

HERZLICH WILLKOMMEN ZUR VERANSTALTUNG

„Suizidhilfe – (Auch) eine Bedrohung für behinderte Menschen?“

Wir beginnen um **15 Uhr**.

Bitte stellen Sie während der Veranstaltung Ihre **Kamera** und den **Ton aus**. Ihre **Fragen** nehmen wir ausschließlich **im Chat** entgegen. Die Veranstaltung wird für eine eventuelle Veröffentlichung aufgezeichnet.

Für technische Fragen stehen wir zur Verfügung:

0421 361 18162

office@LBB.bremen.de

Schriftdolmetschung: Bitte öffnen Sie das **Livepad** in einem Extrafenster. Den Link entnehmen Sie bitte dem Chat bzw. der Einladungsmail.

Gebärdendolmetschung: Trotz einer großen Teilnehmendenanzahl wurde uns kein Bedarf an Gebärdendolmetschung genannt. Eine erneute Abfrage erfolgte im Vorfeld.

- 15:00 Uhr Begrüßung und Einleitung in das Thema
Arne Frankenstein und Dr. Joachim Steinbrück
- 15:15 Uhr Die Bedeutung der aktuellen Debatte um Suizidhilfe für behinderte Menschen
Prof. a.D. Dr. Swantje Köbsell
- 15:30 Uhr Die Rolle der Palliativmedizin
Christof Ronge
- 15:45 Uhr Die rechtliche Situation heute und der Stand der Diskussion im Bundestag
Dr. Kirsten Kappert-Gonther
- 16:00 Uhr Podiumsgespräch
Moderation Prof. Dr. Marianne Hirschberg
- 16:50 Uhr Zusammenfassung, Bewertung, Ausblick und Abschluss
Dr. Joachim Steinbrück und Arne Frankenstein
- 17:00 Uhr Ende der Veranstaltung



„Suizidhilfe –
(Auch) eine Bedrohung für
behinderte Menschen?“



Kernsätze

Arne Frankenstein und Dr. Joachim Steinbrück

- Basis für selbstbestimmte Entscheidungen über Leben und Sterben ist eine „inklusive“ Gesellschaft.
- Niemand darf aufgrund schlechter Rahmenbedingungen in den Suizid getrieben werden.
- Palliative Angebote müssen gestärkt werden und zugänglich sein.
- Bei allen weiteren Beratungen müssen auf allen Ebenen Vertreter:innen von Behindertenverbänden und von Betroffenen mitwirken.



„Suizidhilfe –
(Auch) eine Bedrohung für
behinderte Menschen?“





Die Bedeutung der aktuellen Debatte um Suizidhilfe für behinderte Menschen

Prof. a.D. Dr. Swantje Köbsell
(SelbstBestimmt Leben e.V.)



Der lange Schatten der Geschichte...

- Während der NS-Zeit Zwangssterilisation von ca. 300 000 sog. erbkranken Menschen, Ermordung von ca. 300 000 körperlich, geistig und psychisch beeinträchtigten Menschen
- 1970er/80er Entstehen der Behindertenbewegung: noch keine öffentliche Aufarbeitung dieser Verbrechen an behinderten Menschen
- → Negative Einstellungen gegenüber behinderten Menschen hielten sich in der Bevölkerung und auch bei Mediziner:innen und Wissenschaftler:innen → negative/ abwertende Sicht auf behinderte Menschen
- → kritische Beobachtung jeweils aktueller Entwicklungen im Hinblick auf die Bewertung behinderten Lebens war von Anfang an ein zentrales Thema der Behindertenbewegung

Kritische Debatten

- 1980er: Kritik an Julius Hackethal, der mit „Fallgeschichten“ behinderter Menschen für eine Legalisierung der Sterbehilfe warb sowie der DGHS, die ebenso für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe warb
- → Behinderung = unheilbares Leiden = Infragestellen des Lebensrechtes behinderter Menschen
- 1990er: sog. „Singer-Debatte“: der Philosoph Peter Singer sieht behinderte Menschen nicht als Personen → keine Träger:innen von Menschenrechten, kein Unrecht sie zu töten
- → Behindertenbewegung befürchtet Gefahr des Missbrauchs aktiver Sterbehilfe, wenn das Leben behinderter und alter Menschen als "trostlos,, "sinnentleert,, „nicht lebenswert“ angesehen wird



Ableism/us

(von engl. „able“-fähig)

- wie Rassismus, (Hetero)Sexismus ... → Benachteiligung aufgrund bestimmter Merkmale, hier „Fähigkeiten“
- bestimmte Arten des Menschseins werden als perfekt, typisch menschlich angesehen – Abweichungen davon stellen ein weniger wertetes Menschsein dar → Zuschreibung „behindert“ führt zur Abwertung und Diskriminierung bis hin zum Absprechen des Lebensrechtes
- Ableistische Sichtweise von behinderten Menschen durchdringt die Gesellschaft, beeinflusst Einstellungen, Haltungen, Vorstellungen, Umgangsweisen sowie Maßnahmen, Programme etc. – und auch Entscheider:innen in Behörden, Jurist:innen und Ärzt:innen
- Ableism/us führt zu eingeschränkter Anerkennung, Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen



Selbst-
Bestimmt
Leben e.V.
Bremen



LANDES
BEHINDERTEN
BEAUFTRAGTER
BREMEN

Selbstbestimmtes Leben und Menschenrechte

Behindertenbewegung kämpft seit ihrem Entstehen für:

- *Veränderte Sicht auf Behinderung*: nicht die behinderte Person ist „falsch“, sondern die Gesellschaft, die keine angemessenen Bedingungen schafft
- *rechtliche Gleichstellung*: z.B. 1994 Grundgesetzänderung, 2002 Behindertengleichstellungsgesetz
- *Menschenrechte*: 2006 Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), 2008 Ratifizierung durch Deutschland → Verpflichtung zur Umsetzung in deutsches Recht ab 26.03.2009

UN-Behindertenrechtskonvention



- Schreibt in Art. 1 veränderte Sichtweise auf Behinderung fest
- Betont, dass „(behinderte) Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“ akzeptiert werden müssen (Art. 3d)
- überträgt allg. Menschenrechte auf die Situation behinderter Menschen, hier wichtig:
- das jedem Menschen angeborene Recht auf Leben (Art. 10) und
- Selbstbestimmte Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19)

Selbstbestimmt Leben

- Braucht Bedingungen: u.a. selbst gewählte Wohnform, angemessenen (barrierefreien) Wohnraum, gute Gesundheitsversorgung, ausreichende Assistenz
- selbst gewählte Wohnform: viele behinderte Menschen leben gegen ihren Willen in in Einrichtungen
- (barrierefreier) Wohnraum: Fehlbedarf von ca. 390.000 Wohnungen
- gute Gesundheitsversorgung: zu wenig barrierefreie Praxen, zu wenig Bereitschaft, sich mit „komplizierten“ Patient:innen zu beschäftigen
- ausreichende Assistenz: zunehmend restriktive Bewilligungspraxis der Kostenträger → selbstbestimmte Lebensführung stark erschwert bis unmöglich

Selbstbestimmt Sterben?

- Anhaltend schwierige Lebenssituation kann zu Todeswünschen führen: Wünsche nach Sterbehilfe als letzter Ausweg für behinderte Menschen in ausweglosen Lebenssituationen, die z.B. keine Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben bekommen
- Ärzt:innen, die im Leben mit Behinderung reduzierte Lebensqualität sehen, könnten Sterbewünsche ernst nehmen, anstatt auf die Veränderung der Lebensbedingungen hinzuwirken
- **Sterbewünsche behinderter Menschen, die vor diesem Hintergrund entstehen, haben nichts mit Selbstbestimmung zu tun!**

Befürchtungen

- „selbstbestimmte“ Sterbehilfe statt Unterstützung bei einem selbstbestimmten Leben
- gesellschaftlich zunehmende Bewertung von Leben mit Behinderung als nicht lebenswert
- zunehmende weitere Einsparungen insb. bei Assistenz durch ökonomischen Druck, Verstärkung eines Diskurses, dass das selbstbestimmte, inklusive Leben behinderter Menschen zu teuer ist
- → Sterbehilfe zur Kostenersparnis im Sozial- und Gesundheitssystem: → Befürchtung sozialen Drucks zur „Selbstentsorgung“ von Menschen, deren Leben als „trostlos“ und „sinnentleert“ bewertet wird
- → Entwicklung *vom Recht* auf Sterben *zur Pflicht* zum Sterben für bestimmte Personengruppen

Forderungen

- Konsequente Umsetzung der UN-BRK: Sicherstellung der Bedingungen für ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft, Sicherstellung des Rechts auf Leben,
- Regelungen durchsetzen, die sicherstellen, dass ableistische Einstellungen einzelner Ärzt:innen nicht zum (nicht selbstbestimmten) assistierten Suizid behinderter Menschen führen
- **Behinderung darf kein Grund dafür sein, ein Leben als weniger wert anzusehen!**
- Regelungen durchsetzen, die einen Schutz vor ökonomischen Zwängen bieten und „Ermöglichungsräume für Missbrauch“ (Bozarro et al. 2023, 12) verhindern
- Aktiver Einbezug behinderter Menschen und ihrer Organisationen in die Erarbeitung dieser Regelungen
- **"selbstbestimmtes" Sterben darf nicht die „Alternative“ zum selbstbestimmten Leben werden!**



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. a.D. Dr. Swantje Köbsell
(SelbstBestimmt Leben e.V.)





Kernsätze

Prof. a.D. Dr. Swantje Köbsell

- Behinderung darf kein Grund dafür sein, ein Leben als weniger wert anzusehen.
- Die UN-Behindertenrechtskonvention schreibt das Recht auf (ein selbstbestimmtes) Leben als Menschenrecht fest. Dafür muss die Politik Bedingungen schaffen
- Nur wer in guten Verhältnissen und mit guter Unterstützung/ Assistenz leben kann, entscheidet frei über Leben und Sterben. Die Entscheidung für einen Suizid darf nicht unter dem Druck schlechter Lebensbedingungen erfolgen.



„Suizidhilfe –
(Auch) eine Bedrohung für
behinderte Menschen?“



Palliativversorgung und Suizidverlangen

Christof Ronge, MPH, Ärztlicher Leiter „Ambulanter Palliativdienst Bremen“,
an der Klinik für Palliativmedizin, LDW Bremen



„Es war und es war nicht”
...häufiger Beginn von Roma Märchen



Was erwartet Sie?

- Aspekte von Palliativversorgung
- Problematisieren von Todeswünschen
- Erörterungen zu Formen von Lebensbeendigungen
- Anmerkungen zu bisherigen Auswirkungen von assistiertem Suizid

Ziel

- Reflexions- und Diskussionsbereitschaft
- Annäherung an unterschiedliche Perspektiven/Perspektivenwechsel
- Fragen, Unsicherheit und Zweifel



Definition der European Association for Palliative Care (EAPC):

- Palliativversorgung ist die aktive, umfassende Versorgung eines Patienten, dessen Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht. Kontrolle bzw. Linderung von Schmerzen, anderen Symptomen sowie von sozialen, psychischen und spirituellen Problemen ist oberstes Ziel.Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod hin zu erhalten.

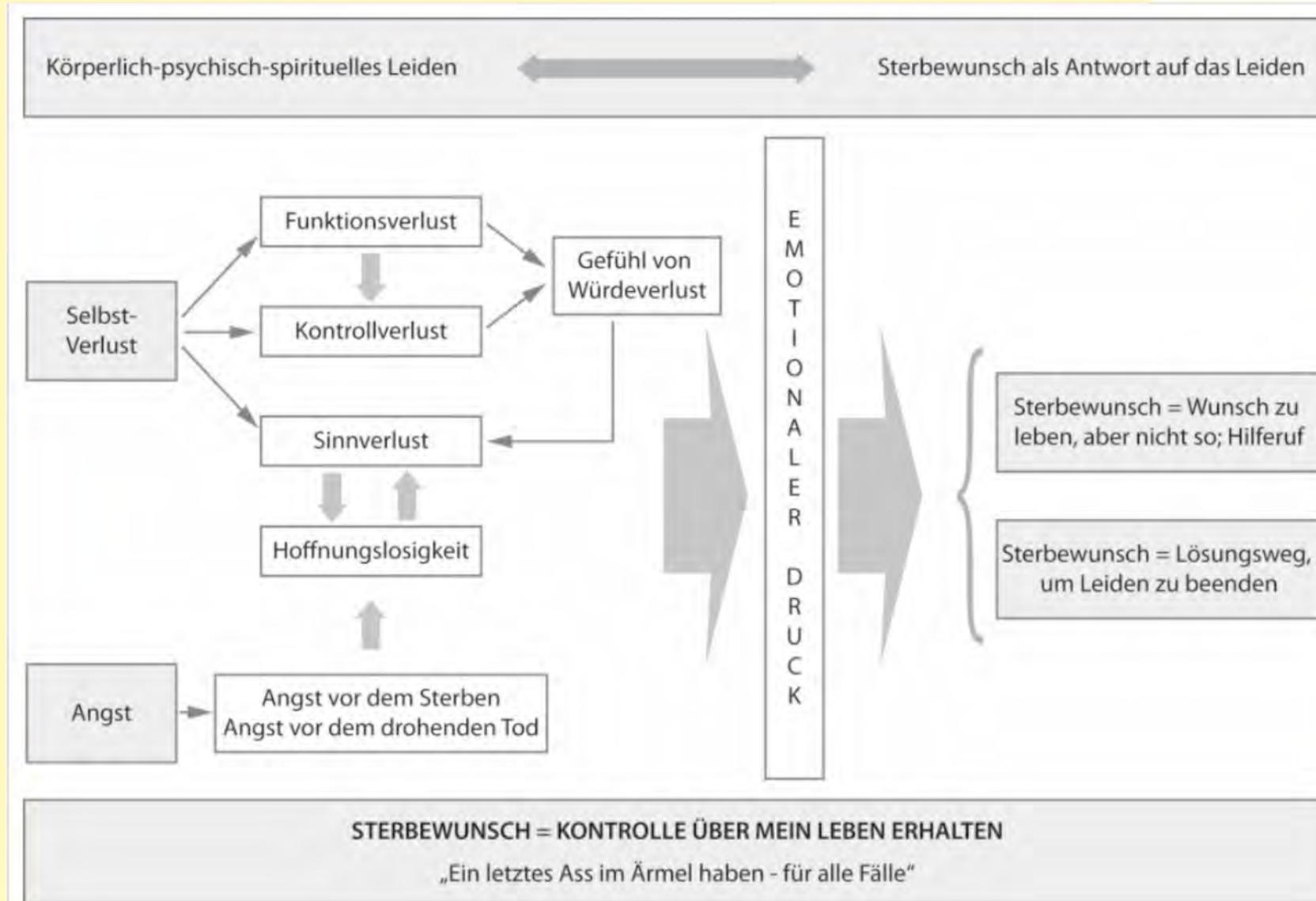
Palliativversorgung

- Lebensfürsorge
- Sterbefürsorge
- Sterbebegleitung

Vorstellung würdiger Sterbebedingungen

- 66% der Bevölkerung möchte zuhause versterben
- Schmerzfreiheit
- Nicht zur Last fallen
- Mit Familie/ Angehörigen/ Nicht alleine

Todeswünsche Monforte - Royo et al. 2012



Todeswünsche

- Ein Todeswunsch kann auch ohne Suizidalität einhergehen
- Das Bewusstsein darüber, dass ein Todeswunsch einen anderen Sinngehalt haben kann als die wörtliche Bedeutung der Äußerung, ist wichtige Voraussetzung für eine adäquate Behandlung

- Das ist Expertise von Palliative care bei lebensbegrenzenden Erkrankungen in einem komplexen Geschehen
- Eine palliativmedizinische Beratung/Begleitung von betroffenen Personen sollte vor einer persönlichen Entscheidung sichergestellt werden.

Formen der Lebensbeendigung

- Sterben lassen
- Behandlungsabbruch/Sterben lassen
- Therapie am Lebensende (Symptomkontrolle)
- FVET/FVNF
- Gezielte Sedierung/palliative Sedierung

- (Tötung auf Verlangen)
- Assistierter Suizid

- Suizid



Selbst-
Bestimmt
Leben e.V.
Bremen



LANDES
BEHINDERTEN
BEAUFTRAGTER
BREMEN

Formen der Lebensbeendigung

- Palliative care am Lebensende ist hilfreich
- Palliativmedizin kann notwendig sein, muss es aber nicht

Anmerkungen zu Formen der Lebensbeendigung

- Über Sterbewunsch sprechen
- Ein Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung ist hilfreich
- Würdehandeln in Pflegeeinrichtungen, Würdezentrierte Therapie, ist hilfreich
- Beziehung herstellen

=Eine psychotherapeutische Expertise ist hilfreich

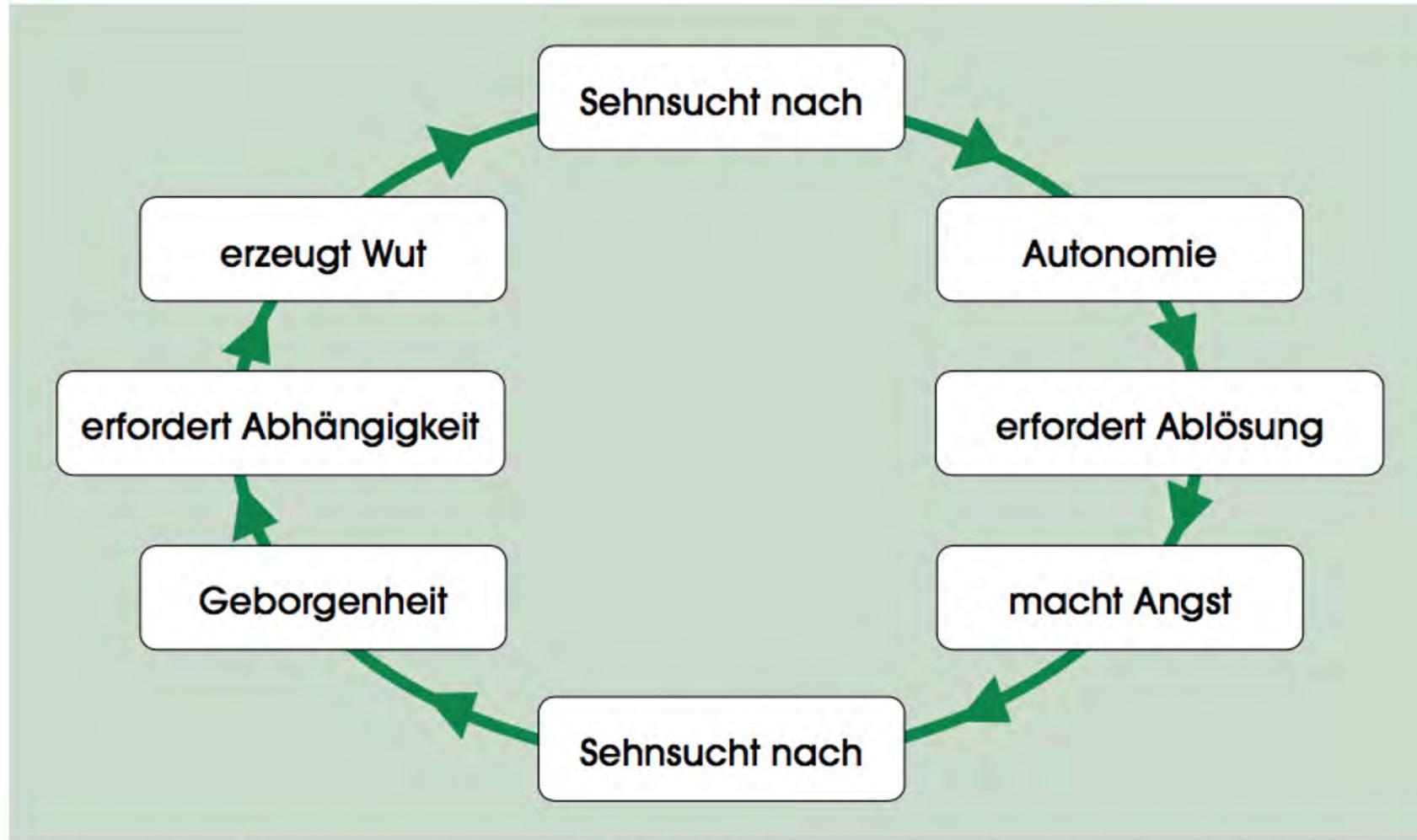


Abbildung 1: Spannungsfeld zwischen Autonomie- und Abhängigkeitsbedürfnis
(Wedler, 2001, S. 169)

Suizid

- Suizide alter Menschen werden eher als aktives freies Beenden eines Lebens gesehen, als der Suizid eines jungen Menschen
- Die Suizidrate ist bei den Älteren am höchsten und wird akzeptierend hingenommen
- Freitod, Bilanzsuizid, rational suicide



Suizid

- In der Regel eine tiefe Kränkung des Selbstwertgefühls
 - Eine therapeutische Aufgabe liegt nicht darin einen Suizid unter allen Umständen zu vermeiden, sondern ihm zu helfen die
 - „Fundamentalkondition der Einsamkeit“ Amery 1983
zu ertragen oder
 - „die Fähigkeit allein zu sein“ Winnicott 1958
zu erwerben
- Sinnhaftigkeit und Würdegefühl zu stärken

Suizid

- Sprechen über Suizidverlangen ist ein Beziehungsangebot
- Die eigenverantwortliche/freiverantwortliche Entscheidung zum Suizid ist zu akzeptieren.

MAID in Kanada

ist z. B. auf inkurable Krankheiten und schwerwiegende Behinderungen begrenzt

- Im Jahr 2022 wurden in Kanada 13.241 Fälle von medizinischer Beihilfe gemeldet, was 4,1 % aller Todesfälle in Kanada entspricht.
- seit der Einführung der MAID-Gesetzgebung auf Bundesebene im Jahr 2016 haben 44.958 Menschen MAID erhalten
- 2022 haben 77,6 % MAID Empfänger eine palliative Versorgung erhalten
- Von den 19,6 % die keine Palliativversorgung erhalten hatten, hatten 87,5% Zugang zu einer palliativen Versorgung

MAID in Kanada

ist z. B. auf inkurable Krankheiten und schwerwiegende Behinderungen begrenzt

Der häufigste Grund für die Beantragung einer MAID war der..

- Verlust der Fähigkeit, sich an sinnvollen Aktivitäten zu beteiligen (86,3 %),
- gefolgt vom Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen (81,9 %).

Euthanasie und assistierter Suizid bei Menschen mit geistiger Behinderung und/oder Autismus-Spektrum-Störungen

Zu den Gründen, warum Menschen mit geistigen Behinderungen Tötung beantragten, gehörten mit 77% soziale Isolation und Einsamkeit

Published online by Cambridge University Press: **23 May 2023**;
[Irene Tuffrey-Wijne](#), [Leopold Curfs](#), [Sheila Hollins](#), [Ilora Finlay](#)

Assistierter Suizid

[...] dänischen Ethik-Ausschusses kamen zu dem Schluss, dass es „prinzipiell unmöglich sei, eine angemessene Regelung der Sterbehilfe festzulegen“ und gleichzeitig die Schwächsten der Gesellschaft zu schützen. Sie empfahlen dem Parlament daher, das geltende Verbot in Dänemark für Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung aufrecht zu erhalten

Quelle: [The Local, 4.10.2023](#)

Das sogenannte Recht auf Hilfe durch Dritte (Sterbehilfeorganisationen) schwächt die Position Hilfebedürftiger. Ein Verwaltungsakt, als Akt einer Dienstleistungsnormierung, wird der Komplexität von Sterbewünschen nicht gerecht.

„Der Begriff Würde ist heute nicht nur offen, sondern diffus. Dabei ist doch der Ausgangspunkt für Würde der Wert. Es geht um den Wert des Menschen.“

Herta Müller „Eine Fliege kommt durch einen halben Wald“

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Christof Ronge, MPH, Ärztlicher Leiter „Ambulanter Palliativdienst Bremen“,
an der Klinik für Palliativmedizin, LDW Bremen

Kernsätze

Christof Ronge, MPH

- Eine palliativmedizinische Beratung von betroffenen Personen sollte vor einer persönlichen Entscheidung sichergestellt werden.
- Die eigenverantwortliche Entscheidung zum Suizid ist zu akzeptieren.
- Das sogenannte Recht auf Hilfe durch Dritte (Sterbehilfeorganisationen) schwächt die Position Hilfebedürftiger. Ein Verwaltungsakt, als Akt einer Dienstleistungsnormierung, wird der Komplexität von Sterbewünschen nicht gerecht.



„Suizidhilfe –
(Auch) eine Bedrohung für
behinderte Menschen?“



Kernsätze

- Basis für selbstbestimmte Entscheidungen über Leben und Sterben ist eine „inklusive“ Gesellschaft.
- Niemand darf aufgrund schlechter Rahmenbedingungen in den Suizid getrieben werden.
- Palliative Angebote müssen gestärkt werden und zugänglich sein.
- Bei allen weiteren Beratungen müssen auf allen Ebenen Vertreter:innen von Behindertenverbänden und von Betroffenen mitwirken.
- Behinderung darf kein Grund dafür sein, ein Leben als weniger wert anzusehen.
- Eine palliativmedizinische Beratung von betroffenen Personen sollte vor einer persönlichen Entscheidung sichergestellt werden.
- Die UN-Behindertenrechtskonvention schreibt das Recht auf (ein selbstbestimmtes) Leben als Menschenrecht fest. Dafür muss die Politik Bedingungen schaffen.
- Nur wer in guten Verhältnissen und mit guter Unterstützung/ Assistenz leben kann, entscheidet frei über Leben und Sterben. Die Entscheidung für einen Suizid darf nicht unter dem Druck schlechter Lebensbedingungen erfolgen.
- Die eigenverantwortliche Entscheidung zum Suizid ist zu akzeptieren.
- Das sogenannte Recht auf Hilfe durch Dritte (Sterbehilfeorganisationen) schwächt die Position Hilfebedürftiger. Ein Verwaltungsakt, als Akt einer Dienstleistungsnormierung, wird der Komplexität von Sterbewünschen nicht gerecht.



„Suizidhilfe –
(Auch) eine Bedrohung für
behinderte Menschen?“

