

Leitplanken aus Sicht der AWO zum Umgang mit der Beihilfe zum Suizid im Rahmen der AWO-Abschiedskultur

*zur Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020
(Verfassungswidrigkeit des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung)*

Grundsatz:

„Freiheit bedeutet, selbstbestimmt und menschenwürdig zu leben – frei von Willkür, Unterdrückung, Not und Armut. Die Freiheit der*des Einzelnen entsteht auch durch die Gemeinschaft. Damit der Mensch seine individuellen Fähigkeiten entfalten kann, braucht er soziale und materielle Sicherheit. Freiheit verpflichtet, sich der Vernunft zu bedienen, verantwortlich zu handeln und die Freiheit anderer zu respektieren.“
(AWO Grundsatzprogramm 2019)

Freiheit im Sinne des klassischen Liberalismus meint die individuelle Freiheit im Handeln ohne äußere Einmischung. Dieses Handeln ist im Verständnis der AWO aber nur möglich, wenn der Einzelne über die nötigen Ressourcen verfügt, um überhaupt einem freien Willen gemäß handeln zu können. Freiheit ist auch Potenzial zu etwas.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 ist stark geprägt vom individualistischen Denken des klassischen Liberalismus. Echte Selbstbestimmung erfordert aber die Freiheit durch Alternativen, die Freiheit von Not, Angst und Hilflosigkeit. Die AWO sieht die Notwendigkeit in Lebens- und Rahmenbedingungen zu investieren, welche Verzweiflungshandlungen oder Selbsttötung als Ausweg überflüssig machen. Erst wenn hier alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind und die Beihilfe zum Suizid alternativlos bleibt, kann davon ausgegangen werden, dass dieses Freiheitsrecht auch als echte Freiheit wahrgenommen wird. Für diesen Fall bedarf es dann auch zweifelsfrei regulierender Schutzbestimmungen, die Sterbewillige vor Missbrauch oder falschem Einfluss durch Dritte absichern. Vor diesem Hintergrund tritt die AWO für einen stark regulierenden Ansatz (leistungsrechtlich und ordnungsrechtlich) ein.

1. Der frühere Bundespräsident Johannes Rau hat zu den Diskussionen um die Sterbehilfe schon 2001 formuliert: „Was die Selbstbestimmung des Menschen zu stärken scheint, kann ihn in Wahrheit erpressbar machen“ (Berliner Rede). Damit ist der Grundkonflikt benannt. Ob es der Verzicht auf lebenserhaltende medizinische Maßnahmen ist oder die Beihilfe zum Suizid, in jedem Fall muss verhindert werden, dass psychischer, sozialer oder gesellschaftlicher Druck die selbstbestimmte Entscheidung von Menschen direkt oder unterschwellig manipuliert.

Gleichzeitig sind alle notwendigen leistungsrechtlichen und sozialen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen sicherzustellen, die Menschen vor

Verzweiflungshandlungen schützen. Niemand sollte sich aus Gründen der Vereinsamung, des Gefühls, für Andere oder die Gesellschaft Last zu sein, oder aus Sorge vor großen Schmerzen und Leiden für eine Selbsttötung entscheiden müssen oder wollen. Das käme einem Armutszeugnis für unser soziales Gemeinwesen gleich – sowohl bezüglich des mitmenschlichen Zusammenhalts als auch der Solidarsysteme.

Der psychische oder soziale Druck, den Menschen mit Einschränkungen, Handikaps oder mit Pflegebedarf spüren, beginnt jedoch schon bei der allgemeinen Bewertung des Angewiesenseins auf Unterstützung. Das Grundgesetz, das die Menschenwürde durch das Menschsein begründet, kennt keine Nützlichkeitsabwägungen im Zusammenhang mit Menschenleben. Diese sind aber dennoch im Alltag einer leistungs-, wachstums- und erfolgsorientierten Gesellschaft und Kultur vorhanden.

Die AWO stellt sich gegen jede offene oder verdeckte Form von Rationierung, Nützlichkeitsdenken und Entsolidarisierung gegenüber Menschen in sozialer, physischer oder psychischer Not¹.

2. Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen umfasst auch das Recht auf Sterben. Zur Autonomie des Menschen gehört seine Verfügungsgewalt über sein Leben und sein Sterben. Vorsorgedokumente helfen ihm, dieses Recht auch dann wahrzunehmen, wenn seine Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sein sollte. Es geht dabei um Abschiednehmen, soziale und spirituelle Bedürfnisse aber auch um würdevolle Sterbeprozesse, was ein Sterben ohne Schmerzen, Qualen, Erstickungsängste usf. und mit mitfühlender Begleitung beinhaltet.

Die Leistungsmöglichkeiten palliativer Pflege und Medizin sind dabei von großer Bedeutung, diese sind aber bis heute noch nicht flächendeckend und bedarfsdeckend ausgestaltet. Diese Versäumnisse tragen zu einem Bild bei, das Menschen zu Verzweiflungshandlungen bewegen kann. Gelungene Sterbebegleitungen sind heute fachlich möglich, werden aber durch mangelhafte Ressourcenausstattungen meist nicht Realität.

Diese fachlichen Möglichkeiten umfassen auch Maßnahmen der palliativen Sedierung, die insbesondere im Rahmen der Schmerztherapie eingesetzt werden kann. Da diese zu einer geringfügigen Lebensverkürzung führen kann, sollten dem Beratungen und Absprachen mit den Sterbenden und den an der Pflege und palliativen Behandlung Beteiligten vorausgehen. Die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (§ 132 g SGB V) in stationären Pflegeeinrichtungen bietet hierzu eine Grundlage.

¹ Die jüngste Debatte um sogenannte „qualitätskorrigierte Lebensjahre“ (https://strathprints.strath.ac.uk/71186/1/Shaw_Morton_CE_2020_Counting_the_cost_of_denying_assisted.pdf), die die Themen Sterbehilfe und Organspende verknüpfen, stellen aus Sicht der AWO Auswüchse einer gefährlichen Ökonomisierung dar, die Lebenswert-Debatten gesellschaftsfähig machen sollen.

3. Die Basis für die Entscheidungsfindung am Ende des Lebens und zur Umsetzung des aktiven Willens des Menschen, der sein Sterben herbeiführen möchte, kann aus Sicht der AWO nur eine vertrauensvolle Beziehung des Patienten zu seiner*seinem Ärztin*Arzt seiner Wahl darstellen. Die Beratung hinsichtlich palliativer und anderer Leistungen kann hier auf hohem Niveau geleistet werden. Die Beratung und Begleitung ist zudem eingebettet in eine i.d.R. längere Vertrauensbeziehung. In diesem Rahmen sollte ein legaler Handlungsspielraum für Ärzte gestaltet werden, der über palliative Hilfen und palliative Sedierungsmaßnahmen hinausgehende Hilfen beim Sterben (in besonderen Situationen auch mit Hilfe eines tödlichen Medikamentes) möglich macht. Es wäre unangemessen, wenn solche ärztlichen Unterstützungsmaßnahmen bereits im Ansatz mit strafrechtlichen Konsequenzen bedroht würden. Allerdings sind auch berufsrechtliche Korrekturen über die Ärztekammern oder auch durch gesetzliche Eingriffe geboten. Kein*e Arzt*Ärztin darf gezwungen werden Beihilfe zum Suizid zu leisten, jedoch sollten jene, die entsprechende Gewissensentscheidungen tragen können und wollen, in ihrem fachlichen Handeln nicht behindert werden, sofern sie dies nicht geschäftsmäßig betreiben.

4. Erfahrungen aus Oregon/USA zeigen, dass nicht jedes zur Verfügung gestellte Suizid-Medikament am Ende auch zur Anwendung kommt, in einem Viertel der Fälle reduziert sich der Nutzen des Medikaments alleine auf die beruhigende Option, im Notfall handeln zu können. Die Umsetzungsquote von Suizid-Entscheidungen bei sogenannten Sterbehilfe-Vereinen liegt dagegen höher. Vor diesem Hintergrund besteht zumindest der Verdacht, dass Sterbehilfe-Organisationen als geschäftsmäßig handelnde Suizidhelfer*innen mittelbar auf die freie Willensbildung, Entscheidungsfindung und –umsetzung von Menschen, die einen Suizid in Betracht ziehen, Einfluss nehmen. Dies ist auch aus wirtschaftlichen Gründen nicht auszuschließen. Solche Gefahren wurden auch vom Bundesverfassungsgericht gesehen.

Der Arzt-Patienten-Beziehung dagegen liegt keine gewerbsmäßige Motivation, die geeignet ist, das Handeln des*r Sterbehelfers*innen hinsichtlich der Umsetzung von Suizidabsichten zu beeinflussen, zugrunde. Anderer Anbieter bedarf es daher nicht.

5. Die Entscheidung eines Menschen, als letztes Mittel auch die Option, ein tödliches Medikament für den Notfall zur Verfügung zu haben und unter ärztlicher Begleitung einzunehmen, ist zu akzeptieren. In einem solchen Fall wird die AWO einen Menschen in der Umsetzung seines Rechtes begleiten.

Die Beihilfe zum Suizid ist für die AWO nur unter Beachtung nachfolgender Bedingungen denkbar:

- die Einwilligungsfähigkeit des betroffenen Menschen muss vorhanden sein;
- das ausdrückliche, ernsthafte und akute Verlangen des Betroffenen muss vorliegen, der Entschluss muss nach reiflicher Überlegung und dauerhaft

- bestehen (nicht als psychische Störung oder vorübergehende Lebenskrise zu bewerten sein);
- alle Möglichkeiten, die dazu beitragen, dass der Betroffene seine Situation als lebenswert bewertet, sind auszuschöpfen bzw. dem Betroffenen darzustellen und anzubieten (qualifizierte Beratung, palliative Hilfen, soziale Kontakte, spezifische Therapien u.a.);
 - im Rahmen des Entscheidungsprozesses ist ein psychosoziales Beratungsangebot einzubinden;
 - ein assistierter Suizid ist aus AWO-Sicht nur im Rahmen einer bestehenden Arzt*Ärztin-Patienten*in-Beziehung angemessen umsetzbar;
 - Angehörige sind, sofern der*die Betroffene dem nicht widerspricht, unbedingt zu beteiligen;
 - es dürfen weder Zwang oder Täuschungen noch sonstige Einflussnahmen vorliegen;
 - die Erfüllung der Voraussetzungen muss nachprüfbar dokumentiert werden;
 - wie bei anderen Sterbeprozessen auch sind die spirituellen Wünsche, Abschiedsrituale und die Vorstellungen zur pflegerischen und sozialen Begleitung in der Sterbephase des Menschen nach Möglichkeit zu realisieren;
 - beteiligte Mitarbeitende in Einrichtungen und Diensten der AWO benötigen je nach Umfang und Intensität der Einbindung Schulung, Ethikberatung² und begleitend (kollegiale) Supervision.

Die AWO wird angesichts der durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts veränderten Rechtslage Nutzer*innen ihrer Hilfsangebote und Dienstleistungen die Realisierung ihrer Rechte unter den oben genannten Voraussetzungen ermöglichen. Das bedeutet, auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen auch den als allerletzte Option einer extremen Lebenssituation bewerteten begleiteten Suizid in die Arbeit der Einrichtung zu integrieren.

Mitarbeitende müssen befähigt werden, entsprechende Situationen frühzeitig erkennen zu können, um spezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote einschalten zu können. Je nach Arbeitsbereich sind bestehende Strukturaspekte zu nutzen bzw. anzupassen – z.B. die gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V in der stationären Altenpflege und Behindertenhilfe. Die grundlegend veränderte Rechtslage muss konzeptionell und bzgl. der fachlichen Arbeit

² Ethikberatung dient der Information, Orientierung und Beratung der verschiedenen an der Versorgung beteiligten bzw. davon betroffenen Personen (z. B. Mitarbeitende und Leitung der Einrichtung, Patienten/Bewohner, deren Angehörige und Stellvertreter). Quelle: Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens in Ethik Med (2010) 22:149–153. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/Standards_Ethikberatung.pdf
Zugriff: 04.09.2020

(Standards, Prozesse) in allen betroffenen Arbeitsfeldern berücksichtigt werden – z. B. im Zusammenhang mit ethischen Fallbesprechungen oder Pflegevisiten in der Altenpflege.

6. Um die genannten Sorgfaltspflichten zur Sicherung gültiger und rechtssicherer persönlicher Entscheidungen suizidwilliger Menschen zu gewährleisten, bedarf es einer spezifischen Beratungs- und Begleitstruktur, die noch zu regeln und aufzubauen ist:

- Öffentlich finanzierte spezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote mit aufsuchendem Beratungsangebot (allgemeine Präventionsberatung, Anlaufstelle für suizidgefährdete Menschen, Aufklärung über Alternativen, Kooperation mit Ärzten*innen, insb. Palliativmediziner*innen und Gesundheits- und Pflegeprofessionen);
- Suizid-Beihilfe als Aufgabe im Rahmen einer bestehenden Arzt*Ärztin-Patienten-Beziehung (keine Zulassung von Sterbehilfe-Vereinen, ärztliches Berufsrecht muss verfassungskonform gestaltet werden);
- Einhaltung des 4-Augen-Prinzips und geregelter Bedenkzeiten (es bedarf nach der spezifischen Beratung einer zweiten Bewertung durch eine*n Arzt*Ärztin, psychiatrische/psycho-therapeutische Fachkenntnisse sind hinzuzuziehen, erst beide Bewertungen (Beratungsstelle und Arzt*Ärztin) stellen eine ausreichende Sicherheit für eine sorgfältige Gesamteinschätzung dar);
- ärztliche Verschreibung eines tödlichen Medikamentes und ärztliche Begleitung des Suizidwilligen bei der selbstständigen Einnahme des Medikamentes;
- Sicherstellung einer lückenlosen Dokumentation der Einhaltung aller Sorgfaltspflichten durch Beratungsstelle und Ärzte*innen;
- zu jeder Zeit muss der Einzelne frei sein, von seinem Suizid-Willen zurückzutreten;
- Werbungsverbot für begleiteten Suizid und -angebote, aber öffentlich zugängliche Information über Angebote der Suizidkonflikt-Beratung;
- Teilnahme an Treffen regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke (vernetzt sind hier Organisationen, Institutionen und Einzelpersonen, mittelbar oder unmittelbar mit der Beratung, Begleitung und Versorgung der Betroffenen befasste Beratungsstellen, Palliativmedizin, Altenhilfe und -pflege, Psychiatrie, Selbsthilfe u. a.);
- Etablierung von krankenkassenfinanzierter Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die AWO hält Ansätze³ hinsichtlich der Beschränkung auf die ärztliche Kompetenz bei der Suizid-Begleitung und einzuhaltender Sorgfaltspflichten für nachdenkenswert. Gleichzeitig wird jedoch der Aufbau von spezifischen auf Suizidvermeidung gerichteten Beratungsangeboten für unbedingt erforderlich erachtet, um die Prävention gegenüber Suizid-Wünschen bzw. –handlungen zu stärken und sorgfältig erwogene Entscheidungen bei Suizid-Willigen sicherzustellen. Beratungsstandards für diesbezügliche Beratungsprozesse (Anforderungen an Qualifikation, Unabhängigkeit, Fachlichkeit und Ergebnissicherheit) sind zu entwickeln.

Insbesondere hält die AWO eine regelmäßige öffentliche Berichterstattung auf Bundesebene über die Entwicklung der Suizidalität, die Verstärkung von Präventionsanstrengungen und den Weiterentwicklungsbedarf von leistungsrechtlichen und anderen Unterstützungsmöglichkeiten zur primären Prävention für erforderlich. Hierzu zählt auch die Überprüfung der Wirkungen und Nebenwirkungen von Handlungspraktiken, Verfahrensweisen und Standards in Zusammenhang mit Regelungen des assistierten Suizids. Zudem wird die Förderung von Forschungsvorhaben im Bereich Suizidalität und Palliativ-Versorgung als zwingend erforderlich gehalten.

AWO Bundesverband, 16.10.2020

³ Vgl. Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing,

<http://imgb.de/Neuigkeiten/Pressemitteilung%3A%20Verfassungskonformer%20Gesetzesvorschlag%20zur%20Regelung%20des%20assistierten%20Suizids/BorasioJoxTaupitzWiesing.%20Gesetzesvorschlag%20Assistierter%20Suizid%202020.pdf>