

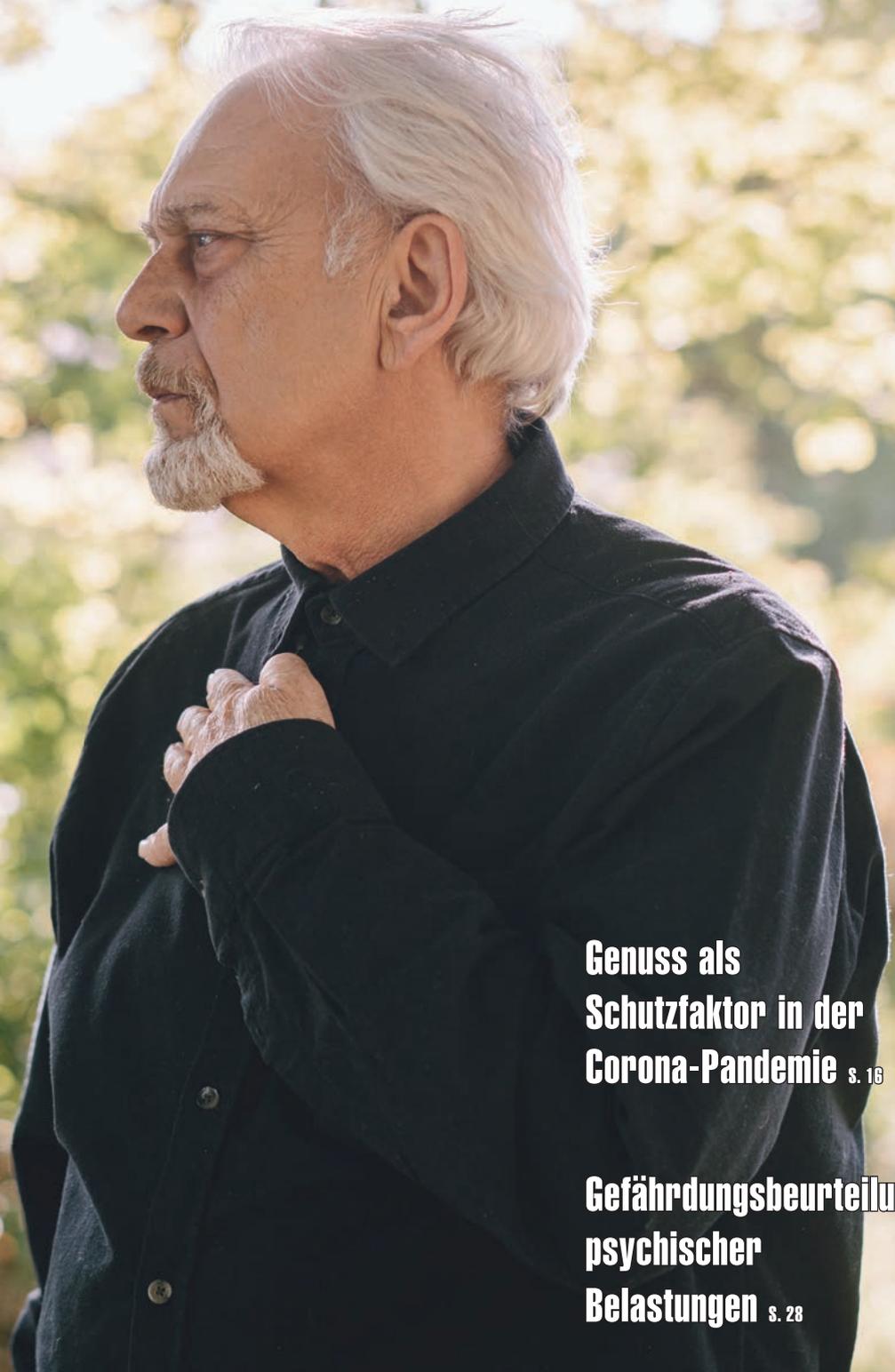


G 3777
FACHZEITSCHRIFT DES BDP
ZEITSCHRIFT DES BERUFSVERBANDES DEUTSCHER
PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN E.V.
47. JAHRGANG
JULI/AUGUST 2022

07+08|2022

report**psychologie**

Abschied vom Leben



**Genuss als
Schutzfaktor in der
Corona-Pandemie** s. 16

**Gefährdungsbeurteilung
psychischer
Belastungen** s. 28



Selbstbestimmtes Sterben

Debatte und Gewissensentscheidung im Bundestag zu »assistiertem Suizid«

Foto: Pavel Danilyuk - pixels.com

Suizid, Tötung auf Verlangen, Beihilfe zur Selbsttötung, palliative Sedierung, freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und das Einstellen von Therapien und Maßnahmen sind unterschiedliche Formen der Beendigung des Lebens. Diskussionen um den eher umgangssprachlichen Begriff »Sterbehilfe« spiegeln die ethischen Dilemmata in den Haltungen der Beteiligten zu diesem Phänomen. In der gesundheitlichen Versorgung – insbesondere in der Palliativpsychologie und der palliativmedizinischen Versorgung – stehen die Begleitung und Unterstützung von Menschen im Prozess des Sterbens im Vordergrund. Per definitionem sehen sie sich in der Aufgabe, Hilfe im Sterbeprozess zu leisten. Demgegenüber ist der assistierte Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung) eine Unterbrechung bzw. der Abbruch der Hilfe beim Sterben.

Die Erhaltung von Gesundheit und Leben ist ein zentrales Motiv in der Versorgung und spiegelt sich in den Haltungen aller Beteiligten wider. Mögliche Maßnahmen zur Lebensbeendigung stehen dem konträr gegenüber und sind daher in der Perspektive vieler Gesundheitsfachkräfte moralisch per se nicht unterstützenswert. Vor diesem Hintergrund entstand eine gesetzliche Regelung des Verbots der »geschäftsmäßigen« Beihilfe zur Selbsttötung.

In der Folge einer Verfassungsklage hat das Bundesverfassungsgericht ein eindeutiges Urteil gefällt. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben besteht in jeder Phase menschlicher Existenz und schließt den Anspruch auf Hilfe bei der Selbsttötung durch Dritte, z. B. Ärztinnen und Ärzte, mit ein. Grundlegend dafür ist die Selbstbe-

stimmung als grundgesetzlich verbrieftes Recht. Dabei ist nicht erforderlich, dass eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt, das Recht gilt davon unabhängig. Um eine Beihilfe durch professionelle Kräfte rechtlich und ethisch zu legitimieren, sollen drei wesentliche Kriterien erfüllt sein: (1) Zunächst geht es dabei um die Autonomie der Entscheidung. Das heißt, der Suizidentschluss muss unbeeinflusst von akuten Reaktionen und nicht bloßer Ausdruck einer vorübergehenden Lebenskrise sein und darf keinen sonstigen Formen der Einflussnahme unterliegen, die eine am eigenen Selbstbild reflektierte abwägende Entscheidung verhindern oder wesentlich beeinträchtigen. Die Beweggründe dürfen auch nicht in irgendeiner Form auf soziale Repressionen oder gesellschaftliche Erwartungshaltungen hindeuten. Dieser Aspekt wird mit dem Begriff »Freiverantwortlichkeit« umschrieben. Diese setzt voraus, dass kein wesentlicher Willensmangel oder Einschränkungen, z. B. durch die geistige Reife, vorliegen. Die beiden weiteren Kriterien sind (2) Ernsthaftigkeit und (3) Dauerhaftigkeit als Dimensionen zur Vermeidung spontaner Entscheidungen.

Feststellung der Freiverantwortlichkeit

Während Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit im Kontext eines zu bestimmenden zeitlichen Abstands operationalisiert werden können, ist die Bewertung der Selbstbestimmtheit und »freien« Entscheidung komplex und in einer entscheidungsorientierten Begutachtung ohne Übergehung der Selbstbestimmung kaum gänzlich auflösbar. Schon die Haltung der Gutachterinnen und Gutachter bzw. Beratenden zum assistierten Suizid ist ein Einflussfak-

tor. Er wirkt zusätzlich zum Angehörigensystem, dem Versorgungskreis und anderen Dimensionen, wie religiösen Überzeugungen, verinnerlichten sozialen Verpflichtungen und den antizipierten Erwartungen des sozialen und kulturellen Umfelds und allgemein in der Gesellschaft.

Aus psychologischer Sicht ist es schwer vorstellbar, dass ein Mensch unbeeinflusst von seiner sozialen Einbettung eine Entscheidung trifft. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich in Anbetracht aller Dimensionen der psychologischen und sozialen Einbettung eine freie, bewusste Entscheidung durch ein hohes Maß an Selbstreflexivität gegenüber allen erkennbaren Einflussfaktoren auszeichnet.

Das bedeutet, dass die Aufgabenstellung, Einflussfaktoren auszuschließen, nicht grundsätzlich lösbar ist. Insofern ist der Auftrag an eine dritte Person, zu entscheiden, ob ein Mensch in seiner selbstbestimmten Entscheidung gänzlich oder wesentlich frei ist, letztlich nicht im objektiven Sinne lösbar. Im Gegenteil erfordert das Ziel der selbstbestimmten Entscheidung, dass die als Teil der Problemerkennung in jedem Beratungsgespräch stattfindende, implizite psychologische und psychosoziale Diagnostik den psychischen Kern der Freiverantwortlichkeit adressiert. Insofern steht nicht eine störungsorientierte psychiatrische Diagnostik im Vordergrund, sondern eine umfassende psychologische diagnostische Perspektive, die Beziehungen in den Blick nimmt, und einbezogen auf das jeweilige Selbstbild der Klientinnen und Klienten gesprächsorientiertes »Hindurchschauen«. Der Auftrag ist dann nicht, als Außenstehende bzw. Außenstehender über die jeweiligen Kategorien zu entscheiden, sondern diese zur bewussten Entscheidungsfähigkeit der Klientinnen und Klienten kommunikativ aufzugreifen und sie bei der Ventilation dieser Dimensionen fachlich versiert zu begleiten.

Im politischen Diskurs wurde kritisch angeführt, dass im Kontext einer Begutachtung zur Freiverantwortlichkeit in der Regel davon ausgegangen würde, dass Menschen gegebenenfalls sogar auch noch nach eingehender Beratung vor ihren eigenen Entscheidungen geschützt werden müssen. Eine solche Perspektive würde unserer Auffassung nach dem Tenor des Urteils des Bundesverfassungsgerichts nicht entsprechen.

Belastungen, Ängste und psychische Reaktionen auf kritische Ereignisse stehen in der Beratung zum Sterbewunsch immer im Vordergrund. Die Aufgabe besteht jedoch darin, diese zu klären und die Betroffenen zu befähigen, eine selbstbestimmte, hoch reflektierte Entscheidung gegebenenfalls unter Berücksichtigung symptomatischer Belastungen und Einflüsse zu treffen.

Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit als weitere Kriterien, die zur Freiverantwortlichkeit hinzutreten, schränken die Auswirkungen spontaner Reaktionen auf akute psychische Belastungen ein. Der Ausschluss psychischer Erkrankungen erscheint aus den genannten Gründen nicht als Kern der Aufgabenstellung zur Bewertung der Freiverant-

wortlichkeit. In Einzelfällen können psychische Erkrankungen sehr bedeutsam sein, dies ist jedoch regelhaft psychologisch auffällig und kann angesprochen werden.

Erfahrungen aus anderen Ländern

Recherchen in fünf Ländern zu Prozessen beim Sterbewunsch und den Umständen zeigen keine Relevanz psychischer Erkrankungen bei Entscheidungen zum Thema assistierter Suizid oder Tötung auf Verlangen. Da die Selbstbestimmungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen in der Regel prinzipiell gegeben ist, kann eine solche Erkrankung nicht pauschal als Ausschlussgrund geprüft werden. Massive Einschränkungen in der Steuerungsfähigkeit werden im normalen Behandlungsprozess bereits aufgegriffen und geraten im Kontext einer Beratung sehr schnell in den Vordergrund. Eine prinzipielle gutachterliche Feststellung scheint daher als Maßnahme von geringer Relevanz, die Feststellung einer mangelnden Steuerungsfähigkeit bzw. Einsichtsfähigkeit könnte auch ein Betreuungsverfahren auslösen und die Wahrnehmung einer schweren Depression üblicherweise das Angebot bzw. die Einleitung einer Behandlung.

Ebenso wurden keine Zusammenhänge gefunden zwischen der Entscheidung für oder gegen assistierten Suizid und der Verfügbarkeit von Palliativversorgung oder dem Vorliegen bzw. der Abwesenheit einer schwerwiegenden Erkrankung. Im Rahmen qualitativer Forschung wurde gefunden, dass medizinische und soziale Elemente Leid verursachen, dieses aber erst dann als nicht mehr erträglich wahrgenommen wird, wenn psychische und emotionale Belastungen sowie existenzielle Probleme hinzutreten. Vieles davon ist heute bereits Aufgabenstellung in der Palliativversorgung und wird kontinuierlich und unabhängig von einem Sterbewunsch geleistet, z. B. detaillierte Informationen über alle Behandlungsoptionen und Belastungen, wie etwa Schmerztherapie, Beratung im Kontext der Entscheidungsfindung und Unterstützung bei der Selbstreflexion. Psychologinnen und Psychologen mit dem Zertifikat »Fachpsychologin/ Fachpsychologe Palliative Care (BDP-DGP)« verfügen über besondere Kompetenzen und Wissen dafür und sind für Beratungen sehr gut geeignet.

Fachliche Aspekte und ethische Haltungen

Rechtlich besteht das Spannungsfeld in der Erlaubtheit des Suizids und der potenziellen Strafbarkeit einer Beihilfe. Im Hinblick auf eine Regelung ist zu bedenken, dass das Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt wird bzw. eine Person Zwang erfährt, wenn die Mittel der Beihilfe verweigert werden bzw. die Unterstützung durch komplexe Prozesse oder strenge Kriterien unzugänglich wird. Mit Respekt vor dem Recht auf Selbstbestimmung erscheint daher eine Haltung der Ermöglichung einer Umsetzung des Sterbewunsches geboten.

Im Hinblick auf die Verantwortung in der Beihilfe und in der Beratung zur reflektierten Entscheidung ergeben sich jedoch andere ethische und empirische Perspektiven. Zunächst betrifft dies die Haltung der Beratenden. Wichtige Voraussetzungen für geringe Einflussnahme



Fredi Lang ist Mitglied der BDP-Präsidiumskommission »Berufsethik«, Sprecher der »Föderativen Richtlinienkommission Ethik« der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen und deutscher Repräsentant im »Board of Ethics« des europäischen Dachverbands EFPA.

sind die innere Offenheit für beide Entscheidungsvarianten – für oder gegen einen assistierten Suizid – und das Bewusstsein über eigene Tendenzen. Dies setzt entsprechende Selbsterfahrung und als Qualitätssicherungsmaßnahme Intervention oder Supervision voraus.

Andererseits ist im Gegensatz zur Offenheit gegenüber dem Sterbewunsch aus grundsätzlicher ethischer Perspektive ein positiver Wert des Lebens an sich zu konstatieren und insofern auch eine üblicherweise intrinsische Definition des Lebens, verbunden mit dem Lebenswunsch. Bisherige empirische Erfahrungen mit der Umsetzung des Sterbewunsches weisen darauf hin, dass sehr häufig ein geäußertes Sterbewunsch im Kontext von Informationen über Behandlungsoptionen, Schmerzen und Leid und der Klärung eigener Vorstellungen und Erwartungen des Umfeldes wieder aufgegeben wird. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht nur legitim, sondern auch fachlich und ethisch geboten, in der Beratung thematisch stärker auf diejenigen Aspekte zu fokussieren, die mit einem natürlichen Sterbeprozess verbunden wären und diesen zu erleichtern vermögen.

Suizidprävention und Beratungsaufgaben

Im Kontext der Kooperation des BDP mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat der BDP einen Brief von der DGP und weiteren Verbänden aus der Suizidprävention und dem Hospiz- und Palliativbereich an alle Abgeordneten mitgezeichnet, der allgemein die Stärkung der Suizidprävention anspricht. Zur Stärkung der Suizidprävention liegt ein gesonderter Antrag, ebenfalls von Castelluci et al., vor. Der vorgeschlagene Ausbau von Beratung im Bereich Suizidalität und der Stärkung von Präventionsprogrammen ist sehr sinnvoll. Im Hinblick auf den Einsatz von Fachkräften aus Suizidberatungsstellen in der Beratung zum Sterbewunsch sind die ethische Anforderung an die Selbstreflexivität und der Einfluss der eigenen Haltung jedoch noch bedeutsamer als im Bereich der Palliativpsychologie.

Grundsätzlich sind die Voraussetzungen der Klärung der eigenen Position und der Offenheit in der Haltung als Beraterin bzw. Berater für jegliche Entscheidungsrichtung der Klientinnen und Klienten erforderlich – ungeachtet des jeweiligen Arbeitskontextes. Der Einfluss der institutionellen Ethik und des institutionellen Auftrags ist jedoch sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch in der Suizidprävention in hohem Maße zu reflektieren und gegebenenfalls auch als Ausschlussgrund für die Übernahme dieser Tätigkeit zu berücksichtigen. Nur durch eine möglichst neutrale bzw. in den eigenen moralischen Tendenzen hoch bewusste Haltung wird dem Selbstbestimmungsrecht der Klientinnen und Klienten im Kontext einer Beratung zur Entscheidungsfindung genüge getan. Die Haltung der Beraterin bzw. des Beraters oder der Gutachterin bzw. des Gutachters ist ein eigener Einflussfaktor in der Entscheidungsfindung, der von Klientinnen und Klienten in der Regel mindestens in indirekter Form aufgenommen wird.

Die Beratung und Unterstützung von Menschen in der letzten Lebensphase wirken sich positiv auf die Lebensqua-

lität aus und senken zugleich Gesundheitskosten, schließen aber als Aufgabenstellung auch die psychologisch sehr anspruchsvolle Beratung im Kontext eines Sterbewunsches mit ein. Aus fachlicher Sicht ist die Beratung von einer potenziellen Begutachtung und von der konkreten Unterstützung im Kontext der Beihilfe zu trennen.

Im Hinblick auf die Beeinflussung der Entscheidungsfindung spielen Haltungen und Projektionen der Angehörigen eine große Rolle. Dies betrifft Fürsorgeaspekte, beispielsweise ältere Menschen vor Leid und Schmerz schützen zu wollen, Komorbidität und Vulnerabilität als sehr guten Grund für einen Sterbewunsch zu antizipieren und auch vor dem Hintergrund eines negativen Altersbilds, das Ressourcen übersieht, wohlmeinend den Lieben Unterstützung zur Umsetzung anzubieten. Bei einer solchen Beratung spielen Bedarfe im Angehörigen-system eine Rolle für Belastungen der Klientinnen und Klienten und ihre Entscheidungen. Zudem benötigen insbesondere Fachkräfte der pflegerischen und medizinischen Versorgung vor Ort Supervision zum Umgang mit dem Sterbewunsch bei konkreten Fällen.

Gesetzesanträge und Initiativen

Wie bei der Impfpflicht geht es auch hier um eine Gewissensentscheidung, und demgemäß stellen Gruppen statt Parteien die Anträge. In der vergangenen Legislaturperiode gab es Anträge, die ein Beratungsangebot bzw. eine Beratungspflicht vorsahen und unterschiedliche Fristen zur Feststellung der Dauerhaftigkeit enthielten. Aktuell liegt offiziell nur ein Antrag vor (Castelluci et al.), der eine psychiatrische Begutachtung im Abstand von drei Monaten vorsieht, bei der explizit psychische Erkrankungen als Einflussfaktor für autonome Entscheidungen benannt sind. Jenseits davon, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für diese Aufgabenstellung ebenfalls und vor dem Hintergrund ihrer Ausbildungsdauer im Bereich der Psychologie und Psychotherapie sogar besser geeignet sind, stellt sich grundsätzlich die Frage, ob die Begutachtung einer freien Entscheidung zur Gewährleistung von Selbstbestimmung eine sinnvolle Lösung sein kann. Auch in fachlicher und methodischer Perspektive ist die Festlegung von Grenzkriterien dazu, ab wann eine »autonome Entscheidung« als wesentlich beeinflusst gelten kann, eher subjektiver Natur der jeweiligen Gutachterin bzw. des jeweiligen Gutachters.

In Bezug auf den Fahrplan im Bundestag bestand die Erwartung, dass vor einer Gesetzgebung die Stellungnahme des Ethikrats im Herbst abgewartet wird. Am 24. Juni 2022 war nun die erste Lesung mit insgesamt drei Anträgen angesetzt. Sowohl in einer BDP-internen Ethikkommission als auch in der Arbeitsgruppe »Palliativpsychologie« im BDP wird mit Unterstützung einzelner Funktionärinnen und Funktionäre aus den Untergliederungen wie der Sektion »Gesundheits-, Umwelt- und Schriftpsychologie« und VPP an Positionen und Richtlinien gearbeitet.

*Fredi Lang, Carola Brücher-Albers
Mitglieder der Präsidiumskommission Berufsethik*



Carola Brücher-Albers engagiert sich seit mehr als 50 Jahren ehrenamtlich im BDP. Von 2005 bis 2010 war sie BDP-Präsidentin, von 1997 bis 2001 EFPA Secretary General. Aktuell ist sie Sprecherin in den Präsidiumskommissionen »Berufsethik« und »Gesellschaftlicher Zusammenhalt«. Ihre Interessengebiete sind das Berufsbild, Professionalisierung und Gesundheit.

reportpsychologie

[Bestellen Sie hier Ihr Probeabonnement](#)



Deutscher
Psychologen
Verlag GmbH

Am Kölnischen Park 2 • 10179 Berlin

verlag@psychologenverlag.de

www.psychologenverlag.de