



Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)

Assistierter Suizid –

Neue Herausforderungen für die Assistenz in Behindertenhilfe und Psychiatrie

Immer umfänglicher wird durch den Fortschritt der Naturwissenschaften, der Medizin und der Informatik das Leben in all seinen Ausprägungen verfügbar, gestaltbar. Fortpflanzung und Gesundheit sind längst dem entwachsen, was antiquiert als natürlich bezeichnet wurde. Das gilt auch für das Altern und Sterben. Statistisch ist belegt: Wir werden immer älter – und selbst das Sterben verliert mit dem Fortschritt der Palliativmedizin mindestens in Teilen seinen einstigen Schrecken.

Nun hat mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 ein neuer Verfügungstatbestand Einzug gehalten, das Recht des mündigen Menschen auf assistierten Suizid. Zwar wird im Diskussionsprozess um die Neufassung des § 217 BGB noch darum gerungen, wie der berechnigte Personenkreis beschrieben wird, ob u.U. sogar Kinder und Jugendliche einzubeziehen sind. Gleichwohl: Jeder Bürger, jede Bürgerin, der/die zu einer freiverantwortlichen Entscheidung fähig ist, kann professionelle Hilfe für seinen/ihren Freitod in Anspruch nehmen. Es wird klar: In allen unseren CBP-Einrichtungen und Diensten werden wir grundsätzlich konfrontiert sein; nämlich mit der prinzipiellen Möglichkeit der Menschen, die sich unserer Assistenz anvertrauen, das beschriebene neue Recht einzufordern. Soweit bekannt, sind die Praxisbeispiele noch sehr selten. Darauf zu vertrauen, den Kopf in den Sand stecken, scheint aber eine wenig sinnvolle Strategie zu sein, lässt sie doch alle Betroffenen, die Mitarbeitenden wie die Klienten im Regen stehen.

Wir haben also zu klären, wie wir in unseren katholischen Einrichtungen und Diensten damit umgehen, wenn Menschen, die sich uns anvertrauen, den Weg des assistierten Suizids gehen wollen. Was bedeutet solch ein Ansinnen innerhalb eines institutionellen und von den Haltungen der Mitarbeitenden geprägten Dienstleistungsraums, in dem der Schutz des Lebens in allen seinen Facetten, die Entfaltung von Teilhabechancen und immer wieder auch die Begleitung von würdevollen Sterbeprozessen auf der Tagesordnung stehen? Die Auseinandersetzung hat begonnen, Stellungnahmen, Konzepte, Forderungen an Politik, Zivilgesellschaft und an die Hilfesysteme werden täglich mehr. In ihnen zeigt sich eine enorme Bandbreite von Handlungsalternativen.

Im Spätsommer dieses Jahres ist mit Orientierungshilfen des Deutschen Caritasverbandes zu rechnen, an denen der CBP intensiv mitarbeitet. Naturgemäß ist die Flughöhe solcher Orientierung hoch, nicht spezifisch, sondern allgemein zugeschnitten auf die ganze Breite der Dienstleistungslandschaften im DCV.

Wir möchten Sie hier ermutigen, sich auf den Weg zu begeben, auf Ihren Weg, wohlgernekt. Notwendig ist am Ende eine trügerspezifische Positionierung, die Beschreibung eines Prozesses der Diskussion und Konzeptionsentwicklung unter Einbeziehung aller Beteiligten bei Ihnen vor Ort. Wir meinen, dass die Beantwortung der folgenden Fragen dabei hilfreich sein kann.

1. Mit welcher Grundhaltung gehen wir an die Thematik heran?
2. Welche institutionellen Vorkehrungen treffen wir?
3. Was bringen wir mit unseren Diensten ein an Hilfen und Kompetenzen?

4. Was erwarten wir von Gesetzgebern, von Leistungsträgern, von der Zivilgesellschaft?

Dazu haben wir Ihnen in den folgenden Zeilen ein paar kraftvolle Thesen formuliert. Es sind noch keine CBP-Positionierungen, vielmehr ein Aufschlag zur Bearbeitung. Auf Ihre Rückmeldungen sind wir gespannt.

Zu 1. Mit welcher Grundhaltung gehen wir an das Thema heran?

- Katholische Einrichtungen und die in ihnen tätigen Menschen respektieren den freien Willen ihrer Klienten. Sie agieren nicht besserwisserisch und mit moralisierender Missbilligung.
- Ihre Glaubwürdigkeit im Engagement für das Leben gewinnen die Einrichtungen mit ihren Mitarbeitenden durch ein Beziehungsangebot, das den Betroffenen, die frei entscheiden, ohne jede Gewalt- und Machtdemonstration verlässliche Begleitung zusichert. Den Menschen, im biblischen Sinne den Geschundenen, Vergessenen, Übergangenen ist Gehör und Geltung zu verschaffen. Im respektvollen Dialog suchen die Mitarbeitenden mit den Klienten gemeinsame Reflexionsräume mit dem Ziel, Offenheit für neue Erwägungen und Abwägungen zu ermöglichen.
- Die Mitarbeitenden machen sich unter keinen Umständen zu Assistenten des Suizids. Sie vermitteln keine einschlägigen Kontakte, sie sind an keiner Stelle selbst die Assistenten zum Sterben. Sie lassen sich tragen von der Vorstellung, dass Leben ein zu jeder Zeit und unter allen Umständen schützenswertes Gut ist. Dabei muss auch ein Zweifeln in Extremsituationen, in Situationen unerträglich scheinenden Leides zulässig sein. In diesem Sinn gehen die Mitarbeitenden mit ihren Klienten nahezu unausweichlich hinein in die Dilemmata des lebendigen und nach dem Tod rufenden Menschen. Aus der einsamen wird eine geteilte Zerrissenheit. Gefragt ist die Fähigkeit, im Angesicht des Todeswunsches lebenszugewandt zu begleiten und alternative lebensbejahende Wege in die Reflexion zu ermöglichen.
- Die Mitarbeitenden schützen nach Kräften ihre Klienten vor lebensverneinenden Entscheidungen. Im Wissen darum, dass ein sehr hoher Anteil suizidaler Klienten sich nicht freiverantwortlich und reflektiert für den Suizid entscheidet, sondern im Kontext mehr oder weniger stark eingeschränkter Urteilskraft (insbesondere durch psychische Erkrankung), etc.), ist das Handeln der Mitarbeitenden und der strukturelle Rahmen der unterstützenden Institution darauf ausgerichtet, den Betroffenen einen möglichst umfangreichen Schutz vor lebensbeendenden Entscheidungen zu bieten.

Zu 2. Welche institutionellen Vorkehrungen treffen wir?

- Insgesamt ist festzuhalten: Die Maßgabe verlässlicher Klientenbegleitung ist nur umsetzbar, wenn auch die Mitarbeitenden verlässlich unterstützt werden. Angebote dazu sind:
 - In den katholischen Einrichtungen gibt es ein umfangreiches Bildungs- und Fortbildungsangebot mit dem Ziel, die Reflexionsfähigkeit und die psychiatrische Fachlichkeit der Mitarbeitenden zu stärken.
 - In den Einrichtungen und Diensten wird die Thematik des Assistierte Suizids und den daraus resultierenden Abwägungen konzeptionell aufgenommen und dahingehend implementiert, dass Mitarbeitende sich mit der Positionierung der Einrichtungsträger identifizieren können.
 - In den Einrichtungen kann ein Ethikkomitee und/oder ein Gremium zur ethischen Fallbesprechung zugezogen werden, welches die Mitarbeitenden in ihrer Beziehungsgestaltung und in ihrer Falleinschätzung stützt.
 - Die Mitarbeiterteams werden durch das regelmäßige Angebot der Supervision darin gestärkt, in irritierenden, beängstigenden, ausweglos scheinenden Situationen gleichwohl handlungssicher und Orientierung gebend zu sein/ zu bleiben.
 - Die Mitarbeitenden werden darin befähigt, eine barrierefreie individuell ausgerichtete lebenszugewandte Begleitung zu ermöglichen.
 - Die Mitarbeitenden werden darin befähigt einen Perspektivwechsel vorzunehmen, um die Gründe für lebensverneinende Gedanken reflektieren zu können

- In den Institutionen entsteht auf diese Weise ein „Raumklima“ (Begriff von Andreas Lob-Hüdepohl), das Irritationen aushält, dem gleichermaßen der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht der Klienten wie der Schutz vor ggf. tödlichen Fehleinschätzungen/ Fehlhandlungen innewohnt. Tragendes Element („Markenkern“) des institutionell geprägten Handelns ist das offene und verlässliche Beziehungsangebot an die Klienten kombiniert mit einer barrierefreien und den Perspektivwechsel einnehmenden Haltung.

Zu 3. Was bringen wir mit unseren Diensten ein an Hilfen und Kompetenzen?

- **Mitarbeiterkompetenz:** Katholische Einrichtungen und Dienste stärken die Dialog- und Beziehungskompetenz ihrer Mitarbeiter (siehe Punkt 2).
- **Sozialräumliche Kompetenz:** Suizidale Klienten sind mehr als häufig von ausgeprägter Einsamkeit betroffen. Katholische Einrichtungen und Dienste wirken der sozialen Isolation ihrer Klienten entgegen durch Beteiligung an der Bildung inklusiver Orte der Begegnung (Community-Care-Projekte, Quartiermaken, Dialogisch angelegte Gespräche, Selbsthilfe und Einbindung von An- und Zugehörigen, Trauerverarbeitung etc.).
- **Interdisziplinäre Fachlichkeit:** Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe und der Psychiatrie wirken nicht nur klientenzentriert im obigen Sinn, sie agieren zugleich in die Gemeinden hinein durch Anregung, Beteiligung, Aufbau von Angeboten der Suizidprophylaxe.
 - Suizidalität ist ein stark tabuisiertes Problem. Es braucht Foren auch außerhalb der Fachwelt, in der Bildungs- und Weiterbildungsarbeit, in der Presse, an allgemein zugänglichen Orten und Diensten (Polizei, Ordnungsamt, Arztpraxis, Kirchengemeinde etc.)
 - Dazu gehören weiter Entstigmatisierungsanstrengungen. Von Stigmatisierung und Exklusion sind ganz besonders Menschen mit psychischer Erkrankung und gesellschaftlich irritierendem Verhalten betroffen.
 - Ausgestaltung von Begleitungs-/Betreuungs-/Behandlungsvereinbarungen mit den unterstützten Menschen einschließlich Vereinbarungen zum Umgang mit (lebensbedrohlichen) Krisen.
 - Institutionelle Konzepte und Implementierungen zum Thema, z.B. eingebettet in der Palliative Care mit Zuordnung auf der Internetseite der Einrichtung (auch in Leichter Sprache)
- **Institutionelle Dynamik:** Dienste und Einrichtungen entwickeln neue Konzepte zur Assistenz und zur Behandlung ausgeprägt und chronifiziert psychisch kranker und behinderter Menschen, ggf. auch unter Einbezug freiheitseinschränkender Maßnahmen vorübergehend dort, wo offene Hilfen scheitern. Hier liegt die zentrale fachliche und ethische Herausforderung nicht primär zwischen Todeswunsch und Mut zum Leben, hier geht es um die komplexe Schnittstelle zwischen dem proklamierten Freiheitsrecht des Klienten einschließlich darin enthaltener Risiken auf der einen Seite und dem Anspruch katholischer Dienste, ggf. unter Einschränkung dieser Freiheitsrechte (und unter Achtung der geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen) das Leben auch derjenigen zu schützen, die ohne solchen Schutz nicht existieren können.
- **Palliative Kompetenz:** Für Menschen, die von schweren Krankheitsverläufen mit der klaren Perspektive des nahen Sterbens betroffen sind, erschließen katholische Träger die notwendige palliative Beratung und Begleitung als Alternative zum Freitod.

Zu 4. Was erwarten wir vom Gesetzgeber, vom Leistungsträger, von der Zivilgesellschaft?

- **Gesetzgeber:**
 - Vom Gesetzgeber erwarten wir, dass er zum Schutz insbesondere der Menschen mit psychischer Erkrankung und der Menschen mit Intelligenzminderung umfangreiche Vorkehrungen trifft, die gewährleisten, dass freie und dauerhafte Entscheidungen zum Suizid (hier zum assistierten Suizid) von deutlich eingeschränkten, in diesem Sinne unfreien Entscheidungen abgegrenzt werden können.

- Das sich epidemisch ausbreitende Problem der Vereinsamung muss systematisch angegangen werden durch gemeinschaftsfördernde Wohnkonzepte sowie durch Konzepte zum Erhalt und zur Wiedergewinnung psychischer Gesundheit im Arbeitsleben. Der gesellschaftlichen Exklusion alter, kranker, fremder Menschen und Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung ist durch ein Bündel an Maßnahmen entgegenzuwirken.
- Ebenso wird erwartet, dass der aktuelle Flickenteppich an Beratungsorten und Hilfeangeboten ersetzt wird durch bindende Verpflichtungen zum bundesweiten Auf/Ausbau solcher Dienste.
 - Keine kommunale Gebietskörperschaft ohne gesichert finanzierten professionellen psychiatrischen Krisendienst.
 - Verpflichtung zur systematischen Vernetzung der regionalen psychiatrischen Angebote in bundesweit einheitlichen gemeindepsychiatrischen Verbänden (mit der darin enthaltenen Koordinierungskompetenz zur Entfaltung suizidprophylaktischer Maßnahmen, mit der Bildung sozialräumlich wirkmächtiger Begegnungsräume, mit der Verantwortungsübernahme der Dienste und Einrichtungen auch für den Personenkreis der schwer behandelbaren, schwer erreichbaren Menschen).
- Leistungsträger (kommunal und überörtlich):
Die in diesem Arbeitspapier benannten quantitativen und qualitativen Standards sind sicher zu refinanzieren und zu evaluieren. Ihre Weiterentwicklung ist zu fördern. Das gilt für die angesprochenen „Overhead“leistungen, aber insbesondere auch für den Bedarf der Einrichtungen und Dienste an Fachpersonal und an Personal mit besonderen Qualifikationen.
- Zivilgesellschaft: Nicht nur Gesetzgeber, professionelle Helfer und Leistungsträger sind gefragt. Wesentlich ist die Bereitschaft der Zivilgesellschaft, die notwendigen, als sinnvoll anerkannten Hilfen zu finanzieren und darüber hinaus die Bereitschaft, inklusiven Lebensräumen eine Chance zu geben. Der gegenwärtige Trend zur Ausgrenzung des „Fremden“, zur Entwürdigung des „Unproduktiven“ benötigt gesellschaftliches Gegensteuern, z.B. in konzertierter Aktion der Wohlfahrtspflege mit den Verantwortungsträgern aus Politik und Verwaltung.

Für den CBP:

Wilfried Gaul-Canjé, Vorstand, CBP

Dr. med Maria d.P. Andrino, Task Force Gesundheit, CBP

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)

Reinhardtstr. 13

10117 Berlin

cbp@caritas.de – www.cbp.caritas.de