

Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen

Inhaltliche und methodische Anregungen zur Diskussion
und zur Meinungsbildung vor dem Hintergrund des
Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom
26.02.2020 zu § 217 StGB

➔ Inhalt

Vorwort	3	Die Suizidassistenz wird voraussehbar zu einer staatlich finanzierten, qualitätskontrollierten Dienstleistung mit Anspruchsberechtigung	17
Hospizliche Anliegen der Begleitung	4	Wir brauchen Mitgefühl und Begleitung aus der Mitte einer solidarischen und sorgenden Gesellschaft.	18
Einführung	4	Forderungen	20
„Mein Leben – mein Sterben!“	5	Stärkung von Hospizarbeit und Palliativversorgung	20
Haltung des DHPV	6	Verbesserung der pflegerischen Versorgung	21
Anregungen zur internen Auseinandersetzung	8	Zugangsgerechtigkeit, Öffentlichkeitskampagnen und verbesserte Information über die Hospizarbeit und Palliativversorgung	22
Bildung einer gemeinsamen Haltung	10	Keine Verpflichtung der Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung zur Durchführung und/oder Duldung des assistierten Suizides	23
Gesellschaftliche Dimension: Suizidassistenz? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft	15	Förderung, Weiterentwicklung und Etablierung von Konzepten zur Suizidprävention / Information und Stärkung der Suizidprävention	23
Die Unterthematization des Sozialen im Urteil des Bundesverfassungsgerichts	15	Weiterführende Texte / Anlagen	
Sterben ist ein sozialer Vorgang, es geht um die Sozialität des Sterbens	15	Arbeitshilfe zur methodischen Umsetzung	24
Die öffentlich verbreiteten Bilder des Sterbens sind weitgehend Schreckensbilder, die eine gewaltsame Beendigungs-Dynamik befördern.	15	Information für die Mitglieder des DHPV zur Entscheidung des BVerfG	29
Die Orientierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Sterben nicht zu beschleunigen und nicht zu verlangsamen“ bleibt bedeutsam.	16	„Mit einem Federstrich“ Artikel in: die hospiz zeitschrift / 3 / 2020 - Nr. 87 / 22. Jg.	32
Der Konsens einer Suizidpräventionsgesellschaft wird aufgelöst.	16	Handreichung des DHPV: „Sterbehilfe – Regulierungen in der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und in Oregon“	36
Obwohl sich die gesellschaftliche Bewertung des Suizids verändert hat, bleibt er ein dramatisches und traumatisches Geschehen.	16	Acht-Punkte-Programm des DHPV	42
Der gesellschaftliche Konsens zur Rolle und zum Ethos der Ärzte wird aufgelöst.	17		
Hospizlichkeit bildet eine orientierungsstiftende Alternative.	17		

Herausgeber

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV)

Erscheinungsjahr: 2021
2. überarbeitete Auflage

➔ Vorwort

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit seinem Urteil vom 26.02.2020 den § 217 StGB für nichtig erklärt, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt hatte. Daraus ist nicht abzuleiten, dass sich für Einrichtungen und Dienste der Hospizarbeit und Palliativversorgung ein neuer Auftrag dahingehend ergibt, die Beihilfe zur Selbsttötung zu organisieren oder selbst anzubieten. Das BVerfG hat in seiner Urteilsbegründung ausgeführt, dass es eine Verpflichtung zur Beihilfe zur Selbsttötung nicht geben darf. Dennoch hat die Entscheidung des Gerichts auch eine Auswirkung für die Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland, vor allem im Hinblick auf die Diskussion in der Gesellschaft zu der Frage, was unter einem würdigen Sterben zu verstehen ist. Es ist als Folge des Urteils zu erwarten, dass von Betroffenen und Zugehörigen direkter und häufiger der Wunsch nach einer Beihilfe zur Selbsttötung an die ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter*innen der Hospizarbeit und Palliativversorgung herangetragen werden wird.

Der Wunsch von Betroffenen nach einer vorzeitigen Beendigung des Lebens ist nicht erst mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts entstanden. Mitarbeiter*innen der Hospiz- und Palliativarbeit war dieser Wunsch auch vor der Entscheidung des Gerichts vertraut. Von schwerstkranken und sterbenden Menschen, die von den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen begleitet und versorgt wurden, wurde dieser Wunsch immer mal wieder geäußert, auch wenn dies nicht sehr häufig vorkam. Hinter dem einzelnen Sterbewunsch stehen in der Regel vielfältige Gründe. Oft wird die Angst vor dem Alleinsein, die Angst vor Schmerzen oder die Angst, anderen zur Last zu fallen in diesem Zusammenhang genannt. Deshalb ist es das Ziel der Hospizarbeit und Palliativversorgung, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass dieser Wunsch nicht mehr vorkommt und hinter neu gewonnenen Perspektiven zurücktritt. Dennoch kann es sein, dass im Einzelfall auch bei umfassender Begleitung und Versorgung der Wunsch weiterhin bestehen bleibt. Das vorliegende Dialogpapier soll in einer solchen Situation eine Orientierung geben, um die eigene Position und die in der jeweiligen Einrichtung bzw. im jeweiligen Dienst geltende Position zur Frage der Beihilfe zur Selbsttötung gemeinschaftlich zu erarbeiten unter Berücksichtigung der Grundsätze der Hospizarbeit und Palliativversorgung und der in diesem Rahmen Mitarbeitenden bei gleichzeitiger Wertschätzung des

Menschen, der diesen Wunsch äußert. Um den Dialog zu fördern und eine hospizliche Haltung in Grenzsituationen zu entwickeln, hat eine Arbeitsgruppe innerhalb des DHPV dieses Dialogpapier entwickelt und hat es in einer ersten Auflage mit Datum vom 19.02.2021 den Mitgliedsorganisationen auf der Landesebene sowie den überregionalen Organisationen, aber auch den Hospiz- und Palliativdiensten und -einrichtungen des DHPV zur Verfügung gestellt.

In der Arbeitsgruppe des DHPV haben Christina Bethke (Syndikusrechtsanwältin des DHPV), Dr. Carmen Breuckmann-Giertz (Beisitzerin), Gerda Graf (Ehrevorsitzende), Angela Hörschelmann (Mitarbeiterin für den Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des DHPV), Isabel Kleibrink (Referentin des DHPV), Dr. Anja Schneider (stellv. Vorsitzende), Dirk Blümke (Beisitzer), Benno Bolze (Geschäftsführer), Paul Herrlein (stellv. Vorsitzender) und Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Vorsitzender) mitgewirkt. Die hier vorliegende zweite Auflage wurde durch einen Text ab Seite 15 mit der Überschrift „Suizidassistenz? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft“ ergänzt. Dieser neue Teil II des Dialogpapiers geht auf die Bedeutung des Urteils für die Gesellschaft ein sowie auf wichtige Fragestellungen in diesem Zusammenhang. Dieser Abschnitt wurde durch Prof. Dr. Reimer Gronemeyer und Prof. Dr. Andreas Heller erarbeitet, die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des DHPV sind. Ebenfalls neu aufgenommen wurde eine Arbeitshilfe zur methodischen Umsetzung des Dialogpapiers, die eine Hilfe sein soll in der Vorbereitung von Veranstaltungen in diesem Zusammenhang (s. Anlage: Arbeitshilfe zur methodischen Umsetzung ab Seite 24).

An dieser Stelle sei den Mitgliedern der o.g. Arbeitsgruppe des DHPV sowie den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats herzlich gedankt, die an der Erarbeitung des Dialogpapiers mitgewirkt haben. Der DHPV bedankt sich darüber hinaus bei allen Teilnehmer*innen des Dialogforums des Vorstands des DHPV mit den Vertreter*innen der sechzehn Landesverbände und überregionalen Organisationen am 27.01.2021. In diesem Forum mit den Mitgliedseinrichtungen, in dessen Rahmen vorwiegend die unter dem Punkt „Bildung einer gemeinsamen Haltung“ des Dialogpapiers beschriebenen Beispiele besprochen wurden, sind weitere wichtige Diskussionspunkte thematisiert worden und im Ergebnis der Diskussion in das Dialogpapier übernommen worden.

Für den Vorstand und die Geschäftsstelle



Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorsitzender



Anja Schneider
Stellv. Vorsitzende



Paul Herrlein
Stellv. Vorsitzender



Benno Bolze
Geschäftsführer

➔ Hospizliche Anliegen der Begleitung

Einführung

Sterben im 21. Jahrhundert – gibt es eine moderne Antwort auf die „ars moriendi“ des Mittelalters? Digitale Suchmaschinen spucken bei Stichwörtern wie „selbstbestimmtes Sterben“ regelmäßig Hinweise auf Sterbehilfeorganisationen aus. Die Gesetzesbezeichnung im US-amerikanischen Raum „Death with Dignity-Act“ („Gesetz über das Sterben mit Würde“) suggeriert durch den Sprachgebrauch bereits die Vorstellung, ein selbstbestimmtes und würdevolles Lebensende sei lediglich oder zumindest vor allem unter den Prämissen des assistierten Suizides denkbar – eine instagramtaugliche und „familienkompatible“ Lösung des Unausweichlichen.

Dabei war es die Hospizbewegung, die sich seit ihren Anfängen für die Beachtung der Selbstbestimmung des Menschen und die Gestaltung der letzten Lebensphase in Würde und nach den Vorstellungen des Betroffenen eingesetzt hat. Die grundlegenden Veränderungen der Sterbebedingungen, die den Zeitpunkt des Todes mit Hilfe neuer technischer und pharmakologischer Möglichkeiten hinauszuzögern vermochten, verstärkten bei den Menschen ein ohnehin bestehendes Gefühl des Ausgeliefertseins und die Sorge vor einem qualvollen Verlauf am Lebensende. Im Gegensatz dazu besann sich die Hospizbewegung darauf, in dieser existenziellen Notlage die grundlegenden Bedürfnisse des Menschen in allen Dimensionen in den Blick zu nehmen, ihm auf Augenhöhe zu begegnen und eine umfassende und dabei angemessene medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung anzubieten. Der Verlauf des Lebens konnte so zu seinem natürlichen Ende finden, ohne künstlich verlängert zu werden, aber auch ohne dieses willentlich und in Abhängigkeiten von Dritten durch einen assistierten Suizid oder eine Tötung auf Verlangen zu verkürzen. Daran hat sich bis heute nichts geändert.

Die Hospizarbeit vermag in der Begleitung Sterbender und der Unterstützung der Zugehörigen auf einen Erfahrungsschatz zurückzugreifen, der sich daraus speist, allen Menschen in ihrer Einzigartigkeit und ihren unterschiedlichen Lebensgeschichten, Leidenszuständen vorurteilsfrei und mit der notwendigen Zeit zu begegnen. Dazu gehört Leiden und Konflikte gemeinsam auszuhalten, ohne dabei aus falschverstandener Fürsorge aufzutreten bzw. vorzugeben, auf alle Fragen eine schnelle oder gar befriedigende Antwort geben zu können. Dies gilt auch für geäußerte Suizidwünsche, deren Ambivalenz und Kontextabhängigkeit in einem verantwortungsvollen Umgang nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Suizidwünsche sind selten „schwarz-weiß“, sondern lassen eine Vielzahl von Deutungen in Graustufen zu, deren Schattierungen wahrgenommen und dementsprechend differenziert begleitet werden

sollten. Unkritisch eine „Freiverantwortlichkeit“ zu unterstellen und einen Handlungsauftrag zur Realisierung der Lebensbeendigung abzuleiten, wird der Komplexität und Widersprüchlichkeit des Menschen nicht gerecht. Dies betrifft insbesondere die schwer erkrankten Menschen, die in Folge der Erkrankung und in der Auseinandersetzung in existentielle (Sinn- und Lebens-) Krisen geraten können. Durch die multiprofessionelle und auf Empathie und Verständnis beruhende Begleitung ist es häufig möglich, gemeinsam mit der suizidwilligen Person die Gründe für die Suizidwünsche herauszuarbeiten und Lösungswege zu finden, die die Lebensqualität entscheidend verbessern und den Wunsch auf vorzeitige Beendigung des Lebens in den Hintergrund treten lassen.

Angesichts dessen trägt auch der Staat bzw. die Gesellschaft als Ganzes die Verantwortung dafür, den betroffenen Menschen durch ein flächendeckendes Angebot der Suizidprävention weitere Handlungsoptionen zu eröffnen und damit dem Selbstbestimmungsrecht gerade auch vulnerabler Personengruppen Geltung zu verschaffen. Die hospizliche Erfahrung lehrt uns, dass selbst bei Menschen, bei denen auf den ersten Blick eine vermeintlich selbstbestimmte und freiverantwortliche Entscheidung für den assistierten Suizid plausibel erscheint, elementare und für die Entscheidungsfindung relevante Informationen den Betroffenen entweder unbekannt sind oder ihnen unzutreffend vermittelt wurden. Auf der Basis fehlender oder falscher Informationen kann eine selbstbestimmte und freiverantwortliche Entscheidung jedoch mit guten Gründen angezweifelt werden. Wiederkehrende Fehlannahmen existieren beispielsweise in der öffentlichen Wahrnehmung der Behandlungsmöglichkeiten von ALS-Patient*innen, so dass aufgrund der Befürchtung eines Todes durch qualvolles Ersticken der assistierte Suizid als vermeintlich einziger Ausweg in das Bewusstsein gerückt wird. Dabei können hier in vielen Fällen durch gute palliative und hospizliche Begleitung Alternativen aufgezeigt werden, die ein friedvolles Sterben ermöglichen. Unklarheiten bestehen auch häufig in der juristischen Einordnung von Handlungen rund um den Begriff „Sterbehilfe“, so dass beispielsweise ein rechtlich unproblematischer Behandlungsabbruch durch Abschalten des Beatmungsgerätes bei Betroffenen, Angehörigen oder medizinisch-pflegerischem Personal als strafbare aktive direkte Sterbehilfe eingeordnet oder zumindest subjektiv als eine solche empfunden wird.

Die Hospizarbeit und Palliativversorgung vermögen in solchen und ähnlich gelagerten Fällen aufgrund der jahrzehntelangen Erfahrung der ganzheitlichen Begleitung von sterbenden Menschen in den unterschiedlichsten Krankheitsbildern und sozialen Konstellationen, durch gezielte

am Wohl des Patienten orientierte Aufklärungsarbeit einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung zu leisten.

In der gesellschaftlichen Debatte und in dem individualistisch geprägten Ringen um ein selbstbestimmtes Sterben am Lebensende bleibt dabei bisweilen auch die Auswirkung des assistierten Suizides auf die Zugehörigen, die „Durchführenden“ und letztlich auch auf die Gesellschaft insgesamt unerwähnt oder wird als zu vernachlässigende Folgewirkung klein geredet. Die Hospizarbeit hat ihre Aufgabe stets auch darin gesehen, das Familiensystem sowie die Bedürfnisse der Zugehörigen, deren Belastung sowie deren Trauer in den Blick zu nehmen und hier adäquate Unterstützung anzubieten.

In den letzten Jahrzehnten hat die Begleitung von Trauernden in den Diensten und Einrichtungen der Hospizbewegung nicht nur in Bezug auf die Sterbesituation sondern gerade in Bezug auf eine nachgehende Begleitung an Bedeutung gewonnen. Oft wirken sich die Todesumstände und die Rituale des Abschiedes positiv oder eben erschwerend auf den Trauerprozess aus. Trauer nach Suizid wird in der Forschung – unabhängig von der Art des Selbsttötungsgeschehens – immer wieder als erschwerend auf Trauerprozesse dargestellt und in der täglichen Begleitungsarbeit erlebt.

Die Hospizarbeit beschränkt sich jedoch nicht auf die einzelne Begleitung eines Menschen und seines Bezugssystems, sondern stellt auch das Sterben in der Gesellschaft in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen. Vermeintliche Randphänomene wie der Zugang und Einbezug von Kindern zu den Themen Sterben, Tod und Trauer oder die Einsamkeit und Isolation vieler Menschen als „Trigger“ für Suizidwünsche werden in das gesellschaftliche Bewusstsein gerückt und häufig „der Finger in die Wunde gelegt“.

Die Hospizbewegung hat somit mit ihrer auf Achtsamkeit und Wertschätzung beruhenden „Sorgekultur“ nicht nur Relevanz im Kontext des Sterbens, sondern auch das Potenzial einer Vorbildfunktion für das gesamtgesellschaftliche Miteinander. Gerade auch das hospizliche Ehrenamt ist Teil dieser Gesellschaft und verbindet mit dem sichtbaren Zeichen einer gelebten Solidarität die Hoffnung eines differenzierteren, weniger defizitorientierten Blicks auf den letzten Abschnitt des Lebens. Bisweilen erscheint die Hospizarbeit in ihrer gegen die Selbstoptimierung ausgerichteten Begleitung, die sich der Planbarkeit und Effizienz widersetzt, etwas aus der Zeit gefallen. Aber vielleicht liegt gerade darin ihre Stärke und Innovationskraft für die Zukunft.

„Mein Leben – mein Sterben!?“

Wesentliches Anliegen der Menschen, die sich im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung engagieren, ist es vor allem, Menschen zu begleiten, die schwer erkrankt sind und sterben werden. Ebenso gehört die Sorge um die Zugehörigen in der Sterbephase und in der Trauer zu den wesentlichen hospizlichen Aufgaben.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 bedeutet für die Gesellschaft an sich und ihren Umgang mit Krankheit und Tod eine wesentliche Zäsur. Gemäß dem Urteil ist die Beihilfe zum Suizid in organisierter Form insgesamt erlaubt und daher auch nicht z. B. an die Voraussetzung einer schweren Erkrankung gebunden, denn sie stehe jedem Bürger grundsätzlich zu. Hauptbegründung dafür ist die Betonung der Selbstbestimmung bis zum Schluss, auf die jeder Mensch ein Recht habe, welches somit gesichert werden solle.

Folglich muss sich, nicht zuletzt bezogen auf das hospizliche Anliegen der Begleitung in der existentiellen Frage nach dem Lebensende, umgekehrt die Frage stellen: Wenn der Weg des assistierten Suizids am Ende die Selbstbestimmung des Menschen sicherstellen kann, stellt dann eine hospizliche Begleitung einen Widerspruch dazu oder gar eine Absage daran dar und ist somit eine Art der Fremdbestimmung?

Anders formuliert: Verliere ich als Mensch bzw. als Erkrankte*r oder Sterbende*r meine Würde, weil ich angesichts der Auseinandersetzung mit meinem eigenen Tod und Sterben den Anspruch „Ich brauche dich“ zum Ausdruck bringe?

Diese kritische Anfrage stellt sich angesichts der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Tatsächlich aber führt sie ins Zentrum hospizlicher Haltung und Bildung, die weit über den problematisierenden Kontext des § 217 hinausgreift und sichtbar werden lässt, inwiefern diese Haltung eine zutiefst am Menschen in seinem individuellen Personsein ausgerichtet ist. Und zwar angesichts von Sterben und Tod und zugleich – indem sie ganz grundsätzlich und zu jeder Zeit zurück ins Leben verweist – weil sie dieses mit all seinen Themen, offenen Fragen und Beziehungsdimensionen zu sich selbst wie zu anderen bis zum Ende ernst nimmt.¹⁾

1) Vgl. Breuckmann-Giertz, Carmen: „Hospiz erzeugt Wissenschaft“. Eine ethisch-qualitative Grundlegung hospizlicher Tätigkeit. Berlin 2006, 278f.; Graf, Gerda/Höyer, Gerhard et.al.: Hospiz als Versprechen. Zur ethischen Grundlegung der Hospizidee. Wuppertal 2006, 148 f.

Haltung des DHPV

Haltung

Die Menschen und Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung zeichnen sich durch eine Besonderheit aus: Zentrales und leitendes Element des professionellen und des ehrenamtlichen Handelns ist die hospizliche Haltung, welches sich in einem dieser Haltung verpflichteten Verhalten zeigt.

Eine Haltung zu haben bedeutet, aus einer Grundüberzeugung heraus zu handeln, die die ganze Person umfasst, also ihren Körper, ihren Geist und ihre Gefühle. Eine Haltung besteht nicht aus einer konkreten Regel, sie ist vielmehr eine Handlungsdisposition, die sich im Laufe des Lebens und Erlebens einer Person, also im individuellen Lebensvollzug, entwickelt.²⁾

„Hospizliche Haltung drückt sich im Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung des schwer kranken und sterbenden Menschen aus, nimmt seine Anliegen ernst, behält eine ganzheitliche Sicht im Sterbeprozess bei, lässt den Sterbenden nicht allein und unterstützt Angehörige und Freunde, von denen der Sterbende Nähe und Geborgenheit erwartet.“³⁾

Sorgekultur

Die Ausdrucksformen der hospizlichen Haltung wie Empathie, Menschenliebe, Offenheit, Toleranz, Ehrlichkeit, Geduld, Wertschätzung, Achtsamkeit und Zuverlässigkeit beziehen sich dabei nicht allein auf die direkte Begegnung zweier Menschen im Dialog miteinander, sondern stehen auch in einem gesamt-gesellschaftlichen Kontext. Die Hospizarbeit sieht ihren Auftrag darin, eine umfassende Sorgekultur zu gestalten und zu etablieren, die die Nöte, Hoffnungslosigkeit und Bedarfe der Menschen sieht und hierfür zugängliche Hilfen entwickelt.

Eine oft gehörte Äußerung von Menschen, die sich in existenziellen Lebenslagen befinden „Ich will meiner Familie nicht zur Last fallen“ ist ein starker Satz und zugleich die Entblößung einer schwachen Gesellschaft.⁴⁾ Die Hospizkultur ist beispielgebend, wenn es um ein Eingebundensein der eigenen Hilfsbedürftigkeit in eine sorgende Gemeinschaft geht. Dazu liefert sie eine Antwort auf das Spannungsfeld, das soziale Miteinander in die individuelle und kollektive Lebensführung der heutigen modernen Gesell-

schaft zu integrieren. Deutlich wird dies in dem Erfahrungswissen der Hospizbewegung: Eine überwiegende Mehrheit der Menschen nimmt von ihrem Suizidwunsch Abstand, wenn sie in ein verlässliches Netz von teilnehmenden Strukturen wie palliative Versorgung und hospizliche Begleitung eingebunden sind und spüren, dass sie weiterhin wichtig und wertvoll sind. Die Förderung einer sorgenden Gemeinschaft durch z.B. psychosoziale Angebote und Einrichtungen ist ein klarer Ausdruck für die Stärkung von Selbstbestimmung jedes einzelnen Individuums.

Auftrag und Grenzen der Begleitung

Der DHPV bezieht in seinem Selbstverständnis⁵⁾ dazu Position und tritt ein für die Wahrung von Würde und Selbstbestimmung, mit der daraus logischen Konsequenz, die Tötung auf Verlangen und die geschäftsmäßige Förderung der Beihilfe zur Selbsttötung abzulehnen.

Dieses Selbstverständnis ist nicht damit vereinbar, Suizidbeihilfe zu bewerben, anzubieten oder durchzuführen. Auf diese Weise werden die Themen Todeswunsch und Suizid nicht ausgeblendet und ignoriert, sondern es wird ihnen mit einer anderen Haltung begegnet.

In der Hospizarbeit und Palliativversorgung werden häufig Todeswünsche in unterschiedlichen Formen geäußert, welche akzeptiert und ernstgenommen werden, indem Hospizler*innen mit den Menschen, die über eine Selbsttötung nachdenken, in Beziehung treten und sich in einer ergebnisoffenen Auseinandersetzung mit dem Todeswunsch begleitend zur Verfügung stellen.⁶⁾ In Beziehung und im Gespräch bleiben, immer wieder auf das Thema schauen und ggf. erneut nach Lösungen suchen, bilden die Basis, um mit konkreten Maßnahmen das im Todeswunsch enthaltene Leid zu lindern. Die Ambivalenz und Komplexität der Sehnsucht nach dem Tod werden häufig erst dann ersichtlich. So ist es nicht ungewöhnlich, dass Patient*innen mit nicht heilbaren Erkrankungen gleichzeitig einen Todeswunsch als auch einen Wunsch nach Leben in sich tragen.

Wenn im Einzelfall und trotz einer intensiven Begleitung mit fundierter Informationsvermittlung (über Verläufe zu Sterbeprozessen, Möglichkeiten der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, der Therapiebegrenzung und -beendigung sowie einer psychosozialen Begleitung) der Wunsch nach einer Suizidbeihilfe und deren Planung

2) DHPV 2021, Qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung, S. 11

3) Mühlum 2014, Ethikjournal 2.JG., S. 6

4) Graf 2016, die hospiz zeitschrift, 2/2016, S. 3

5) <https://www.dhpv.de/selbstverstaendnis.html>

6) DHPV 2021, Qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung, S. 12

Bestand haben, ergeben sich für den DHPV folgende Fragen:

- Wo zeigt die hospizliche Begleitung im Falle der Suizidbeihilfe Grenzen auf, wenn man dem oben genannten Selbstverständnis treu bleiben möchte?
- Wann wird aus einer Begleitung eine aktive Rolle in der Beihilfe zum Suizid?
- Was ist mit der Fürsorgepflicht für die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, denn auch deren persönliche Grenzen gilt es zu respektieren und zu schützen? Welche Qualifikationen und Instrumente (wie z.B. das Mehraugenprinzip, die kollegiale Beratung und die ethische Fallbesprechung) braucht es?

Die Reflexion der eigenen und der verbandlichen Haltung in diesem Themenkomplex wird eine dauerhafte Aufgabe sein, die aber unabdingbar ist, um den Menschen mit ihren Ambivalenzen zwischen Lebens- und Todeswünschen sowie der gesellschaftlichen Verantwortung der Hospizbewegung gerecht zu werden. (s. Anlage – Acht-Punkte-Plan des DHPV vom 20.07.2020 im Anhang S. 42)

Autonomie/Selbstbestimmung und Leben in Beziehung

Selbstbestimmung ist ein sehr hohes Gut. Im Grundgesetz ist in Art. 2 GG geregelt, dass jeder das Recht hat auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, sofern er u.a. die Rechte anderer nicht verletzt. Autonomie und Selbstbestimmung im Sinne von Eigenständigkeit wäre aber falsch verstanden, wenn sie als völlige Unabhängigkeit von einem anderen Menschen verstanden wird und diese Unabhängigkeit gleichzeitig als höchste Form der Verwirklichung des Menschseins und als zentrales Kennzeichen der Menschenwürde gesehen wird.

Ein solch einseitiges Verständnis von Autonomie ist eher theoretischer Natur. Ein Mensch allein ist nicht überlebensfähig. Der Mensch steht nicht nur in Beziehung zu einem anderen Menschen sondern er ist auf diesen angewiesen, vor allem in Grenzsituationen des Lebens: bei der Geburt, in Krankheit und im Sterben. Erst diese Beziehung ermöglicht ihm die Gestaltung seines Lebens bis zuletzt. Diese Bezogenheit ist kein Defizit, sondern sie ermöglicht die

Entfaltung der Persönlichkeit und – soweit dies möglich ist – die Verwirklichung der eigenen Vorstellungen von einem erfüllten Leben. In der Hospizarbeit und Palliativversorgung berichten sehr oft ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter*innen, dass sie die Beschenkten sind und oft wird deutlich, dass im gemeinsamen Gespräch ein Weg aus einer ausweglosen Situation gefunden wird oder aber das Leid allein durch das Dasein des anderen etwas leichter wird. All dies wird erst möglich durch das Offensein für den anderen, durch die Beziehung zu ihm.

Versteht man Autonomie also im relationalen Sinne, d.h. im Wissen darum, dass Menschsein immer schon und erst Recht an den Grenzen menschlichen Lebens bei Geburt und Tod zutiefst darauf fußt, auf ein Gegenüber verwiesen zu sein, wird deutlich, dass menschliche Identität sich immer bewegt im Spannungsfeld von Selbstständigkeit, Verletzlichkeit und Bezogenheit.

Genau darauf gut zu reagieren, fordert schließlich ein, sich dieser Spannungen bewusst zu sein, also zu wissen, selbst auch verletzlich zu sein und genau dann den anderen brauchen zu dürfen, ohne dabei das Gesicht zu verlieren.

In diesem Bewusstsein Sterbende zu begleiten, meint die Haltung des Versprechens „Ich bleibe bei dir“:

- mich ansprechen, und heraussprechen lassen aus meiner Situation, mich in Anspruch nehmen lassen und in Beziehung treten
- dass ich um meine eigene Endlichkeit und den darin enthaltenen Wunsch nach bleibender Geltung und Anerkennung (als Ausdrucksformen der Autonomie kenne), um auf der Basis dessen in Fürsorge den Sterbenden als Lebenden zu begleiten

Denn es gilt:

„Wir werden nicht nur alles tun, damit du in Würde sterben kannst, sondern dass du leben kannst, bis du stirbst.“

(Cicely Saunders)

Anregungen zur internen Auseinandersetzung

Wie oben formuliert bildet sich eine Haltung nicht durch Regeln und Vorgaben. Eine Haltung muss sich anhand von subjektiven Erfahrungen und persönlicher Reflexion entwickeln. So gilt es einen Raum zu schaffen, in dem sich jede*r mit seiner/Ihrer Haltung beschäftigen und einbringen kann. Die folgenden Leitfragen und Fallbeispiele wollen Impulse geben und die Komplexität und Ambivalenz der Thematik aufzeigen.

Auch als Einstieg bei kürzeren Informations- oder Diskussionsrunden können ein paar ausgewählte Leitfragen hilfreich sein. Die Rolle der Moderation entsprechender Veranstaltungen sollte bedacht werden und ggf. auf eventuell schon vorhandene Ethikteams (mobile oder auch in Einrichtungen etablierte Teams) zurückgegriffen werden.

Leitfragen für verschiedene Ebenen⁷⁾

Ebene	Leitfragen
Persönliche Ebene (unabhängig von der Rolle als Hauptamtliche*r, Vorstand, ...)	<ul style="list-style-type: none"> – Warum bin ich bei der Hospizbewegung tätig? – Welche persönlichen und beruflichen Erfahrungen habe ich mit dem Thema Suizid? – Was bedeutet für mich Selbstbestimmung/Autonomie? – Wo beginnt und endet für mich Beihilfe zum Suizid? – Was ist meine Haltung zur Suizidassistenz?
Berufliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> – Was ist das Selbstverständnis der Hospizbewegung und wo liegen die Ursprünge? – Was ist der Auftrag der Hospizbewegung und hat dieser Grenzen? – Wie aktuell ist das Selbstverständnis? Wo gibt es Veränderungsbedarf? – Lässt sich (geschäftsmäßiger) assistierter Suizid mit dem Selbstverständnis der Hospizbewegung vereinbaren?
Verbandliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Positionen gibt es auf Landes- bzw. Bundesebene und wie verpflichtend sind diese? – Welche Institutionen gibt es noch, mit denen eine Kooperation möglich und/oder sinnvoll wäre? – Wie wird mit unterschiedlichen Meinungen innerhalb des Verbandes umgegangen? – Was heißt das für die Öffentlichkeitsarbeit?

Methoden: Einzel-, Partner*innen-, Klein- und/oder Großgruppenarbeit

Beispiele

Ebene	Leitfragen
<p>Stationäres Hospiz Frau S. liegt seit 2 Monaten im stationären Hospiz und wartet – wie sie es nennt – auf das Sterben. Nach vielen Gesprächen mit der Familie und einer differenzierten Auseinandersetzung einer selbstbestimmten Möglichkeit den Sterbeprozess zu beschleunigen, entscheidet sich Frau S. für das sog. Sterbefasten. Das Hospizteam trifft sich, bezieht Ehrenamtliche und Koordinatoren des begleitenden ambulanten Hospizdienstes mit ein und diskutiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Welche unterschiedlichen Positionen könnten sich in der Diskussion ergeben? – Welche/wessen Argumente wären überzeugend, um das sog. Sterbefasten mit vollständiger Akzeptanz begleiten zu können? – Welche Rahmenbedingungen bräuchte es, um das sog. Sterbefasten für alle Beteiligten gut zu gestalten?
<p>Betreutes Wohnen mit direkter Anschlussversorgung Pflegeheim Frau P. hat bewusst diese betreute Wohnform gewählt, da bei hoher Pflegebedürftigkeit eine nahtlose Betreuung und Pflege im dazugehörigen Pflegeheim möglich ist. Es gibt einen Hospizdienst, der mit der Einrichtung einen Kooperationsvertrag abgeschlossen hat und regelmäßig und qualitätssichernd tätig ist. Frau P., nunmehr 82jährig, bittet ihre Tochter (Vorsorgeberechtigte) und eine Ehrenamtliche des Hospizdienstes, sie zu unterstützen beim Verfassen ihrer Patientenverfügung: Hier besteht Frau P. auf den Zusatz einer von ihr gewollten Suizidbeihilfe, im Besonderen bei Aufnahme in ein Pflegeheim und erhöhter Pflegeleistung, da dies keine Lebensqualität für sie darstellt. Alle Szenarien der vorhandenen Hospizkultur wie Palliativpflege, Palliativmedizin, psychosoziale und spirituelle Begleitung werden Frau P. angeboten. Sie verweist auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes und besteht auf den Zusatz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Was ist das Selbstverständnis der Hospizbewegung und wo liegen die Ursprünge? – Was ist der Auftrag der Hospizbewegung und hat dieser Grenzen? – Wie aktuell ist das Selbstverständnis? Wo gibt es Veränderungsbedarf? – Lässt sich (geschäftsmäßiger) assistierter Suizid mit dem Selbstverständnis der Hospizbewegung vereinbaren?
<p>Ambulanter Hospizdienst Ein pflegebedürftiger, seit 2 Jahren bettlägeriger Schwerkranker hat nach reiflicher Überlegung gemeinsam mit seinen Familienangehörigen und dem Hausarzt alle Medikamente abgesetzt, außer die zur adäquaten Schmerztherapie. Nach Ablauf von 7 Tagen bittet der 72jährige eine*n Ehrenamtlichen um „ein würdiges Sterben“ durch eine Hilfe zum Sterben, die „nunmehr ja möglich und straffrei ist.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Welche Gedanken, Fragen kommen dem/der Ehrenamtlichen? – Was braucht der/die Ehrenamtliche im Umgang mit solch einer Anfrage? – Was wären die nächsten Schritte?

Methoden: – Diskussion in Klein- und/oder Großgruppe
 – Verteilung der einzelnen Rollen und Positionen
 – Ergebnissicherung durch Notizen (auf Flipchart)
 – möglich wäre auch eine Erarbeitung eines ersten Handlungsleitfadens in den einzelnen Kleingruppen (als weiterführende Diskussionsgrundlage)

Bildung einer gemeinsamen Haltung

Der Wunsch nach einer Beihilfe zum Suizid wird auch von schwerkranken Menschen geäußert, die durch ambulante Hospiz- und Palliativdienste oder in stationären Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung versorgt und begleitet werden. Diesen Wunsch gibt es, aber er kommt relativ selten vor. Hinter dem Wunsch nach einer Beihilfe zum Suizid stehen immer Gründe. Zu den häufigsten Gründen zählen die Angst vor Schmerzen, die Angst anderen zur Last zu fallen und die Angst vor dem Alleinsein. Neben den Ängsten steht auch der Wunsch „so“, d. h. so wie es im Moment gerade ist, nicht mehr leben zu wollen. Diesen Wünschen und den damit verbundenen Ängsten vorurteilsfrei und offen zu begegnen, ist Aufgabe der ehrenamtlich und hauptamtlich im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung Mitarbeitenden. Nur aus dieser Haltung und Wertschätzung werden Hilfe und Unterstützung in der konkreten Situation möglich.

Die Erfahrung zeigt, dass bei einer umfassenden Hospizbegleitung und Palliativversorgung der Wunsch nach einer Beihilfe zum Suizid in der Regel nicht mehr vorkommt. Dennoch kann es sein, dass auch nachdem alle Formen der Begleitung und Unterstützung angeboten und realisiert wurden, in wenigen Situationen der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid weiterhin geäußert wird.

Dies bedeutet kein Versagen der ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitenden, sondern hat damit zu tun, dass auch bei umfassender Begleitung und Versorgung nicht immer alle Probleme lösbar sind und Fragen offenbleiben

können. Dennoch darf hier kein Automatismus einsetzen in der Form, dass dann die Beihilfe zum Suizid die Lösung ist, denn auch dabei bleiben Fragen offen beim Team und vor allem auch bei den Zugehörigen.

Die nachfolgenden Beispiele bezogen auf den ambulanten und stationären Hospizbereich sollen dazu dienen, eine Position zu finden, wenn der Wunsch nach einer Beihilfe zum Suizid – nachdem wie beschrieben alles versucht worden ist um an den Gründen etwas zu ändern – weiterhin bestehen sollte. Die Beispiele sind zugespitzt auf eine mögliche Nachfrage bezüglich der Beihilfe zum Suizid. Durch die Zuspitzung können die Beispiele in der Darstellung verkürzt wirken. Daher sei hier noch einmal besonders darauf hingewiesen, dass in kurzer Form Situationen beschrieben werden, in denen bereits alle Angebote der Hospizarbeit und Palliativversorgung angeboten und realisiert wurden, aber dennoch der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid dauerhaft geäußert wird.

Die Beispiele sollen anregen zu einer Diskussion und sollen eine Hilfestellung sein, sich als Landesverband, als Organisation, Dienst oder Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung eine gemeinsame Haltung zur angesprochenen Thematik der Beihilfe zum Suizid zu entwickeln. Es werden jeweils verschiedene konkrete Handlungsoptionen aufgezeigt, die zu einer Positionierung einladen. Wünschenswert wäre, hier am Ende rote Linien zu ziehen, die aus Sicht der Hospiz- und Palliativarbeit und des DHPV nicht überschritten werden.

Ebene	Entscheidungen
<p>Stationäres Hospiz Im Erstgespräch vor Aufnahme in ein stationäres Hospiz (Voraussetzungen der Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 1 SGB V sind erfüllt) wird von einer schwerstkranken Frau (79 Jahre) der Wunsch nach Suizidbeihilfe im Hospiz geäußert.</p> <p>Nach der Aufnahme in das stat. Hospiz werden über einen längeren Zeitraum von ca. 2 Monaten verschiedene Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativkultur in Absprache mit dem Gast angeboten und umgesetzt: Palliativmedizin, psychosoziale und spirituelle Begleitung, Gespräche mit allen Beteiligten, Fallbesprechungen usw.</p> <p>Dennoch bleibt die schwerstkranken Frau bei ihrer Entscheidung und bittet um Suizidbeihilfe.</p>	<p>Position A: Der Wunsch ist so deutlich geäußert. Das Hospiz sieht keine Möglichkeit, dass sich dieser Wunsch ändern wird. Die Aufnahme in das stat. Hospiz erfolgt nicht.</p> <p>Position B: Die Frau wird aus dem stat. Hospiz entlassen. Die Familie hat zugesagt, für eine andere Unterbringung zu sorgen. Das Hospiz unterstützt dabei.</p> <p>Position C: Das Hospiz duldet den Besuch einer externen Suizidassistentin. Aber es erfolgt keine Unterstützung in Form von Organisation, Kontaktaufnahme oder Bereitstellung der todbringenden Mittel.</p> <p>Position D: Das Hospiz organisiert in Absprache mit allen Beteiligten die Beihilfe zum Suizid (Kontaktaufnahme, Terminabsprachen usw.).</p>

Ebene	Entscheidungen
<p>Ambulanter Hospizdienst Eine ehrenamtliche Mitarbeiterin informiert die Koordinationskraft darüber, dass der ältere Herr, den sie begleitet, darum gebeten hat, dass der Hospizdienst dabei behilflich ist, eine Beihilfe zum Suizid zu organisieren. Auch nach intensiver Begleitung, Beratung und fundierter Informationsvermittlung (aller Beteiligten) über sechs Monate bleibt der ältere Herr bei seiner Entscheidung und bittet um Suizidbeihilfe.</p>	<p>Position A: Die Begleitung wird beendet, da der Wunsch immer wieder geäußert wird und der Hospizdienst zur Entscheidung kommt, dass er hier nicht weiterhelfen kann.</p> <p>Position B: Die Ehrenamtliche ignoriert die Entscheidung des Dienstes und unterstützt die Planung des assistierten Suizids organisatorisch und wird bei der Einnahme des todbringenden Mittels anwesend sein.</p> <p>Position C: Die Begleitung wird weitergeführt, aber es erfolgt keine Unterstützung in Form von Organisation einer Suizidbeihilfe (Kontaktaufnahme, Bereitstellung von todbringenden Mitteln usw.). Die Familie organisiert die Beihilfe zum Suizid. Die Ehrenamtliche wird in der Situation des Suizids nicht anwesend sein.</p> <p>Position D: Die Begleitung wird weitergeführt, aber es erfolgt keine Unterstützung in Form von Organisation einer Suizidbeihilfe (Kontaktaufnahme, Bereitstellung von todbringenden Mitteln usw.). Die Familie organisiert die Beihilfe zum Suizid. Die Ehrenamtliche wird in der Situation des Suizids anwesend sein.</p>
<p>Fallbeispiel SAPV Frau K. soll in zwei Tagen aus der Palliativstation entlassen werden. Sie leidet an einer metastasierenden Krebserkrankung, verbunden mit starken Schmerzen und weiteren Symptomen. Die Palliativstation verordnet SAPV. Im Rahmen des Aufnahmemanagements wird bekannt, dass die Patientin in 4 Wochen einen Termin mit einem Suizidhelfer zur Durchführung des assistierten Suizids vereinbart hat. Die Versorgung soll bis dahin in der Wohnung der Schwester der Patientin erfolgen, die sich hierzu widerstrebend bereit erklärt habe.</p>	<p>Position A: Das SAPV-Team lehnt die Versorgung ab. Die Patientin habe ihre Entscheidung während des Aufenthaltes auf der Palliativstation nicht geändert, die Zeit bis zum Suizid werde mithilfe des SAPV-Teams überbrückt. Damit seien die Ziele der SAPV nicht zu erfüllen, die Tätigkeit des SAPV-Teams würde für die Suizidhilfe instrumentalisiert.</p> <p>Position B: Das SAPV-Team übernimmt die SAPV-Versorgung zunächst nur für den vom Krankenhaus vorgegeben Versorgungszeitraum (7 Tage) und behält sich eine Entscheidung über eine Weiterversorgung vor.</p> <p>Position C: Das SAPV-Team übernimmt die Versorgung unter der Bedingung, dass die Suizidhilfe keinerlei Unterstützung durch das SAPV-Team erfährt. Gründe für diese Entscheidung sind, dass ein Rechtsanspruch auf SAPV besteht, dass die verbleibende Lebenszeit kürzer sein kann als der Zeitraum bis zum Suizidtermin und weil die Möglichkeit einer Änderung des Patientenwillens noch immer gegeben sein kann.</p>
<p>Landesverband/ÜO Ein Landesverband möchte sich intern mit dem Thema assistierter Suizid auseinandersetzen und plant eine Informationsveranstaltung für die Mitglieder. Auf Anregung einiger Mitglieder soll ein*e Referent*in eines Sterbehilfevereins eingeladen werden.</p>	<p>Position A: Der Vorstand lehnt diesen Vorschlag ab, da das nicht mit dem Selbstverständnis des Verbandes vereinbar ist</p> <p>Position B: Der Vorstand lädt den/die Vertreter*in des Sterbehilfevereins als Hauptreferent*in ein.</p>

Die Ergebnisse aus den Kleingruppen wurden im Plenum vorgestellt und damit für alle Teilnehmenden transparent gemacht. Wichtige Diskussionspunkte und Ergänzungen wurden ebenfalls vorgestellt.

Warum die rote Linie? Der DHPV als demokratisch organisierter Verband sieht seine Funktion darin, gemeinsam mit seinen unterschiedlichsten Mitgliedsorganisationen Haltungen und Ziele zu entwickeln und diese zu vertreten bzw. dadurch Orientierung und Klarheit für die Gesellschaft und für alle Akteure der Hospiz- und Palliativarbeit zu geben. So ist es an dieser Stelle wichtig, eine mehrheitliche Richtung und Handlungsfreiraum, aber auch Grenzen zu formulieren.

Die Diskussionen in den Kleingruppen zeigten die diversen Perspektiven und Herangehensweisen auf, so dass die Positionen der Fallbeispiele keineswegs einheitlich in die Farbskala einsortiert waren. Beihilfe zum Suizid ist ein komplexes Thema, dem ein Schwarz-Weiß-Denken nicht gerecht wird. Aber auch wenn es bei den drei Fallbeispielen einige unterschiedliche Meinungen gab, wurde doch ein Punkt deutlich, an dem die Grenze der Hospizarbeit erreicht ist.

Beispiel: Stationäres Hospiz

Bei diesem Beispiel wurde mehrheitlich Position D, Organisation der Beihilfe zum Suizid vom Hospiz, als Handlung gekennzeichnet, die eindeutig im roten Bereich liegt und nicht zu den Aufgaben eines Hospizes gehört.

Das Selbstverständnis der Hospizbewegung beinhaltet eine Ablehnung der Tötung auf Verlangen und die geschäftsmäßige Förderung der Beihilfe zum Suizid. Mit diesem Paradigma und nach den Diskussionsergebnissen der Mitgliedsorganisationen ist eine Planung und Unterstützung der Suizidbeihilfe im stationären Hospiz deutlich hinter der roten Linie.

Die anderen drei Positionen wurden überwiegend in dem grünen bis dunkelgelben / orangen Bereich gesehen, wobei Position A, keine Aufnahme, vereinzelt auch dem roten Bereich zugeordnet wurde, da damit die Möglichkeit einer umfassenden Versorgung und Begleitung im Hospiz und damit die Chance darauf, dass der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid nicht mehr vorkommt, vertan wird. Dennoch ist es möglich, dass eine Aufnahme nicht erfolgt, da der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid weiterhin nachdrücklich geäußert wird und das Hospiz in diesem Fall nicht bei der Realisierung des Wunsches nach Beihilfe zum Suizid helfen kann. Vor diesem Hintergrund ist die Position A dem

Bereich vor der roten Linie zuzuordnen. Insgesamt lässt sich aus den Diskussionen festhalten, dass bei allen Entscheidungen jeder Einzelfall neu bewertet werden muss, es einer ethischen Fallbesprechung in einem multiprofessionellen Team und einer klaren Kommunikation der Haltung sowie der Möglichkeiten und Grenzen bedarf. Ebenso spielen die Fürsorge für die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, die Patientenzentrierung und die Eigenverantwortung des Hospizes im Umgang mit dem Wunsch nach Suizidbeihilfe eine zentrale Rolle.

Beispiel: Ambulanter Hospizdienst

In diesem Beispiel wurden die Positionen in allen fünf Kleingruppen in der gleichen Reihenfolge, mit leichten Verschiebungen auf der Farbskala angeordnet. Position C ist eine Haltung, die auf viel Akzeptanz stößt, da der Wunsch des Patienten ernstgenommen und die Begleitung fortgesetzt wird, aber dennoch keine Organisation der Suizidbeihilfe stattfindet. Die Anwesenheit des*r Ehrenamtlichen in der direkten Situation wurde sehr kritisch gesehen, wäre aber im Ausnahmefall noch vor der roten Linie einzuordnen. Hier sind insbesondere rechtliche Aspekte und auch die Fürsorgepflicht des Vorstands / der Leitung des Hospizdienstes gegenüber allen Mitarbeiter*innen zu sehen, zumal die Folgen einer entsprechenden Begleitung nicht abzusehen sind. Position A wurde abhängig von der Perspektive im roten oder im dunkelgelben Bereich mit ähnlicher Begründung wie zu Position A beim Beispiel stationäres Hospiz gesehen (s.o.). Die Position B, der Alleingang des*r Ehrenamtlichen, wurde eindeutig hinter der roten Linie verortet.

In diesem Beispiel beeinflussten die Fragen nach der engen Zusammenarbeit zwischen Haupt- und Ehrenamt, nach der Haltung und Kommunikation im Vorfeld, der Prozessorientierung und gesellschaftlichen Außenwirkung die Entscheidungen. Wie bereits oben aufgeführt, bedarf es auch hier eines individuellen Vorgehens in Absprache aller Beteiligten mit einer klaren Position über Möglichkeiten und Grenzen der Begleitung.

Beispiel: Landesverband

In diesem Fall gab es keine ganz klare Tendenz für eine rote Linie, eher noch die Entwicklung einer dritten Position C als Kompromiss, in der eine Podiumsdiskussion veranstaltet wird, bei der/die Vertreter*in des Sterbehilfevereins eine*r der Mitwirkenden ist. Die Auseinandersetzung mit der Gegenposition wurde unter bestimmten Voraussetzungen begrüßt und als wichtig erachtet. Wichtig ist dabei, diese Veranstaltung in Form einer Podiumsdiskussion gut vor-

zubereiten, z. B. in Struktur, Moderation, Vorabinformation und Spielregeln. Die Sprachfähigkeit und Argumentationsstärke der Referent*innen der Hospiz- und Palliativarbeit sollte auf jeden Fall gegeben sein, so dass hier keine einseitige Darstellung im Hinblick auf die Beihilfe zum Suizid erfolgt. Das Risiko, dass aus der Veranstaltung eine Werbeaktion für Sterbehilfevereine wird, wurde in den Kleingruppen oft angesprochen und als sehr hoch eingeschätzt. Eine rote Linie gab es dann doch im Hinblick darauf, wenn es darum geht, eine*n Vertreter*in eines Sterbehilfevereins als alleinige*n Referent*in einzuladen.

Fazit

Zusammengefasst wurde insbesondere bei den ersten beiden Fallbeispielen eine rote Linie deutlich: die Organisation, d. h. die Information zur, die Koordination sowie die Durchführung der Beihilfe zum Suizid ist nicht Aufgabe der Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen. Auch wenn es bei Positionierungen vor der roten Linie unterschiedliche Einschätzungen gab, so haben diese Berechtigung und sind zu akzeptieren. Ebenso wichtig wie das Definieren einer Grenze waren in der Diskussion aber auch das gemeinsame Diskutieren und Reflektieren, das es braucht, um eine tragfeste Begründung als Grundlage für eine hospizliche Haltung zu erarbeiten, die handlungsleitend in Grenzsituationen ist. Alle Mitgliedsorganisationen, Einrichtungen und Dienste sind aufgerufen, sich dieser Diskussion zu stellen, die eigene Position zu entwickeln und die Prozesse und Abläufe einschließlich der internen und externen Kommunikation darauf abzustimmen.

In den Beispielen wurde das Spannungsfeld in der Hospiz- und Palliativarbeit deutlich: auf der einen Seite das Ziel der Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen mit aller Offenheit und Toleranz bis zum Lebensende und auf der anderen Seite die rote Linie, wenn es um die Organisation oder um die Beihilfe zum Suizid geht. In den Diskussionen erwarben die Positionen die größte Zustimmung, in denen sowohl die Selbstbestimmung des*r Sterbenden, die Haltung des Hospizdienstes als auch die Grenze der Suizidbeihilfe kompatibel waren bzw. wurden die Positionen um den jeweils fehlenden Aspekt ergänzt.

➔ Gesellschaftliche Dimension: Suizidassistentz?

Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft

Prof. DDr. Reimer Gronemeyer und Prof. Dr. Andreas Heller
für den wissenschaftlichen Beirat des DHPV

Das Sterben wird uns alle betreffen, eines Tages, irgendwann. Es wird möglicherweise die intimste Erfahrung unseres Lebens sein. Nicht, dass wir sterben, sondern wie wir sterben wollen und können, wird heute leidenschaftlich diskutiert. Gleichzeitig ist das Sterben eine soziale Erfahrung. Es beginnt hier und heute immer schon mit dem Sterben und dem Tod der Anderen. Wir sind als Menschen in Beziehungen, bis zum letzten Atemzug. Sterben ist wesentlich ein sozialer Prozess. Im Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden können wir wie unter einem Vergrößerungsglas erkennen, in welcher Gesellschaft wir leben und für welche Gesellschaft wir uns jetzt einsetzen wollen. Das „hospizlich-palliative Gesellschaftsmodell“ lebt bis heute von der Idee, sterben weder zu beschleunigen noch zu verlangsamen, von achtsamer Begleitung und mitfühlendem Beistand. Letztverlässlichkeit, Gastfreundschaftlichkeit für alle, die es brauchen. Denn wir brauchen es, gebraucht zu werden.

Das Recht auf Suizidassistentz kündigt eine Gesellschaft an, die den bisherigen Konsens auflöst. Die Hilfe zum Suizid wird als regelhafte Praxis, als technische Dienstleistung angeboten. Das beendet die stille Übereinkunft einer solidarischen Gesellschaft, in der die Existenz eines jedes seiner Mitglieder deren Nichtexistenz vorzuziehen ist.

Wir stehen an einer Wegscheide. Wohin wollen wir gehen? Wir plädieren für eine solidarische, sorgende Hospiz-Gesellschaft.

Die Unterthematierung des Sozialen im Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Das Bundesverfassungsgericht hat geurteilt und sieht scharf auf dem Auge der subjektiven Persönlichkeits- und Freiheitsrechte, zweifellos eine demokratische Errungenschaft. Das allgemeine Persönlichkeits- und Freiheitsrecht schließt die Verfügung über das eigene Leben und Sterben ein. Alle haben das Recht, die freiwillige Assistentz Dritter in Anspruch zu nehmen – selbstbestimmt (autonom) aus dem Leben zu scheiden. Niemand darf gegen sein Gewissen dazu gezwungen werden. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Suizidassistentz unterthematziert die sozialen und gesellschaftlichen Dimensionen und Implikationen. Der radikal autonomieorientierte Urteilsspruch ist

nur denkbar vor dem Hintergrund einer hochgradig individualisierten Gesellschaft.

Sterben ist ein sozialer Vorgang, es geht um die Sozialität des Sterbens

Was ergänzend und gleichzeitig in den Blick genommen werden muss: Die Selbstbestimmung des Menschen vollzieht sich in Beziehungen. Sie entsteht aus der Relation zu und mit anderen. Was ich will und wollen soll ist Ergebnis von Prozessen und Auseinandersetzungen mit Anderen. Das selbstbestimmte Leben entwickelt sich gerade aus und durch Beziehungen mit anderen, auf die wir angewiesen und verwiesen sind.

Auch das Sterben ist ein komplexer Prozess und kann nicht auf den Ausfall bestimmter Organe und Körperfunktionen reduziert werden. Sterben ist mehr als „Organversagen“. Sterben ist ein soziales Geschehen. Es geht also auch um die Sozialität des Sterbens, um unsere sozialen Beziehungen im Leben und im Sterben. Allein kann niemand sein. Wir Menschen sind Beziehungswesen. In Beziehung zu sein, sich in Beziehung zu setzen und sich beziehungsreich selbst zu verstehen und zu entwickeln, zu „relationieren“, ist Voraussetzung und Bedingung, kein Gegensatz zur Autonomie.

Die öffentlich verbreiteten Bilder des Sterbens sind weitgehend Schreckensbilder, die eine gewaltsame Beendigungs-Dynamik befördern

Die Diskussion wird seit Jahren von einseitigen Schreckensbildern des Sterbens bestimmt, die latent verallgemeinert werden: der nicht mehr leistungs- und orientierungsfähige Alte; der demenziell veränderte „sabbernde Greis“ (Walter Jens); der fremdbestimmte, dem medizinisch-technischen Apparatewelt ausgelieferte Patient; die komatös dahindämmernde entscheidungsunfähige Unfallverletzte. Solche Bilder können natürlich zur Realität werden. Die Angst davor nährt die Bereitschaft, das Leben vorzeitig zu beenden. Sie bilden die Hintergrundfolie für den Ruf nach Selbstbestimmung, „Herr im eigenen Haus zu sein“ (Wolfgang Herrndorf) – gegen jede Fremdbestimmung. Es

gibt aber auch andere, alltäglichere Bilder, wie Menschen sterben. Wir sollten sie uns ansehen. Milliarden Menschen sind vor uns gestorben. Daraus kann Gelassenheit erwachsen. Sie haben es gekonnt, ich werde es auch können. Sterben ereignet sich. Es vollzieht sich. Menschen schlafen einfach ein und wachen nicht mehr auf. Es muss nicht nötig sein, das eigene Leben gewaltsam zu beenden. Wir haben das Recht und die Möglichkeit, unser Ende offen zu lassen, uns nicht das Leben zu nehmen, sondern unser Sterben zu leben. Es gibt Menschen, die sterben, indem sie sich auf andere Menschen verlassen, ohne verlassen zu sein. Wir können uns auch dem Sterben überlassen und jenen vertrauen, die uns menschlich nah sind und uns kompetent umsorgen. Sterben ist ein Weg, wir müssen ihn allein gehen, andere können uns begleiten. Wir können mit Dank gehen, weil wir ‚abdanken‘ – das ist traurig, kann aber tief verbindend sein. Was wir brauchen, ist eine Haltung, eine andere Entscheidung zu unserem selbstbestimmten Sterben und zum Sterben der Anderen. Sterben kann auch eine Erfahrung sein, die die Autonomie, die Selbstbestimmung und Selbstverfügung radikal relativieren kann. Allein, das ist manchmal schwer zu ertragen. Erst recht in einer Gesellschaft, die in den letzten Jahrzehnten die Prozesse der leistungsorientierten Selbstentwicklung und Selbstoptimierung bestärkt hat. Abhängigkeiten, Hilflosigkeiten, Angewiesen-Sein auf Andere werden als menschliche Erfahrungen eher negativ bewertet und gelten als Ausdruck eines unwürdigen Lebens. Es wundert wenig, dass es soziale Gründe sind, warum in den Niederlanden Menschen Euthanasie verlangen: Verlust der Mobilität, diffuse Ängste, Abhängigkeiten und soziale Isolation sind.

Die Orientierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Sterben nicht zu beschleunigen und nicht zu verlangsamen“ bleibt bedeutsam

Die Mentalität einer „Beschleunigungsgesellschaft“, die fast alle ihre Herausforderungen durch Planung, Kontrolle und Management glaubt bewältigen zu können, macht nicht vor dem Sterben halt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte den „palliativen Verfassungsbogen“ im Umgang mit dem Sterben vor Jahrzehnten mit globaler Reichweite formuliert, Sterben weder zu beschleunigen noch zu verlangsamen. Der Verlangsamungsmodus des Sterbens ist und bleibt Teil und Ausdruck einer technikintensiven Medizin, die durch Spezialisierung und Ausdifferenzierung immer mehr Lebensmöglichkeiten und Behandlungswege – und Versprechen – schafft. In dieser Logik wird der Tod mit Todesverachtung bekämpft. Es wird Krieg gegen den Tod geführt, um jeden Preis, koste es, was es wolle. Der Beschleunigungsmodus ist eine Resonanz auf

eine technisch-maschinenförmig hochgerüsteten Medizin, die ihre Grenzen wenig anerkennt und sich mit der unausweichlichen Realität des Sterbens schwer tut. Menschen wehren sich zurecht und folgerichtig gegen diese medizinalisierte, paternalistische Fremdbestimmung und fordern Selbstbestimmung gegen Fremdbestimmung und Freiheit statt Abhängigkeit. Die Hospizidee erinnert an die Eigenzeitlichkeit des Sterbens, und daran, dass im Sterben zu tiefst menschliche Erfahrungen gemacht werden können, die besonders, unwiderruflich, einmalig sind und Intensitäten von Beziehungen ermöglichen.

Der Konsens einer Suizidpräventionsgesellschaft wird aufgelöst

Das implizite Selbstverständnis der deutschen Nachkriegsgesellschaft bestand darin, eine Suizidpräventionsgesellschaft zu sein. Die konsensuelle ethische Haltung war: Zuwenden statt Abwenden. Zuhören statt Weghören. Dableiben statt Weggehen. Der gesellschaftliche Konsens drückte sich darin aus, dass es für Menschen in suizidalen Krisen andere Menschen in zuhörender Empathie und auch institutionalisierte Möglichkeiten (Telefonseelsorge, Krisenintervention) braucht. In den Berichterstattungen über Suizide finden wir bis heute in den seriösen Medien Hinweise zur Hilfe für suizidgefährdete Mitmenschen. Die kollektive Übereinkunft war aus der ethischen Motivation gespeist, es sei besser, menschlicher, solidarischer Suizide zu verhindern, als sie zuzulassen oder gar zu befördern. Wird dieser Konsens jetzt implizit aufgelöst? Jeder Diskussion um Suizidassistenten muss eine Debatte um und ein Ausbau der Suizidprävention vorgeordnet werden. Wir wissen, dass Ringen um Menschen mit Suizidwünschen, ihre Beratung und Begleitung anspruchsvoll und aufwändig sein können. Und die psychiatrische Betreuung und Behandlung von psychisch kranken Menschen erfordert spezifische, fachliche Kompetenzen. Möglicherweise gehört es zur professionellen Selbstüberschätzung von Gesundheitsberufen zu meinen, man hätte die fachlich-psychiatrischen und kommunikativen Voraussetzungen, um Suizidwillige zu beraten und unterscheiden zu können, ob sie psychisch krank und autonom sind.

Obwohl sich die gesellschaftliche Bewertung des Suizids verändert hat, bleibt er ein dramatisches und traumatisches Geschehen

Der Suizid ist in der gesellschaftlichen Bewertung weitgehend entmoralisiert, entheroisiert, entpathologisiert und

entkriminalisiert. Er ist auf dem Markt der Sterbemöglichkeiten zu einer weiteren Option des Sterbens, zu einer Sterbetechnik, geworden. Diese Normalisierung des Suizids kann gesellschaftlich verhängnisvoll sein. Wir wissen, dass ein Angebot auf dem Markt Nachfrage schaffen kann. Die Organisation der Suizidassistenz wird diese Nachfrage befördern. Assistierte Suizide werden sich als Auswege, als letztes Mittel, als Lösung und Erlösung etablieren. Vergessen wird leicht: Ein Suizid hat immer Folgen, psychische und soziale, für die, die weiterleben, vor allem für die Angehörigen und Bezugspersonen. Wir wissen, dass es Suizidtrauer gibt, es gibt auch Suizidtraumata, die zu behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen bei den Nahestehenden führen können. Suizide, auch wenn sie „sanft“ (medikamentös) vollzogen werden (anders als „Schientode“, Tode durch Erhängen, Erschießen oder Springen aus großer Höhe) hinterlassen Spuren, Belastungen, Schuldgefühle und graben sich tief ins individuelle und kollektive Bewusstsein einer Gesellschaft ein. Suizide können die sozialen Beziehungen erschüttern.

Der gesellschaftliche Konsens zur Rolle und zum Ethos der Ärzte wird aufgelöst

Aufgelöst wird der gesellschaftliche Konsens, dass es nicht Aufgabe der Ärzte ist, zu töten oder Assistenz zur Selbsttötung anzubieten. Das ethische Selbstverständnis der Ärzte besteht darin, zu heilen, zu lindern und zu trösten. Manche Ärzt*innen empfehlen sich jetzt für die Suizidassistenz, indem sie sich als kommunikationskompetent, medikamentenerfahren, beziehungsbegabt und professionell beschreiben, ohne Selbstzweifel und ohne Irritation. Das bricht mit dem Konsens, dass Ärzte und Ärztinnen sich in einem dem Gemeinwohl verpflichteten Beruf wissen. Ärzt*innen haben die „Suizidassistentenrolle“ und das Töten nicht gelernt und (noch) nicht im medizinischen Angebot. Sollten wir uns wünschen, dass sie es lernen? Ärztliches Handeln basiert auf einer medizinischen Indikation: Was wird die Indikation sein, die zur Suizidassistenz führt? Schon jetzt polarisiert sich die Ärzteschaft. Ärztekammern entwickeln unterschiedliche Einschätzungen und legitimieren unterschiedliche ethische Positionen. Der Ruf und die Tätigkeiten der Ärzt*innen werden gesellschaftlich leiden. Die Unsicherheiten und das Misstrauen in der Bevölkerung werden zunehmen. Die Vertrauensbeziehung von Ärztin und Patientin ist die Grundlage unseres Versorgungssystems. Wir wissen, dass zerstörtes Vertrauen schwer und nur langsam wieder aufzubauen ist. „Mach mich nicht tot, Doktor“ steht auf der Credo-Card von Niederländer*innen, die Angst haben, gegen ihren Willen vom Arzt getötet zu werden. Alle Berufsgruppen im Gesundheitssystem (Pfle-

ge, Seelsorge, Sozialarbeit, Psychotherapie, etc.), die assistierend Hand anzulegen bereit sind, geraten unweigerlich in eine ähnliche Selbstwiderspruchsdynamik. Natürlich: Es wird vorhersehbar eigene „Subsysteme Suizidassistenz“ geben, eigene Organisationen, in denen Suizidassistenz praktiziert wird, mit „Spezialisten“ und „professionelle Ausgewiesenen“, es wird Qualitätssicherungsprogramme geben und Evaluationen und es wird in dieser Effizienzentwicklung einen Gewöhnungseffekt in der Breite der Bevölkerung geben. Umso wichtiger ist es, eine Differenzkultur sichtbar zu vermitteln.

Hospizlichkeit bildet eine orientierungstiftende Alternative

Hospize und hospizlich-palliative Arbeit sind in der Breite unserer Gesellschaft hochgradig und parteiübergreifend anerkannt. Hospize sind seit 40 Jahren in Deutschland alternative Orte eines menschenwürdigen, sozial und fachlich umsorgenden und selbstbestimmten Sterbens. Sie sind der Idee der Gastfreundschaft und der Eigenzeitlichkeit des Sterbens verpflichtet. Ihre organisationsethische Haltung und professionelle Kultur besteht in der vorurteilsentladenen Akzeptanz, der komplexen und kompetenten Behandlung, Betreuung und Begleitung des divers Anderen, des sterbenden Fremden als Gast, im bedingungslosen Respekt vor der Autonomie der Betroffenen und seinen relevanten Bezugspersonen, seinen Angehörigen.

Hospize und palliative Einrichtungen und Dienste würden in einen Vertrauen-zerbrechenden Selbstwiderspruch geraten, wenn sie sich als Orte der Suizidassistenz empfehlen und auf dem „Markt“ offerieren würden. Der Preis wäre sehr hoch, bezogen auf die Gäste und ihre Angehörigen, die Mitarbeiter*innen und ihrer Rolle und Aufgabe in der Gesellschaft. Denn ihre kollektive ethische Autonomie steht immer in einer Spannung zu einer individuellen ethischen Autonomie, die dem assistierten Suizid regelhaft Raum gibt.

Die Suizidassistenz wird voraussehbar zu einer staatlich finanzierten, qualitätskontrollierten Dienstleistung mit Anspruchsberechtigung

Absehbar wird die Suizidassistenz zu einer staatlich finanzierten und geregelten, qualitätsgesicherten Dienstleistung. Sie wird etabliert als eine Option des autonomen Sterbens. Daran werden wir uns (wahrscheinlich) gesellschaftlich gewöhnen. Der Gewöhnungseffekt hat verschiedene Ausprägungen. Eine neoliberale Gesellschaft verfolgt

das Interesse, Nützlichkeiten („Lohnt sich das noch?“) und Gewinne zu steigern. Schon jetzt werden in einem radikal ökonomisch bestimmten Versorgungssystem Patient*innen zum Mittel der Ertragsteigerung. Das Lebensende kann teuer sein. Kosten können gespart werden. Was ist einfacher als zum „Selbstverzicht“ zu ermuntern. Es kann befürchtet werden, dass wichtige strukturelle Bedingungen einer guten menschenwürdigen Versorgung am Lebensende programmatisch politisch, strukturell und finanziell aufgeschoben werden. Chronischer Mangel an kompetenten Pflegepersonen und deren angemessener finanzieller und gesellschaftlicher Honorierung, das Fehlen einer gesetzlichen Garantie, dort sterben zu können, wo man sterben will (zu Hause). Die strukturelle Weichenstellungen der seit Jahrzehnten deklarierten Vorfahrtsregel „ambulant vor stationär“ werden weiterhin nicht vorgenommen. Eine flächendeckende, kompetente, professionelle und zivilgesellschaftliche Umsorgung am Lebensende wird – bei allen Errungenschaften – nur zögerlich umgesetzt und ausgebaut. Einer präventiven Auseinandersetzung mit Sterben und Tod wird zu wenig Raum gegeben.

Der vielfache Gewöhnungseffekt wird zu einer Zunahme von Suiziden führen. Derzeit sterben ca. 10.000 Menschen jährlich durch Suizid. Die Dunkelziffer wird zehn Mal höher eingeschätzt. Es ist vorhersehbar, dass wir uns individuell wie kollektiv an Suizide mehr gewöhnen und sie für eine Normalität des Lebensendes halten.

Auch die „Suizidassistent*innen“ werden sich gewöhnen, „beim ersten Mal ist es noch schwierig, dann gewöhnt man sich dran“ und das wird die Effizienz des beschleunigten Sterbens steigern, der zeitliche Abstand zwischen Beratung und Vollzug wird sich verkleinern, die Beratungszeit wird verknappt, denn Zeit ist Geld.

Die Suizidassistenten werden motivational normalisiert und zu einem „altruistischen Akt“ umgedeutet. Die alte und ältere Generation opfert sich für die Jungen, macht selber Platz für deren Zukunft und will ihr nicht im Wege stehen und „zur Last fallen“. Damit werden das Lebensrecht und der Lebensschutz der Eltern- und Großeltern-Generation von innen (autonom) ausgehöhlt.

Wir brauchen Mitgefühl und Begleitung aus der Mitte einer solidarischen und sorgenden Gesellschaft

Die Hospizbewegung ist als Bürger*innenbewegung entstanden. Es waren empathische Frauen und Männer, die sich nicht damit abfinden wollten, dass Menschen als

„austherapiert“ galten, zum Sterben in Badezimmer und in Abstellräume der Krankenhäuser und Pflegeheime abgeschoben wurden. Es gab in den 70er und 80er Jahren in Deutschland buchstäblich keinen Platz für sie. Die Hospizbewegung war in ihren Anfängen eine Widerstands- und Protestbewegung, gegen die Ausgrenzung der Sterbenden, die als unwürdig und unmenschlich empfunden wurde. Ihr Ziel war die Resozialisierung der Sterbenden in die sozialen und wärmenden Beziehungen menschlichen Miteinanders, einer absichtslosen Sorge, die immer wieder auch darin besteht, einfach da zu sein und da zu bleiben.

In der Coronapandemie sind wir vielfach mit dem Sterben konfrontiert worden. Immer wieder nur abstrakt, mathematisiert in Zahlen, Statistiken und Säulendiagrammen. Wieder wurde der Tod umschwiegen, über menschliches Sterben zu wenig gesprochen. Menschen starben isoliert und in Distanz, mit Maske, mit Schutzkleidung, ohne Kontakt und Berührung. Das war Anlass genug für Empörung, Entsetzen und Trauer und für die Frage: Wie konnte das passieren? Wie konnte es passieren, dass wir die Alten als vulnerabel etikettierte Gruppe diskriminiert und isoliert haben? Wie konnte es passieren, dass wir sie in ihrer Autonomie nicht gefragt haben, was sie wollen, was sie brauchen?

Wir werden uns fragen müssen: In welcher Gesellschaft wollen wir selber leben und sterben? Wird es die Suizidassistentengesellschaft sein? Assistenz haben wir eigentlich genug. Ob krank oder gesund, wir gehen immer auf den Krücken der Dienstleistungsgesellschaft. Für alles greifen wir auf Service, auf Geräte, auf Gekauftes zurück. Von der Wiege bis zu Bahre. Ist nicht um die Geburt ein hochtechnologischer Apparat entstanden, der Mutter und Kind kaum noch aus der passiven Lage herauskommen lässt? Am Ende des Lebens ist es nicht anders. Der Geburtskanal, der ins Leben führt und der Sterbeweg, der aus dem Leben führt, ähneln sich immer mehr – beide sind in die Hände der assistierenden Profis geraten. Insofern vollendet der assistierte Suizid nur das Projekt, das den Menschen längst in seinen Fängen hält. Das öffentliche Gerede über den assistierten Suizid verdeckt, dass dieser eigentlich nur der logische Schlusspunkt eines technophilen Fortschritts ist.

Im Grunde ist der assistierte Suizid das Instrument einer kalten Gesellschaft, die am Ende ist. Wenn ein Mensch in Verzweiflung ist, dann braucht er andere Menschen, die ihm zugeneigt sind. Menschen, die ihn an menschlicher Wärme teilhaben lassen. Der Suizid als Dienstleistung ist der verzweifelte Akt einer Isolationsgesellschaft. Keiner weiß, wie eine bürgerschaftliche Begleitung in einer suizidalen Situation aussehen kann. Neuland ist das. Oder wissen wir es doch?

Natürlich wissen wir es, eben weil wir Menschen sind. Aber wir können auch auf den großen Schatz hospizlicher Begleitung zurückgreifen. Den haben viele Engagierte, nicht zuletzt Ehrenamtliche in den letzten Jahrzehnten gesammelt. Der ist da. Gut, die Hospizbewegung muss vielleicht jünger und flexibler werden. Ja, die Hospizbewegung muss sich aus der bürgerlichen Engführung befreien. Aber eine Begleitung verzweifelter Menschen kann nicht aus dem medizinisch-neutralisierten Apparat kommen. Sie wird aus einer aufbruchsbereiten Bewegung von Bürgerinnen und Bürgern, von Menschen kommen, die begriffen haben, dass wir nicht tiefer in die eisigen Gewässer der Dienstleistungsgesellschaft geraten dürfen, sondern – im Angesicht der kommenden Krisen – eine Wiedergeburt („Renaissance“) der wärmenden, empathischen, mitfühlenden, partizipativen Gemeinschaft brauchen.

Die Legalisierung der Suizidassistenten kann der Beginn einer neuen Erzählung über diese Gesellschaft der Zukunft sein, eines neuen Aufbruchs, einer breiten Hospizbewegung, einer Engagementbereitschaft, dafür, „so ein Sterben“ nicht zulassen zu wollen und Wege zu gehen, die nicht in der Suizidassistenten münden müssen. Was wir brauchen ist eine neue Dynamisierung der Hospizbewegung, die sich in die Tiefen dieser Gesellschaft verbreitet und ihre Vielfalt und Buntheit widerspiegelt.

Was wir brauchen ist die Mitarbeit an einer mitsorgenden Gesellschaft, in der das Schicksal der anderen nicht gleichgültig lässt, in der das Sterben auffordert, da zu sein, mitverantwortlich zu sein. Allein so entsteht Respekt und Akzeptanz für die Anderen, in der konkreten Hinwendung. Allein so werden wir uns und die Gesellschaft „verändern“, indem wir von Anderen her denken und fühlen. Allein so werden wir auch Wege finden, mit Menschen, die keinen anderen Weg sehen, als den Suizid als Ausweg.

Wir sehen die Gefahr

- Wir sehen die Gefahr, dass Suizidassistenten zum Geschäft wird. Das wäre ein Tabubruch, der die Grundlagen unserer Kultur zerstört.
- Wir sehen die Gefahr, dass das Angebot der Suizidassistenten von Pflegebedürftigen und Kranken als Aufforderung begriffen wird, die Gesellschaft von der „Last“, als die sie sich vielleicht empfinden, zu befreien. Dann würde der assistierte Suizid zum Instrument sozialer Regulierung in einer alternden Gesellschaft werden.
- Wir sehen die Gefahr, dass die kommenden Krisen – insbesondere die Folgen der Klimakrise – die Schwachen in erster Linie betreffen und gefährden und der assistier-

te Suizid zum Instrument der assistierten Selbstbeseitigung machen könnten. Dann würde die Suizidassistenten zum Instrument einer (im gleichen Augenblick untergehenden) Leistungsgesellschaft werden.

- Wir sehen die Gefahr, dass die Suizidassistenten das neoliberale Projekt der Selbstoptimierung zu Ende führt, in dem sich der leidende Mensch als Auslaufmodell begreift und den assistierten Suizid als den konsequenten Abschluss der geforderten Selbstoptimierung begreift.
- Wir sehen die Gefahr, dass der Kältestrom einer Suizidassistentengesellschaft den Wärmestrom einer tröstenden, gemeinschaftlich begleitenden Gesellschaft der Bürgerinnen und Bürger zum Versiegen bringt. Dann bliebe das autonome, zum Partikel einer technophilen Gesellschaft herabgewürdigte Individuum zurück, das im assistierten Suizid den Kältetod findet.
- Wir sehen die Gefahr, dass unser Leben, das zwischen die Grunderfahrungen von Geburt und Tod eingespannt ist, zum medizinisch-industriellen Planungsprojekt wird. Der assistierte Suizid ist so das zeitgemäße I-Tüpfelchen auf einer von Sicherheits- und Planungszwängen beherrschten Krisengesellschaft.

Wir haben die Hoffnung, dass der assistierte Suizid zwar der Höhepunkt des technophilen Projektes sein möchte, aber tatsächlich zu seinem Abschluss wird. Er wird die sozialen Kräfte, die gemeinschaftsorientiert und an Begleitung, statt an Abschaltung orientiert sind, verlebendigen. Eine Gesellschaft in der Krise und ein Gesundheitsapparat, der auf wachsendes Misstrauen stößt, erschließen zugleich Potenziale des Aufbruchs. Corona, Klimakatastrophe und assistierter Suizid – diese ungleichen Geschwister bereiten auch den Boden für eine Gesellschaft solidarischen Aufbruchs, für eine sorgende Hospizgesellschaft.

Forderungen

Damit die Hospizarbeit und Palliativversorgung ihre – auch suizidpräventive – Wirkkraft voll entfalten kann, bedarf es guter gesetzlicher Rahmenbedingungen. Flankiert werden sollten diese Rahmenbedingungen von einem gesellschaftlichen Klima, in welchem das Sterben, der Tod sowie die Trauer als menschliche Reaktion darauf und als Teil des Lebens betrachtet werden. Hier bedarf es einer gesamtgesellschaftlichen Solidarität, wie sie beispielsweise auch dem Modell der Caring Community zugrunde liegt, die als Gegenteil zu der immer stärker werdenden Vereinzelung, Ökonomisierung und Abgrenzung auf gegenseitige Unterstützung und Verantwortung setzt, die zwar institutionalisiert sein kann, aber auch auf das Engagement eines jeden Einzelnen setzt. (s.a. Anlage „Acht-Punkte-Plan des DHPV“ vom 20.07.2020, S. 42).

Stärkung von Hospizarbeit und Palliativversorgung

Der Gesetzgeber hat durch das Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 eine Vielzahl von Schritten zur Stärkung von Hospizarbeit und Palliativversorgung eingeleitet. Gleichwohl ist es notwendig, an einigen Punkten nachzujustieren, damit eine Begleitung des sterbenden Menschen und seiner Zugehörigen überall und unter den bestmöglichen Bedingungen erfolgen kann.

Die meisten Menschen möchten zu Hause in der ihnen vertrauten Umgebung sterben. Das kann die eigene Wohnung sein, es kann sich aber auch um das Zimmer in der Pflegeeinrichtung oder um das eigene Zimmer in der Sicherungsverwahrung handeln. Gleiches gilt bei Menschen mit Behinderung in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe und auch für wohnungslose Menschen. Hier bedarf es einer besonders sensiblen, undogmatischen und individuell am Menschen ausgerichteten, insbesondere auch psychosozialen Begleitung, damit beispielsweise der Verbleib in einer institutionalisierten Einrichtung wie einem stationären Hospiz für den Betroffenen auch im Sterben seinen Vorstellungen entspricht.

In all diesen Konstellationen muss sichergestellt sein, dass die vier Dimensionen der Hospizarbeit und Palliativversorgung flexibel und aufeinander abgestimmt und frühzeitig eingebracht werden können (early integration), um ein selbstbestimmtes und würdevolles Sterben zu gewährleisten. Qualifiziertes und ausreichendes Personal sowie eine entsprechende Finanzierung sind hierfür neben sinnvollen Strukturen die Grundvoraussetzung.

Ausbau der Versorgung in strukturschwachen Gebieten

In einigen strukturschwachen Regionen fehlt es an einer ausreichenden allgemeinen Palliativversorgung, da es an einer ausreichenden Anzahl von qualifizierten Ärzt*innen und Pflegefachkräften mangelt. Dieser Mangel zeigt sich insbesondere, aber nicht nur, in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen. Hier muss die Politik dringend Anreize und Rahmenbedingungen schaffen, um eine flächendeckende Versorgung sowohl im (kinder-)ärztlichen als auch im (kinder-)krankenpflegerischen Bereich zu gewährleisten.

Anerkennung und Finanzierung der psychosozialen Fachkraft in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Der Gesetzgeber hat es bislang versäumt, in § 37b SGB V die psychosoziale Fachkraft als notwendigen strukturellen Bestandteil des SAPV-Teams festzuschreiben. Diese Struktur eines Palliative-Care-Teams ist mithin im stationären Kontext bereits ein Anforderungsmerkmal. Insofern ist hinsichtlich der Versorgungsgerechtigkeit kein Grund ersichtlich, weshalb die Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich hinter derjenigen im stationären Kontext zurückstehen sollte, zumal gerade in der ambulanten häuslichen Versorgung stabilisierende Elemente notwendig sind, um die Versorgung realisieren zu können. Die Tätigkeit einer psychosozialen Fachkraft (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie) wirkt für den/die Patient*in und die Zugehörigen in der komplexen Versorgungssituation systemstabilisierend. Die professionelle Intervention ermöglicht häufig erst den Verbleib der Patient*innen im ambulanten Setting und bildet somit das Fundament für die ärztliche und pflegerische Versorgung. Die (ehrenamtliche) psychosoziale Unterstützung durch ambulante Hospizdienste ist inhaltlich anders gelagert und kann die Tätigkeit einer psychosozialen Fachkraft nicht ersetzen.

Obligatorische Palliativdienste in allen Krankenhäusern

Fast die Hälfte aller Menschen in Deutschland verstirbt in Krankenhäusern. Ein Teil dieser Menschen bedarf einer Versorgung auf der Palliativstation. Wichtig wäre es, dass auch auf den anderen Stationen (z.B. Intensivstationen, Allgemeinstationen) hospizliche und palliativmedizinische Kompetenz frühzeitig und kompetent eingebunden wird, beispielsweise durch obligatorische Palliativdienste. Eine auf diese Weise verbesserte und gelebte Hospizkultur und

Palliativversorgung sollte zukünftig von den Krankenhäusern als Qualitätsmerkmal verstanden werden.

Koordination und Vernetzung für eine bessere Versorgung und Versorgungskontinuität

Seit dem 16.12.2020 liegt der Kabinettsbeschluss zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vor. Der DHPV begrüßt, dass durch diesen Gesetzentwurf ein weiterer Baustein zur Verbesserung der Hospizarbeit und Palliativversorgung realisiert werden soll. Richtigerweise nimmt sie darin in einem neuen § 39d SGB V die Notwendigkeit der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken in den Blick, eine Regelung, der der DHPV große Bedeutung beimisst und die in der jetzigen gesetzlichen Formulierung grundsätzlich Zustimmung verdient. Kritisch ist allerdings anzumerken, dass die Realisierung der Netzwerkkoordination mit der darin vorgesehenen geringen Refinanzierung wenig erfolversprechend erscheint. Damit der als dringend notwendig erachtete Ausbau koordinierter regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke nicht bereits zu Beginn an der Finanzierung und damit an der Umsetzung in die Praxis scheitert, empfiehlt der DHPV nachdrücklich, die Fördersumme für die Teilfinanzierung auf 45.000,00 EUR zu erhöhen.

Um den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, regt der DHPV an, dass die Koordination von Netzwerken in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen neben den allgemeinen Netzwerken ebenso möglich sein sollte, und zwar in größeren räumlichen Dimensionen als bei Erwachsenen. Hintergrund für eigene Netzwerkstrukturen für Kinder und Jugendliche ist, dass in der Praxis kaum Schnittstellen in der Netzwerkarbeit von Erwachsenen und Kindern / Jugendlichen gegeben sind und dass die Zusammensetzung der Netzwerkpartner bei Kindern und Jugendlichen räumlich und strukturell stark von denen der Netzwerke für Erwachsene abweicht (relevant neben den bekannten Akteuren des Gesundheitswesens sind für Kinder z.B. Elterninitiativen, Jugendämter, Kinderschutzbund, Behinderteneinrichtungen / Eingliederungshilfe etc.). Es sollte daher im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vorgesehen werden, dass für Netzwerke in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch mehrere Kommunen / Gebietskörperschaften gemeinsam den kommunalen Förderanteil tragen.

Finanzierung für die Versorgung von lebenslimitiert erkrankten und von einer Behinderung betroffenen Kindern und Jugendlichen

Aufgrund der Besonderheiten in der Versorgung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen ist der Personalaufwand in der Koordination durch ambulante Hospizdienste im Vergleich zu der – ebenfalls personalintensiven – Betreuung von Erwachsenen erhöht. Gründe hierfür liegen darin, dass Kinder und Jugendliche überdurchschnittlich häufig von Krankheitsbildern betroffen sind, die aufgrund ihrer Seltenheit und dem schwierig vorherzusehenden Krankheitsverlauf einer spezifischen, individuell auf dieses Krankheitsbild abgestimmten und damit aufwändigeren Versorgung und auch Koordination bedürfen. Die Begleitung betrifft das gesamte Familiensystem und kann über einen Zeitraum von mehreren Jahren andauern. Auch sind größere Fahrstrecken zu überbrücken. Die Finanzierung der ambulanten Hospizarbeit bedarf daher dringend einer Verbesserung. Bislang werden lediglich zwischen 65 und 75 Prozent der anerkannten Personal- und Sachkosten gefördert, da die Fördersumme begrenzt ist und bei den Kindern und Jugendlichen zahlenmäßig weniger Begleitungen in die Berechnung einfließen. Notwendig ist daher, dass dies in der entsprechenden Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche, die im Jahr 2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung neu ausgehandelt wird, Berücksichtigung findet.

Verbesserung der pflegerischen Versorgung

Durch den demografischen Wandel werden zukünftig immer mehr Menschen von Pflegebedürftigkeit und der Notwendigkeit der Unterbringung in Pflegeeinrichtungen betroffen sein. Die schlechten Rahmenbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen sowie in der ambulanten Pflege sind seit vielen Jahren Teil der politischen und fachlichen Debatten und bedürfen dringend einer Reform. Die Bundesregierung hat die Pflege zu einem zentralen Thema der aktuellen Legislaturperiode gemacht und hier bereits einige wichtige Änderungen auf den Weg gebracht. Notwendig ist jedoch eine umfassende Gesamtkonzeption, um die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern. Dieses ist umso wichtiger, als eine unzureichende pflegerische Situation für die Menschen z.T. durchaus einen Anstoß darstellen kann, um über einen assistierten Suizid nachzudenken und diesen ggf. auch umzusetzen.

Reform der gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Ein Teilaspekt einer solchen umfassenden Reform ist, dass die betroffenen pflegebedürftigen Personen und deren Familien eine spürbare Entlastung hinsichtlich der finanziellen Belastungen bei Pflegebedürftigkeit erfahren müssen. Sinnvoll erscheint hier, dass sämtliche Leistungen der Pflege durch die Pflegeversicherung übernommen werden bzw. die betroffenen Personen lediglich einen geringen Eigenanteil zu tragen haben.

Unerlässlich ist, dass die Anzahl der Pflegefachkräfte gesteigert wird. Daher bedarf es eines gesellschaftlichen Wandels zur Wertschätzung des helfenden Berufes, was sich u. a. in einem besseren Entgelt und besseren Arbeitsbedingungen – z. B. einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie – widerspiegeln muss, um mehr Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen.

Verbesserte palliativpflegerische Versorgung in Pflegeeinrichtungen

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz wurden die Kooperationsmöglichkeiten mit den ambulanten Hospizdiensten und den SAPV-Diensten in den Pflegeeinrichtungen verbessert. Die Palliativversorgung wurde in die häusliche Krankenpflege (HKP) und als Symptomkontrolle vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in den Leistungskatalog der HKP aufgenommen. Diese wichtige Entwicklung ist jedoch auf die ambulante Versorgung beschränkt, so dass die Pflegeeinrichtungen hiervon nicht profitieren können. Grund hierfür ist, dass die (palliative) Behandlungspflege in den Pflegeeinrichtungen nicht auf der Basis des SGB V erbracht wird, sondern nur in pauschalierter Form als Teil der pflegerischen Versorgung nach SGB XI.

Diese unterschiedliche Finanzierung führt dazu, dass die Personalsituation in Pflegeeinrichtungen eine kontinuierliche palliativpflegerische Versorgung im Grunde nicht zulässt. Damit fehlt in den Pflegeeinrichtungen ein wesentlicher Pfeiler der Palliativversorgung. Notwendig ist daher eine neue gesetzliche Regelung, beispielsweise durch eine eigene Regelung im SGB XI oder indem die Behandlungspflege in der stationären Pflege aus dem SGB XI herausgelöst und in das SGB V überführt wird.

Zudem muss die Finanzierung der einzelnen Pflegeleistung auch derart gestaltet werden, dass die Pflegefachkräfte die notwendige Zeit haben, um zwischenmenschliche Aspekte in die Betreuung einfließen zu lassen. Der DHPV ist davon überzeugt, dass dies auch die Attraktivität des Pflegebe-

rufes insgesamt zu steigern vermag und mehr Menschen motivieren würde, im Pflegeberuf tätig zu werden. Gerade durchgetaktete Arbeitsschritte, bei denen das Wohlergehen der zu pflegenden Personen aus Zeitgründen in den Hintergrund tritt, stellen eine nicht zu unterschätzende Belastung für die Pflegefachkräfte dar.

Damit die palliativpflegerische Versorgung in den Pflegeeinrichtungen sichergestellt werden kann, sollte es darüber hinaus rechtliche Vorgaben geben, dass entsprechend qualifizierte Fachkräfte vorgehalten werden (Fachkraftquote).

Zugangsgerechtigkeit, Öffentlichkeitskampagnen und verbesserte Information über die Hospizarbeit und Palliativversorgung

Damit jeder Mensch am Lebensende die bestmögliche Versorgung und Begleitung erhält, ist es zunächst einmal notwendig, dass Zugangsgerechtigkeit besteht. Diese ist wesentlich von zwei Faktoren abhängig, nämlich dass die notwendigen Versorgungsangebote vorhanden sind und dass die Menschen diese auch kennen.

Zugangsgerechtigkeit durch Information

Die erkrankten Personen und ihre Zugehörigen müssen wissen, welche für sie passenden Angebote existieren und wo bzw. wie sie diese erhalten können. Hier hat es in den letzten Jahren durchaus eine verstärkte Wahrnehmung in der Gesellschaft gegeben. Gleichwohl sind die Angebote der Hospizarbeit und Palliativversorgung zum Teil wenig bekannt und/oder mit Fehlvorstellungen verbunden. Diese Informationsdefizite müssen behoben werden. Hier bedarf es dringend einer Beteiligung durch die Politik und des Gesundheitssystems. Sinnvoll und zielführend sind Informationsbroschüren, die den Bürger*innen – beispielsweise durch die Krankenkassen – unabhängig von einer bereits vorliegenden Erkrankung – zur Verfügung gestellt werden, damit diese sich schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt mit ihren Vorstellungen von einem selbstbestimmten und würdevollen Lebensende und den Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung Gedanken machen können und entsprechende Schritte einleiten können. Selbstverständlich müssen diese Informationen auch in einfacher Sprache zur Verfügung gestellt werden, damit die Selbstbestimmung besonders vulnerabler Personengruppen gestärkt wird. Wünschenswert ist außerdem eine (wiederkehrende) Informationskampagne durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach dem Vorbild der Impf-, AIDS- oder Transplantationskam-

pagnen, die zum Beispiel hospizliche und existentielle Themen wie Krankheit, Sterben, Tod und Trauer enttabuisieren und zeigen, wie die Hospizarbeit und Palliativversorgung Betroffene und Zugehörige entlasten, begleiten und unterstützen kann.

Keine Verpflichtung der Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung zur Durchführung und/oder Duldung des assistierten Suizides

Der assistierte Suizid ist keine Aufgabe der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Weder im Selbstverständnis der Hospiz- und Palliativeinrichtungen noch in den jeweiligen gesetzlichen Grundlagen ist die Suizidhilfe als Aufgabe definiert. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 26.02.2020 klargestellt, dass niemand verpflichtet werden kann, Suizidhilfe zu leisten. Daher bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung – unabhängig davon, ob sie konfessionell gebunden sind oder nicht – nicht verpflichtet werden können, einen assistierten Suizid in der Einrichtung durchzuführen oder die Durchführung durch Dritte zu dulden.

Förderung, Weiterentwicklung und Etablierung von Konzepten zur Suizidprävention / Information und Stärkung der Suizidprävention

Suizid betrifft nicht nur den einzelnen und ggf. seine engsten Zugehörigen – es betrifft die gesamte Gesellschaft. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil festgestellt, dass ca. 90 Prozent der tödlichen Suizidhandlungen auf einer psychischen Störung, insbesondere einer Depression, beruhen (Rn. 245). Der assistierte Suizid darf insofern nicht als eine normale oder gar idealisierte („Freitod“) Behandlungsalternative in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Im Gegenteil: Die Suizidprävention bleibt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Aufklärung, Beratung, Krisenintervention und Behandlung

Es ist daher von besonderer Wichtigkeit, dass den Betroffenen frühzeitig, niederschwellig und multidisziplinär fachliche Aufklärung, Beratung, Kriseninterventionen und Behandlungen angeboten werden. Wenn möglich, sollte es hier auch aufsuchende Angebote geben, da diese eine Entlastung darstellen und viele – gerade ältere und körperlich eingeschränkte – Menschen ansonsten nur er-

schweren Zugang zu suizidpräventiven Angeboten haben. Kriseninterventionsdienste sollen zudem flächendeckend und 24 Stunden am Tag für die Betroffenen erreichbar sein. Diese verschiedenen Angebote der Suizidprävention müssen altersspezifische Konzepte beinhalten und bedürfen zudem der ausreichenden Finanzierung.

Strategien und altersspezifische Konzepte gegen Einsamkeit

Die Gesellschaft sollte sich aufgrund der Tendenz der zunehmenden Vereinzelung und Isolation auch dem Thema der „Einsamkeit“ gesondert annehmen. Das Gefühl der Einsamkeit betrifft alle Bevölkerungs- und Altersgruppen und stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Gesundheit der Betroffenen dar. Einsamkeit erhöht u. a. das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen und Suizide. Nach einer im Jahr 2020 veröffentlichten Studie der Universität Utrecht haben 0,18 Prozent der Bevölkerung über 55 Jahre ohne ernsthafte Erkrankung einen (ambivalenten) Todeswunsch. Einsamkeit ist ein Faktor, der als häufigster Grund für einen Suizidwunsch angegeben wird (56 %).

In Deutschland fühlen sich ca. 12 Prozent häufig oder ständig einsam (Bundestagsdrucksache 19/10456). Der DHPV fordert die Bundesregierung auf, Strategien und altersspezifische Konzepte zu entwickeln, wie Einsamkeit vorgebeugt werden kann bzw. wie die betroffenen Personen aus der Einsamkeit und Isolation wieder herausfinden können.

➔ Arbeitshilfe zur methodischen Umsetzung

Einführung

Diese Arbeitshilfe versteht sich als methodische Anleitung zur inhaltlichen Umsetzung des Dialogpapiers „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen“. Sie soll alle Akteure auf Landes- und Ortsebene dabei unterstützen, vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zu § 217 StGB interne Diskussionen im hospizlichen Sinne sachgerecht zu führen und die eigene Meinungsbildung zu fördern.

Insgesamt verbindet sich damit das Ziel, Anregungen, Orientierung, Unterstützung mitzugeben und damit eine Sicherheit im Agieren zu ermöglichen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder einen definitiven Abschluss der Diskussion kann sich und soll sich hiermit aber nicht verbinden.

Die Reflexion der eigenen und der verbandlichen Haltung in diesem Themenkomplex bleibt eine dauerhafte Aufgabe. Sie ist als unabdingbar zu betrachten, um den Menschen mit ihren Ambivalenzen zwischen Lebens- und Sterbewünschen sowie der gesellschaftlichen Verantwortung der Hospizbewegung gerecht zu werden.

Auf den folgenden Seiten finden sich – nach einer kurzen Erläuterung zur Organisation einer Veranstaltung – vor allem eine methodische Empfehlung zur Umsetzung des Dialogpapiers. Im Anschluss daran gibt es noch kurze Hinweise für die externe Kommunikation.

Didaktische Hinführung

Hier geht es darum, gezielt einen ganzheitlichen Lern- und Reflexionsprozess anzustoßen.

Lernprozesse sind besonders nachhaltig, wenn neben der Informationsvermittlung ein Bezug zum Alltag und zu persönlichen Erfahrungen hergestellt wird, in dem Emotionen, ein Erleben und die Handlungsebene eine Rolle spielen. Menschen lernen neben diesen Aspekten am effektivsten, wenn sie in ihrer Lebenswelt abgeholt und mitgenommen werden, sich ernstgenommen fühlen.

Unabhängig von bewusst gestalteten Lernsettings und Veranstaltungen bildet ein thematisches Selbststudium eine wichtige Grundlage. Die Aneignung von Wissen und Informationen fördert nicht nur die fachliche Kompetenz, sondern auch die Sprachfähigkeit und Sicherheit im Diskurs.

Methodische Durchführung

Sich ein adäquates Verständnis von Lernen und Methodik vor Augen zu führen, ist hilfreich, um in einer Gruppe mit multiperspektivischen Meinungen eine gemeinsame Linie zu entwickeln, die von allen Beteiligten mitgetragen werden soll. In Anlehnung an einen klassischen Ablauf einer Bildungsveranstaltung

- ➔ Begrüßung/Ankommen: Rahmen, Inhalt und Ziele vorstellen und Erwartungen abklären
- ➔ Eröffnung/Einführung: Informationen zum Thema, persönlichen Bezug herstellen
- ➔ Arbeitsphase: Auseinandersetzung mit dem Thema in Bezug auf sich und andere und in Bezug auf die Bedeutung für die Einrichtung; Reflexion und Verinnerlichung
- ➔ Abschluss/Ergebnissicherung: Zusammenführen der Ergebnisse aus der Arbeitsphase und Verankerung in den Gesamtkontext empfehlen wir folgende Aspekte und Schritte:

Planung und Vorüberlegungen

An dieser Stelle muss je nach Vereins- oder Trägerstruktur und -kultur geklärt werden, ob dieser Prozess sofort mit allen Akteuren (Vorstand, Haupt- und Ehrenamtlichen) besprochen wird oder ob es einer ersten Abstimmungsrunde mit z. B. dem Vorstand und den Hauptamtlichen bedarf. Mit Blick auf die zu erwartende Heterogenität an Meinungen zu der Thematik und mit dem Ansatz von Partizipation wäre es sicherlich wertvoll, den Prozess von Beginn an mit allen gemeinsam zu gestalten.

Unabhängig von der Zusammensetzung der Runde ist eine offene Grundhaltung den diversen Meinungen gegenüber unabdingbar. Denn gerade um eine gemeinsame Haltung der Einrichtung zu finden, sollten alle Ansichten Raum und Gehör finden können. Pädagogisch spielt Wertschätzung für die Motivation und zusammenhängend damit auch für die Lernbereitschaft eine gravierende Rolle.

„Ich bin immer bereit zu lernen, aber nicht immer, mich belehren zu lassen.“⁸⁾

Es empfiehlt sich, in der Gestaltung der Veranstaltung eine Dynamik von Offenheit und Annahme aller Meinungen zu schaffen, um über eine gemeinsame Auseinandersetzung (auf Grundlage von Informationen) zu einem tragfähigen Kompromiss zu kommen.

Verbunden mit diesem Ziel lassen sich einige Möglichkeiten an Formaten denken, um sich intern mit der Thematik 'Beihilfe zum Suizid' zu beschäftigen, z. B. ein Informationsabend, ein ganztägiger Workshop, ein Abendseminar, eine Seminarreihe oder eine Vorstandssitzung/-klausur. Für dieses komplexe Thema sollte sich auf jeden Fall Zeit genommen werden. Eine separate Moderation ist empfehlenswert, allein, damit alle Beteiligten mitarbeiten können.

Inhaltliche Aspekte und Struktur

Unabhängig des Formates und des gedachten Zeitrahmens sollten bestimmte Phasen/Themenschwerpunkte durchlaufen werden (s. o. klassischer Ablauf). Der Zeitrahmen hat lediglich Einfluss auf Dauer und Intensität der einzelnen Phasen.

Allgemein sind die Fragen nach Ziel, Zweck und Zielgruppe leitende Komponenten, an denen sich der Rahmen, der Ablauf und die Inhalte orientieren.

Phasen	Entscheidungen	Material
1. Phase Thematischer Einstieg und Input	<p>Nach Begrüßung und Vorstellung des Ablaufes kann der thematische Einstieg über diese Themen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historie § 217 StGB - Sachstand und Einordnung der rechtlichen Situation - Klärung der Fachterminologie - Hospizbewegung - Sterbewünsche <p>Methodisch eignet sich ein Inputreferat, welches eine thematische Einordnung, Sicherheit und im Anschluss Raum für inhaltliche Fragen und Unklarheiten gibt. Durch eine inhaltliche Einführung starten die Teilnehmenden vom gleichen Wissensstand aus und erhalten einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung. An dieser Stelle geht es nicht darum, deutliche Bewertungen deduktiv vorzugeben.</p>	s. Selbststudium
2. Phase Die persönliche Haltung	<p>Wie oben formuliert, bildet sich eine Haltung nicht durch Regeln und Vorgaben. Eine Haltung muss sich anhand von subjektiven Erfahrungen und persönlicher Reflektion entwickeln. So gilt es einen Raum zu schaffen, in dem sich jede*r mit ihrer/seiner Haltung beschäftigen und einbringen kann. Durch den thematischen Einstieg und die Wahrnehmung anderer Meinungen soll jede*r Einzelne zu neuen Ideen und Sichtweisen gelangen. Angeregt wird ein Appell zum Nachdenken und zur Selbstreflexion. In dieser Phase müssen die Teilnehmenden aktiv werden und sich einbringen. Die Leitfragen auf Seite 8 zur persönlichen Ebene eignen sich gut, um das Nachdenken im Austausch mit anderen anzuregen. Wie auch dort erwähnt, können die Leitfragen in der Einzel- und/oder Kleingruppen- und/oder Großgruppenarbeit bearbeitet werden. Die Fragen zur persönlichen Ebene erfordern eine gewisse Vertraulichkeit, die z. B. durch eine Partnerarbeit gegeben wäre. Diskussionen aus Klein- und Großgruppenarbeiten werden an dieser Stelle nur gehört, gesammelt und je nach Weiterarbeit schriftlich fixiert. Es findet keine Bewertung statt. Eine offene Diskussion fördert nicht nur die Auseinandersetzung mit anderen, sondern unterstützt auch die Sprachfähigkeit. Je nach Zeit kann im Anschluss eine kurze Selbstreflexion stattfinden, in der jeder noch einmal seine eigene Haltung in den Blick nimmt und reflektiert, wo es Ambivalenzen gibt.</p>	siehe S. 8

3. Phase

Herausforderung für den Dienst

Die dritte Phase definiert ihr Ziel ähnlich wie das der zweiten Phase, nur dass es in diesem Schritt nicht mehr um die persönliche, sondern um die berufliche Ebene bzw. die Ebene der Einrichtung geht. Die Anforderungen an und die Herausforderungen für den Dienst stehen hier im Mittelpunkt. Auch hier bieten die Leitfragen von Seite 8 eine gute Orientierung. Aktivierende Methoden sind vorstellbar: Das Positionieren der Teilnehmenden in den vier Ecken des Raumes (oder im Falle einer Videokonferenz in vier Kleingruppenräumen). Jeder Ecke, jedem Raum wird eine Frage zugeordnet und die Teilnehmenden teilen sich selbst den Fragen zu oder werden von der Moderation eingeteilt. Die Teilnehmenden in einer Kleingruppe tauschen sich für 3-5 Minuten dazu aus. Je nach Zeit können die Teilnehmenden auch alle Fragen oder nur zwei bis drei durchlaufen.

Die konkreten Fallbeispiele auf Seite 9 sind eine gelungene Ergänzung und erreichen noch mal eine andere Tiefe der Diskussion. Die beschriebenen Situationen laden ein, die unterschiedlichen Bedürfnisse, Erwartungen und Perspektiven zu beleuchten und einzunehmen. Das vorgeschlagene Verteilen von Rollen und Positionen eröffnet die Wahrnehmung und evtl. das Verständnis dafür. Die eigene Haltung bleibt auch dabei nicht unberührt. Weitere passende Methoden wären

- World Café
www.methodenkartei.uni-oldenburg.de/uni_methode/world-cafe/
- Open Space
<https://methodenkoffer-sgl.de/enzyklopaedie/openspace/>
- Die 6 Hüte
<https://projekte-leicht-gemacht.de/blog/pm-methoden-erklaert/sechs-denkhuede/>

Bislang standen der Austausch, das Sammeln und das Hören von Perspektiven und Bedürfnissen im Fokus. In der nächsten Phase werden diese gesamten Eindrücke konkretisiert und in einer internen Gesamtposition zusammengebunden.

siehe S. 8

4. Phase

Zusammenführung

Die 2. und 3. Phase werden frei gedacht und geben bewusst Raum für Heterogenität und Ambivalenzen. Aus der Öffnung wird nun eine Engführung bzw. Konkretisierung. Wie in der Einleitung bereits erläutert, gibt der inhaltliche Teil (S. 12 ff) hier eine klare Empfehlung vor, die sogenannte 'rote Linie', die aus einer Zusammenarbeit des DHPV mit seinen Mitgliedsverbänden entstanden ist.

Auch wenn die rote Linie beschrieben ist, gibt es weiterhin Spannungsfelder für die jeweiligen Dienste und Verbände. Die gewählte Methode mit den zugespitzten Beispielen und den vorgegebenen Entscheidungsoptionen (S. 10 f) hat sich für diese Phase als sehr geeignet erwiesen, denn gerade durch die Zuspitzung werden die Teilnehmenden in sehr anschaulichen Situationen vor die Wahl gestellt. Nun beginnen der Aushandlungsprozess und die Kompromissfindung. Die Methode und die 'rote Linie' werden auf S. 12 f gut beschrieben. Eine Visualisierung der 'roten Linie' in den einzelnen Beispielen und die Haltung des DHPV nach jeder Diskussionsrunde geben eine Richtung vor und unterstützen den Austausch über die gemeinsame Haltung.

siehe S.10 f

Losgelöst von den Beispielen sollten die Teilnehmenden im nächsten Schritt resümierend die in Grenzsituationen handlungsleitende Haltung abstrakter definieren und im Sinne eines Leitbildes in Bezug auf 'Beihilfe zum Suizid' formulieren.

Als letzten Schritt empfiehlt sich ein Erarbeiten von Handlungsleitfäden wie sie aus anderen Bereichen bekannt sind. Sie sorgen für ein verbindliches und allgemeingültiges Vorgehen in Grenzsituationen und damit für mehr Sicherheit im Agieren und Handeln für jede*n Einzelne*n. Hier finden Aspekte wie 'Was und wie sollte der Dienst über seine Haltung nach außen kommunizieren? Wer muss bei einer Anfrage nach Suizidbeihilfe informiert werden? Wie gestaltet sich der Beratungsprozess? Wie werden Entscheidungen getroffen und wer trifft sie? Wer sind Ansprechpersonen?

Und letztendlich muss sich jeder Dienst auch überlegen, ob z.B. das eigene Leitbild, die Satzung, die Ehrenamtsvereinbarung aktualisiert werden müssen.

5. Phase Abschluss

In der letzten Phase werden die Ergebnisse noch einmal resümiert und die nächsten Schritte festgelegt. Es folgt eine Feedbackrunde, in der jede*r Teilnehmende ihren/seinen Eindruck von der Veranstaltung äußern kann. Nach einiger Zeit sollten die Haltung und die Handlungsleitfäden noch einmal aufgegriffen und auf Handhabbarkeit überprüft werden.

Weitere Themen

Das Thema 'Beihilfe zum Suizid' ist in einem breiten Kontext zu sehen und steht mit vielen anderen Themen in einem engen Zusammenhang, wie z. B.

- Sterbewünsche
- Suizidprävention
- Einsamkeit
- Individualisierung
- Endsolidarisierung der Gesellschaft

Diese Themen können ebenfalls als Bildungsveranstaltung bearbeitet werden und somit die Expertise der Teilnehmenden (auch unabhängig von der Diskussion um die Suizidbeihilfe) erweitern.

Selbststudium

Um sich selbst eine eigene Meinung bilden zu können ist es unabdingbar, über ein ausreichendes Maß an Fakten zu verfügen und sich einen Überblick zu verschaffen. Dieses Wissen bildet zum einen die Grundlage für ein sicheres Agieren

und Diskutieren, zum anderen ermöglicht es aber vor allem auch die Reflexion und Bildung der eigenen Haltung.

Auch in der Vorbereitung auf einen internen Prozess zur Entwicklung einer gemeinsamen Position sollte dies ein Modul sein und kann von den Teilnehmenden durchaus erwartet werden. Hilfreich ist dabei das Notieren von Fragen, Unklarheiten, bedeutsamen Aussagen und Aspekten. In Bezug auf eine Veranstaltung und je nach Zielgruppe sollte das Selbststudium miteingebunden und den Fragen und Unklarheiten Raum gegeben werden. Schließt sich das Selbststudium an die Veranstaltung an, braucht es noch einen Termin, um die in Eigenarbeit gelesenen Informationen zu besprechen.

Für die Eigenrecherche bieten die Dokumente des DHPV, die im Anhang beigefügt sind, fundierte und vielfältige Informationen.

Bei der Auswahl der Literatur für die Eigenrecherche sollten nicht mehr als drei Papiere empfohlen werden, um die Leser*innen (je nach Vorkenntnissen) nicht zu überfordern. Die anderen Papiere können zur möglichen weiteren Vertiefung mitgegeben werden.

Externer Dialog

Die interne Haltung ist gefunden, alle Akteure wurden eingebunden, es herrscht eine Sicherheit im Umgang mit Beihilfe zum Suizid. Was heißt das nun für einen selbstbewussten Dialog nach außen?

Unterschiedliche Wege wie Informationen auf der eigenen Homepage, Presseinformationen und öffentliche Veranstaltungen sind möglich, die je nach Ziel und Ressourcen des Dienstes bespielt werden können.

Die Hospizbewegung tut gut daran, die eigenen Stärken zu betonen und nach außen zu kommunizieren, was die Hospizarbeit und Palliativversorgung als Suizidprävention vorzuweisen hat und was sie fordert (S. 31). Die Komplexität der Thematik aus hospizlicher Perspektive sollte gezeigt werden. Gemessen daran sollte der Titel der Veranstaltung gut überlegt sein und sich nicht ausschließlich auf die Beihilfe zum Suizid fokussieren. Der Titel oder auch Inhalt der Veranstaltung sollten ausgewogen zum Ausdruck bringen, um was geht.

Hier muss sich auch gefragt werden, was das Ziel ist: Soll informiert werden oder soll es eine offene Diskussionsrunde sein, zu der sogar bewusst unterschiedliche Meinungen und Expert*innen eingeladen werden? Eine fundierte Vorbereitung ist sicherlich in jedem Fall geboten.

Im Zuge dessen können die Möglichkeiten, Angebote und Grenzen hospizlicher Arbeit in diesem Zusammenhang transparent gemacht werden.

Bei der Planung einer eigenen öffentlichen Veranstaltung, die alle Interessierte vor Ort anspricht, wäre der oben benannte Punkt ebenfalls strategisch sinnvoll. Dadurch wird vermieden, sich nur auf den einen inhaltlichen Aspekt zu konzentrieren und eine Angriffsfläche zu bieten.

Bei Fragen in der Öffentlichkeitsarbeit und zu möglichen Referent*innen bieten die jeweiligen Mitgliedsorganisationen auf Landesebene und der DHPV gerne ihre Unterstützung an.

Hospizliche Haltung in Grenzsituationen

Ihr Logo

Hospizliche Haltung in Grenzsituationen

Förderung eines Diskurses und Bildung einer gemeinsamen Haltung zum Themenkomplex Beihilfe zum Suizid

Datum, Ort

Beispiel für eine PowerPoint Präsentation zur Veranstaltung für einen internen Diskurs

Hospizliche Haltung in Grenzsituationen

Ablauf

Ihr Logo

- 00.00 Uhr Begrüßung und Ablauf
- 00.00 Uhr Themeneinstieg
- 00.00 Uhr Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung
- 00.00 Uhr Herausforderung für den Dienst
- 00.00 Uhr Zusammenführung – eine gemeinsame Haltung
- 00.00 Uhr Abschluss

Datum, Ort

Seite

➔ Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

am 26.02.2020 zu § 217 StGB – Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Beihilfe zum Suizid

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

Das Gericht hat am 26.02.2020 den § 217 des Strafgesetzbuches, wonach die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe steht, für verfassungswidrig und damit für nichtig erklärt.

In seiner Begründung führt das Gericht u. a. aus: „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. ... All dies lässt unberührt, dass es eine Verpflichtung zur Suizidbeihilfe nicht geben darf.“⁹⁾

Das Urteil aus Sicht des DHPV

Beihilfe zum Suizid in jeder Lebenslage

Das Urteil bedeutet, dass eine geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid durch natürliche Personen (z. B. Ärzte) und juristische Personen (z. B. Sterbehilfevereine) rechtlich zulässig ist. Das Gericht hat eine Beihilfe zum Suizid auch nicht an das Vorliegen sog. materieller Kriterien gebunden (z. B. das Vorliegen einer schweren Erkrankung). Jede und jeder in Deutschland kann also in jeder Lebenssituation und in jedem Lebensalter geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen. War zu einem früheren Zeitpunkt von den Befürwortern der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid die Beihilfe in der Regel noch an Voraussetzungen gebunden (z. B. eine schwere Erkrankung), so hat das Gericht diese Grenze aufgehoben.

Wunsch nach Suizidbeihilfe hat Gründe

Aus der Hospiz- und Palliativarbeit wissen wir seit Jahren, dass der Wunsch nach einer vorzeitigen Beendigung des

Lebens Gründe hat. Häufig genannt werden die Angst vor Schmerzen, die Angst vor dem Alleinsein und die Angst, anderen zur Last zu fallen. Und wir wissen auch, dass Menschen sich bei der durch das Gericht erfolgten Legalisierung der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid unter Druck gesetzt fühlen werden, ihr Leben durch Suizidbeihilfe zu beenden. Die Suizidbeihilfe wird zu einem ganz normalen Vorgang in unserer Gesellschaft werden. Damit ist ihre Solidarität mit schwerstkranken und sterbenden Menschen in Frage gestellt.

Allein das Selbstbestimmungsrecht

Das Urteil sieht allein das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen als Begründung für seine Entscheidung und nennt dieses Kriterium als einziges für die Würde des Menschen. Das Selbstbestimmungsrecht ist ohne Frage das höchste Recht des Menschen, aber ein Abwägen zwischen diesem Recht und weiteren Werten in unserer Gesellschaft, z. B. neben dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen auch der Schutz und das Wohl der Schutzbedürftigen in der Gesellschaft, wird aus dem Urteil nicht deutlich.

Gericht bestätigt die Argumente der Hospizbewegung

Das Urteil verwundert sehr, denn die Richter*innen des Bundesverfassungsgerichts stellen die Gefahren einer Freigabe der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe selber nicht in Frage. Zu diesen Gefahren zählen, dass die Suizidbeihilfe zu einer gesellschaftlichen Normalisierung der Suizidhilfe führen und sich als normale Form der Lebensbeendigung etablieren könnte, insbesondere für alte und kranke Menschen. Die Richter*innen haben erkannt, dass Kostendruck und Versorgungslücken im Pflege- und Gesundheitssystem eine reelle Gefahr sind, ebenso wie die Angst, Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen. Die Hospizbewegung hatte diese Gefahren benannt und weist erneut darauf hin.

Dennoch wurde durch das Bundesverfassungsgericht allein das Selbstbestimmungsrecht in den Vordergrund gestellt. Die Hospizbewegung geht aber nicht allein von diesem Recht aus, sondern sieht jeden Menschen in seiner Einmaligkeit nicht in einem gesellschaftslosen Vakuum, sondern als Mensch, der in Beziehung zu anderen lebt und

die ihm ein Leben in Würde ermöglichen durch Zuwendung, Dasein und Hilfe in schwerer Krankheit.

Ganzheitliche Begleitung und Versorgung im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung schließen den im Einzelfall von Betroffenen geäußerten Wunsch nach einer Beendigung des Lebens nicht aus. Es verbietet sich, diesen Wunsch in schwerer Krankheit, wie auch den in einer anderen Lebenssituation geäußerten Suizidwunsch zu verurteilen. Aber hier ist die Hilfe zum Leben als Angebot wichtig, nicht Hilfe zum Sterben.

Weitere Folgen

Indem durch das Bundesverfassungsgericht die Legalisierung der geschäftsmäßigen Förderung der Beihilfe zum Suizid erfolgt ist, ist die Grenze zur Tötung auf Verlangen zwar nicht durch das Verfassungsgericht aufgehoben worden, aber es stellt sich die Frage wie zu verfahren ist, wenn jemand den Wunsch nach einer Suizidbeihilfe geäußert hat, das im Glas bereitgestellte Mittel dazu aber nicht trinken kann? Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hatte nicht die Tötung auf Verlangen zum Gegenstand. Aber wie weit oder wie nah ist der Dammbuch zur Tötung auf Verlangen? Losgelöst von dieser Frage kann das Urteil nicht gesehen werden.

Auftrag an den Gesetzgeber

Aus dem Urteil folgt nicht, dass der Gesetzgeber die Beihilfe zum Suizid nicht regulieren darf. Gleichzeitig bleibt es aber beim Grundsatz des Selbstbestimmungsrechts, das durch die gesetzgeberischen Regulierungen nicht eingeschränkt werden darf. Im Kern wird es um die Organisation von Verfahrensabläufen gehen (z. B. Beratungspflichten, Wartezeiten und der vom Gericht geforderten Freiverantwortlichkeit) und weiterhin um Regelungen zur Zulassung von Sterbehilfeorganisationen.

Eine Einschränkung der Suizidbeihilfe durch den Gesetzgeber z. B. nur bei Vorliegen einer schweren Erkrankung hat das Bundesverfassungsgericht durch das Urteil allerdings ausgeschlossen.

Benannt wird in diesem Zusammenhang seitens des Bundesverfassungsgerichts ein Verbot „gefährlicher Erscheinungsformen der Suizidbeihilfe“. Was damit gemeint ist, bleibt offen. Die geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid ist damit nicht gemeint, denn das Verbot wurde durch das Verfassungsgericht aufgehoben.

Weitere Schritte des DHPV

Anstehende rechtliche Regelungen

Im Hinblick auf die anstehende Regulierung der Suizidbeihilfe durch den Gesetzgeber ist der DHPV in Gesprächen mit politisch Verantwortlichen. Der DHPV hält die Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Beihilfe zum Suizid weiterhin für einen Schritt in die falsche Richtung. Dennoch wird der DHPV gesetzliche Regelungen unterstützen, wodurch die Hürden für das Angebot und Maßnahmen einer Beihilfe zum Suizid in geschäftsmäßiger Form möglichst hoch sind.

Bedeutung für die Einrichtungen des DHPV

Es besteht keine Verpflichtung zur Suizidbeihilfe. Das hat das Bundesverfassungsgericht klar herausgestellt. Daher gibt es auch keinen Grund, entsprechende Maßnahmen anzubieten oder zu unterstützen.

Die Hospizbewegung ist in den 1980er Jahren als Gegenbewegung entstanden: gegen das Abschieben der sterbenden Menschen in die Badezimmer der Krankenhäuser, gegen das Ausgrenzen von Menschen mit einer AIDS-Erkrankung und gegen die Legalisierung von Angeboten der Beihilfe zum Suizid und der Tötung auf Verlangen. Zu diesen Wurzeln steht der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband auch in sich wandelnden Zeiten.

Information und Öffentlichkeitsarbeit

Der DHPV wird seine Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf die am Lebensende vorhandenen Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung weiter intensivieren.

Aufruf

Vor diesem Hintergrund lädt der DHPV alle Mitgliedseinrichtungen ein, sich in die aktuelle und zum großen Teil einseitig durch die Befürworter der Suizidbeihilfe bestimmte Diskussion in der Gesellschaft mit den Erfahrungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung einzubringen.

Weiterhin lädt der DHPV die Mitarbeiter*innen ein, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts in den Mitgliedseinrichtungen und -diensten zu gegebener Zeit zu diskutieren und die Betroffenen durch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit weiterhin über die Angebote der Hospiz- und Palliativarbeit zu informieren. Denn die Betroffenen stehen im Mittelpunkt, sie sind wichtig, weil sie da sind, wie es Cicely Saunders gesagt hat. Die Alternativen zur organisierten Beihilfe zum Suizid sind Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Für den Gesamtvorstand und die Geschäftsstelle des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands



Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorsitzender



Anja Schneider
Stellv. Vorsitzende



Dirk Blümke
Stellv. Vorsitzender



Benno Bolze
Geschäftsführer



Mit einem Federstrich

Erstveröffentlichung des Beitrags in

„die hospiz zeitschrift“ | 3/2020 - Nr. 87/22. Jg.

Die Büchse der Pandora wurde Epimetheus („der danach Bedenkende“) als Geschenk des Zeus überbracht. Sie enthielt alles Übel der Welt – als einzig gute Beigabe war die Hoffnung enthalten. Trotz der Warnungen seines Bruders Prometheus öffnete Epimetheus die Büchse, so dass alles Übel entweichen konnte. Bevor auch noch die Hoffnung entwich, wurde die Büchse wieder verschlossen.

Auch das Bundesverfassungsgericht hat die vielfach vorgebrachten Warnungen vor einer Liberalisierung der Sterbehilfe durchaus wahrgenommen. Davon zeugt nicht nur die am 16. und 17. April 2019 durchgeführte mündliche Verhandlung, in welcher eine Vielzahl von sachkundigen Dritten, insbesondere aus der Hospizarbeit und Palliativversorgung, gehört wurden. In der fast 100 Seiten umfassenden Entscheidung werden die vorgebrachten Bedenken und die dem Gesetzentwurf zugrunde liegenden Erwägungen ausführlich dargelegt und ihnen sogar weitgehend zugestimmt.

Auch der Deutsche Hospiz – und PalliativVerband (DHPV) mahnte nachdrücklich an, organisierte Formen des assistierten Suizids und eine damit einhergehende Normalisierung gefährdeten die Autonomie vulnerabler Personengruppen, indem sie den Druck erhöhten, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen – was schließlich zu einer Entsolidarisierung der Gesellschaft insgesamt führt. Suizidwünsche seien häufig ambivalent und benötigen aufgrund ihrer Komplexität eine vertrauensvolle und fachkompetente Begleitung. Diese ermöglicht, die Ursachen des Sterbewunsches kennen- und verstehenzulernen und diese Sterbewünsche durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen in den Hintergrund treten zu lassen. Hierzu bedürfe es aber nicht nur einer Stärkung der Hospizarbeit und Palliativversorgung, sondern auch der Suizidprävention und einer gesamtgesellschaftlichen Wertschätzung gegenüber kranken und sterbenden Menschen.

Gleichwohl hat das Bundesverfassungsgericht in seinem am 26.02.2020 verkündeten Urteil einer Liberalisierung der Suizidhilfe den Weg geebnet, welche in dieser Radikalität selbst von den Befürworter*innen nicht erwartet worden war.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Der Bundestag hatte sich die Entscheidung zur Regulierung der Sterbehilfe nicht leicht gemacht. Insgesamt vier fraktionsübergreifende Gruppenanträge standen in der

historischen Debatte am 06.11.2015 zur Abstimmung. Die Gruppenanträge spiegelten dabei die gesamte gesellschaftliche Bandbreite möglicher Regelungsoptionen wider; sie reichten von einer Strafbarkeit der Teilnahme an einer Selbsttötung bis zur einer gesetzlichen Normierung der Straflosigkeit der Beihilfe zum Suizid, wobei selbst dieser „liberale“ Entwurf u. a. ein Verbot der gewerbsmäßigen Hilfe bzw. Förderung zur Selbsttötung beinhaltete. Ein anderer Lösungsvorschlag sah eine Normierung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung im BGB vor. Die Mehrheit der Abgeordneten sprach sich für den Entwurf Brand/Grieße (Drucksache 18/5373) aus, welcher erstmals eine Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 StGB (neu) festschrieb.

Parallel zur Sterbehilfedebatte wurde das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung verabschiedet mit dem Ziel eines flächendeckenden Ausbaus der Hospizarbeit und Palliativversorgung, um eine bestmögliche und selbstbestimmte Begleitung zum Lebensende zu ermöglichen.

Bereits kurz nachdem die Regelung am 10.12.2015 in Kraft trat, legten nicht nur Sterbehilfevereine und betroffene Patient*innen, sondern u. a. auch (Palliativ-) mediziner*innen Verfassungsbeschwerde ein. Auf Antrag eines Beschwerdeführers erfolgte im Zuge des Verfahrens durch Beschluss vom 13.02.2018¹⁰⁾ die Ablehnung des Richters Müller, der in seinem vormaligen Amt als Ministerpräsident des Saarlandes u. a. an einem inhaltlich gleichgerichteten Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung initiiert hatte, wegen Besorgnis der Befangenheit.

Das Bundesverfassungsgericht erklärte in seinem am 26.02.2020 verkündeten Urteil die Verfassungswidrigkeit und damit Nichtigkeit des § 217 StGB. In seinen Leitsätzen hob das Gericht zunächst die – unbestrittene – Tatsache hervor, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (§ Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasse. Dieses schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und dabei auch die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Diese Entscheidung sei als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Zur Begründung der Verfassungswidrigkeit führt das Bundesverfassungsgericht u. a. aus, dass § 217 Abs. 1 StGB durch das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang verenge, dass dem Einzelnen/

der Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbliebe. Das Bundesverfassungsgericht gesteht dem Gesetzgeber zwar zu, dass ihm unter diesen Prämissen zum Schutz der Selbstbestimmung „ein breites Spektrum an Möglichkeiten offen“ stünde. Diese „reichen von der positiven Regulierung prozeduraler Sicherungsmechanismen, etwa gesetzlich festgeschriebener Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalt, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders gefahrträchtiger Erscheinungsformen der Suizidhilfe entsprechend dem Regelungsgedanken des § 217 StGB“ (Rn. 339).

Diese vom Bundesverfassungsgericht aufgezählten gesetzgeberischen Möglichkeiten sind jedoch nicht nur in sich widersprüchlich (Welche gefahrträchtigen Formen der Suizidhilfe dürfen verboten werden, nachdem ein solches Verbot gerade für verfassungswidrig erklärt wurde?). Sie werden zugleich wieder eingeschränkt, indem nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts die verfassungsrechtliche Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung es verbiete, „die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen“ (Rn. 340).¹¹⁾

Kritik

Das Urteil ist von einem Vertreter einer Sterbehilfeorganisation als „Sternstunde des Verfassungsrechts“ bezeichnet worden¹²⁾. Es ist jedoch auch in vielfacher Hinsicht scharf kritisiert worden: Unbestritten ist, dass dem Gesetzgeber insbesondere in schwierigen ethischen, gesamtgesellschaftlichen Fragen eine Einschätzungsprärogative zusteht. Dies wird auch vom Bundesverfassungsgericht betont. „Die Achtung vor dem grundlegenden, auch das eigene Lebensende umfassenden Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sein Leben selbst zu beenden, und hierfür Unter-

stützung sucht, tritt in Kollision zu der Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger und darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen. (...) Dieses Spannungsverhältnis aufzulösen, ist grundsätzlich Aufgabe des Gesetzgebers. Die staatliche Schutzpflicht bedarf der Ausgestaltung und Konkretisierung. Dabei kommt dem Gesetzgeber ein Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsraum zu“ (Rn. 223-224).

Das Bundesverfassungsgericht geht in der Form der jetzigen Liberalisierung der Sterbehilfe jedoch (weit) über das hinaus, was in der differenziert geführten Debatte des Parlaments konsensfähig gewesen wäre. Die im Rahmen der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe auftretenden Gefahren, insbesondere die gesellschaftliche Normalisierung und der damit einhergehende Druck auf ältere und kranke Personen oder auch der Anstieg der Suizide nach der Liberalisierung der Sterbehilfe in anderen Ländern als Teil dieses gesetzgeberischen Abwägungsprozesses bleiben „in der Angemessenheitsprüfung unbenannt bzw. werden in der abstrakten Formel der Vorteile der Allgemeinheit mediativiert“.¹³⁾

Wenig nachvollziehbar ist auch die Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verenge die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang, dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlichen Freiheit verbliebe. § 217 StGB hat lediglich die geschäftsmäßige Form der Suizidbeihilfe untersagt. Das Recht, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, bleibt davon unberührt. Der Staat hat somit die eigenverantwortliche getroffene Entscheidung des Einzelnen zum Suizid zwar anzuerkennen, er ist jedoch „keinesfalls verpflichtet, verlässliche reale Möglichkeit zu ihrer Umsetzung in Gestalt von komfortablen Suizidhilfeangeboten zuzulassen“.¹⁴⁾ Wenn die Selbstbestimmung derart weit gefasst wird, dass Verbote einzelner Facetten der Tötungsart oder auch nur eine Erschwerung der Durchführung der Selbsttötung (z. B. aufgrund der häufig fehlenden Bereitschaft der Ärzt*innen an der Mitwirkung)

11) Das materielle Recht beschreibt den Inhalt und die Voraussetzungen von Rechten und Pflichten. Im Gegensatz dazu beschreibt das formelle Recht deren verfahrensrechtliche Durchsetzung.

12) Ärztezeitung: „Sternstunde des Verfassungsrechts“, 02.03.2020 unter Bezug auf die Reaktion von Prof. Robert Roßbruch, Rechtsanwalt und Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben

13) Lang: Das BVerfG und die Strafbarkeit des assistierten Suizids“ in NJW 2020, 1562 (1564); auch unter Bezug auf Augsburg. Vorgänge, Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik Nr. 229 (1/2020), 81, „... kaum noch ... in den Abwägungsprozess einbezogen“.

14) Christian Hillgruber: „Nach Sterbehilfe-Urteil. Kein Recht auf Schmerzfreiheit“ in FAZ vom 11.03.2020

15) So auch Augsburg in „vorgänge – Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik, Nr. 229 (1/2020), S. 81 („In Verbindung mit seinen problematischen Grundannahmen ergibt sich aber eine kaum lösbare Regulierungsaporie“)

dem Vorwurf der Verfassungswidrigkeit ausgesetzt sind, verbleiben dem Gesetzgeber letztlich kaum Handlungsspielräume, gesellschaftlich unerwünschte Entwicklungen einzudämmen¹⁶⁾. Da nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben unmittelbarer Ausdruck der der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung ist (Rn. 211), dürfte sich in konsequenter Fortführung dieser Rechtsprechung auch das Verbot der Tötung auf Verlangen nicht mehr aufrechterhalten lassen. Es steht zu befürchten, dass die Befürworter*innen auch hier zukünftig die faktische Entleerung ihres Grundrechts reklamieren könnten für Situationen, in denen jemand Suizid begehen möchte, aber die sog. Tatherrschaft nicht übernehmen kann.

Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass die verfassungsrechtliche Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung es verbiete, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien (beispielsweise einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit) zu unterwerfen (Rn. 340). Mit diesen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts sind somit grundsätzlich sowohl sog. „Bilanzsuizide“ als auch Suizidbeihilfe bei Kindern und Jugendlichen denkbar. Sofern der Entschluss zum Suizid von einer gewissen „Dauerhaftigkeit“ und „inneren Festigkeit“ (Rn. 244) getragen wäre und die Einwilligungsfähigkeit bejaht würde, käme es letztlich auf „bestimmte Ursachen oder Motive“ nicht an, da dies auf eine „Bewertung der Beweggründe“ hinausliefe, die „dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd“ ist (Rn. 210). Es scheint, als ob dem Bundesverfassungsgericht bei der Abfassung des Urteils diese Entwicklung vollständig aus dem Blick geraten ist, da es zwar die Regelungen in anderen Ländern referiert, die sich aus dem Urteil ergebende und letztlich naheliegende Problematik von Kindern und Jugendlichen in seinem Hohelied auf das selbstbestimmte Sterben als „letzten Ausdruck von Würde“ (Rn. 211) jedoch vollständig unerwähnt lässt.

Selbst in den Niederlanden – einem Land mit einem der liberalsten Euthanasiegesetze weltweit – wird eine Gesetzesinitiative zur Ermöglichung der Sterbehilfe für alte, aber gesunde Menschen, die ihr Leben „als vollendet“ betrachten, innerhalb der Gesellschaft kontrovers diskutiert.¹⁶⁾ Während die Niederlande gesamtgesellschaftlich und ggf. auch parlamentarisch darum ringen, ob eine solche Erweiterung der Sterbehilfe noch einem ethischen Konsens in-

nerhalb der Gesellschaft entspricht, hat das Bundesverfassungsgericht mit der Aussage der Verfassungswidrigkeit materieller Kriterien die notwendige gesellschaftlich-parlamentarische Diskussion innerhalb Deutschlands zu derart grundlegenden Fragen mit einem Federstrich beendet.

Konsequenzen

Zwar mag das Urteil des Bundesverfassungsgerichts die vor der Einführung des § 217 StGB bereits geltende Rechtslage wiederhergestellt haben. Die Debatte über die geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid und die durch das Bundesverfassungsgericht nunmehr vorgenommene idealisierte Betonung des Suizids als Ausdruck von „autonomer Selbstbestimmung“ und Menschenwürde bei gleichzeitigen restriktiven Handlungsoptionen des Gesetzgebers, dürfte dazu führen, dass die Beihilfe zum Suizid als nicht mehr hinterfragte Option der Lebensbeendigung gesellschaftliche Verstetigung erfährt. Vor diesem Hintergrund dürfte es auch keine Option für den Gesetzgeber sein, schlicht untätig zu bleiben. Allerdings bleibt das Dilemma, dass auch die vom Bundesverfassungsgericht erwähnten „prozedurale Sicherungsmechanismen“ weder die Gefahr einer gesellschaftlichen Normalisierung bannen noch die Autonomie insbesondere vulnerabler Personengruppen sicherstellen können. Zudem dürfte nicht nur über einem „Verbot besonders gefahrträchtiger Erscheinungsformen der Suizidbeihilfe“, sondern selbst über nur verfahrensrechtlichen Einschränkungen das Damoklesschwert der Verfassungswidrigkeit schweben. Befürworter*innen einer liberalen Regelung dürften beispielsweise die Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung zur Prüfung der Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit anzweifeln (und ggf. ein erneutes Verfahren vor dem BVerfG anstrengen).

Das Bundesverfassungsgericht stellte immerhin fest, dass niemand verpflichtet werden darf, Suizidbeihilfe zu leisten. Hieraus ließe sich schlussfolgern, dass auch stationäre Hospize oder Pflegeeinrichtungen nicht verpflichtet werden können, Suizidbeihilfe in ihren Einrichtungen durchzuführen oder durchführen zu lassen. Rechtlich geklärt ist dies jedoch nicht. Insofern ist den Einrichtungen anzuraten, bereits vor einer neuen Regelung durch den Gesetzgeber und vor der Aufnahme eines Patienten/einer Patientin in ihren Verträgen klarzustellen, dass das hospizliche Konzept einen assistierten Suizid in ihrer Einrichtung ausschließt.

16) Deutschlandfunk/Schweighöfer: Debatte über Sterbehilfe für Gesunde, 25.02.2020, abzurufen unter https://www.deutschlandfunk.de/niederlande-debatte-ueber-sterbehilfe-fuer-gesunde.795.de.html?drum:article_id=471033, zuletzt abgerufen am 24.06.2020

Hinsichtlich der zu erwartenden in Gesetzesform gegossenen Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts ist auch von Seiten der Ärzteschaft Widerspruch zu erwarten. Gemäß § 16 Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzt*innen (MBO) haben Ärztinnen und Ärzte Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Die MBO ist nicht rechtsverbindlich; sie dient jedoch als Orientierung für die (rechtsverbindlichen) Satzungen der Landesärztekammern, so dass die meisten Berufsordnungen der Länder das Verbot übernommen haben.

Das Bundesverfassungsgericht ist jedoch der Auffassung, dass die heterogene Ausgestaltung des ärztlichen Berufsrechts die Verwirklichung der Selbstbestimmung des Einzelnen in verfassungsrechtlich unzumutbarer Weise geografischen Zufälligkeiten unterstellt (Rn. 290). Insofern stellt sich hier die Frage, ob der Gesetzgeber auf der Bundesebene eine Vereinheitlichung vorgeben müsste, um den Vorgaben des BVerfG gerecht zu werden. Da die Sterbehilfe aber nicht mehr vom Vorliegen einer lebenslimitierenden Erkrankung abhängig gemacht werden darf, ist noch mehr als zuvor das Selbstverständnis der Ärzt*innen berührt, die hier ggf. vollkommen unabhängig vom medizinischen Kontext an einem Suizid mitwirken würden.

Ähnlich problematisch gestaltet sich die Frage für die Apotheker*innen, da diese gem. § 17 Abs. 8 der Apothekenbetriebsordnung einem erkennbaren Arzneimittelmissbrauch entgegenzutreten haben. Bei begründetem Verdacht wäre die Abgabe¹⁷⁾ eines Medikamentes zu verweigern⁸⁾. Dass eine Abgabe zu suizidalen Zwecken dem Selbstverständnis der Apotheker*innen widerspricht, wurde im Rahmen der Anhörung der Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung deutlich, zumal die Verabreichung entsprechender Medikamente nicht nur ethische, sondern auch pharmakologische Probleme aufwirft. Unabhängig davon ist die Abgabe eines Medikamentes zum Zwecke des Suizids betäubungsmittelrechtlich problematisch. Das VG Köln stellte in seinem Beschluss vom 19.11.2019 (Az.: 7 K 8461/18) fest, dass ein Mittel, das zur Selbsttötung bestimmt und geeignet ist, kein Arzneimittel ist und nicht der medizinischen Versorgung dient. Diese Auslegung entspricht auch den eindeutigen Normzweck. Das VG Köln widersprach damit der – umstrittenen – Entschei-

dung des Bundesverwaltungsgerichts vom 02.03.2017 und legte die Frage dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vor. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 20.05.2020 die Richtervorlagen des VG Köln im Rahmen der konkreten Normenkontrolle jedoch als unzulässig verworfen.

Die Hospizarbeit und deren Möglichkeiten zur Unterstützung eines würdevollen, weitgehend beschwerdefreien, durchaus selbstbestimmten und eher am „natürlichen Ablauf“ ausgerichteten Sterbens muss in der Öffentlichkeit mehr Gehör finden und zwar auch bei Menschen, die noch nicht an einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden und die der organisierten Sterbehilfe positiv gegenüber stehen, um hier bestenfalls ein Umdenken oder zumindest ein Nachdenken innerhalb der Gesellschaft zu erreichen.

Christina Bethke-Meltendorf

LL.M., Syndikusrechtsanwältin DHPV

Prof. Dr. Winfried Hardingham

Chefarzt der Klinik für Palliativmedizin im Franziskus-Krankenhaus Berlin und Vorstandsvorsitzender DHPV

17) Vgl. zum Ganzen: Juliane Boscheinen „Zur Verfassungswidrigkeit des Verbots der geschäfts-mäßigen Förderung der Selbsttötung“ in: A&R 2020, 56 ff.

➔ Handreichung des DHPV

Sterbehilfe – Regulierungen in der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und in Oregon

Schweiz

In der Schweiz ist Tötung auf Verlangen verboten und wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft (Art. 114 des Schweizerischen Strafgesetzbuches [StGB]). In Art. 115 StGB (Schweiz) ist die „Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord“ geregelt.

„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“

Die Schweiz hat somit kein spezielles Gesetz, welches die Sterbehilfe explizit regelt. Der schweizerische Gesetzgeber hatte sich „wiederholt gegen eine ausdrückliche bundesrechtliche Regelung der organisierten Suizidbeihilfe entschieden“, da er „die Auffassung [vertrat], ein umfassendes Aufsichtsgesetz würde zu einer staatlichen Mitverantwortung und zu einer staatlichen Legitimationserteilung für Suizidhilfeorganisationen führen, was gerade nicht beabsichtigt sei“. ¹⁸⁾ Das Bundesamt für Justiz hat jedoch Hinweise zu den verschiedenen gesetzlichen Regelungen in der Schweiz veröffentlicht.

- ➔ Direkte aktive Sterbehilfe ist strafbar (vgl. Art. 111 [vorsätzliche Tötung], Art. 114 [Tötung auf Verlangen] oder Art. 113 [Totschlag] StGB [Schweiz]).
- ➔ Indirekte aktive Sterbehilfe (z. B. Einsatz von Medikamenten zur Linderung von Schmerzen unter Inkaufnahme eines früher eintretenden Todes) ist im Grundsatz erlaubt.
- ➔ Passive Sterbehilfe (Verzicht auf die Aufnahme oder Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen) ist zulässig.
- ➔ Beihilfe zum Suizid: Strafbarkeit ist bei „selbstsüchtigen Beweggründen“ gegeben. Sterbehilfeorganisationen handeln somit straflos, solange ihnen keine selbstsüchtigen Motive nachgewiesen werden können. Selbstsüchtige Beweggründe liegen vor, wenn der Täter mit seinem Handeln einen persönlichen Vorteil verfolgt, der sowohl materieller, als auch ideeller oder affektiver Art

sein kann. ¹⁹⁾ Strafbar ist das Handeln dann, wenn es die Grenze zur gewerbsmäßigen Ausübung bzw. zur Kommerzialisierung der Sterbehilfetätigkeit überschreitet. ²⁰⁾ Die Einordnung der Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen ist insofern problematisch. Eine „angemessene Entschädigung des mit der Sterbehilfe verbundenen Aufwandes“ ist nicht ausreichend, um eine Strafbarkeit zu begründen. ²¹⁾ Gehen die Zuwendungen allerdings darüber hinaus, wäre eine solche Kommerzialisierung im Prinzip strafbar, weshalb die Suizidhelfer mehrheitlich im Ehrenamt tätig sind. ²²⁾

In der Schweiz hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) medizinisch-ethische Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod veröffentlicht, die hier abgerufen werden können (zuletzt: 2. Auflage, Februar 2019).

Danach gehört es weder zu den ärztlichen Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, noch ist der Arzt/die Ärztin verpflichtet, diese zu leisten. Suizidhilfe ist danach keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch erheben könnten, sie ist jedoch eine rechtlich zulässige Tätigkeit (Nr. 6.2.1 der Richtlinien zur Suizidhilfe).

Nach dieser Richtlinie kann ein Arzt aufgrund eines persönlich verantworteten Entscheides Suizidhilfe leisten, wenn die folgenden fünf Voraussetzungen gegeben sind und er die Erfüllung überprüft hat (Nr. 6.2.1 der Leitlinie zur Suizidhilfe):

- ➔ Der Patient ist in Bezug auf den assistierten Suizid urteilsfähig. Der Arzt muss dokumentieren, dass er eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen hat. Falls eine psychische Krankheit, eine Demenz oder ein anderer Zustand vorliegt, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, muss die Urteilsfähigkeit durch einen entsprechenden Facharzt evaluiert werden.
- ➔ Der Wunsch ist wohlwogen und ohne äußeren Druck entstanden sowie dauerhaft. Falls Hinweise auf ein problematisches Abhängigkeitsverhältnis bestehen, wurde

18) WD: „Organisierte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz, den Niederlanden und in Belgien, WD 9 – 3000 – 017/20, S. 7 mit Verweis auf das EJPD: „Vertiefte Abklärungen im Bereich der organisierten Suizidhilfe, 02.07.2008, abzurufen unter <https://www.bj.admin.ch/ejpd/de/home/aktuell/news/2008/2008-07-020.html>

19) WD 9 – 3000 – 017/20: „Organisierte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz, den Niederlanden und in Belgien, S. 6, 13.05.2020

20) WD 9 – 3000 – 017/20: „Organisierte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz, den Niederlanden und in Belgien, S. 6, 13.05.2020

21) Stocker, Ursina: „Sterbehilfe – Assistierter Suizid“ – Rechtliche, politische und moralisch-ethische Aspekte, 08.08.2015, S. 24-25, abzurufen hier: https://www.unilu.ch/fileadmin/fakultaeten/rf/institute/staak/MAS_Fo-rencis/dok/Masterarbeiten_MAS_5/Stocker_Ursina.pdf

22) ebenda

dessen möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig erwogen (Der Bundesgerichtshof hat im Jahr 2006 entschieden, dass bei psychisch Kranken ein vertieftes psychiatrisches Fachgutachten notwendig ist; BGE 133 I 58).

- Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens.
- Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden gesucht und sind erfolglos geblieben oder werden vom diesbezüglich urteilsfähigen Patienten als unzumutbar abgelehnt.
- Der Wunsch des Patienten, in dieser unerträglichen Leidenssituation nicht mehr leben zu wollen, ist für den Arzt aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar und es ist für ihn vertretbar, in diesem konkreten Fall Suizidhilfe zu leisten.

In der Richtlinie ist ebenfalls festgelegt, dass die letzte zum Tode führende Handlung durch den Patienten durchgeführt werden muss. Der „Tod nach Suizidhilfe muss als außergewöhnlicher Todesfall der zuständigen Behörde gemeldet werden. Im Vorfeld, während und nach der Suizidhilfe ist auf die Bedürfnisse der Angehörigen, aber auch des interprofessionellen Betreuungsteams und des Umfelds Rücksicht zu nehmen und die benötigte Unterstützung zu geben.“

Die Beihilfen zum Suizid sind in der Schweiz insgesamt betrachtet ansteigend:

- Dignitas: 1998 = 6; 2010 = 97; 2019 = 256.²³⁾ Seit der Gründung bis zum Jahr 2019 wurden insgesamt 3.027 Sterbehilfe durchgeführt.²⁴⁾
- Exit: 2010 = 257; 2019 = 862²⁵⁾. Aus den Jahresberichten von Exit ergibt sich zudem eine zahlenmäßig verstärkte Suizidbeihilfe in Pflegeeinrichtungen (Sterbeort). 2010 = 9 (keine Prozentangabe),²⁶⁾ 2012 = 31 (8,7 %)²⁷⁾ 2019 = 111 (13 %).²⁸⁾

Oregon

In Oregon trat im Jahr 1997 der „Oregon Death with Dignity“ Act in Kraft und stellt die erste spezialgesetzliche Regelung zur Straffreistellung ärztlicher Suizidbeihilfe im amerikanischen Rechtsraum dar²⁹⁾. Zwischenzeitlich sind es mehrere US-Bundesstaaten, in denen Sterbehilfe zulässig ist (Kalifornien, Colorado, District of Columbia, Hawaii, Maine, New Jersey, Vermont, Washington [States with a Death with Dignity Act] und Montana [States with Death with Dignity legal by Court Decision]).³⁰⁾

Nach dem Oregon Death with Dignity Act dürfen volljährige Personen mit Wohnsitz in Oregon und mit einer lebenslimitierenden Erkrankung, die innerhalb von 6 Monaten zum Tod führt, Sterbehilfe in Anspruch nehmen, indem ihnen ein Arzt/eine Ärztin eine tödliche Dosis eines Medikamentes verschreibt, welches sie selbst einnehmen müssen. In dem Gesetz sind verschiedene Sicherungsmechanismen festgeschrieben. Der/die Sterbewillige muss sowohl einen schriftlichen als auch einen mündlichen „Antrag“ („request“) bei dem Arzt/der Ärztin zur Verschreibung des Medikamentes stellen. Der schriftliche Antrag ist von zwei Zeugen zu unterzeichnen, wobei der Personenkreis möglicher Zeug*innen eingeschränkt ist (keine enge Verwandtschaft, keine Person, die durch den Tod der/des Sterbewilligen Erb*in oder Vermächtnisnehmer*in würde, kein/e Eigentümer*in/Betreiber*in/Angestellte*r von Pflegeeinrichtungen). Zwischen den beiden mündlichen „Anträgen“ soll mindestens ein Zeitraum von 15 Tagen liegen. Seit dem 01.01.2020 wurden die Wartefristen jedoch verkürzt, sofern die erwartete Lebensdauer bei weniger als 15 Tagen liegt.

Ein zweiter Arzt muss u.a. bestätigen, dass eine unheilbare Erkrankung mit einer zu erwartenden Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten und eine wirksame Einwilligung vorliegt. Es ist sicherzustellen, dass der Patient/die Patientin über die Diagnose, die Prognose, die Risiken der Einnahme des Medikamentes und die bestehenden Alternativen, insbesondere die Hospizarbeit und Palliativversorgung inklusive Schmerzkontrolle, aufgeklärt ist. Insbesondere ist der/die Sterbewillige darauf hinzuweisen, dass er/sie jederzeit von seinem Wunsch, durch Suizidbeihilfe zu sterben, zurücktreten könne. Der Arzt/die Ärztin soll dem

23) Statista 2020: statistic_id512617, „Freitodbegleitungen von Dignitas bis 2019“

24) Statista 2020: statistic_id800038, „Insgesamt durchgeführte Freitodbegleitungen von Dignitas bis 2019“

25) Statista 2020: „Anzahl der Freitodbegleitungen von Exit in der Schweiz und Durchschnittsalter von 2010 bis 2019“

26) Jahresbericht Exit 2014, abzurufen unter <https://exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2014/>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

27) Jahresbericht Exit 2015, abzurufen unter <https://exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2015/>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

28) Jahresbericht Exit 2019, abzurufen unter <https://exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2019/>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

29) Gavela: Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, S. 192, 2013

30) Death with Dignity National Center: In your State, abzurufen unter <https://www.deathwithdignity.org/in-your-state/>, zuletzt abgerufen am 23.06.2020

Sterbewilligen empfehlen, seine Familie von dem Ersuchen auf Suizidbeihilfe zu informieren; zwingend vorgeschrieben ist dies jedoch nicht.

Besteht der Verdacht einer psychiatrischen Erkrankung oder einer Depression, die das Urteilsvermögen beeinträchtigt, ist der Patient/die Patientin an einen Facharzt zu überweisen.

Ärzt*innen dürfen nicht zur Teilnahme an der Suizidbeihilfe verpflichtet werden.

Die Kosten werden ggf. – je nach Versicherungsbedingungen – von der Versicherung übernommen. In den Statuten von Oregon ist festgelegt, dass der Suizid durch Teilnahme am Death with Dignity Act keinen Einfluss auf etwaige Versicherungsleistungen hat.³¹⁾

Die Gesundheitsbehörde von Oregon stellt verschiedene Informationen (auf Englisch) zur Verfügung:

- About Oregon's Death with Dignity Act
- Oregon Death with Dignity Act
- Current Report – 2019 Data Summary
- Frequently Asked Questions

Der Bericht zum Jahr 2019 gibt die nachfolgenden Zahlen bekannt³²⁾:

- 290 Personen haben eine entsprechende Verordnung des Medikamentes erhalten.
- Zum Stichtag 17.01.2020 sind 188 Personen gestorben, wobei 18 Personen das Rezept bereits in vorausgegangenen Jahren erhalten haben.
- 75 % der Sterbewilligen waren älter als 65 Jahre.
- 68 % litten an einer Krebserkrankung.
- Es wurde ein Verfahren gegen einen Arzt oder eine Ärztin eingeleitet, weil die Voraussetzungen des Oregon Death with Dignity Act nicht vorgelegen haben.

Seit 1997 haben 2.518 Personen eine entsprechende Verschreibung erhalten; 1.657 Personen (66 %) verstarben durch Einnahme des Medikamentes.³³⁾ Seit dem Jahr 1998 sind die Zahlen der verschriebenen Medikamente zum Suizid und die durchgeführten Suizide kontinuierlich angestiegen³⁴⁾:

- 1998: 24 Verschreibungen, 16 Suizide
- 2010: 97 Verschreibungen, 65 Suizide
- 2019: 290 Verschreibungen, 188 Suizide.

Im Hinblick auf eine gesetzliche Neuregelung in Deutschland lehnen sich Vorschläge z.T. an dem Death with Dignity Act in Oregon an, da die dortige Regelung durchaus als beispielhaft wahrgenommen wird. Der Oregon Death with Dignity Act ist jedoch – wie andere Regelungen zum assistierten Suizid ebenfalls – umstritten. Kritisiert werden insbesondere die folgenden Punkte³⁵⁾:

- „Unerträgliches Leiden“ sei nicht erforderlich, so dass der Antrag auf assistierten Suizid häufig zu einem frühen Zeitpunkt gestellt wird, so dass etwaige Maßnahmen (z.B. Schmerzkontrolle) noch nicht greifen und somit als hilfreich empfunden werden können.
- Eine Expertise in Palliative Care ist keine Voraussetzung für die involvierten Ärzt*innen, so dass auch eine Aufklärung hinsichtlich der Alternativen nicht hinreichend gegeben ist. Die involvierten Ärzt*innen behandeln die beantragenden Sterbewilligen für einen sehr kurzen Zeitraum und kennen den/die Sterbewillige/n daher nicht hinreichend.
- Zwar wird die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Antrages überprüft, nicht aber zum Zeitpunkt der Einnahme des Medikamentes, obwohl sich gerade aufgrund der verbleibenden Lebenszeit von 6 Monaten häufig Verwirrheitszustände einstellen können.
- Die Prognose von 6 Monaten Lebenszeit sei schwierig zu stellen. Häufig überleben Patient*innen nach Verschreibung des Medikamentes diesen Zeitraum, ohne das Medikament genommen zu haben, so dass die Prognose sich dann als unzutreffend herausgestellt hat.

31) Oregon Death with Dignity Act, Frequently Asked Questions, abzurufen unter <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/faqs.aspx>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

32) Oregon Death with Dignity Act, 2019 Data Summary, S. 3, abzurufen unter <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

33) Oregon Death with Dignity Act, 2019 Data Summary, S. 5, abzurufen unter <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

34) Oregon Death with Dignity Act, 2019 Data Summary, S. 14, abzurufen unter <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

35) Vgl. zum Ganzen: Borasio/Job/Taupitz/Wiesing (Hrsg./Ganzini (Autorin): Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft, „Legalized Physician Assisted Death in Oregon – Eighteen Years' Experience“, S. 10, 2017

Niederlande

In den Niederlanden trat im Jahr 2002 das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (sog. Sterbehilfegesetz) in Kraft. Grundsätzlich bleibt es zwar dabei, dass mit Gefängnisstrafe bis zu 12 Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft wird, wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin beendet (§ 293 Strafgesetzbuch Niederlande). Die Lebensbeendigung ist jedoch für Ärzt*innen (nicht für medizinisch-pflegerisches Personal oder sonstige Personen) straflos, wenn die Vorgaben des Gesetzes zur Lebensbeendigung eingehalten werden. Die Lebensbeendigung ist an verschiedene Voraussetzungen³⁶⁾ geknüpft, die gem. Art. 2 beinhalten, dass der Arzt

- zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
- zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
- den Patienten über dessen Situation und über dessen Aussichten aufgeklärt hat,
- gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
- mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rat gezogen hat, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den unter den Buchstaben a) bis d) genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und
- bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen ist.

Eine lebenslimitierende Erkrankung ist nicht notwendig. Darüber hinaus hat der Arzt gem. § 7 Abs. 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen einen Bericht zu verfassen, der einer Kommission zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Sterbehilfe vorgelegt werden (Näheres hierzu s.u.). In den Niederlanden ist auch die Sterbehilfe zulasten von minderjährigen Patient*innen (ab 12 Jahren) unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Mit 16 und

17 Jahren sind die Eltern zwar in den Prozess einzubinden, ein Einverständnis ist jedoch im Grundsatz nicht notwendig.³⁷⁾ Die niederländische Regierung plant jedoch, auch hier die Regelungen zu erweitern und das Alter herabzusetzen, so dass die Sterbehilfe auch bei Kindern zwischen 1 und 11 Jahren zulässig wäre.³⁸⁾

„Seit 2012 gibt es für die Durchführung der Sterbehilfe Richtlinien, an die Ärztinnen und Ärzte sich halten müssen. Weichen sie ab, so müssen sie die Abweichung erklären“.³⁹⁾ Die Richtlinien sind hier einsehbar.

Es existieren regionale Kommissionen, die aus einer ungeraden Anzahl von Mitgliedern bestehen, davon mindestens ein Jurist (zugleich Vorsitzender), ein Arzt und ein Sachkundiger in Ethik- oder Sinnfragen. Diese Kommission beurteilt aufgrund der vom Gesetz vorgeschriebenen Meldungen (s.o.), ob der Arzt/die Ärztin, der die Lebensbeendigung auf Verlangen vorgenommen oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat, die vorgenannten Kriterien eingehalten hat. Ist dies nicht der Fall, hat die Kommission das Kollegium der Generalstaatsanwälte und die regionale Gesundheitsinspektion von ihrer Beurteilung in Kenntnis zu setzen. Die Kommission ist insofern auch verpflichtet, dem Staatsanwalt auf dessen Ersuchen hin alle Informationen vorzulegen, die dieser (für seine eigene Beurteilung) benötigt. Die Kommission legt jährlich einen gemeinsamen Tätigkeitsbericht über das vergangene Kalenderjahr. Die Berichte sind im Internet abrufbar.

Die liberale, sich stets weiter ausweitende Handhabung der Sterbehilfe hat immer wieder zu kontroverser Diskussion in den Niederlanden geführt.

Am 21.04.2020 urteilte der Hohe Rat in Den Haag, dass aktive Sterbehilfe auch bei schwer demenzkranken Patient*innen zulässig ist. Voraussetzung ist, dass die Sterbehilfe vor Eintritt der Geschäftsunfähigkeit erbeten worden sein muss.⁴⁰⁾ Der Fall war vor allem deshalb umstritten, weil die 74jährige Patientin zwar schriftlich erklärt hatte, dass sie im Fall unerträglichem Leiden aufgrund der Demenz sterben wollte. Sie hatte jedoch zuvor (auch) signalisiert, dass sie leben wollte.⁴¹⁾ Der Patientin wurde sodann ohne ihr Wissen ein Beruhigungsmittel und dann ein tödliches

36) Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2020-03-19>; deutsche Übersetzung des Gesetzestextes der DGP, allerdings wohl nicht aktualisiert: <https://www.dgpallia-tivmedizin.de/images/stories/pdf/euthanasie.pdf>; WD – 3000 – 017/20; S. 12

37) Government of the Netherlands: Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request, <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>, zuletzt abgerufen am 23.06.2020

38) <https://www.dw.com/en/dutch-government-backs-euthanasia-for-under-12s/a-55270062>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

39) WD: Medikamente zur Selbsttötung, WD 9 – 3000 – 020/20, S. 8;

40) Dutch High Court Allows Euthanasia or Some Dementia Patients, 21.04.2020, <https://www.court-housenews.com/dutch-high-court-allows-euthanasia-for-some-dementia-patients/>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

41) Redaktion beck-aktuell: „Niederlande: Aktive Sterbehilfe auch bei Demenzkranken zulässig“, Becklink 2016085

Belgien

Medikament verabreicht.⁴²⁾ Dabei erwachte die Patientin und wehrte sich; sie wurde dann von ihren Angehörigen festgehalten, bis sie starb.⁴³⁾ Es war das erste Strafverfahren gegen einen Arzt bzw. eine Ärztin seit Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes im Jahr 2020 und endete mit einem Freispruch.⁴⁴⁾

Kontrovers diskutiert wird auch der Verstoß der liberalen D66-Demokraten, die sich dafür aussprachen, Sterbehilfe für ältere (über 75 Jahre), aber gesunde Personen zuzulassen, die ihr Leben „als vollendet“ betrachten.⁴⁵⁾ Ein entsprechender Gesetzesvorschlag wurde nunmehr eingebracht⁴⁶⁾. Dieser Vorstoß ist auch vor dem Hintergrund einer kürzlich veröffentlichten repräsentativen Umfrage der Universität Utrecht von über 20.000 Bürger*innen in die Kritik geraten, da nach der Studie 0,18 Prozent der Bevölkerung über 55 Jahren ohne ernsthafte Erkrankung einen Todeswunsch haben⁴⁷⁾. Dieser sei „jedoch selten eindeutig und unverändert“; „politisch am heikelsten sind die Faktoren, die laut Studie den Todeswunsch verstärken: Einsamkeit (56%), das Gefühl, eine Last für andere zu sein (42%) sowie Geldmangel (36%)“.⁴⁸⁾ Die Zahl der Sterbehilfe-Fälle hat auch in den Niederlanden eine kontinuierliche Steigerung erfahren: 2010 = 3.136 Fälle; 2017 = 6.585 Fälle.⁴⁹⁾ Im Jahr 2019 sanken die Fälle der Sterbehilfe zwar auf 6.361; dies entspricht aber immer noch 4,2 % aller Todesfälle, die in den Niederlanden im Jahr 2019 verzeichnet wurden.⁵⁰⁾ In „6.092 Fällen (95,8%) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 245 Fällen (3,9%) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 24 Fällen (0,4%) um eine Kombination aus beiden“.⁵¹⁾

In Belgien trat im Jahr 2002 ein Sterbehilfegesetz (Loi relative à l'euthanasie) in Kraft, nach welchem unter bestimmten Voraussetzungen auch die Tötung auf Verlangen zulässig ist.⁵²⁾

Ein Arzt muss sich vergewissern, dass der volljährige oder der für mündig erklärte minderjährige Patient zurechnungsfähig ist und der Wunsch freiwillig, überlegt und wiederholt geäußert wird. Der/die Patient*in muss sich in einer physisch oder psychisch anhaltend unerträglichen Situation befinden, die nicht gelindert werden kann und die durch einen Unfall oder eine schwere, unheilbare Krankheit verursacht wurde. Der Arzt muss den/die Sterbewillige/n u.a. über seinen Gesundheitszustand und seine Lebenserwartung, die noch verbleibenden Therapiemöglichkeiten sowie die Möglichkeiten der Palliativpflege und jeweiligen Folgen informieren. Der Arzt muss mit dem Patienten zu der Überzeugung kommen, dass es keine andere „vernünftige Lösung“ gibt. Der Arzt muss sich über die anhaltenden körperlichen und psychischen Leiden und die Wiederholung der geäußerten Bitte vergewissern. Darüber hinaus muss ein unabhängiger konsultierender Arzt hinzugezogen werden, der Einsicht in die medizinische Akte nimmt, den Patienten untersucht und sich von den nicht anders zu lindern den körperlichen und psychischen Qualen vergewissert. Zwischen der schriftlich formulierten Bitte und der Durchführung der Sterbehilfe muss mindestens 1 Monat liegen. Der Wunsch des Sterbewilligen muss schriftlich, datiert und unterschrieben vorliegen.

Der Sterbewillige kann auch eine sog. vorgezogene Willenserklärung verfassen, die schriftlich und im Beisein zweier volljähriger Zeug*innen aufgesetzt wird, von denen

42) FAZ: Gericht gestattet aktive Sterbehilfe bei Demenzzkranken, 21.04.2020, abzurufen unter <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/niederlande-gericht-gestattet-aktive-sterbehilfe-von-demenzkranken-16735260.html>, zuletzt abgerufen am 23.06.2020

43) FAZ: Gericht gestattet active Sterbehilfe bei Demenzzkranken, 21.04.2020, abzurufen unter <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/niederlande-gericht-gestattet-aktive-sterbehilfe-von-demenzkranken-16735260.html>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

44) Dutch High Court Allows Euthanasia or Some Dementia Patients, 21.04.2020, <https://www.court-housenews.com/dutch-high-court-allows-euthanasia-for-some-dementia-patients/>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

45) Deutschlandfunk/Schweighöfer: Debatte über Sterbehilfe für Gesunde, 25.02.2020, abzurufen unter https://www.deutschlandfunk.de/niederlande-debatte-ueber-sterbehilfe-fuer-gesunde.795.de.html?dram:ar-ticle_id=471033, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

46) <https://www.dutchnews.nl/news/2020/07/euthanasia-law-proposed-for-healthy-over-75s-who-feel-their-lives-are-complete/>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021

47) Süddeutsche/Kirchner: „Neu nachdenken über das Leben“, 03.02.2020, abzurufen unter <https://www.sueddeut-sche.de/politik/niederlande-neu-nachdenken-ueber-das-leben-1.4783041>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

48) Süddeutsche/Kirchner: „Neu nachdenken über das Leben“, 03.02.2020, abzurufen unter <https://www.sueddeut-sche.de/politik/niederlande-neu-nachdenken-ueber-das-leben-1.4783041>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

49) DRZE: „Steigende Tendenz der Sterbehilfe-Fälle in den Niederlanden“, abzurufen unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/steigende-tendenz-der-sterbehilfe-faelle-in-den-niederlanden>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

50) Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, Jahresbericht 2019, S. 10, abzurufen unter <https://english.eutha-nasiecommissie.nl/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

51) ebenda

52) S. zu den nachfolgenden Ausführungen: Loi relative à l'euthanasie: <http://eol.law.dal.ca/wp-content/uplo-ads/2015/06/Belgian-Euthanasia-Act.pdf>, inoffizielle deutsche Übersetzung: https://www.health.belgium.be/si-tes/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/loi20020528mb_de.pdf

zumindest einer/eine kein materielles Interesse am Tod des Erklärenden haben darf. Die vorgezogene Willenserklärung darf nicht älter als 5 Jahre sein und kann zu jeder Zeit zurückgezogen oder angepasst werden. Der Arzt, der in einem solchen Fall Sterbehilfe leistet, muss sich vergewissern, dass der Patient von einem schlimmen und unheilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Leiden befallen ist, dass der Patient nicht mehr bei Bewusstsein ist und dass diese Situation nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unumkehrbar ist, und die durch vorliegendes Gesetz vorgeschriebenen Bedingungen und Vorgehensweisen beachtet wurden.

Der Arzt/die Ärztin, der/die Sterbehilfe geleistet hat, hat binnen vier Werktagen ein entsprechendes Formular bei der Föderalen Kontroll- und Bewertungskommission einzureichen. Die Kommission überprüft (im Nachhinein), ob die im Gesetz vorgeschriebenen Bedingungen und Vorgehensweisen eingehalten worden sind. Die Berichte können hier⁵³⁾ eingesehen werden. Nach dem aktuellen Bericht verstarben im Jahr 2019 2.655 Personen durch Sterbehilfe⁵⁴⁾, was einem Anstieg gegenüber 2018 von 12 % entspricht.⁵⁵⁾

An der ohnehin schon liberalen Regelung in Belgien wird insbesondere kritisiert, dass in Belgien seit 2014 auch Kindern und Jugendlichen ohne Altersbeschränkung Sterbehilfe geleistet werden kann. Bislang sind drei Fälle bekannt, in denen Kindern und Jugendlichen im Alter von 9, 11 und 17 Sterbehilfe geleistet wurde.⁵⁶⁾

Erstmals wurde ein Strafprozess gegen Ärzt*innen angestrengt, da diese einer psychisch kranken Frau Sterbehil-

fe geleistet hatten.⁵⁷⁾ Sie wurden – trotz nachgewiesener Unregelmäßigkeiten – nach dem Grundsatz „in dubio pro reo“ Anfang 2020 freigesprochen.⁵⁸⁾ Ein Fall umstrittener Sterbehilfe bei einer Frau mit einer psychischen Erkrankung (Depression) ist derzeit auch vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte anhängig.⁵⁹⁾

Nach dem aktuellsten Bericht der Föderalen Kontroll- und Bewertungskommission wurden 2019 2.655 Sterbehilfefälle registriert; dies entspricht einer Steigerung von 12 % gegenüber dem Vorjahr.⁶⁰⁾ Auch für die Jahre verteilt ergab sich nach einer Studie eine Steigerung der gemeldeten Fälle (235 in 2003 bis 1.807 in 2013).⁶¹⁾

53) Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie:

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-contrôle-et-devaluation-de-leuthanasie>

54) <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2019>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

55) <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2019>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

56) FAZ: „Warum Belgien als einziges Land Sterbehilfe bei Kindern erlaubt, 08.02.2019, <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/vor-fuenf-jahren-erlaubte-belgien-aktive-sterbehilfe-fuer-kinder-16031091.html>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

57) Süddeutsche: Gericht spricht Mediziner im Prozess um Sterbehilfe frei, 31.01.2020, <https://www.sueddeutsche.de/panorama/belgien-aerzte-sterbehilfe-gericht-1.4779821>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021

58) Süddeutsche: Gericht spricht Mediziner im Prozess um Sterbehilfe frei, 31.01.2020, <https://www.sueddeutsche.de/panorama/belgien-aerzte-sterbehilfe-gericht-1.4779821>, zuletzt abgerufen am 18.01.2021; Fall Tine Nys.

59) Mortier vs. Belgium (no 78017/17), ECHR, Press Country Profile, https://www.echr.coe.int/Documents/CP_Belgium_ENG.pdf, zuletzt abgerufen am 18.01.2021; <https://hu-doc.echr.coe.int/eng#%7B%22appno%22:%5B%2278017/17%22%5D,%22itemid%22:%5B%22002-12281%22%5D%7D>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021, <http://media.aclj.org/pdf/Written-Observations,-Mortier-v.-Belgium,-9-March-2019.pdf>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021

60) Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'évaluation de l'Euthanasie – CFCEE, 2 mars 2020 – Euthanasie – Chiffres de l'année 2019, abzurufen unter https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/si-tes/default/files/documents/cfcee_chiffres-2019_communiquepresse.pdf, zuletzt abgerufen am 02.07.2020

61) Dierckx/Deliens/Cohen/Chambaere: „Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013; CMAJ 2016.DOI:10.1503/cmaj.160202

Nach Freigabe der Suizidbeihilfe – Was ist zu tun?

➔ 8-Punkte-Programm des DHPV

- ➔ Stärkung Hospizarbeit und Palliativversorgung
- ➔ Aufklärung über Möglichkeiten der Versorgung
- ➔ Vorsorge
- ➔ Suizidprävention
- ➔ Besonderer Schutz vulnerabler Gruppen
- ➔ Ziele der Charta verfolgen
- ➔ Öffentlichkeitsarbeit
- ➔ Beibehaltung unserer hospizlichen Haltung

**Deutscher Hospiz- und
PalliativVerband e. V.**

Aachener Straße 5
10713 Berlin

Tel. 030 82 00 758-0
Fax 030 82 00 758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de