

Vorschläge zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidbeihilfe

Herr Bundesminister Spahn hat mit Schreiben vom 15.04.2020, mit Verweis auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020, Prozessbeteiligte und Fachgesellschaften gebeten, Vorstellungen und Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenten zu formulieren. Das Bundesverfassungsgericht hat geurteilt, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben und die Beihilfe dazu Teil des Persönlichkeitsrechts ist. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist damit nicht auf fremddefinierte Situationen, wie schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- oder Krankheitsphasen beschränkt. Dieses Recht bestehe in jeder Phase menschlicher Existenz. Auf der Grundlage dieser Einschätzung wurde vom Bundesverfassungsgericht der § 217 StGB für nichtig erklärt, gleichzeitig jedoch dem Gesetzgeber eine Regulierung der Suizidassistenten i.S. eines legislativen Schutzkonzeptes zugestanden. Es wurde in den Leitsätzen des Urteils verankert, dass niemand verpflichtet werden kann, Suizidhilfe zu leisten. Jedoch wurde im Obiter dictum der ganze Berufsstand der Ärzte und Apotheker verpflichtet, in dem eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzte und Apotheker und eine Anpassung des Betäubungsmittelrechts gefordert wurde. Dies, obwohl das Recht auf Suizid und die Annahme einer Beihilfe zum Suizid im Urteil des Bundesverfassungsgerichts ausdrücklich nicht an bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen gebunden ist.

Grundsätze des VSTN e.V.

- Der VSTN e.V. respektiert die autonome Entscheidung eines Suizidwilligen und dass in Deutschland die Beihilfe zum Suizid – im Gegensatz zu unseren Nachbarländern wie z.B. die Niederlande und Österreich – nicht verboten ist.
- Der VSTN e.V. sieht die Beihilfe zum Suizid jedoch nicht als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung und ist nach wie vor der Überzeugung, dass von der Legalisierung der geschäftsmäßig organisierten (Beihilfe zur) Selbsttötung eine besondere Gefährdung der Selbstbestimmung, insbesondere kranker, schwacher und abhängiger Menschen ausgeht.
- Der VSTN e.V. unterstützt die Positionen der Bundesärztekammer in der Musterberufsordnung und in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten¹“ und „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe²“.

Vor diesem Hintergrund möchte der VSTN e.V. auf aus seiner Sicht wichtige Kriterien, Maßnahmen und Vorgehensweisen hinweisen, dies jedoch ausdrücklich unter der Prämisse, dieses nicht als Unterstützung einer Normalisierung des Suizids und der Beihilfe hierzu verstanden zu wissen.

Die Vorschläge gliedern sich in

1. Allgemeinmaßnahmen
2. Kriterien für die Evaluierung der Freiverantwortlichkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches sowie zur Sicherstellung einer Informiertheit über Alternativen durch Gutachten und Beratungen
3. Eckpunkte zu Strukturen und Abläufe in der Durchführung der Suizidbeihilfe

¹ (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf

² Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf

1. Allgemeine Maßnahmen

- Sich respektvoll mit Todeswünschen von Patient*innen, dem damit verbundenen Leid, den Ursachen und - falls gewünscht - möglichen Abhilfen auseinanderzusetzen, ist eine essentielle Aufgabe der Mitarbeitenden in der Hospiz- und Palliativversorgung. Hier ist die Förderung einer spezifischen Weiterbildung³ für Palliativpflegekräfte, Ärzt*innen und psychosoziale Fachkräfte sinnvoll.
- Der VSTN e.V. fordert den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention, vor allem in den Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe. Dieser Ausbau ist notwendig, um Menschen eine Begleitung anbieten zu können, die ihnen die Gewissheit geben kann, dass die Gesellschaft sich um sie kümmert und sie als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft ansieht. Die Hospiz- und Palliativversorgung muss den Menschen glaubhaft machen können, dass es der Gesellschaft nicht gleichgültig ist, wenn sie sterben wollen.
 - Etablierung und Finanzierung von Hospiz- und Palliativbeauftragten in jeder Einrichtung der Alten- und Eingliederungshilfe, sowie auf Landes- und Bundesebene.
 - Etablierung und Finanzierung regionaler Koordinierungsstellen der Hospiz- und Palliativversorgung auf der Ebene der Städte und Gemeinden, z.B. angesiedelt bei Palliativnetzen, SAPV-Teams, ehrenamtlichen Hospizdiensten etc. oder den Kommunen, wie bereits im Hospiz- und Palliativgesetz 2015 vorgesehen.
 - Förderung regionaler Palliativverträge, welche sektorenübergreifend und alle Leistungsebenen (Regelversorgung, Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV), Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)) umfassend arbeiten, um eine nahtlose, dem jeweiligen Bedarf angepasste Versorgung und damit ein umfassendes Sicherheitsversprechen zu ermöglichen.
 - Konsequente Verankerung von Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanten Berufsgruppen in Palliative Care und Suizidprävention.
 - Qualitätssicherung der bestehenden Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention.
- Der VSTN e.V. fordert eine offene und breite gesellschaftliche Auseinandersetzung zu den Vorstellungen über den Umgang am Lebensende sowie die Reduktion von bestehenden Informationsdefiziten in der Bevölkerung. Das BMG soll hierzu einen öffentlichen Diskurs sowie eine kontinuierliche längerfristige Aufklärungskampagne starten.

³ Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung

<https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen/>

The desire to die in palliative care: a sequential mixed methods study to develop a semi-structured clinical approach

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164236/>

2. Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches sowie Informiertheit über mögliche Alternativen

Freiwilligkeit Alter ≥ 18 Jahre	Notarielles/ärztliches Gutachten zum Ausschluss von Zuständen, die zu einer aktuellen und relevanten Beeinträchtigung des freien Willens führen plus Aufsuchende Sozialrechtliche Beratung zu möglichen psychosozialen und finanziellen Problemen als Ursache für den Suizidwunsch plus Aufsuchende Beratung zum Lebensende und zur Palliativversorgung zu allen Dimensionen der Palliativversorgung: körperlich, psychisch, sozial und spirituell
Dauerhaftigkeit	Zeitspanne zwischen Begutachtung und Ausführung beim Vorliegen einer lebenslimitierenden Erkrankung mindestens 30 Tage; ohne lebenslimitierende Erkrankung/Lebenssituation ein deutlich längerer, noch zu definierender Zeitrahmen, z.B. mindestens 3/6 Monate
Ernsthaftigkeit	Begutachtung durch ein entsprechendes Ethikgremium (dabei mindestens ein Mitglied mit psychotherapeutischer / psychiatrischer Erfahrung, mindestens ein Mitglied mit Erfahrung in Suizidprävention, mindestens ein Mitglied mit Erfahrung in Palliativversorgung) zur Exploration der Motivation für den Suizid insbesondere zum Ausschluss äußerer manipulativer Einflüsse auf den Sterbewunsch

Für die aufsuchende sozialrechtliche Beratung können die Sozialdienste der Städte und Gemeinden benannt werden, eine Zusatzqualifikation zur Suizidprävention und Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung³ ist erforderlich.

Für die Beratung zum Lebensende und zur Palliativversorgung kann von der zuständigen Landesärztekammer pro 1 Million Einwohner eine qualifizierte Einrichtung der Palliativversorgung benannt werden.

Für die Ethikgremien können die Ethikkomitees der Landesärztekammern vorgeschlagen werden oder neue, besonders qualifizierte Gremien, zum Beispiel in Analogie zur Lebendorganspende, eingerichtet werden.

3. Strukturen und Abläufen bei der Durchführung der Suizidbeihilfe

In der Durchführung der Suizidbeihilfe sind Strukturen und Abläufe festzulegen, welche einerseits die Autonomie und Selbstbestimmung des Sterbewilligen sichern, andererseits aber auch die Möglichkeit der Ablehnung der um Suizidbeihilfe angefragten Einzelpersonen und Institutionen wahren und sicherstellen, dass diese nicht unter Druck gesetzt werden. Darüber hinaus muss der Staat, um seine Schutzpflicht wahrnehmen zu können, die Entwicklung verfolgen können und hierzu Informationen erhalten.

- Da es sich um die Sicherstellung eines Persönlichkeitsrechts handelt, ist die Abgabe der tödlich wirkenden Substanz durch eine Behörde konsequent und zu bevorzugen. Eine obligate ärztliche Verordnung würde den Eindruck einer ärztlichen Indikationsstellung erwecken und damit die autonome Handlung des Sterbewilligen infrage stellen und die Verantwortung unzulässig auf die Ärzt*innen verlagern.

- Auch bereits in die Behandlung eingebundene Behandler in der Hospiz- und Palliativversorgung, welche aufgrund eigener spiritueller oder ethischer Vorstellungen keine Suizidbeihilfe leisten möchten, werden durch die Abgabe über eine Behörde vor einer Dilemma-Situation bewahrt. Sie müssen nicht zwischen dem Respektieren der Autonomie des Sterbewilligen und damit dem Entsprechen der Bitte um das Verschreiben einer tödlichen Substanz und Beachtung eigener spiritueller und ethischer Vorstellungen wählen. Dies ist oft belastend⁴.
- Gleichzeitig wird hierdurch die notwendige strikte Trennung⁵ von
 - behandelnder,
 - beratender und begutachtender sowie
 - die Beihilfe zum Suizid leistender

Institution/Person gesichert. Diese muss andernfalls durch eine gesonderte Regelung festgeschrieben werden.

- Die vom Bundesverfassungsgericht kritisierte Einengung der Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung durch das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung wird durch die Abgabe durch eine Behörde aufgehoben und das Verbot einer geschäftsmäßigen und eigenen ökonomischen Vorteilen dienenden Suizidbeihilfe kann und soll umgesetzt werden.
- Voraussetzung für die Abgabe durch die Behörde ist die Beratung und Begutachtung nach 2.
 - In der Zeit zwischen Begutachtung und Ausführung des Suizids sollen Beratung und Unterstützung in angemessenen Zeitintervallen angeboten werden, um eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit und Begleitung bei dem Sterbewunsch zu ermöglichen.
 - Die Suizidbeihilfe darf kein obligater Leistungsinhalt der medizinischen Versorgung sein. Es darf keine Verpflichtung für Institutionen im Bereich der Allgemeinen- oder Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV und SAPV), der Hospize und Palliativstationen festgeschrieben werden, Suizidbeihilfe anbieten zu müssen.
 - Es muss ein Sicherungssystem für vorsätzlichen oder versehentlichen Fehlgebrauch eingerichtet werden, ebenso auch für im Rahmen der Regelversorgung verschriebene und an Patienten ausgegebene Betäubungsmittel.
 - Begutachtende Institutionen und Personen sowie abgebende Behörden müssen dem Bundesministerium für Gesundheit oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss jährlich berichten über Anzahl und Ergebnis der Begutachtungen, Anzahl der abgegebenen Dosen, Anzahl der eingenommenen Dosen etc.

Literatur:

- Medical Assistance in Dying — Implementing a Hospital-Based Program in Canada
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms1700606>
- Pressure in dealing with requests for euthanasia or assisted suicide. Experiences of general practitioners
<https://jme.bmj.com/content/45/7/425.full>
- The desire to die in palliative care:
A sequential mixed methods study to develop a semi-structured clinical approach
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164236/>
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf

⁴ <https://jme.bmj.com/content/45/7/425.full>

⁵ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms1700606>