

Sterbehilfe? Suizidhilfe? Bei Kindern?

Kinderpalliativmedizinische Perspektiven und Praxiserfahrungen

Prof. Dr. Boris Zernikow

Nachdenken



Begrifflichkeiten „Sterbehilfe“ vor dem Urteil des BGH vom 26.02.2020

Bisherige Terminologie	Nationaler Ethikrat	Internationale Debatte
Aktive Sterbehilfe (§ 216 StGB)	Tötung auf Verlangen	Euthanasia (killing on demand)
Beihilfe zum Suizid (BGH 1984, BÄK 2004)	Beihilfe zur Selbsttötung	Assisted suicide; Medical Assistance in Dying (MAiD)
Indirekte Sterbehilfe (BGH 1996)	Therapien am Lebensende	Alleviation of pain and symptoms with possible life-shortening effect
Passive Sterbehilfe (BGH 1994, 2003, 2005)	Sterbenlassen (Sterben zulassen)	Non-treatment decision (withhold / withdrawal of treatment)

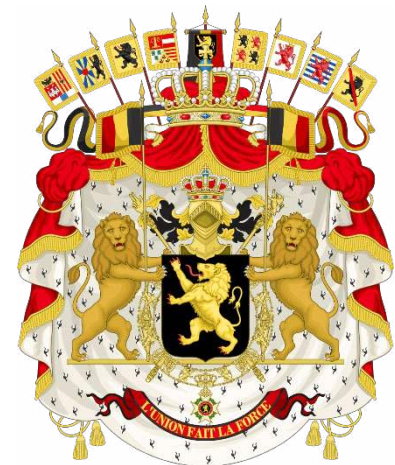
Situation in den Niederlanden, Luxemburg und Belgien

- Altersgrenze für den Wunsch nach **Tötung auf Verlangen**
 - **Belgien:** 0 Jahre
 - **Niederlande:** 12 Jahre,
(auch gegen den Willen der Eltern (>15 J)
oder ohne Willensäußerung des Kindes)
 - **Luxemburg:** 16 Jahre

Gesetzgebung in Belgien

1. Intentionale Tötung des Patienten durch jemand anderen
2. Schriftliche Anfrage, ohne Druck und wiederholt
3. Urteilsfähigkeit beim Anfragenden gegeben
4. Unheilbare Krankheit/Situation (z.B. nach Unfall)
5. Leiden kann nicht anders gelindert werden

- Auch vorausverfügend möglich
- Zweiter Arzt nötig
- Kontroll-Kommission etabliert
- Bei Kindern
 - Eltern müssen einverstanden sein
 - Psychologe/Psychiater wurde konsultiert



Aufhebung der Altersgrenze – 2013/2014

- Expertenanhörung: 20. Februar und 6. März
- Weitere Anhörungen: 23. April; 4. und 15. Mai
- Interne Diskussion: 12./26. Juni; 17. Juli, 9. Oktober
- Gesetzentwurf: 16. Oktober

- *Schriftliche Stellungnahmen*

- Interne Diskussion: 6./19./27. November 2013
- **Verabschiedung:** 13.02.2014

- Belgische Ärzte, die im Zeitraum Juni 2007 und November 2008 Minderjährige in den Tod begleiteten, sprachen sich zu 69% für eine Ausweitung des Gesetzes auf Minderjährige aus (Pousset 2011)

Frage 1

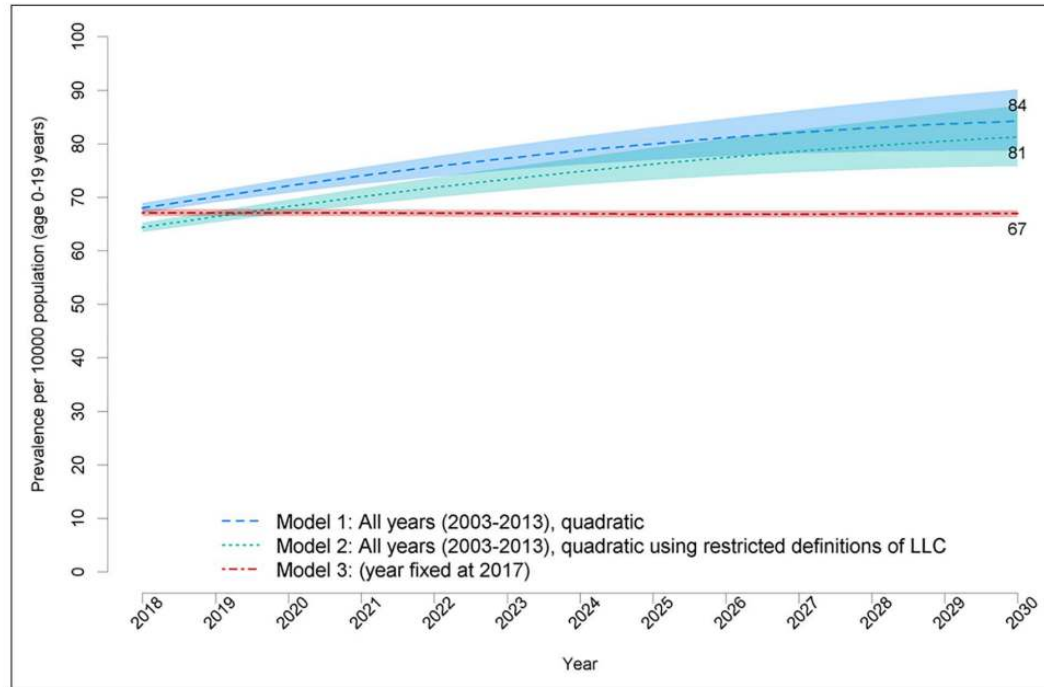
- Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des **ärztlich assistierten Suizids** oder der **Tötung auf Verlangen** für Kinder und Jugendliche?



Frage 1

Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des **ärztlich assistierten Suizids** oder der **Tötung auf Verlangen** für Kinder und Jugendliche?

Fraser LK et al. Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England. Palliat Med 2021;35(9):1641



Prävalenz lebenslimitierender Erkrankungen

2001/02: 27 pro 10.000

2017/18: 66 pro 10.000

=> **100.000** Kinder und Jugendliche in Deutschland

2030/31: 67 bis 84 pro 10.000

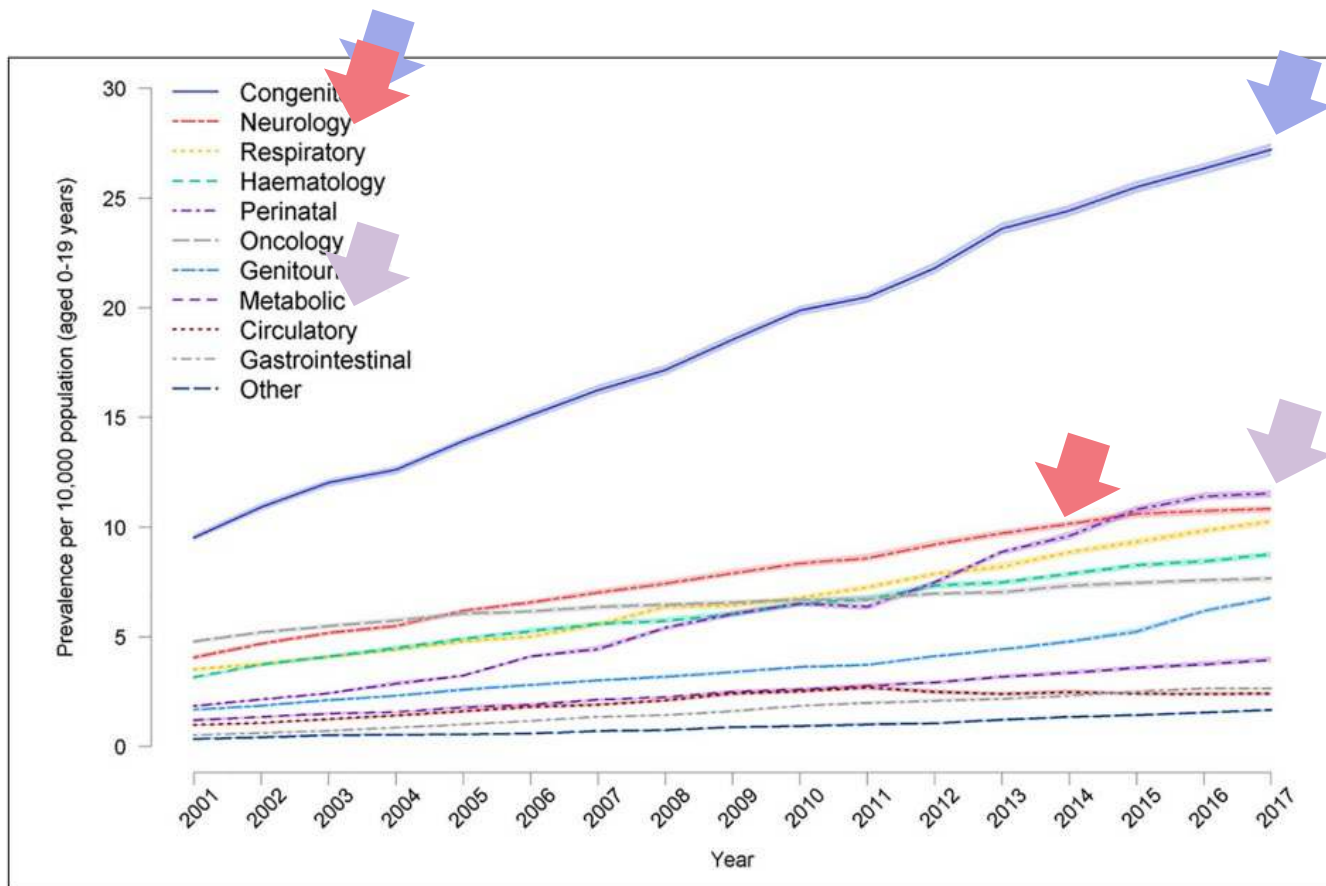
=> **134.400** Kinder/Jugendliche in Deutschland

Prävalenz lebenslimitierender Erkrankungen 2001-2017

Frage 1

Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des ärztlich assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen für Kinder und Jugendliche?

Fraser LK et al. Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England. Palliat Med 2021;35(9):1641

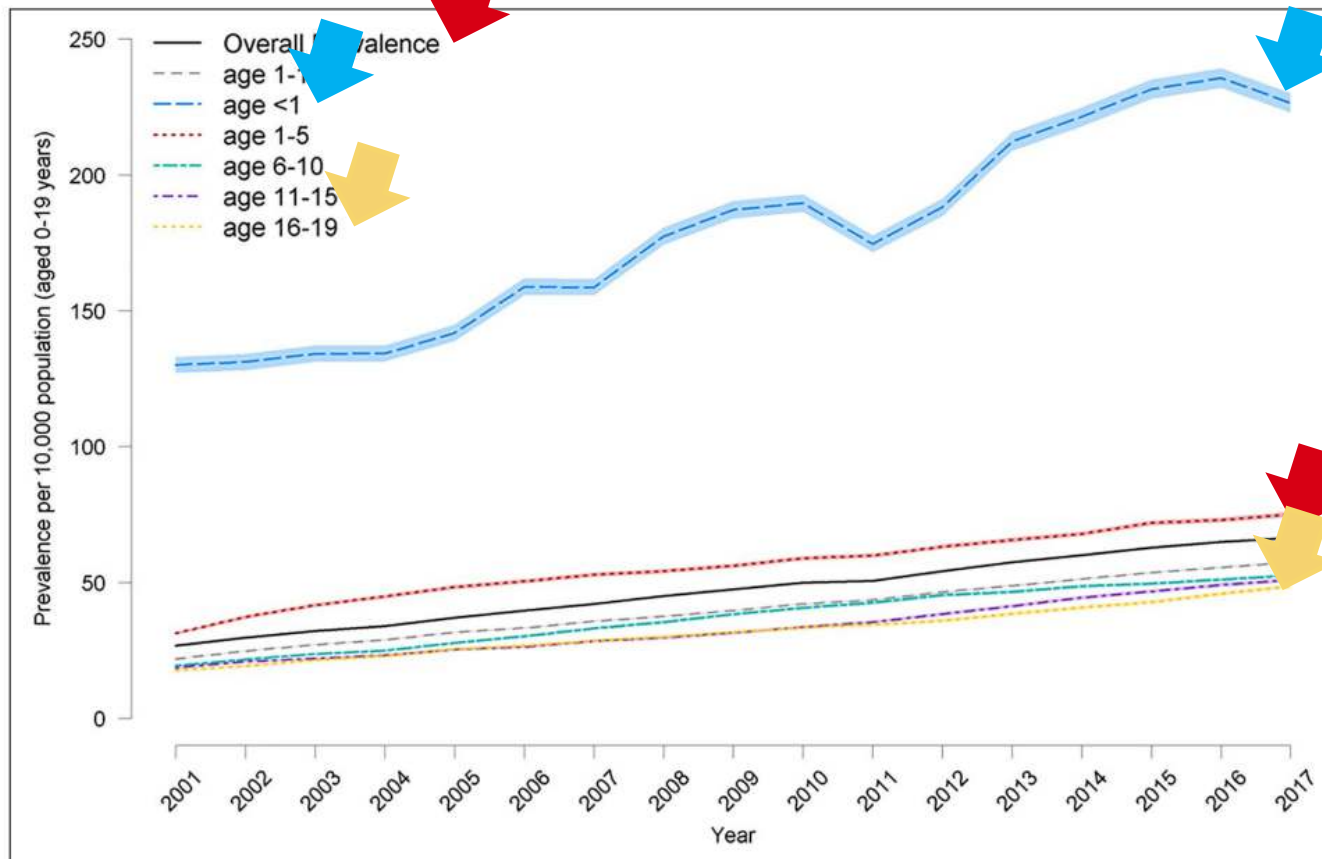


Prävalenz lebenslimitierender Erkrankungen 2001-2017

Frage 1

Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des ärztlich assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen für Kinder und Jugendliche?

Fraser LK et al.
Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England. Palliat Med 2021;35(9):1641



Betroffene sind überwiegend

- schwerst-mehrfachbehindert
- sehr jung
- kognitiv stark retardiert

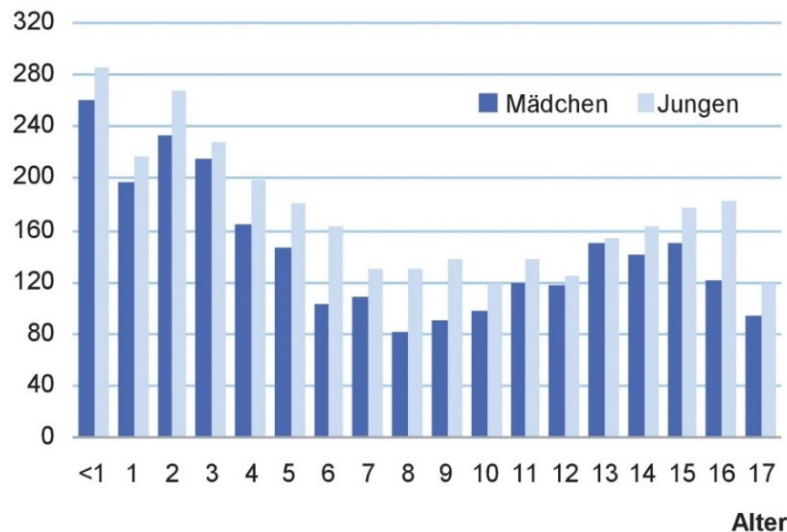
Frage 1

Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des **ärztlich assistierten Suizids** oder der **Tötung auf Verlangen** für Kinder und Jugendliche?

Wenn betroffene Kinder krebskrank sind, dann ...

- ... sind sie oft sehr jung
- ... leiden sie oft an Hirntumoren

Alters- und geschlechtsspezifische Erkrankungsraten
(pro 1 Million der jeweiligen Altersgruppe)*



Frage 1

Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des ärztlich assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen für Kinder und Jugendliche?

Epidemiologie – Tötung auf Verlangen

Frage 1

Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des ärztlich assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen für Kinder und Jugendliche?

▪ Erwachsene, Belgien

- n=235 (2003) => n=1.807 (2013) => 2.699 (2021)
- 2,4% aller Todesfälle
- Nicht-terminal kranke Patienten: 16%
- n=4 < 20 Lebensjahren

▪ Kinder, Belgien seit 28/02/2014

- 1 einziges Kind berichtet (2019)

▪ Kinder, Niederlanden: n=16 (12-18 Jahre) zwischen 2002 – 2021

Quellen

- <https://statbel.fgov.be/de/themen/bevoelkerung/mortalitaet-lebenserwartung-und-todesursachen/sterblichkeit>
- <https://euthanasiecommissie.nl>
- Afgelopen jaar werd tien procent meer euthanasie verleend | De Standaard:
https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/fcee-cijfers-2021_persbericht-totaal.pdf
- <https://www.statista.com/statistics/1098051/number-of-euthanasia-instances-registered-in-belgium/>

Frage 1

- Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des **ärztlich assistierten Suizids** oder der **Tötung auf Verlangen** für Kinder und Jugendliche?



Frage 2

- Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?



Einflussfaktoren von Entscheidungen bei Kindern

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

- **Kind**
 - Alter
 - Entwicklungsstand
 - Medizinische Situation

- **Andere Personen**
 - Eltern
 - Geschwister
 - Großeltern
 - Peers
 - Versorger

Kinder und ihre Entwicklung

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

- Identitätsentwicklung
- Moralentwicklung nach Kohlberg
- Kognitive Entwicklung nach Piaget
- Intelligenzentwicklung
- Entwicklung von Glaube und Vertrauen nach Fowler

Entwicklungs- und lebensalterbasierende Regelungen

- Zugang zu Alkohol und Zigaretten
- Fahrerlaubnis

- Fetenzeiten
- Sex

Phasen der Identitätsentwicklung im Jugendalter (nach Marcia)

▪ Stadium 1

- Jugendliche fühlen sich verwirrt oder überfordert durch die Aufgabe einer Identitätsentwicklung (**Diffusion**), keine stabilen Festlegungen

▪ Stadium 2

- Jugendliche, die sich wenig aktiv um eigene Positionen bemühen, Übernahme vorgegebener Positionen, die auf der Auswahl oder den Werten anderer beruhen; voreilige Identitätsfestlegungen (**Foreclosure**)

▪ Stadium 3

- Jugendliche, die sich intensiv um eine Position bemühen, aber noch nicht festgelegt sind (**Moratorium**)

▪ Stadium 4

- Jugendliche, die nach langem Bemühen zu einer eigenen Position gelangt sind (Identitätsreife; **Achievement**)

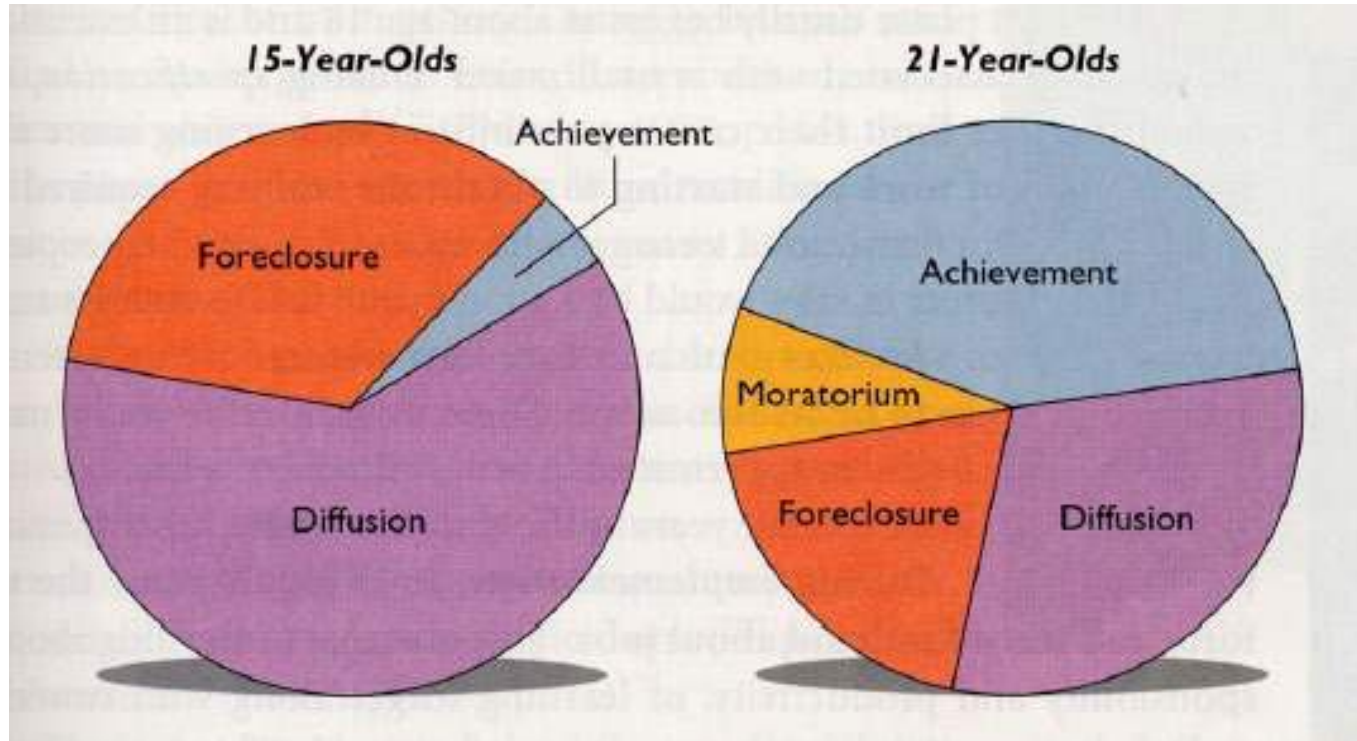
Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

Identitätsstadien nach Marcia

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?



Stadium 1 (Diffusion)

Stadium 2 (Foreclosure)

Stadium 3 (Moratorium)

Stadium 4 (Achievement)

Kognitive Entwicklung nach Piaget - 3 ½ bis 7 Jahren (präoperationales Entwicklungsstadium)

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

- Allmachtsfantasien (Tod verhindern, Schuld)
- Verständnis, dass Alte sterben müssen
- Tod ist ein anderer Zustand der Existenz, z.B. einem Leben im Himmel (Weiterleben unter veränderten Umständen, z.B. auch "verdünnte" Persönlichkeitsreste mit herabgesetzten Lebensfunktionen)

Kinder im Alter von 7 bis 10 Jahren

- kann Endlichkeit von Zuständen erkennen
- versteht den Tod als irreversiblen Vorgang
- betrachtet Tod als endgültiges Ende aller Vitalfunktionen
- hat die Erkenntnis, dass der Tod universal ist
- kann innerorganische Todesursachen verstehen
- hat oft Verstümmelungsängste
- => ANGST
- Benötigen
 - sicheres Umfeld
 - Gespräche (oft nebenbei mit „Fremden“)

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

Kognitive Entwicklung nach Piaget - Kinder im Alter ab 12 Jahren (formaloperationales Stadium)

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

- Tod als definitiver Abbruch aller menschlichen Beziehungen
- Phase von Loslösung/Neuorientierung: vermehrte Angst
- philosophisches oder spirituelles Weltbild (Gerechtigkeit)
- Oft verschlossen

Das Urteil

- Zweiter Senat des Bundesverfassungsgerichts (**26.02.2020**) (2 PvR 2347/15 zu § 217 StGB)

- *das umfassende Recht auf selbstbestimmtes Sterben muss in jeder Phase der menschlichen Existenz gelten*
- Haben damit auch Kinder und Jugendliche ein Recht auf assistierten Suizid?

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

Recht

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

- Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen, Artikel 3 (1), *„das Wohl des Kindes muss vorrangig berücksichtigt werden“*
 - Bei großen Eingriffen bis 18tes Lebensjahr => zusätzliche Einwilligung der Eltern
- Grundgesetz, Artikel 6 (2): *„Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht...“*
- Sorgerecht (§1631c BGB):
 - Eltern dürfen in eine Sterilisation eines Kindes nicht einwilligen
 - Auch das Kind selbst kann nicht in die Sterilisation einwilligen
 - **Eine nicht mehr korrigierbare Entscheidung zur Beendigung des Lebens eines Kindes ist sicherlich nicht vom Sorgerecht gedeckt**

Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychologie



Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

- **Suizidgedanken:** jedes 3. Kind
- **Suizidversuche:** 6-8% aller Kinder/Jugendlicher
- Suizidgedanken und –versuche häufiger als bei Erwachsenen
- **Suizide (jährlich)**
 - Deutschland 10.000/Jahr
 - < 10 LJ 0
 - 10-15 LJ 25/Jahr
 - 16-20 170/Jahr
- **96%** der sich **suizidierenden** Jugendlichen litten an einer psychischen Erkrankung (**75%** aller **psychischen Erkrankungen** starten vor dem 25. LJ)

Jugendliche und Suizidalität

▪ Jugendliche und junge Erwachsene

- **Späte Reifung** von (frontalen) Gehirnarealen für
 - vorausschauende Planung
 - Impulskontrolle ( 21 Jahre;  Mitte 20)
- höhere Empfindlichkeit gegenüber sozialer Zurückweisung
- Mobbing/Abbruch von (Liebes)Beziehungen adoleszenten-spezifische Treiber der Suizidalität (Gedanken, Planung, Versuch)

▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie oft erfolgreich in Lebenskrisen

▪ Suizidprävention

- Gesellschaftliche Prävention (Schule)
- Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln
- In Deutschland: umsetzen und nicht nur reden

Frage 2

Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?

Gerber et al.. J
Am Acad Child
Adolesc
Psychiatry.
48(5):465-470.

Berlin, 29.05.2020

Stellungnahme der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) zum
BVerfGUrteil zu §217 StGB (Urteil des 2. Senats vom 26.2.2020, 2
BvR 2347/15)

Autoren: Katja Becker, Michael Kölch, Paul Plener, Renate Schepker



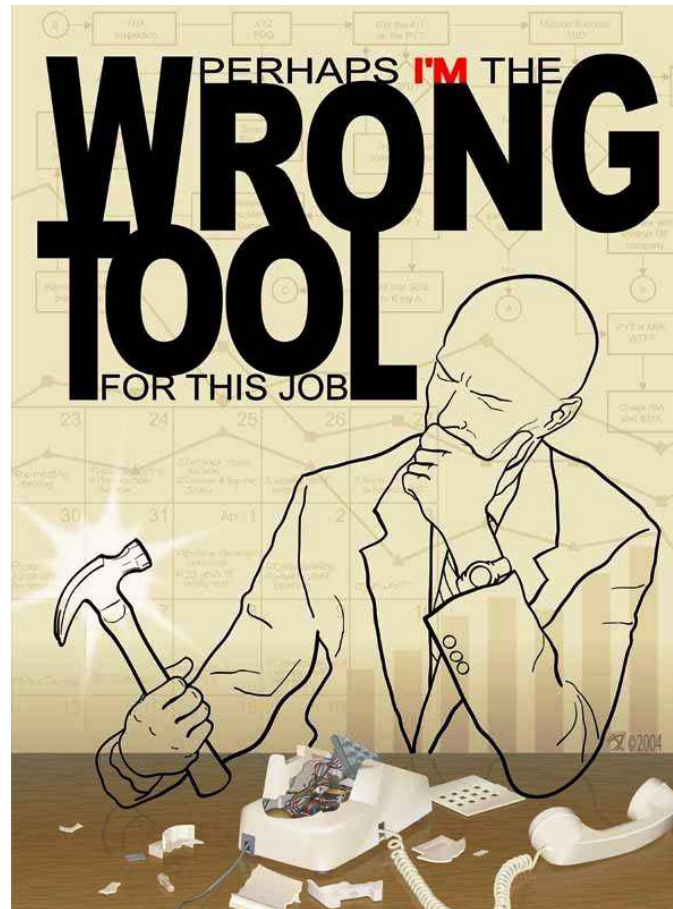
Niedrigschwellige Prävention!
Initiative für ein Suizidpräventionsgesetz in Deutschland

**Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für
Suizidprävention DGS
Teil I**

Frage 2

Was ist zu
bedenken, wenn
die Gesellschaft
Kindern und
Jugendlichen das
Recht einräumt,
einen **ärztlich
assistierten
Suizid** oder die
**Tötung auf
Verlangen** in
Anspruch zu
nehmen?

Zugang zu exzellenter Schmerztherapie – spezialisiert auf Kinder und Jugendliche



Frage 2

- Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?



Frage 3

- Was ist in der pädiatrischen Palliativversorgung wichtiger: **ärztlich assistierter Suizid/Tötung auf Verlangen** oder eine Verbesserung des „**Sterben zulassen**“?



Norbert, schwere Mehrfachbehinderung nach pp Asphyxie

Frage 3

Was ist in der pädiatrischen Palliativversorgung wichtiger: ärztlich assistierter Suizid/Tötung auf Verlangen oder eine Verbesserung des „Sterben zulassen“?

- Erste Aufnahme, 12/2005: Pneumonie: „Sie müssen alles für mein Kind tun“
- Verstorben 08.02.2013: Zuhause friedlich

Herde

- sehr pflegeintensiv
- rez. Pneum., i.d.R. ambulant zu erhalten behandeln
- 5-j. ♂ (Brosler) Vater selbst, Mutter fühlt sich überfordert (Erschöpfung)
- Verhinderungspflege vorhanden
- Elternwunsch: bei resp. Insuff. → Beatmung, Tracheostomie...

(Gespräch Herde - Anne)

Praxis
Dr. med. C. Böcker

Pläne für den Notfall...



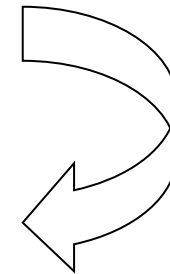
Sterben und Tod

Empfehlungen zum
Vorgehen im
Notfall (EVN)

Erkrankungsbedingtes irreversibles Symptom (Herz- Kreislaufstillstand)

Erkrankungsbedingte Komplikation (Krampfanfall)

Interkurrente Erkrankung (Akute Infektion)



Notfallplan

Palliative Erkrankung

Frage 3

Was ist in der pädiatrischen Palliativversorgung wichtiger: ärztlich assistierter Suizid/Tötung auf Verlangen oder eine Verbesserung des „Sterben zulassen“?

Einwilligungsunfähigkeit → Verortung der EVN

Frage 3

Was ist in der pädiatrischen Palliativversorgung wichtiger: ärztlich assistierter Suizid/Tötung auf Verlangen oder eine Verbesserung des „Sterben zulassen“?

	Patienten- verfügung	Vorsorge- -Vollmacht	Empfehlungen zum Vorgehen im Notfall
Zweck	Willenserklärung in Hinblick auf künftige Behandlung	Betrauung einer Person mit der Entscheidungsvollmacht	Anordnung für Behandelnde bei gewünschter Therapiebegrenzung in bestimmten klinischen Situationen
Inhalt	Allgemeine Aussagen zum gewünschten Behandlungsumfang	Bevollmächtigte Person und Umfang der Vollmacht	Benennung konkreter medizinischer Maßnahmen, die nicht durchzuführen sind
Verfasser	Patient	Patient	Behandelnder Arzt und Patient, soweit möglich
Zeitpunkt der Errichtung	jederzeit	jederzeit	Bei konkreten Anlässen
Limitationen	Häufig unbrauchbar, da zu allgemein und in Unkenntnis der konkreten Situation	Betreuer nicht zugegen; unzureichende Kommunikation mit Patient	Starke Verkürzung des Patientenwillens, häufig schlecht geregelte Umsetzung in der Praxis
Rechtliche Würdigung	Verbindliche Willenserklärung für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit	Verbindliche Übertragung der Entscheidungsgewalt auf Vollmachtnehmer	Unklare rechtliche Stellung

<https://zenodo.org/record/4974145#.Yi9NenrM> KUK

The screenshot shows the Zenodo website interface. At the top, there is a blue header with the Zenodo logo, a search bar, and links for 'Upload' and 'Communities'. Below the header, the date 'June 18, 2021' is displayed, along with 'Other' and 'Open Access' buttons. The main title of the record is 'Vorausverfügungen für Kinder, Jugendliche und einwilligungsunfähige junge Erwachsene'. Below the title, the authors are listed: 'Georg Rellensmann; Carola Hasan; Andrea Beissenhirtz; Thomas Gutmann'. A section titled 'Hier finden Sie:' lists three items: '• Einen erklärenden Begleittext', '• EinwilligungsUNfähige Minderjährige (pedVvN-einwilligungsUNfähige-Minderjährige.pdf)', and '• EinwilligungsUNfähige betreute Volljährige (pedVvN-einwilligungsUNfähige-betreute-Volljährige.pdf)'. Below this, it says 'Dateien, den 18.6.21'. A preview window is open, showing a document titled 'Vorausverfügungen zum Vorgehen in Notfallsituationen für Kinder, Jugendliche und einwilligungsunfähige junge Erwachsene'. The preview content shows the title and the beginning of the text: 'Vorausverfügungen zum Vorgehen in Notfallsituationen für Kinder, Jugendliche und einwilligungsunfähige junge Erwachsene'.

Frage 3

Was ist in der pädiatrischen Palliativversorgung wichtiger: ärztlich assistierter Suizid/Tötung auf Verlangen oder eine Verbesserung des „Sterben zulassen“?

Vorausverfügungen (PedVVN)

Vorausverfügungen zum Vorgehen in Notfallsituationen
für Kinder, Jugendliche und einwilligungsunfähige
junge Erwachsene¹

Begleittext

18.6.21

Vorausverfügung zum
Vorgehen in Notfallsituationen
für einwilligungsfähige Minderjährige

Vorausverfügung zum
Vorgehen in Notfallsituationen
für einwilligungsunfähige Minderjährige

Vorausverfügung zum
Vorgehen in Notfallsituationen
für einwilligungsunfähige, betreute Volljährige

Frage 3

Was ist in der
pädiatrischen
Palliativversorgung
wichtiger: ärztlich
assistierter
Suizid/Tötung auf
Verlangen oder
eine Verbesserung
des „Sterben
zulassen“?

Vorausverfügung zum Vorgehen in Notfallsituationen für einwilligungsunfähige Minderjährige

Patient:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Notfallrelevante Informationen (z.B. Zugänge):

Eltern / Sorgeberechtig(t)e:

Name(n):

Kontakt:

Behandelnder Arzt:

Name:

Kontakt:

Palliativteam / andere:

Name:

Kontakt:

Lebenslimitierende Erkrankung:

Bei dem o.g. Patienten besteht eine schwere, lebenslimitierende Erkrankung. Der behandelnde Facharzt hat mit den Sorgeberechtigten des Patienten und soweit möglich mit diesem selbst ein ausführliches Aufklärungsgespräch darüber geführt, welche Therapieziele und Maßnahmen unter Berücksichtigung der Gesamtprognose und unter Abwägung von Nutzen, Belastungen und Risiken vom Patienten bzw. seinen Vertretern gewünscht und in seinem besten Interesse sind. Auf dieser Grundlage treffen die Eltern/Sorgeberechtigten nach Beratung mit dem behandelnden Facharzt die auf der folgenden Seite benannte Vorausverfügung.

Die Gründe für die umseitig getroffene Vorausverfügung sind in einem zusammenfassenden Protokoll des Aufklärungsgesprächs dokumentiert. Alle Beteiligten wissen, dass diese Vorausverfügung regelmäßig (mindestens jährlich) überdacht und erneuert werden sollte und jederzeit ohne jegliche Nachteile für die Beteiligten von den Sorgeberechtigten - auch mündlich - widerrufen werden kann. Diese Empfehlung soll im Abstand von: 1 Woche, 1 Monat, 3 Monaten, 6 Monaten, 12 Monaten geprüft und ggf. erneuert werden (die kürzeste angekreuzte Option gilt). Die Aktualisierung wird durch erneute Unterschrift bestätigt.

Bei jedem Patienten erfolgt **immer** eine Linderung leidvoller Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Angst oder Unruhe und eine ganzheitliche familienzentrierte Begleitung. Grundsätzlich werden die Eltern/Sorgeberechtigten in einem Notfall so schnell wie möglich kontaktiert. Bis dies erfolgt ist, sollen alle medizinischen Maßnahmen, die im folgenden Abschnitt nicht abgelehnt werden, nach Maßgabe des behandelnden Arztes ohne Einschränkungen eingesetzt werden.

In einer Notfallsituation wünschen die Eltern/Sorgeberechtigten nach Beratung mit dem behandelnden Facharzt das folgende Vorgehen: (bitte genau eine Option ankreuzen, ggf. zusätzlicher Freitext)

Therapieziel => Lebensverlängerung soweit medizinisch möglich und vertretbar

Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel => Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen der Mittel

VERZICHT AUF Herz-Lungen-Wiederbelebung

VERZICHT AUF Herz-Lungen-Wiederbelebung und VERZICHT AUF invasive Beatmung (mit Endotrachealtubus)

Therapieziel => Symptomlinderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

VERZICHT AUF Herz-Lungen-Wiederbelebung und VERZICHT AUF invasive Beatmung (mit Endotrachealtubus) und VERZICHT AUF andere lebensverlängernde Maßnahmen, ausschließlich symptomorientierte, Leid lindernde Therapie

Weitere Empfehlungen und Absprachen (auf fachlich konsistente Therapie achten!)

Ort, Datum	Eltern/Sorgeberechtigte	Facharzt	Pflegfachkraft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum	Eltern/Sorgeberechtigte	Facharzt	Pflegfachkraft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum	Eltern/Sorgeberechtigte	Facharzt	Pflegfachkraft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die oben genannten Empfehlungen verlieren ab sofort ihre Gültigkeit

Ort, Datum	Eltern/Sorgeberechtigte	Facharzt	Pflegfachkraft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Frage 3

Was ist in der pädiatrischen Palliativversorgung wichtiger: ärztlich assistierter Suizid/Tötung auf Verlangen oder eine Verbesserung des „Sterben zulassen“?

Fragen 1- 3

1. Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des **ärztlich assistierten Suizids** oder der **Tötung auf Verlangen** für Kinder und Jugendliche?
 - Nein

2. Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?
 - Kindliche Entwicklung
 - Krankheit
 - Eltern
 - Pädiatrische Palliativmedizinische Expertise
 - Praktische Erwägungen

3. Was ist in der pädiatrischen Palliativversorgung wichtiger: **ärztlich assistierter Suizid/Tötung auf Verlangen** oder eine Verbesserung des „**Sterben zulassen**“?
 - Das Sterben zulassen
 - Die Optimierung der Versorgung

Fragen 1- 3

1. Besteht die dringende Notwendigkeit einer Regelung des **ärztlich assistierten Suizids** oder der **Tötung auf Verlangen** für Kinder und Jugendliche?
 - Nein
2. Was ist zu bedenken, wenn die Gesellschaft Kindern und Jugendlichen das Recht einräumt, einen **ärztlich assistierten Suizid** oder die **Tötung auf Verlangen** in Anspruch zu nehmen?
 - Kindliche Entwicklung
 - Krankheit
 - Eltern
 - Pädiatrische Palliativmedizinische Expertise
 - **Praktische Erwägungen**
3. Was ist in der pädiatrischen Palliativversorgung wichtiger: **ärztlich assistierter Suizid/Tötung auf Verlangen** oder eine Verbesserung des „**Sterben zulassen**“?
 - Das Sterben zulassen
 - Die Optimierung der Versorgung

Medical Assistance in Dying at a paediatric hospital

Carey DeMichelis,¹ Randi Zlotnik Shaul,^{2,3} Adam Rapoport^{4,5,6}

- **Wer spricht die Möglichkeit des assistierten Suizids an?** Der Patient/die Patientin? Die Eltern? Ärzt:innen? (Letzteres wäre „normal“, da wir über alle möglichen Therapieoptionen aufklären: „shared decision making“; eine andere Praxis würde bildungsferne Patient:innen weiter marginalisieren)
- **Wie wird die „Zustimmungsfähigkeit“ beurteilt?** Wenn der Patient/die Patientin als nicht zustimmungsfähig eingestuft wird, wer trifft dann die Entscheidung?
- **Wie gehen wir mit der Situation um, wenn eine pädiatrische Patientin einen ärztlich assistierten Suizid einfordert, die Eltern diesen aber ablehnen?** Oder die Patientin einfordert (z.B. 16 Jahre alt), dass die Eltern nicht darüber informiert werden?

Öffentlichkeitsarbeit

- Soll die Kommunikation über einen ärztlich assistierten Suizid öffentlich geführt werden (für Kinderkliniken)?
 - Leistungsspektrum: „Ärztlich Assistierter Suizid“
- Zwei Wege? (wie immer?)
 - Umgang wie mit Schwangerschaftsabbrüchen
 - Umgang wie mit HIV/AIDS

