

Geschäftsstelle

Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Dialogpapier

Hospizliche Haltung in Grenzsituationen

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

Sie erreichen uns unter:

Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

Geschäftsführender

Vorstand:

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvertr. Vorsitzende
Paul Herrlein
Stellvertr. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:

VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft
Konto 834 00 00
BLZ 370 205 00

IBAN: DE 4337 0205
0000 0834 0000
BIC: BFSWDE33XXX

19.02.2021

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Einführung	5
2. „Mein Leben – mein Sterben!“	7
3. Haltung des DHPV	8
4. Anregungen zur internen Auseinandersetzung	11
5. Bildung einer gemeinsamen Haltung	14
6. Forderungen	22
6.1 Stärkung von Hospizarbeit und Palliativversorgung	22
6.2 Verbesserung der Versorgung in Pflegeeinrichtungen	25
6.3 Zugangsgerechtigkeit, Öffentlichkeitskampagnen und verbesserte Information über die Hospizarbeit und Palliativversorgung	27
6.4 Keine Verpflichtung der Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung zur Durchführung und/oder Duldung des assistierten Suizides	27
6.5 Förderung, Weiterentwicklung und Etablierung von Konzepten zur Suizidprävention / Information und Stärkung der Suizidprävention	28
7. Weiterführende Texte / Anlagen	29

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 Papier entwickelt und stellt es gern den Mitgliedsorganisationen auf der Landesebene sowie den überregionalen Organisationen, aber auch den Hospiz- und Palliativdiensten und -einrichtungen des DHPV zur Verfügung.

In der Arbeitsgruppe des DHPV haben Christina Bethke (Syndikusrechtsanwältin des DHPV), Dr. Carmen Breuckmann-Giertz (Beisitzerin), Gerda Graf (Ehrenvorsitzende), 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. An dieser Stelle sei allen 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 Punkt 5. 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

1. 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.

2. „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 Person sein 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

3. 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-

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

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

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

gesellschaftlichen Kontext. Die Hospizarbeit sieht ihren Auftrag darin, eine umfassende Sorgeskultur 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 Eingebunden sein 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 Gesellschaft 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 stellen⁶. 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 enthaltende 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.

⁴Graf 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

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 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 20.7.2020 im Anhang)

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 heraufrufen 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)

4. 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.

A: 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	

⁷ Vgl. Fragenkatalog HPV Berlin: Assistierter Suizid, 2020

B: Beispiele

<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>	<p>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>
<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>	<p>Welches Interesse hat Frau P.? Wie ließen sich vertiefte Motive von Frau P. erschließen? Zu was könnte das führen? Welche Reaktionen sind denkbar seitens der Heimleitung? Welche Rolle nimmt die Tochter ein? Welche Position vertritt die Koordinatorin des Hospizdienstes? Wie begründet sie ihre Haltung?</p>
<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</p>	<p>Welche Gedanken, Fragen kommen dem/der Ehrenamtlichen? Was braucht der/die Ehrenamtliche im Umgang mit solch einer Anfrage? Was wären die nächsten Schritte?</p>

<p>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>	
<p>Methoden</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	

5. 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.

Stationäres Hospiz	Entscheidungen
<p>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 schwerstkranke 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 Suizidassistentz. 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>
<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</p>

	<p>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>

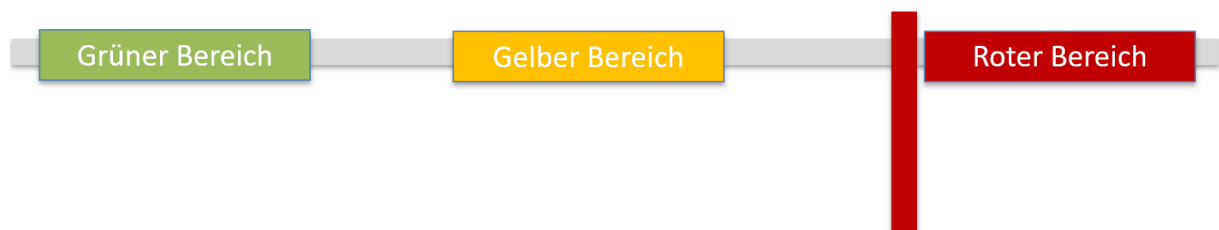
<p>Landesverband / ÜO Ein Landesverband möchte sich intern mit dem Thema assistierter Suizid auseinandersetzen und plant eine Informationsveranstaltung für die Mitglieder. Auf Anregung einiger Mitglieder soll ein*e Referent*in eines Sterbehilfevereins eingeladen werden.</p>	<p>Position A: Der Vorstand 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>
<p>Hospizdienst Ein Hospizdienst plant eine Podiumsdiskussion zum Thema „Möglichkeiten und Grenzen der Hospiz- und Palliativarbeit“ und möchte sich intern mit dem Thema assistierter Suizid auseinandersetzen. Neben verschiedenen Akteuren gibt es auch die Idee, eine*n Palliativmediziner*in einzuladen, der bzw. die die Beihilfe zum Suizid befürwortet und auch anbietet.</p>	<p>Position A: Der/die Mediziner*in wird eingeladen, denn es geht um eine offene Diskussion aller Positionen.</p> <p>Position B: Der/die Mediziner*in wird nicht eingeladen.</p>
<p>Methoden Diskussion in Klein- und/oder Großgruppe Ergebnissicherung durch Notizen (auf Flipchart) Möglich wäre auch eine Erarbeitung eines Handlungsleitfadens in den einzelnen Kleingruppen (als weiterführende Diskussionsgrundlage)</p>	

Ergebnisse der Diskussion um die rote Linie

Im Rahmen der Sitzung des DHPV mit seinen Mitgliedsorganisationen wurden die ersten drei Beispiele (ab S. 15. stationäres Hospiz, ambulanter Hospizdienst und Landesverband / ÜO) diskutiert. Hier werden nun nach einer kurzen Erläuterung der Methode die Ergebnisse und Positionierungen in Bezug auf eine rote Linie zusammengefasst dargestellt.

Im Mittelpunkt der ganztägigen Sitzung stand die Auseinandersetzung mit dem Thema Beihilfe zum Suizid, so dass viel Zeit für das gemeinsame Gespräch war. In wechselnden Kleingruppen diskutierten die Teilnehmenden die Fallbeispiele indem sie die vorgegeben Positionen in eine farbliche Skala verorteten. Von einem grünen über gelben bis roten

Bereich konnten die Positionen eingeordnet werden, wobei der grüne Bereich die Haltung „stimme ich zu, Aufgabe der Hospizarbeit“ und der rote Bereich den Gegenpol nämlich „stimme ich nicht zu, keine Aufgabe der Hospizarbeit und Palliativversorgung“ bedeuteten. Der gelbe und ein hier nicht farblich dargestellter oranger Bereich bedeutet „ist in einer Ausnahmesituation unter bestimmten Voraussetzungen denkbar“. Bei der Einschätzung, welche Positionen aus hospizlicher Sicht vertretbar sind oder nicht, wurden rechtliche Erwägungen (zunächst) außen vor gelassen und werden ggf. ergänzt, sobald eine präzisere rechtliche Beurteilung aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder aktueller Rechtsprechung möglich ist.



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 vorzubereiten, 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.

6. 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 20.7.2020).

6.1 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 erfolgversprechend 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.

6.2 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 Pflegeberufes 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).

6.3 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 Transplantationskampagnen, 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.

6.4 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.

6.5 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 erschwerten 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.

7. Weiterführende Texte / Anlagen

- 1 Information für die Mitglieder des DHPV zur Entscheidung des BVerfG
- 2 „Mit einem Federstrich“ Artikel in: die hospiz zeitschrift / 3 / 2020 - Nr. 87 / 22. Jg.
- 3 Handreichung des DHPV zu: „Sterbehilfe - Regulierungen in der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und in Oregon“
- 4 Acht-Punkte-Programm des DHPV