

Herrn
Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn
Bundesministerium für Gesundheit Friedrichstraße 108
10117 Berlin
per Mail: 316@bmg.bund.de

Am Bahnhof 2
36037 Fulda
Telefon: +49 (0) 661 - 480 49 797
FAX +49 (0) 661 - 480 49 798

info@palliativstiftung.de

Fulda, 8. Juni 2020

Stellungnahme der Deutschen PalliativStiftung zum Urteil des BVerfG über die Verfassungsmäßigkeit des § 217 StGB und Vorschläge zum Umgang damit

Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn,

die Deutsche PalliativStiftung möchte Ihnen ausdrücklich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und der Möglichkeit, ihre Vorstellungen und Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz vorbringen zu können danken.

Wir haben das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes und insbesondere dessen Begründung mit größter Sorge für das Wohl des einzelnen Betroffenen wie auch die gesellschaftliche Entwicklung zur Kenntnis genommen:

- 1) Es besteht die auch durch das Bundesverfassungsgericht nicht in Abrede gestellte große Gefahr, dass Suizid und dessen Assistenz nun quasi zwangsläufig zu einer normalen ärztlichen Behandlungsoption werden.
- 2) Der durch das Gericht angenommene unverbrüchliche Schutz des Begehrens auf Lebensverkürzung ist dem Urteil zufolge nicht an eine schwere Krankheit und deren oft besonders schwerwiegende Begleiterscheinungen zu knüpfen. Damit gehen die acht Richter des Zweiten Senates deutlich weiter, als es in anderen westlichen Gesellschaften jemals geschah.
- 3) Suizidwilligen ist dem Urteil zufolge ungehinderter Zugang zur Suizidmethode ihrer Wahl zu gewähren.

Wir sehen dies alles als hochproblematisch und gefährlich an.

Die Deutsche PalliativStiftung lehnt die Beihilfe zum Suizid inklusive der sich daraus ergebenden möglichen zukünftigen Konsequenzen auf die Arzt-Patienten-Beziehung einerseits, aber auch auf unser gesamtes gesellschaftliches Zusammenleben andererseits auch weiterhin strikt ab. Das Bundesverfassungsgericht hat den Deutschen Bundestag keineswegs zum Handeln verpflichtet, aber immerhin den von ihm bisher angenommenen Handlungsauftrag zum Schutz der Schwachen als nicht zu beanstanden bezeichnet.

Obwohl der Gesetzgeber somit – wenn auch nicht in der Weise des § 217 StGB a.F. – zum Handeln berechtigt ist, verzichtet die Deutsche PalliativStiftung ganz bewusst darauf, eigene Vorstellungen und Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der eigentlichen Suizidassistentz bereits zum jetzigen Zeitpunkt vor- zulegen.

Stattdessen schlagen wir als zentralen Teil der Neuregelung zum einen den Ausbau sowohl der Suizidprävention durch eine umfassende Informationsoffensive als auch der Hospizarbeit bzw. Palliativversorgung als lebensbejahende Alternativen und damit als relevante Bestandteile unserer gesellschaftlichen Verantwortung vor. Gerne steht die Deutsche PalliativStiftung Ihnen bei Bedarf zur Verfügung, um die nun anstehenden Änderungen in den unterschiedlichen Gesetzen inhaltlich argumentativ zu unterstützen und damit beizutragen, dass die Beihilfe zum Suizid in unserem Land die Ausnahme sein wird und nicht zur Regel wird.

Vorschlag I: Konsequenter und umfänglicher Ausbau der Suizidprävention anstelle der Beihilfe zum Suizid sowie deren Abgrenzung zu den ärztlichen Handlungsfeldern

Die Deutsche PalliativStiftung schlägt vor, die Regulierung der Suizidassistentz im vorgeschlagenen Sinne eines „legislativen Schutzkonzeptes“ umzusetzen.

I.1. Suizidprävention hat Vorrang vor Suizidassistentz

Hierzu muss zwingend der konsequente und umfängliche Ausbau der Suizidprävention Vorrang vor jeder Form der Suizidassistentz haben, des Weiteren muss diese dauerhafter Bestandteil jedweder Regelung einer Suizidassistentz bleiben. Hier bietet sich eine Beratungspflicht an, die mindestens das Schutzniveau bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs (§ 219 StGB) erreichen muss.

I.2. Tötung darf auch zukünftig keine ärztliche Aufgabe sein

Zur Rolle der Ärzte im Zusammenhang mit der Regulierung der Suizidassistentz bedarf es deutschlandweit einheitlicher Regelungen und damit Rechtssicherheit für die deutsche Ärzteschaft – auch in den jeweiligen Berufsordnungen der Landesärztekammern. Derzeit sind die Formulierung der Bundes-, wie Landesärztekammern uneinheitlich.

Unabhängig davon, welche Formulierung wir selbst für ethisch geboten halten, gehen wir davon aus, dass ein gesellschaftspolitischer Konsens nur für die folgende Formulierung möglich ist:

„Die Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

In der Konsequenz müssen Bundesärztekammer und Landesärztekammern die jeweiligen Berufsordnungen angleichen, damit dem Gleichheitsgrundsatz und dem Urteil des Verfassungsgerichts Rechnung getragen wird.

Aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung muss legislativ stringent eine klare Trennung zwischen der Suizidassistenz und dem ärztlichen Handeln vollzogen werden. Ziel muss sein, dass es neben den vier grundsätzlichen ärztlichen Handlungsansätzen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation keinen fünften ärztlichen Handlungsansatz „Tötung“ geben darf, selbst wenn dieser im ersten Schritt „nur“ ärztliche Suizidassistenz regelt.

I.3. Werbeverbot sowie Sicherstellung vor Beeinflussung Betroffener

Aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung muss gewerblichen wie geschäftsmäßigen Beihelfern zur Selbsttötung die Möglichkeit genommen sein, für ihre Tätigkeiten wirkungsvoll zu werben. Eine Werbung zur Selbsttötungshilfe sehen wir als hochgefährlich und grundsätzlich manipulativ an, da sie unausweichlich die Nachfrage steigen lassen könnte.

Gerade in der häuslichen wie auch stationären Pflege von alten Menschen und solchen mit Behinderung kann es leicht zu Beeinflussungen durch Dritte kommen, die die Freiwilligkeit eines Suizids zumindest als fragwürdig erscheinen lassen. Vor solcher Beeinflussung müssen Menschen sicher geschützt werden.

Vorschlag II: Parallel stattfindende konsequente Weiterentwicklung sowie Ausbau der bestehenden Hospiz- und Palliativversorgung

Die Deutsche PalliativStiftung schlägt parallel zur Regulierung der Suizidassistenz und zum Ausbau der Suizidprävention vor, die Hospizarbeit und Palliativversorgung per se, aber auch im Sinne einer erweiterten Suizidprävention weiterzuentwickeln und konsequent auszubauen, damit diese nicht nur theoretisch, sondern de facto flächendeckend verfügbar ist. Zusätzlich muss eine effektive, kontinuierliche und umfassende Information aller Beteiligten und insbesondere der Bevölkerung dazu erfolgen. Denn der Wunsch nach Lebensverkürzung bei Palliativpatienten entsteht – von Ausnahmen abgesehen - regelhaft aus der Angst vor nicht behandelbarem Leid oder eben aus der Erfahrung heraus, dass nicht mehr ertragbares Leiden nicht oder nur unzureichend behandelt wird.

II.1. Etablierung eines Hospiz- und Palliativbeauftragten der Bundesregierung analog des Patientenbeauftragten sowie in allen Bundesländern

Zur festen Verankerung von Hospizarbeit und Palliativversorgung schlägt die Deutsche PalliativStiftung vor, sowohl auf Bundes- als auch Landesebene Hospiz- und Palliativbeauftragte zu etablieren, die zentral die entsprechenden Belange koordinieren und vertreten sowie zugleich das Wirken der künftig geschäftsmäßig handelnden Suizidhelfer intensiver Beobachtung unterziehen.

II.2. Etablierung und Finanzierung von Hospiz- und Palliativbeauftragten in jedem Alten- und Pflegeheim sowie vergleichbaren Einrichtungen

Neben den Hospiz- und Palliativbeauftragten auf Bundes- als auch Landesebene schlägt die Deutsche PalliativStiftung vor, in jedem Alten- und Pflegeheim sowie vergleichbaren Einrichtungen Hospiz- und Palliativbeauftragte – durch die Pflegekassen finanziert – einzurichten, die innerhalb einer stationären Einrichtung die Alternativen zum Suizid aufzeigen und Hospizarbeit und Palliativversorgung in der jeweiligen Einrichtung integrieren. Auch dies soll dem Vorrang des Lebens anstelle einer Lebensbeendigung dienen.

II.3. Schaffung der rechtlichen Grundlage für Notfalldepots von BTM und Nicht-BTM in stationären Hospizen, Alten- und Pflegeheimen sowie vergleichbaren Einrichtungen

Um ganz unmittelbar und zeitnah Menschen in Not beistehen zu können und bestehende Ängste zu verringern, fordert die Deutsche PalliativStiftung ganz konkret, in Erweiterung der bestehenden SAPV-Notfalldepots und solcher in stationären Hospizen durch gesetzliche Änderungen Medikamentenvorräte für den unerwarteten Bedarfsfall auch in Alten- und Pflegeheimen sowie vergleichbaren Einrichtungen zu ermöglichen. Diese Notfalldepots sind nicht patientenbezogen unter ärztlicher Aufsicht zu führen und beinhalten sowohl Betäubungsmittel als auch essentielle Medikamente zur Behandlung typischer Symptome.

II.4. Systematische, mehrjährige Programme und Kampagnen zur Aufklärung über die Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland

Die bestehenden Informationsdefizite in der Bevölkerung müssen systematisch und langfristig durch Aufklärungskampagnen analog den Kampagnen des BzGA mit entsprechender finanzieller Ausstattung verringert werden.

Vor Ort soll dies durch die konsequente Umsetzung und langfristige Finanzierung von Hospiz- und Palliativnetzwerken wie bereits im Hospiz- und Palliativgesetz 2015 vorgesehen geschehen, in denen die regionalen Akteure vernetzt sind.

Eine bundesweit einheitliche 24/7-erreichbare Notfallnummer zu Fragen zu und Problemen in der Hospizarbeit und Palliativversorgung sollte eingerichtet werden.

II.5. Konsequente Verankerung von Hospizarbeit und Palliativversorgung in den Aus-,

Fort- und Weiterbildungen aller relevanten Berufsgruppen

Die Deutsche PalliativStiftung fordert den weiteren Ausbau und die Vertiefung von Wissen zu Hospizarbeit und Palliativversorgung in den Aus-, Fort- und Weiterbildungen aller relevanten Berufsgruppen inklusive deren Qualifizierung/Zertifizierung.

II.6. Qualitätssicherung der bestehenden Angebote der Hospizarbeit und Palliativversorgung

Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen konsequent in die bestehenden Angebote der Hospizarbeit und Palliativversorgung eingebettet werden. Beschwerden von Patienten, Angehörigen oder Hinterbliebenen über fehlende oder nicht ausreichend effiziente palliative Versorgung müssen erfasst und bewertet werden, um im Sinne einer angemessenen Fehlerkultur notwendige Verbesserungen einzuleiten.

II.7. Aufklärung zum Suizid

Jede Suizidaufklärung muss die Suizidprävention als primäres Ziel haben.

Damit Suizidwillige wirklich frei entscheiden können, ist eine unabhängige und ergebnisoffene Aufklärung analog der Beratung zu § 218 StGB notwendig. Des Weiteren notwendig ist der ausnahmslose Ausschluss psychiatrischer Erkrankungen, da diese eine freie Entscheidung in aller Regel beeinträchtigen. Diese Beratung muss stets mit einer qualifizierten Beratung zu den Möglichkeiten von Hospizarbeit und Palliativversorgung verbunden werden, um Alternativen zum Suizid aufzuzeigen.

Als Anlagen zu unseren Vorschlägen haben wir Ihnen die aktualisierte Erklärung der Deutschen PalliativStiftung zur aktiven Lebensverkürzung, unsere Empfehlung zum Umgang mit assistiertem Suizid und suizidalen Patienten im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie den Vorschlag einer Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften beigelegt.

Für die von uns in den Mittelpunkt gestellten präventiven Aufklärungs- und Informationsprogramme steht die Deutsche PalliativStiftung jederzeit (beratend) zur Verfügung! Sie hat in den vergangenen zehn Jahren hierin vielfältige Erfahrungen gerade auch in Hinsicht auf die effiziente Mittelverwendung sammeln können, die wir gerne mit anderen teilen wollen, auch und gerade z. B. mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Auch würden wir uns mit diesen Erfahrungen und Werkzeugen gerne aktiv in die Erstellung und Umsetzung der jetzt akut notwendigen Schritte mit einbringen.

Mit den besten Grüßen

Dr. med. Thomas Sitte
Vorstandsvorsitzender

Drei Anlagen:

- Erklärung der Deutschen PalliativStiftung zur aktiven Lebensverkürzung
- Empfehlung zum Umgang mit assistiertem Suizid und suizidalen Patienten im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung
- Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften

Erklärung der Deutschen PalliativStiftung zur aktiven Lebensverkürzung

Fulda, im Mai 2020

- (1) Wir erklären, dass wir jegliche Form der aktiven Lebensverkürzung in unserer Funktion als palliativ wie hospizlich Engagierte oder Handelnde strikt ablehnen. Dabei verstehen wir unter „aktiver Lebensverkürzung“ sowohl die bewusste Lebensverkürzung in Form der aktiven Sterbehilfe als auch die gewerbsmäßige, geschäftsmäßige und/oder organisierte Beihilfe zur Selbsttötung.
- (2) Wir sind fest davon überzeugt, dass der Wunsch eines Menschen nach aktiver Lebensverkürzung im Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung in den allermeisten Fällen aus großem körperlichen und seelischen Leid, den damit verbundenen Ängsten und eventuell aus einer ungewollten Bedürftigkeit und Abhängigkeit von Dritten entsteht.

Daraus folgt, dass der Wunsch nach aktiver Lebensverkürzung in aller Regel erlischt, wenn körperliche und seelische Leiden gelindert werden und unter Wahrung der Würde das Selbstbestimmungsrecht von Menschen geachtet wird.

Ebenso erlischt dieser Wunsch regelhaft, wenn kranken Menschen ihre Ängste genommen werden: dass sie anderen zur Last fallen könnten, dass sie wertlos sein könnten oder dass sie hilflos und fremdbestimmt sein werden.

- (3) Wir lehnen als *Bürger* eine Gesellschaft mit aktiver Lebensverkürzung ab. Wir treten gemeinsam dafür ein, die Rahmenbedingungen menschlichen Lebens bei schwerem Leid und begrenzter Lebenszeit zu verbessern und dafür Sorge zu tragen, dass unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger trotz ihrer schweren fortschreitenden Erkrankung bis zuletzt an einem menschenwürdigen Leben teilhaben dürfen.

Wir treten den Bestrebungen nach einer Legalisierung aktiver Lebensverkürzung auch deswegen entgegen, weil damit ein zunehmender Druck auf die Betroffenen entsteht: Diese fühlen sich möglicherweise dazu verpflichtet, sich eher töten zu lassen oder selbst zu töten als anderen zur Last zu fallen oder Kosten zu verursachen.

- (4) Wir lehnen die aktive Lebensverkürzung als *hospizlich Handelnde* ab. Stattdessen wollen wir die seit über 30 Jahren geübte hospizliche Sorgeskultur für Kranke und Schwache weiter ausbauen und uns auch weiterhin in unserer Gesellschaft dafür einsetzen, dass ein Mensch allein um seiner selbst willen wertvoll ist - auch wenn er krank und bedürftig ist.
- (5) Wir lehnen die aktive Lebensverkürzung als *palliativmedizinisch und palliativpflegerisch Tätige* ab.

Stattdessen

1. lindern wir Leid, konsequent mit allen uns zur Verfügung stehenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Möglichkeiten und Mitteln.
 2. arbeiten wir daran, dass Palliativmedizin und -pflege in ihren allgemeinen wie spezialisierten Formen weiter ausgebaut werden.
 3. setzen wir uns dafür ein, dass auch die finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems es uns dauerhaft ermöglichen, die oft große Not am Lebensende qualifiziert und umfassend lindern zu können.
- (6) Wir lehnen die aktive Lebensverkürzung von Kindern ab, denn das wäre für uns der Verlust gesellschaftlicher Grundwerte. Schwerkranke und sterbende Kinder und Jugendliche und ihre Familien drohen aus unserer Gesellschaft ausgegrenzt zu werden; sie bedürfen hingegen einer besonders personalintensiven und komplexen Betreuung.
- (7) Dabei sind wir uns bewusst, dass in Ausnahmefällen menschliches Leid trotz aller hospizlichen, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Anstrengungen unerträglich bleiben kann und deswegen der Wunsch nach einer raschen Erlösung von diesem Leid bestehen bleibt. Doch auch in diesen Einzelfällen bedarf es einer maximal lindernden Hilfe, die auch dieses Leid begrenzt oder zumindest die Wahrnehmung des Leids reduziert. In solchen Ausnahmefällen stellt eine konsequente palliative Sedierung – auch unter gleichzeitiger Beendigung nicht mehr gewollter, sterbensverlängernder Therapien – eine zulässige Handlungsform dar.

Doch selbst diese Ausnahmen rechtfertigen für uns keine gesetzliche Erlaubnis der gewerbsmäßigen, geschäftsmäßigen und organisierten Beihilfe zur Selbsttötung. Ebenso rechtfertigen diese Ausnahmen keine Legalisierung aktiver Sterbehilfe.

Empfehlung zum Umgang mit assistiertem Suizid und suizidalen Patienten im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung

A. Ergänzung zur Erklärung der Deutschen PalliativStiftung zur aktiven Lebensverkürzung¹

Anlässlich des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zum § 217 StGB *Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung* hat die Deutsche PalliativStiftung eine aktualisierte Erklärung zu aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid beschlossen, deren Inhalte den grundsätzlichen Rahmen dieser Erklärung darstellen:

Wir verurteilen das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes scharf, denn nunmehr wird die aktive Lebensverkürzung durch (auch ärztlich) assistierten Suizid zu einer normalen Behandlungsoption werden.

Die Deutsche PalliativStiftung ist fest davon überzeugt, dass der Wunsch eines Menschen nach aktiver Lebensbeendigung – unabhängig davon, ob diese als Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) oder assistiertem Suizid erfolgen soll – im Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung in den allermeisten Fällen aus großem körperlichen und seelischen Leid, den damit verbundenen Ängsten und eventuell aus einer ungewollten Bedürftigkeit und Abhängigkeit von Dritten entsteht. Daraus folgt, dass der Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung in aller Regel erlischt, wenn körperliche und seelische Leiden gelindert werden und unter Wahrung der Würde das Selbstbestimmungsrecht von Menschen geachtet wird. Ebenso erlischt dieser Wunsch regelhaft, wenn kranken Menschen ihre Ängste genommen werden: dass sie anderen zur Last fallen könnten, dass sie wertlos sein könnten oder dass sie hilflos und fremdbestimmt sein werden.

Im Zentrum von hospizlich-palliativer Kultur steht der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität: Sterben und Tod sind Teil eines einmaligen und wertvollen Lebens. Eine lebensbejahende Grundhaltung schließt sowohl eine ungewollte Lebensverlängerung als auch aktive Lebensbeendigung aus.

Dieses Leben ist in seiner letzten Phase als Ganzes in seinen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Ausprägungen wahrzunehmen und zu stützen. Unterschiedliche weltanschauliche, spirituelle und religiöse Einstellungen sowie Lebensstile und Kulturen sind zu berücksichtigen. Ebenso wichtig wie die Bedürfnisse der Kranken sind die ihrer Zugehörigen und Freunde. Hospizliche und palliative Begleitung ermöglicht Menschen Raum und Zeit im Prozess des Sterbens.

¹ Teile dieses Textes sind wörtlich den Ausführungen des ambulanten Teams des Christophorus Hospiz Verein e.V. München und der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e. V. entnommen. Wir danken für die freundliche Überlassung

Die Deutsche PalliativStiftung lehnt somit jegliche Form der aktiven Lebensbeendigung² in ihren jeweiligen verfassungsgemäßen Zwecken und in Ausübung als palliativ wie hospizlich Handelnde strikt ab. Stattdessen ist das Ziel allen Handelns,

- im Einzelfall Leid konsequent und mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Möglichkeiten und Mitteln zu lindern;
- Basisversorgung, allgemeine und spezialisierte Palliativmedizin und -pflege weiter auszubauen und
- im politischen Kontext zu versuchen, die finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems dahingehend zu verändern, dass die oft große Not am Lebensende qualifiziert und umfassend gelindert werden kann.

Der Deutschen PalliativStiftung ist bewusst, dass in Ausnahmefällen menschliches Leid trotz aller hospizlichen, palliativmedizinischen und -pflegerischen Anstrengungen unerträglich bleiben kann und deswegen der Wunsch nach einer raschen Erlösung von diesem Leid bestehen bleibt. Eine Bewertung dieses Leidens ist naturgemäß subjektiv und aus Sicht des Patienten zu verstehen. Doch auch und gerade in diesen Einzelfällen bedarf es anstelle einer Maximaltherapie mit fraglich kurativem Ansatz im Rahmen der Futility vielmehr einer maximal lindernden Therapie, die dieses Leid effektiv begrenzt oder zumindest die Wahrnehmung des Leids reduziert. In solchen Ausnahmefällen stellt eine konsequente palliative Sedierung – auch unter gleichzeitiger Beendigung nicht mehr gewollter, sterbensverlängernder Therapien – eine zulässige Handlungsform dar.

Das Bundesverfassungsgericht hat am 26 Februar 2020 geurteilt, 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. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. (Leitsatz 1 a und b). Niemand könne jedoch verpflichtet werden, Beihilfe zum Suizid zu leisten (BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 6. Leitsatz).

Der ärztlich assistierte Suizid ist jedoch keine pflegerische oder ärztliche Aufgabe, insbesondere keine im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, und sollte dies auch weder sein noch werden.

Es bleibt jedem Menschen, wie jedem Pflegenden oder Arzt auf Basis seiner ureigenen Gewissensentscheidung selbst überlassen, in Ausübung der Freizeit oder des Berufes, außerhalb der Tätigkeit in der Hospizarbeit und Palliativversorgung und somit in alleiniger höchstpersönlicher Verantwortung bei einem Suizid nichtärztlich wie ärztlich zu assistieren.

² Dabei versteht die Deutsche PalliativStiftung unter „aktiver Lebensbeendigung“ sowohl die bewusste Lebensverkürzung in Form der aktiven Sterbehilfe als auch die ärztliche, gewerbsmäßige, geschäftsmäßige und/oder organisierte Beihilfe zum Suizid.

Wir respektieren solche Gewissensentscheidungen und werden sie nicht verurteilen.

Uns ist auch bewusst, dass es Menschen gibt und geben wird, die unabhängig von körperlichen Leid und damit auch in Abwesenheit desselben einen Sterbewunsch in Form der aktiven Tötung oder des ärztlich assistierten Suizids haben und diesen – in der Regel unter Verweis auf die Selbstbestimmung bzw. die Würde des Menschen – einfordern. Insbesondere hier sehen wir keinen palliativmedizinischen Auftrag, tätig zu werden.

Die Deutsche PalliativStiftung hält daran fest, dass weder die aktive Tötung noch der assistierte Suizid eine normale Tätigkeit im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung noch anderer pflegerischer oder ärztlicher Tätigkeit ist und sein darf.

B. Empfehlung für Teams der Hospizarbeit und Palliativversorgung Suizidalität und Wünsche nach Lebensverkürzung als „Normalität“ der letzten Lebensphase zu begleiten

Im Angesicht des eigenen nahenden Todes ist der Gedanke an Suizid eine typische und regelhaft zu findende Form der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und insofern als „normal“ für die letzte Lebensphase anzusehen. Suizidwillige reden oft nicht mit Ärzten und anderen Fachkräften über ihre Wünsche: auch weil sie fürchten, dass diese aufgrund ihrer Garantenpflicht gehalten sind, sie am Suizid – notfalls per Zwangseinweisung in die Psychiatrie – zu hindern oder sie zu „retten“.

Die Deutsche PalliativStiftung versteht es als Teil der originären Aufgaben im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, durch Sensibilität und Empathie eine offene Atmosphäre in der Begleitung von Betroffenen zu schaffen, in der diese insbesondere über so Intimes und Tabuisiertes wie ihre suizidalen Gedanken oder ihre Vorstellungen einer Lebensverkürzung sprechen können. Diesen betreuten Menschen auch bei Suizidwunsch oder konkreter Suizidalität weiterhin als ergebnisoffene Gesprächspartner zur Seite zu stehen ist wichtig in der Begleitung, solange insbesondere keine Fremdgefährdung befürchtet werden muss. Nur in einer solchen Offenheit kann es angemessen gelingen, über die Angebote der palliativen Begleitung zu sprechen und zu verdeutlichen, dass ein Versterben auch ohne aktiv einwirkende Verkürzung und weitgehend ohne Schmerzen, Symptome und unnötiges Leiden möglich und erreichbar ist. Neben dem Zulassen des Sterbens ist das Angebot einer ambulant durchgeführten, leitliniengerechten palliativen Sedierung bei sonst subjektiv empfunden nicht erträglichem Leid(en) als Möglichkeiten des Sterbezulassens erlaubt und immer wieder bei vorliegender Indikation auch geboten.

Gerade weil die Angst vor dem Thema den Dialog darüber und damit Möglichkeiten verhindert, offen behandelbare Ursachen herauszufinden und den Menschen zu neuem Lebensmut zu verhelfen, ist das vertrauensvolle Gespräch und das offene Ansprechen dieses Themas so wichtig in der Begleitung sterbender Menschen.

C. Vorschlag zu Vereinbarungen in einem Team der Hospizarbeit und Palliativversorgung

Aufbauend auf der Einstellung zur aktiven Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid sowie der „Normalität“ von Suizidalität und Wunsch nach Lebensbeendigung in der letzten Lebensphase bedarf es auch zum Schutz der Mitarbeiter einer Vereinbarung, wie mit ärztlich assistiertem Suizid und/oder suizidalen Patienten im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung umgegangen werden soll.

Hierzu wird Folgendes vorgeschlagen:

- Der ärztlich oder pflegerisch assistierte Suizid ist keine Aufgabe einer Tätigkeit im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Deswegen werden grundsätzlich keine Menschen, die sich ausschließlich mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid an hospizlich-palliativ Versorgende wenden, zum Zwecke der Suizidbegleitung in die Versorgung/Begleitung im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung aufgenommen. Diesen Menschen wird jedoch im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowohl eine Beratung zu den Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten und – sofern gewünscht – insbesondere zu einer Linderung möglicherweise bestehenden Leids durchgeführt.
- Eine nicht-ärztliche, wie ärztliche Mitwirkung am Suizid eines in Begleitung befindlichen Patienten in Form der Verordnung oder Beschaffung eines Medikamentes zum Ziel der Durchführung eines Suizids oder anderer Mittel zur Selbsttötung sowie einer konkreten Anleitung zur Suizidplanung sind ebenfalls nicht Bestandteil und somit ebenfalls keine Aufgabe der Hospizarbeit und Palliativversorgung.
- Wenn ein Patient während einer bereits laufenden Hospizarbeit und Palliativversorgung nicht nur regelmäßig Suizidwünsche äußert, sondern den Suizid konkret plant, kann und sollte, sofern der Patient dies wünscht, die Begleitung fortgesetzt werden. Hierunter wird auch die Fortsetzung eines offenen Dialogs zu den Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care verstanden.
- Die kollegiale Unterstützung der beteiligten Mitarbeiter ist bei Fortsetzung einer hospizlich-palliativen Versorgung ein sehr wichtiger Aspekt, bis hin zur rechtlichen Absicherung. Die ärztliche und die pflegerische Leitung müssen in jedem Fall einbezogen werden und eine fachliche Beratung (Intervision) muss stattfinden. Zudem sollen seelsorgliche und/oder psychosoziale Kollegen hinzugezogen werden.

- Eine Fallbesprechung im Team soll stattfinden, damit keine Ansatzpunkte für Unterstützungsmaßnahmen übersehen werden und die weitere Begleitung kollegial getragen ist.
- Die weitere Begleitung soll durch mindestens drei, optimalerweise vier (zwei ärztliche und zwei pflegerische Kollegen) gemeinsam erfolgen, um sich gegenseitig zu unterstützen und rechtlich abzusichern.
- Der Betroffene soll zu sämtlichen Unterstützungsmöglichkeiten ausführlich beraten werden.
- Die Entscheidungsfähigkeit des Patienten muss stets abgeklärt werden; falls diese nicht vorhanden oder eine psychische bzw. psychiatrische Erkrankung vorliegt, bedarf es trotz palliativer Konstellation u.U. der Überprüfung der Notwendigkeit zur Einweisung in psychiatrische Behandlung auch gegen den Willen des Patienten.
- Eine Ausweitung der Suizidassistenz auf psychiatrische Erkrankungen wurde vom Bundesverfassungsgericht explizit kritisch gesehen.
- Die Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Betreuung könnte in der Regel nur indiziert sein, wenn kein freier Entschluss des Patienten oder eine psychiatrische Grunderkrankung vorliegen und soll wenn irgend möglich vermieden werden, insbesondere wenn der Tod nahe ist und der Patient unter schweren behandlungsbedürftigen Symptomen leidet.
- Die Schweigepflicht muss gewahrt bleiben. Sofern der Suizidwunsch vom Patienten noch nicht mit nahen Angehörigen besprochen ist, sollte hierfür eine Moderation angeboten werden.
- Die Beendigung einer laufenden, ehrenamtlichen Hospizhelfer-Begleitung muss geprüft werden, um den Kreis der direkt beteiligten Personen möglichst gering zu halten, unangemessene Belastungen zu vermeiden und Ehrenamtliche zu entlasten bzw. rechtlich abzusichern.
- Es bleibt jedem Nichtarzt wie auch Arzt auf Basis seiner ureigenen Gewissensentscheidung selbst überlassen, in Ausübung seines Berufs, außerhalb seiner Tätigkeit als professionell hospizlich-palliativ Versorgender und somit in alleiniger höchstpersönlicher Verantwortung bei einem Suizid ärztlich zu assistieren. Solche Gewissensentscheidungen werden respektiert und nicht verurteilt, selbst wenn diese nicht den Vorstellungen der anderen Mitarbeiter entsprechen sollten.

VORSCHLAG zur Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften

Die aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung als notwendig erachteten Ergänzungen sind gelb hervorgehoben:

A. Problem und Ziel

Die Anlagen I bis III des Betäubungsmittelgesetzes werden an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst.

Die Vorschriften für einen Betäubungsmittel-Notfallvorrat in stationären Hospizen und in Einrichtungen der SAPV werden auf die Alten- und Pflegeheime ausgedehnt.

B. Lösung

Die Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung werden geändert.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Keine

„§ 5c Verschreiben für den Notfallbedarf in Hospizen, Einrichtungen der stationären Pflege und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) Hospize, Einrichtungen der stationären Pflege, Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung dürfen in ihren Räumlichkeiten einen Vorrat an verordnungsfähigen Medikamenten und an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf ihrer Patienten (Notfallvorrat) bereithalten. Berechtigte, die von der Möglichkeit nach Satz 1 Gebrauch machen, sind verpflichtet,

1. einen oder mehrere Ärzte damit zu beauftragen, die Betäubungsmittel, die für den Notfallvorrat benötigt werden, nach § 2 Absatz 4 Satz 2 zu verschreiben,

2. die lückenlose Nachweisführung über die Aufnahme in den Notfallvorrat und die Entnahme aus dem Notfallvorrat durch interne Regelungen mit den Ärzten und Pflegekräften, die an der Versorgung von Patienten mit Betäubungsmitteln beteiligt sind, sicherzustellen und

3. mit einer Apotheke die Belieferung für den Notfallvorrat schriftlich zu vereinbaren und diese Apotheke zu verpflichten, den Notfallvorrat mindestens halbjährlich zu überprüfen, insbesondere auf einwandfreie Beschaffenheit sowie ordnungsgemäße und sichere Aufbewahrung; § 6 Absatz 3 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.