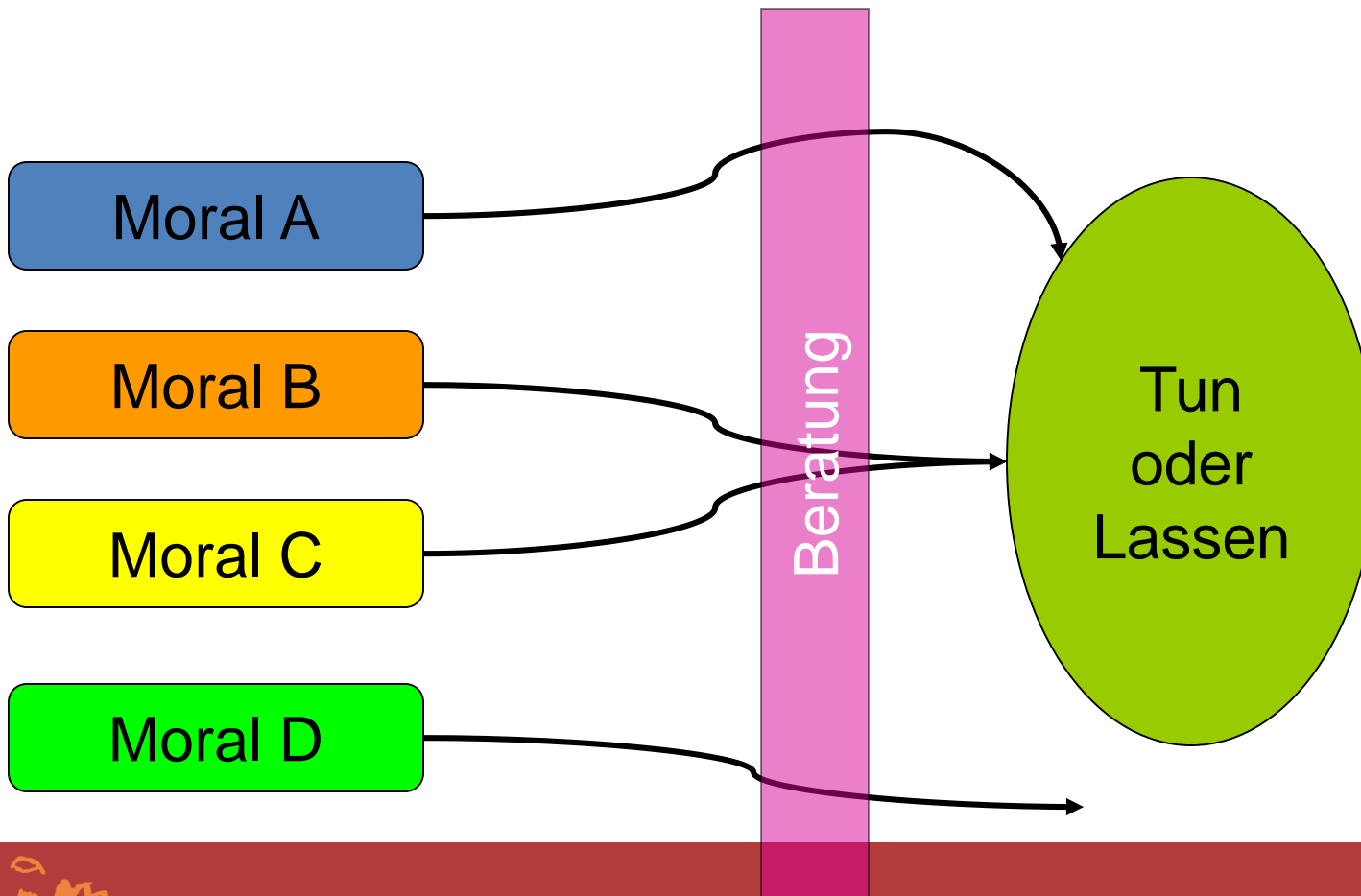
# Was leistet Ethikberatung?

Ethik ist Nachdenken über Moral



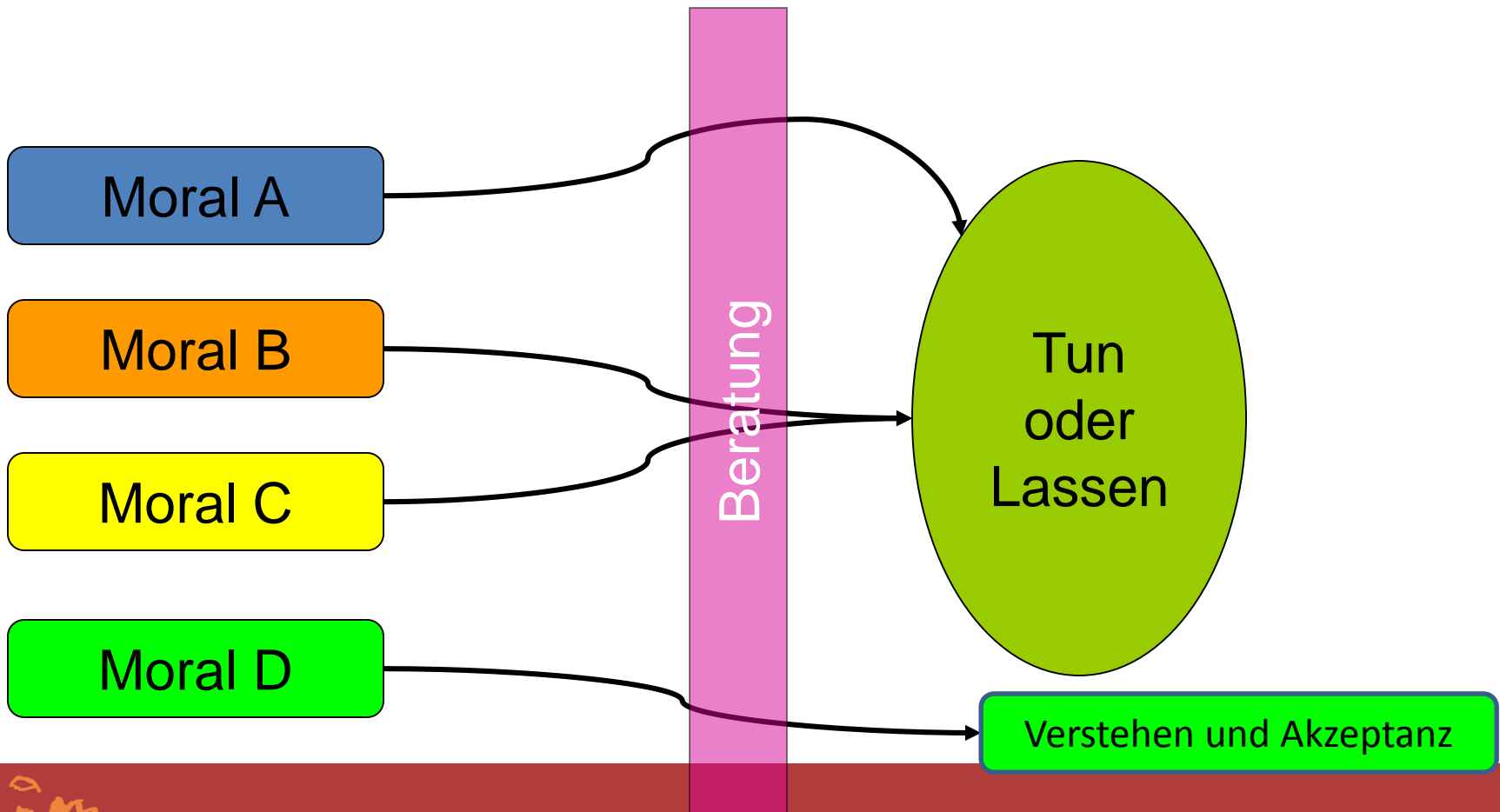
# Was leistet Ethikberatung?

Ethik ist Nachdenken über Moral



# Was leistet Ethikberatung?

Ethik ist Nachdenken über Moral



# Das Palliativnetz Lippe

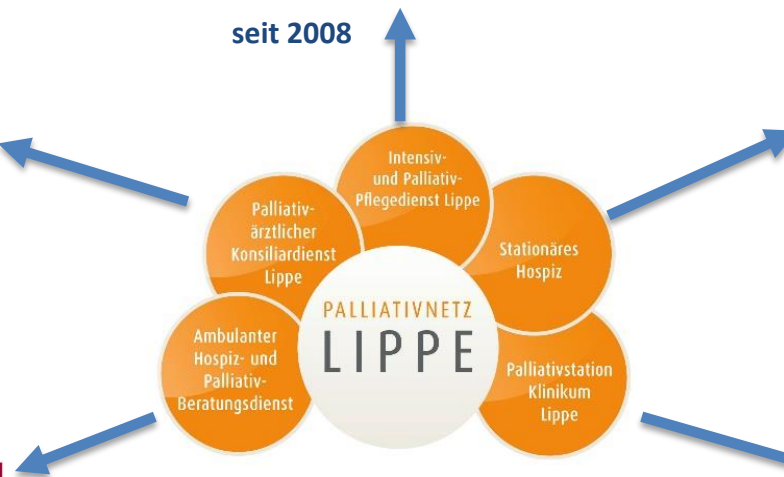


seit 2007

seit 2008



seit 2002



seit 2012

(Vorläufer HPML seit 2000)



seit 1993/1995 als e.V.



VON MENSCH ZU MENSCH

**Palliativstation am  
Klinikum Lippe Lemgo**

seit 2014



Ambulanter Hospiz- und  
Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.



# MELIP-Angebote seit 1.1.2016



- **Ethikberatung**

- Anfrage ist von allen Beteiligten und Betroffenen möglich
- zeitnahe Beratung durch multiprofessionelles ehrenamtliches Beratungsteam (3 Personen)
- Kosten 180 €, Übernahme möglich

- **Erarbeiten von Ethikleitlinien**

- **Fortbildungen, Schulungen**

Ambulanter Hospiz- und  
Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.



## Mobile Ethikberatung in Lippe – MELIP



Ethik ist die Beurteilung eines Tuns  
oder Lassens unter dem Gesichtspunkt  
seines Wertes für den Menschen



Ambulanter Hospiz- und  
Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.





# sonstige MELIP-Aktivitäten



## Erstellung der HANDREICHUNG zum „Umgang mit nachhaltigen Suizidwünschen bei schwerer Krankheit“ unter Mitwirkung der Staatsanwaltschaft Detmold

(Stand: 3/2022 derzeit in Überarbeitung)



Schreiben an die lippischen Bundestagsabgeordneten  
zum geplanten Gesetzgebungsverfahren zum  
assistierten Suizid (4/23)  
mit anschließenden Gesprächen  
und Pressetermin (6/21)





# **Umgang mit Sterbewünschen - der assistierte Suizid -**



# Warum muss sich die Institutionen des Gesundheits- /Sozialwesens mit dem Thema beschäftigen ?

- wir werden im Rahmen unserer Arbeit unvermeidbar mit Fragen dazu konfrontiert werden  
(Patienten/Bewohner/Angehörige/Netzwerkpartner, . . .)
- die Hospiz- und Palliativinstitutionen sollten die Diskussion aktiv mitgestalten weil das Thema „Würdiges Sterben“ ihr ureigenstes Thema ist → es geht um das Selbstverständnis der Hospiz-  
/Palliativbewegung
- alle Institutionen haben gegenüber ihren Mitarbeitenden/  
Ehrenamtlichen eine Fürsorgepflicht und müssen Handlungsspielräume klar definieren



# Ziel der Auseinandersetzung mit Sterbewünschen

**Anstöße geben** um eine eigene Einstellung/ Haltung zu finden bzw. zu reflektieren.

- Es geht nicht darum, was richtig und was falsch ist → ergebnisoffen erörtern
- Bei aller Notwendigkeit von roten Linien sollte eine **ausreichend große Grauzone Raum für unterschiedliche Meinungen zulassen**

Da man sich bei diesem hochkomplexen Thema nicht einig werden kann gilt als wichtigste Regel des Umgangs:

**→ Dissens friedlich aushalten! (HALTUNG)**



# § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(Regelung im StGB von 2015 bis 2020)

*(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu **geschäftsmäßig** die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*

**Ziel: Verhinderung der **geschäftsmäßigen** Förderung der Selbsttötung**

➔ **geschäftsmäßig** bedeutet **nicht** an Gewinn orientiert, sondern **auf Wiederholung angelegt**



# Am 26.2.2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht den § 217 StGB für verfassungswidrig und somit nichtig

geklagt hatten Schwerkranke, Sterbehilfeorganisationen, Palliativmediziner, . . .

## Aussagen des BVerfG:

- es gibt ein **Recht auf selbstbestimmtes Sterben** , das schließt die **Freiheit** ein, **sich das Leben zu nehmen** und dabei **Angebote Dritter in Anspruch zu nehmen**  
Voraussetzung: freiverantwortlich, wohlerwogen, nachhaltig
- Aber: **Der Gesetzgeber darf (nicht muss) die Suizidbeihilfe regulieren**





**Nach dem Urteil kommt es zu vielfältigen, z.T. hochemotionalen Reaktionen, obwohl zunächst lediglich der Rechtszustand vor der Verabschiedung des § 217 wiederhergestellt wurde**

### **Beispiele:**

- **Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**  
Rückmeldungen von Bestürzung und Sorge bis Freude und Erleichterung
- **Dt. Hospiz- und Palliativverband (DHPV)**  
Urteil mit Bestürzung und Bedauern aufgenommen
- **Dt. Ärzteblatt** Paukenschlag - während die einen es als Sieg der Autonomie des Menschen sehen, werten es andere als einen Angriff auf den Lebensschutz
- **Kirchen** „Das Urteil stellt einen Einschnitt in unsere auf Bejahung und Förderung des Lebens ausgerichtete Kultur dar“ aber auch „Das Urteil ist eine wichtige Klärung. Es zeigt, dass die Würde des Menschen auch das Selbstbestimmungsrecht des Menschen beinhaltet.“

**Inzwischen werden die Stellungnahme zunehmend sachlicher und differenzierter. . .**



# Was ist jetzt wichtig:

- eine **Versachlichung des Themas**  
(weniger erhobene Zeigefinger und Katastrophenszenarien)
- Orientierung an **konstruktiv geführten Disputen** zum Thema  
(z.B.: Dt. Gesell. f. Palliativmedizin, EKD, Diakonie, Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, Ärztekammer Westfalen-Lippe, . . .)
- eine **Blick auf die internationale empirisch-wissenschaftliche Literatur.**  
insbesondere auf die Erfahrungen aus anderen Ländern bezüglich der Befürchtungen von Menschen bei einer Regelung der Suizid-Beihilfe



# Kategorien von Sterbewünschen

- Sterbewünsche im Allgemeinen sind Alltag in der hospizlich/palliativen Begleitung.
- Der Wunsch nach assistiertem Suizid ist dabei (noch) eher selten.
- Es gilt zunächst immer zu erfassen, was ein Sterbewunsch tatsächlich zum Ausdruck bringt.



# KATEGORIEN DER EINSTELLUNG ZUM TOD

1. Ich bin nicht bereit für den Tod und akzeptiere ihn nicht.
2. Ich bin nicht bereit für den Tod, aber akzeptiere ihn.
3. Ich bin bereit für den Tod und akzeptiere ihn.
4. Ich bin bereit für den Tod, akzeptiere ihn und wünsche mir, der Tod würde kommen.
5. Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen, habe aber keinen bestimmten Plan.
6. Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen und habe einen bestimmten Plan.

(Jox 2022 i.A.a. Dürst et al 2020 und Schroepfer 2006)



# Worüber reden wir ?

Für die Kommunikation braucht es Klarheit und Sicherheit im Umgang mit den Begrifflichkeiten . . .

Sterbebegleitung

Sterbehilfe

Therapiezieländerung

indirekte Sterbehilfe

assistierter Suizid

Tötung auf Verlangen

. . . .



# ~~Stichwort Sterbehilfe~~

wichtig: klare Trennung der Begriffe

## Suizidbeihilfe



## aktive Sterbehilfe

bis 2015 strafrechtl. nicht geregelt!

(2015 – 2020 gesetzl. geregelt)

→ (§ 217 StGB)

Hilfeleistung zur Selbsttötung, z.B.  
durch Beschaffung und Bereitstellung  
des tödlichen Medikament

→ in Deutschland **erlaubt**

→ § 216 Tötung auf Verlangen

(§ 211 Mord / § 212 Totschlag)

gezielte Herbeiführung des Todes durch  
Handeln auf Grund eines tatsächlichen  
oder mutmaßlichen Wunsches einer  
Person

→ in Deutschland **verboten**



# weitere Definitionen

## indirekte Sterbehilfe

- bei der Verabreichung starker Schmerzmittel mit dem Ziel der Schmerzlinderung wird eine mögliche Lebensverkürzung in Kauf genommen

➔ in Deutschland **erlaubt**

## passive Sterbehilfe

- lebensverlängernde Maßnahmen (z.B. Beatmung, künstliche Ernährung, OP, Chemo, . . .) werden nicht begonnen/beendet
- Begriff ist missverständlich **besser „sterben lassen“**

➔ in Deutschland **erlaubt**



# (Gegenwärtige) Praxis der aktiven (?) Sterbehilfe in D.

1995 ergab eine repräsentative Umfrage unter in Deutschland tätigen Ärzten:

- 6 % der Klinikärzte  
11 % der niedergel. Ärzte } haben Fälle erlebt, bei denen aktive SH praktiziert wurde
- 0,8 % der Klinikärzte  
7,8 % der niedergel. Ärzte } haben selbst dem Tötungswunsch eines Patienten entsprochen

DÄB Jg. 95, Heft 43, 23.10.98





# Gegenwärtige Praxis der Suizidbeihilfe in D.

- bezogen auf die letzten Jahre nehmen durchschnittlich 65 Bürger jährlich in der Schweiz Suizidbeihilfe in Anspruch (Borasio 2014;96)
- bisher gibt es in **Deutschland** keine verlässlichen Zahlen (keine Pflicht zur stat. Erfassung)
  - 2021: 346 (DGHS, Sterbehilfe Deutschland, Dignitas Deutschland)
  - 2022: 570
- **87 Menschen entschieden sich 2021 trotz „grünem Licht“ fürs Weiterleben**



# Entwicklung in Ländern, in denen der assistierte Suizid erlaubt ist

In **Oregon** (USA), ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid seit über 20 Jahre klar geregelt. Dort . . .

- . . . ist die Gesamtzahl der assistierten Suizide ist niedrig geblieben
- . . . hat das Vertrauen der Bevölkerung in ihre Ärzte nicht Schaden genommen



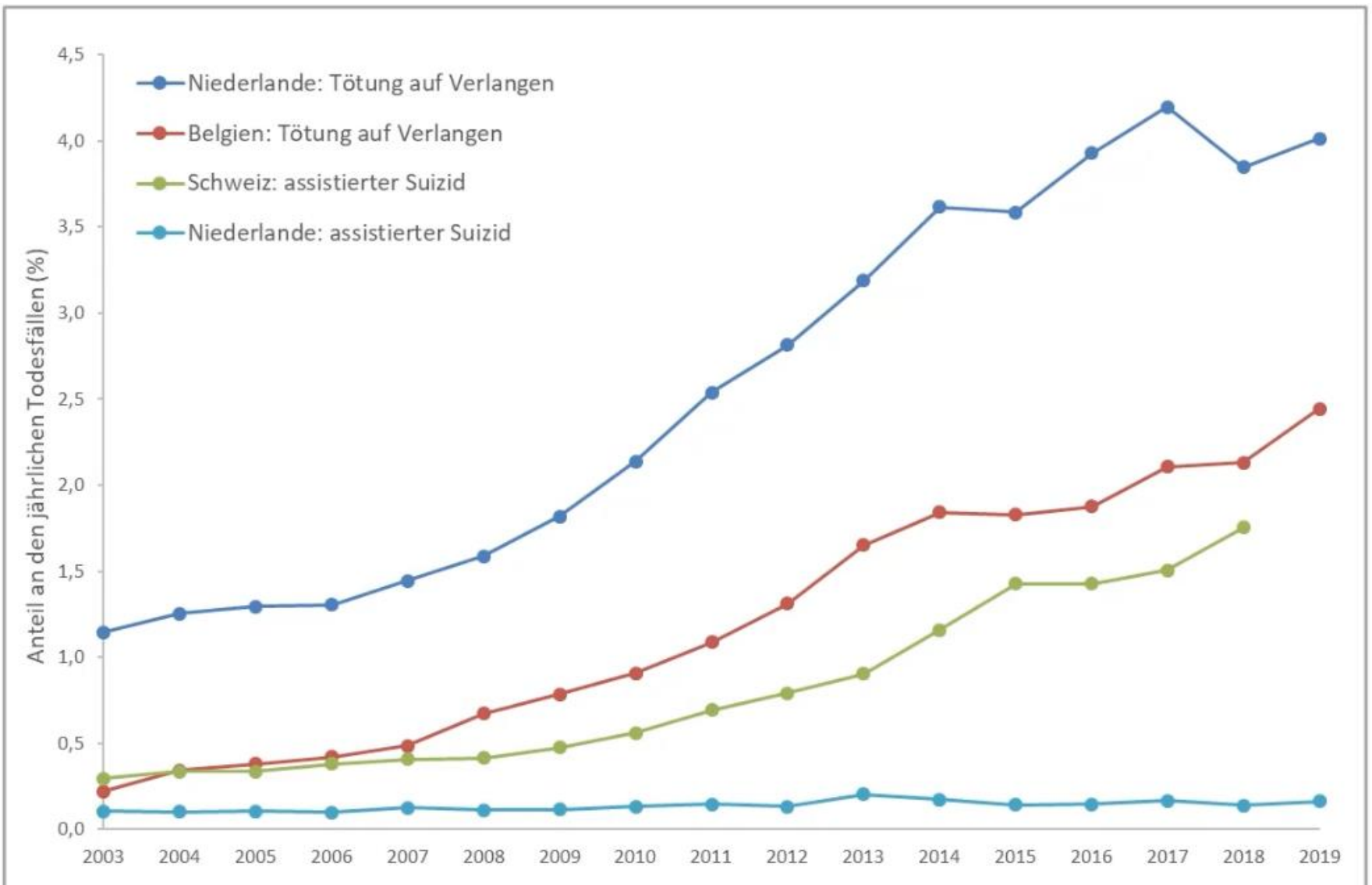
- . . . hat sich die Palliativversorgung deutlich verbessert, da die Regelung eine obligatorische Aufklärung über palliativmedizinische Möglichkeiten vorsieht
- . . . hat die Suizidbeihilfe nicht dazu geführt, dass Angehörige nach dem Tod vermehrt belastet sind
- . . . konnte kein sozialer Druck auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen (z.B. Ältere, Mittellose, Behinderte, ethnische Minderheiten) festgestellt werden



# Entwicklung in Ländern, in denen die aktive Sterbehilfe erlaubt ist

- die internationalen Daten zeigen einen deutlichen Anstieg der Sterbehilfefälle dort, wo die Tötung auf Verlangen erlaubt ist (BeNeLux).
- wo auch der assistierte Suizid erlaubt ist überwiegt klar die aktive Sterbehilfe.
- das deutet an, dass Pat. es vorziehen, wenn Ärzte ihre Tötung vornehmen.
- die Verfügbarkeit ärztlich durchgeführter Tötungen scheint die Hemmschwelle für die Bitte um Lebensverkürzung ganz erheblich zu senken





aus: Simon A, Schmidt KW: Sterbehilfe in der Welt <https://www.mediathek-hessen.de/index.php?ka=1&ska=medienview&idv=23162> (08.05.2021)



# Suizidbeihilfe ein marginales Problem?

- dort, wo nur Suizidhilfe erlaubt und klar geregelt ist (Oregon), betrifft diese Praxis nur weniger 0,5 % der Sterbefälle
- die „**passive Sterbehilfe**“ (das Sterben zulassen) betrifft hingegen in Europa ca. 50 % der Sterbefälle
- das bedeutet, dass die **Vermeidung von Übertherapie am Lebensende** hundertmal wichtiger ist als jede Regelung zur Sterbehilfe



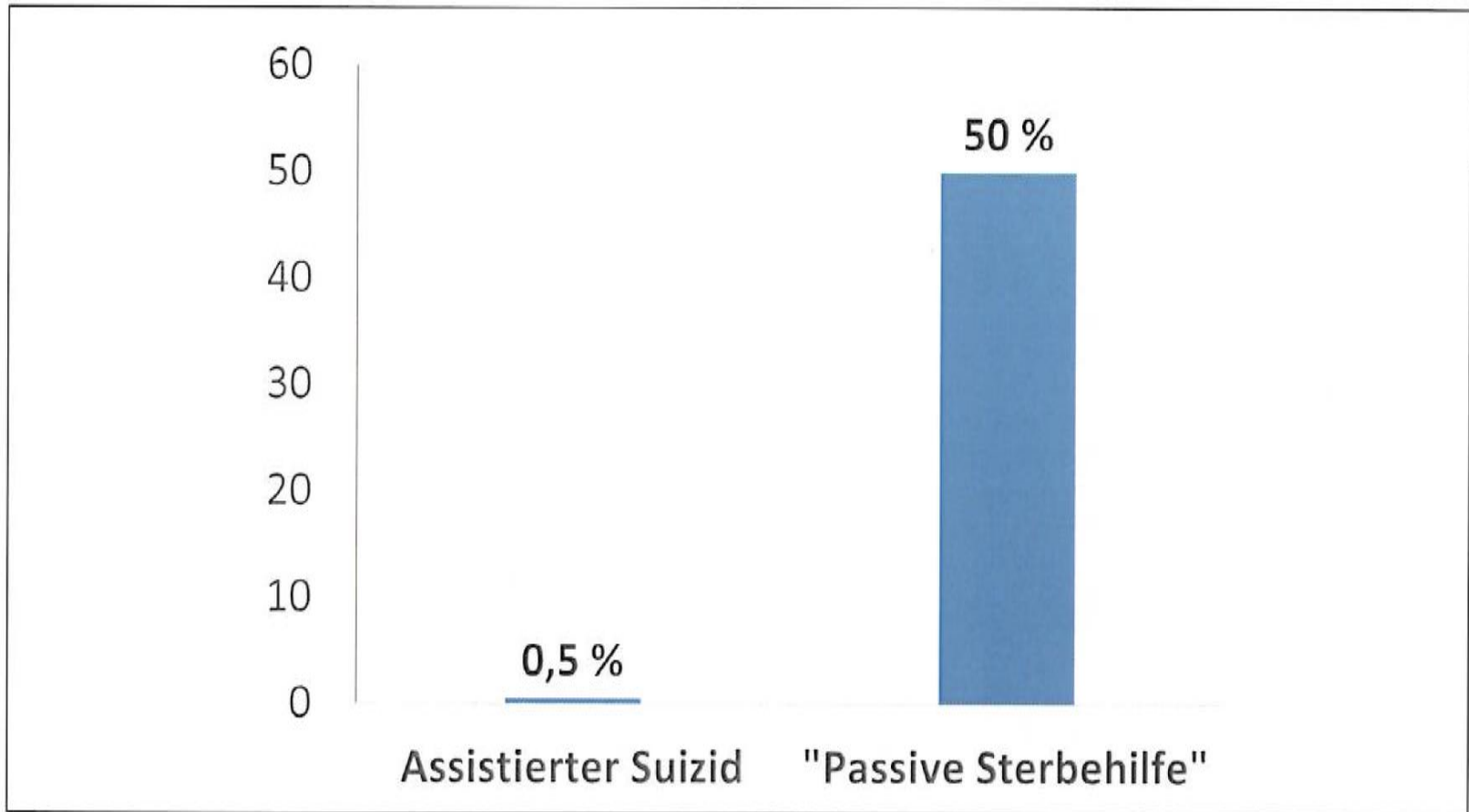


Abb. 2: Häufigkeit von Suizidhilfe und „Passiver Sterbehilfe“ am Lebensende



Über eins sollten wir uns nicht täuschen: Was unsere Selbstbestimmung am Lebensende wirklich einschränkt, ist nicht das Fehlen einer Regelung zur Suizidhilfe, sondern die unzureichende pflegerische und (immer noch) palliative Versorgung sowie vor allem die im Gesundheitssystem allgegenwärtige ökonomisch motivierte Übertherapie.

J. D. Borasio

(hospiz zeitschrift 5/2015; 24)





# Hospizarbeit und Suizidbeihilfe – (k)ein Widerspruch ?

Nicht alle schwerkranken Patienten können ihr Schicksal - trotz größtmöglicher menschlicher Zuwendung und optimaler medizinischer und pflegerischer Hilfen annehmen.

Nicht von jedem dieser Kranken kann und darf erwartet werden, dass er Quellen des Lebenssinns in sich erschließt oder Energie mobilisiert, die ihn Schicksalsschlägen der beschriebenen Art standhalten lassen.



# Hospizarbeit und Suizidbeihilfe – (k)ein Widerspruch ?

Daraus folgt, dass palliativmedizinische beziehungsweise hospizliche Versorgung einerseits und ärztliche Beihilfe zum Suizid andererseits einander nicht grundsätzlich ausschließen.

Beide Weisen ärztlicher und pflegerischer Hilfeleistung am Lebensende verhalten sich nicht antagonistisch, sondern (letztlich) komplementär zueinander: Ärztliche Suizidbeihilfe **kann zu einer äußersten Maßnahme** palliativer Medizin werden. Unter Umständen ist sie nach Auffassung des Autors nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten.

*Michael de Ridder*



# ethische Herausforderung

Sterbewünsche können als Wunsch angesehen werden, den eigenen Tod zu beschleunigen.

Dies ist nicht im Sinne der WHO-Definition von Palliative Care: die besagt:

***„Palliative Care trachtet danach, den Tod weder zu beschleunigen noch zu verzögern“***

Für Sorgende stellt sich die Frage, wie sie diese Diskrepanz mit ihrem Palliativverständnis in Einklang bringen können.



# Herausforderungen für die Einrichtungen

Je nach Setting, indem ein assistierter Suizid gewünscht ist, müssen sich ambulante und stationäre hospizlich/palliative Einrichtungen mit Fragen auseinandersetzen:

- können wir uns die Begleitung eines Menschen beim assistierten Suizid vorstellen ?
- was bedeutet Begleitung in diesem Fall konkret ?
- falls wir eine Unterstützung ablehnen, lassen wir es zu, dass von außen kommende Personen den Suizid in unserer Einrichtung unterstützen ?

**Wichtig:** Dem moralischem Stress der Mitarbeitenden vorzubeugen hat hohe Priorität. Sie haben das Recht einen Suizid zu begleiten aber auch ihn abzulehnen. Aus der individuellen Gewissensentscheidung darf niemandem ein Nachteil erwachsen.



# Was müssen wir tun ?

- § 216 StGB sollte bestehen bleiben (Tötung auf Verlangen)
- Stärkung von Hospiz- und Palliativversorgung = Suizidprävention
- Die Haltung zum Thema sollte in allen Institutionen reflektiert, schriftlich fixiert und untereinander kommuniziert werden
- Qualifizierung aller im Gesundheitswesen Tätigen im Umgang mit Sterbewünschen
- Aufklärung der Bevölkerung über alle Möglichkeiten der Versorgung am Lebensende
- Stärkung der „Vorsorge“ (Pat.-verfügung, Vorsorgevollmacht, ACP)
- ...





## Gründe für Suizidwunsch

Warum möchten Sie sich das Leben nehmen?

Was müsste geschehen, damit sie auf einen Suizid verzichten?

Was fürchten Sie, wenn Sie an morgen, nächste Woche usw. denken?

## Krankheit und Therapie

Welche Erkrankungen haben Sie?

Welche Symptome haben Sie?

Welche Behandlungen / Medikamente brauchen Sie?

Welche Hilfen / Pflege brauchen Sie?

Worunter leiden Sie (besonders)?

Wie erleben Sie Abhängigkeit?

## Glauben und Werte

Religiöse / kirchliche Bindungen?

Was erwarten Sie nach dem Tod?

Möchten Sie religiöse Begleitung?

## Dauerhaftigkeit

Seit wann haben Sie sich mit dem Gedanken beschäftigt?

Haben Sie schon früher einmal an Suizid gedacht oder ihn versucht?

Kennen Sie Menschen, die sich getötet haben oder es versuchten?

## Lebenswunsch

Was macht Ihnen Freude / Hoffnung?

Worauf freuen Sie sich, wenn Sie an morgen, nächste Woche usw. denken?

Wie haben Sie früher Belastungen, Schicksalsschläge bewältigt?

## Alternativen zum Suizid

Verzicht auf lebenserhaltende Therapie?

Palliativmedizin?

FVNF?

Palliative Sedierung?

## Informierte / beteiligte Personen

Wer weiß davon?

Mit wem haben Sie darüber besprochen?

Wie denken diese Personen darüber?

## Bezugspersonen

Menschen, die Ihnen besonders am Herzen liegen? Wer? Warum?

Wer soll Sie beim Suizid begleiten?

Wie denkt Ihre Familie über Ihren Wunsch / Plan?

Was würden Ihre Eltern sagen, wenn Sie es wüssten / noch lebten?

## Wünsche zur Durchführung

Wann?

Wo?

Wie?

Wer würde beim Suizid assistieren?

Vorgehen beim Misslingen













# Assistierter Suizid - Fall 3.2

♀ 88 J.



## Ethikberatung

- 3 Ziele
  - will selbst bestimmen, wann sie nicht mehr leben will
  - möchte Garantie, dass Suizid gelingt und sie nicht reanimiert wird
  - möchte Tablette in der Schublade „Notausgang“, „Sicherheit“
- Alternativen:
  - Therapieverzicht  $\emptyset$  / FVNF  $\emptyset$  („kein Masochist, kein Held“)
  - Palliativmedizin  $\emptyset$  „schlechte Erfahrungen bei Freunden, gelitten“
- Pflegeheim will ihr „nicht im Weg stehen“

Zeitpunkt zum Suizid noch nicht gekommen  
Lebenswille und Freude noch vorhanden



# Assistierter Suizid - Fall 4.1

♀ 74 J.



- Witwe seit 40 Jahren, 2 Kinder
- Sohn vorsorgebevollmächtigt
- Multisystematrophie seit 4 Jahren
- seit 2 Jahren Pflegeheim
- immer schwächer, voll pflegedürftig
- isst und trinkt selbstständig, Schluckprobleme
- wechselnde Schmerzen, Gefühlsstörungen in Armen
- Luftnot, Sprechen fällt schwer
- Bezugspersonen:
  - Sohn (würde Mutter beim Suizid begleiten)
  - Hausärztin (akzeptiert Wunsch, will aber nicht beim Suizid assistieren)
  - Pflegeteam



# Assistierter Suizid - Fall 4.2

♀ 74 J.



## Ethikberatung

- Ziele
  - will seit Diagnosestellung nicht mehr leben
  - möchte so rasch wie möglich sterben
- Alternativen
  - Kontakt mit Dignitas-Deutschland ⇨ Rahmenbedingungen abgelehnt
  - FVNF eher nicht gewollt
  - Palliativmedizin akzeptiert
- Pflegeheim akzeptiert den Wunsch, Suizid könnte im Heim stattfinden

Nachdenken über Alternativen, Gespräch mit HÄ,  
Suche nach Assistenz







# Assistierter Suizid - Fall 5.2

♂ 82 J.



## Ethikberatung

- Ziele
  - will noch Abschied nehmen
  - möchte innerhalb der nächsten 2 Wochen sein Leben beenden
- Alternativen
  - FVNF nicht gewollt
  - Palliativmedizin bereits intensiv genutzt
  - Palliative Sedierung als Alternative diskutiert

Hausarzt bereit zu palliativer Sedierung  
und Assistenz beim Suizid übernehmen



# Die Haltung des AHPB Lippe zum Umgang mit dem assistierten Suizid

## E C K P U N K T E



# Haltung des AHPB Lippe I

- **Sterbe-/Suizidwünsche** werden in der Hospiz- und Palliativarbeit häufig geäußert und **sind zulässig**.
- Suizid und Suizidbeihilfe sind **rechtlich zulässige und im Einzelfall auch ethisch vertretbare Möglichkeiten**. Es besteht jedoch **kein Rechtsanspruch** darauf und es gibt es **keine Verpflichtung, Beihilfe dazu zu leisten**.
- **Wir weichen Gesprächen darüber nicht aus und klären über die Vielzahl alternativer Möglichkeiten auf**.
- An erster Stelle der Auseinandersetzung mit Sterbewünschen steht zwingend immer die Klärung, warum das Leben für eine betroffene Person als nicht mehr lebenswert erscheint.



# Haltung des AHPB Lippe II

- **Es gehört nicht zu den Aufgaben des AHPB, von sich aus Beihilfe zum Suizid anzubieten**
- Wenn jedoch im **Einzelfall** ein Menschen einen Suizid als letzten für ihn gangbaren Ausweg sieht, lassen wir ihn dabei nicht allein, sondern begleiten ihn bei Bedarf.  
Dabei gilt:
  - es geht ausschließlich um Begleitung, nicht um die Beschaffung von Medikamenten, die Organisation des ass. Suizids o.ä.
  - die Entscheidung einen Menschen beim Ass. S. zu begleiten ist i.d.R. Ergebnis einer kollegialen Beratung der Koordinierenden zusammen mit der jeweiligen ehrenamtlich begleitenden Person
  - im Bedarfsfall ist eine ethische Fallbesprechung durchzuführen



# Procedere beim AHPB Lippe zur Findung einer gemeinsamen Haltung

- Erarbeitung eines Entwurfs durch den ggf. Koordinator
- Erörterung mit dem Vorstand
- Erörterung mit dem Team der hauptamtlich Mitarbeitenden
- Erörterung in den 5 lokalen Aktiven-Gruppen
- Endredaktion mit einem Medizinethiker
- Verabschiedung des Papiers durch den Vorstand

**Prozessdauer: 6 Monate (5/20 – 11/20)**



