

Mensch^{sein}
für Menschen



Assistierter Suizid

Eine Handreichung für Einrichtungen und Dienste zur Auseinandersetzung mit der Thematik auf der Basis einer lebensbejahenden Grundhaltung

Ethikrat
Caritasverband der Erzdiözese München
und Freising e.V.
Teilweise überarbeitete Version des
Ethikkomitees des Caritasverbandes
für die Diözese Augsburg e. V.



Inhalt

Vorwort	4
Einführung	5
Teil A: Theoretisch-fachlicher Hintergrund	7
Rechtliche Rahmenbedingungen	7
Medizinischer Hintergrund	11
Theologischer Hintergrund	11
Teil B: Empfehlung des Ethikrats für eine Positionierung	15
Teil C: Konkrete Aspekte für die Praxis	19
Träger	19
Einrichtungsleitungen	21
Mitarbeitende	23
Teil D: Kurze Handlungsorientierung	25
Was ist geboten?	25
Was ist zu respektieren oder zu tolerieren?	25
Was kann im Einzelfall möglich sein?	25
Was sind „rote Linien“, die nicht überschritten werden dürfen?	25
Hilfsangebote bei Suizidgedanken, Sterbewünschen und Unterstützungsbedarf am Lebensende	27
Anhang	28
Positionierungen und Stellungnahmen zum „Assistierten Suizid“	28
Deutsche Bischofskonferenz	28
Deutscher Caritasverband (DCV)	28
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	28
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	29
Deutscher Ethikrat	29
Weitere Positionen/Stellungnahmen	30
Materialien für die Praxis	30
Umgang mit Suizidalität	31
Sonstiges	31
Rechtsgrundlagen	32
Literaturverzeichnis	33
Autoren	35
Kontakt	

Hinweis: Die graue Markierung kennzeichnet die Inhalte, die vom Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V. erstellt bzw. bearbeitet oder ergänzt wurden. Die Inhalte ohne Markierung hier auf der Inhaltsseite sind unverändert vom Ethikrat des Caritasverbandes der Erzdiözese München-Freising e. V. übernommen worden. Sie werden im Text durch rote Markierungen an den Seitenecken oben gekennzeichnet.

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

seit durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 die Assistenz beim Suizid wieder straflos möglich ist und das Thema durch dieses Urteil auch einen breiten politischen wie gesellschaftliche Diskurs ausgelöst hat, werden auch die Dienste und Einrichtungen der Caritas – auch bei uns in der Diözese Augsburg - vermehrt mit der Frage nach Suizidassistenz konfrontiert. Daher müssen sie sich damit auseinandersetzen, wie sie als kirchliche Träger mit einem caritativen Auftrag mit Sterbewünschen umgehen und sich positionieren, ohne schon den konkreten gesetzlichen Rahmen zu kennen. Diese Positionierung muss sowohl gegenüber Ihren eigenen Mitarbeitenden wie auch gegenüber den Bewohner*innen, Klient*innen, Kund*innen und der An – und Zugehörigen aber auch gegenüber der Öffentlichkeit erfolgen.

Als Dachverband sieht es der Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V. (DiCV Augsburg) daher als seine Aufgabe, seinen Mitgliedseinrichtungen in dieser Positionierung Hilfestellung und einen Rahmen zu bieten. Aus diesem Grund hat sich das Ethikkomitee des DiCV Augsburg intensiv mit der Frage einer Positionierung auseinandergesetzt. Hierbei wurden bereits vorhandene Konzepte gesichtet unter anderem die Handreichung aus dem Caritasverband der Erzdiözese München und Freising (DiCV München).

Da die Position des Ethikkomitees des DiCV Augsburg inhaltlich sehr nah an der Positionierung des Ethikrats des DiCV München war, wurde in enger Absprache mit dem Ethikrat des DiCV München deren Handreichung überarbeitet und an die Gegebenheiten in der Diözese Augsburg angepasst. So wurde der erste Teil (Teil A) sowie Teile des Anhangs und des Literaturverzeichnisses verändert, während die Teile B-D unverändert aus der Handreichung des DiCV München übernommen wurden.

Daher gilt unser Dank ganz besonders dem DiCV München und seinem Ethikrat, der uns freundlicherweise die Überarbeitung und Anpassungen, sowie die Übernahme großer Teile der Handreichung genehmigt und ermöglicht hat. Außerdem möchte ich mich sehr herzlich bei den Mitgliedern des Ethikkomitees, insbesondere der Arbeitsgruppe zum assistierten Suizid bedanken, die sich intensiv mit der Thematik und der Überarbeitung auseinandergesetzt haben.

Die nun vorliegende Handreichung soll den Diensten und Einrichtungen des DiCV Augsburg eine Hilfestellung bieten, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, ihre eigenen Konzepte auf den Umgang mit Suizidwünschen hin anzupassen und eine lebensbejahende hospizliche Haltung bei den Mitarbeitenden zu fördern.

Allen Leserinnen und Lesern möchte diese Handreichung sowohl Denkanstoß, wie auch Hilfestellung sein, in der ethischen Auseinandersetzung und beim Finden einer eigenen Haltung zu diesem hochkomplexen aktuellen gesellschaftlichen Thema.



Diakon Markus Müller
Diözesan-Caritasdirektor

Einführung

Zahlreiche Einrichtungen und Dienste des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg (DiCV) und seiner Mitglieder haben es sich zur Aufgabe gemacht, Menschen insbesondere auch in Krisen, bei schwerer Erkrankung und am Lebensende zu versorgen und zu begleiten.

Viele dieser Betroffenen fürchten für sich ein Ende mit Schmerzen, in Abhängigkeit von Menschen und Maschinen oder in einem langen Siechtum, besonders aber davor, in ihrer Erkrankung abhängig und handlungsunfähig zu werden. Hinzu kommen Klient*innen, die von Depressionen und psychischen Erkrankungen betroffen sind. Schon immer wurden aus diesem Kreis die Wünsche nach einem Ausweg aus dieser Lage in Form der Beendigung ihres Lebens geäußert, sei es durch unterstützende Maßnahmen oder die Möglichkeit, sich selbst zu töten.

Schwer erkrankte Menschen mit Sterbewünschen und auch akut durch Suizid gefährdete Klient*innen zu begleiten, geschah bisher in einem engen gesetzlichen Rahmen.

Durch den gesellschaftlichen Diskurs, die laufenden Gesetzgebungsverfahren und die zunehmenden Angebote zum assistierten Suizid stellen sich nun neue Herausforderungen für die Mitarbeitenden der Einrichtungen und Dienste in diesen Bereichen.

In Deutschland sterben im Jahr um die 10.000 Menschen durch Suizid, rund 75 % der Selbsttötungen wurden von Männern begangen. Das Durchschnittsalter lag bei Männern bei 60, bei Frauen bei 62 Jahren. Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Lebensalter. Am häufigsten wählten die Betroffenen eine Selbsttötung durch „Erhängen, Strangulieren oder Ersticken“, dabei Männer mit nahezu der Hälfte (49,9 %), Frauen bei knapp einem Drittel (30 %) ¹. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat jeder Suizid Einfluss auf mindestens sechs weitere Personen. In vielen Fällen steht ein Suizid im Zusammenhang mit besonderen Belastungssituationen oder psychischen Störungen. ²

Dem Thema Suizidprävention wird seit vielen Jahren Aufmerksamkeit gewidmet, 2001 von der Bundesregierung mit der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) sogar ein nationales Suizidpräventionsprogramm gestartet. Es soll Rahmenbedingungen schaffen, die ein generelles suizidpräventives Klima bewirken und Forschung und praktisches Handeln stimulieren. Vorbeugende Maßnahmen, wie die Art der Berichterstattung in den Medien – beispielsweise bei Suiziden Prominenter oder bestimmten Orten und Methoden – stehen auf dem Programm. ³

Gegenläufig dazu nahmen aber Angebote zur Hilfe beim Suizid, z.B. durch Sterbehilfvereine zu. Wollte man im Jahr 2015 mit der Verabschiedung des §217 Strafgesetzbuch (StGB), der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt hatte, dem Trend der auf Wiederholung angelegten Dienstleistungsangebote zur Unterstützung von Suiziden entgegenwirken, erklärte im Februar 2020 das Bundesverfassungsgericht diesen Paragraphen für ungültig. ⁴ Das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe gilt nun nicht mehr, d.h. die Rechtslage wie vor dem Inkrafttreten des § 217 StGB wurde wiederhergestellt. Eine Hilfe, also eine Assistenz zum Suizid, ist demnach derzeit straflos möglich, sofern der Suizid freiverantwortlich erfolgt.

1 (Statistisches Bundesamt, 2023)

2 (Nationales Suizidpräventionsprogramm: Daten und Fakten, kein Datum)

3 (Nationales Suizidpräventionsprogramm: Medieneffekte)

4 (Bundesverfassungsgericht, 2020)

Aktuell wird eine Neuregelung des assistierten Suizids diskutiert. Mit einer Neuregelung sollte nun der staatliche Auftrag zum Lebensschutz erfüllt werden. Zwei Gesetzentwürfe über eine Neuregelung der Suizidhilfe, die von fraktionsübergreifenden Gruppen erstellt wurden, hat der Bundestag am 6. Juli 2023 mehrheitlich zurückgewiesen. Einen gemeinsamen Antrag beider Gruppen mit dem Titel „Suizidprävention stärken“ nahm das Parlament hingegen mit 692 Ja-Stimmen bei einer Nein-Stimme und vier Enthaltungen an.⁵

Und so erleben Mitarbeitende und Leitungskräfte in den Einrichtungen und Diensten die Anliegen von Klient*innen und Angehörigen auf vielfältige Weise: als Wunsch nach Orientierung und Informationen, aber auch als konkrete Anfrage: „Wie weit sind Sie bereit, mich zum Lebensende hin zu begleiten?“ Daher müssen sich Verband, Einrichtungen und Dienst fragen und positionieren, wie und in welchem Rahmen sie für die Gruppe der Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung Begleitung und Heimat anbieten können: Menschen, die sich im Kontext von Krankheit und Gebrechlichkeit um ihr Selbstbestimmungsrecht, ihre Handlungsfähigkeit und ein Sterben in Würde sorgen – und auch einen assistierten Suizid in Betracht ziehen.

Um einen Beitrag zur Debatte, aber auch zur Arbeit an den damit verbundenen Fragen zu leisten, hat der Deutsche Caritasverband (DCV) im September 2021 eine erste, richtungweisende Orientierungshilfe erstellt.⁶ Auf diesem grundlegenden ersten Schritt baut die Handreichung des Diözesancaritasverbandes München und Freising (DiCV München)⁷ auf, deren Empfehlungen für eine Positionierung, konkreten Aspekten für die Praxis und kurzen Handlungsempfehlungen sich die vorliegende Handreichung des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg (DiCV Augsburg) mit freundlicher Genehmigung anschließt. Das Vorwort, die Einführung, Teil A und Teile des Anhangs wurden durch den DiCV Augsburg überarbeitet. Die Empfehlung für die Positionierung und Teil D und C wurden unverändert vom DiCV München übernommen.

Auch diese Handreichung versteht sich nicht als abschließende Erarbeitung, sondern als weiterer Baustein einer gesellschaftlichen und verbandlichen Auseinandersetzung. Auf der Basis eines christlichen Welt- und Menschenbildes möchte sie einen Beitrag zum Umgang mit den komplexen Fragestellungen und Entscheidungen im Kontext eines „Sterbens in Würde“, hier speziell im Umgang mit dem Thema „assistierter Suizid“ leisten.

Die Handreichung hat zuerst Trägervertretungen, Leitungen und Mitarbeitende der Einrichtungen und Dienste des DiCV und seiner angeschlossenen Einrichtungen und Dienste im Blick, besonders jedoch die stationäre Altenhilfe, die Eingliederungshilfe und die ambulanten Dienste im pflegerischen, psychosozialen und hospizlich-palliativen Bereich.

Für jegliche Rückmeldungen und Anregungen zur Weiterentwicklung dieser Handreichung sind die Mitglieder des Ethikkomitees dankbar.

5 (Deutscher Bundestag, kein Datum)

6 (Deutscher Caritasverband, 2021)

7 (Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., 2023)

Teil A: Theoretisch-fachlicher Hintergrund

(überarbeitet vom Ethikkomitee des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V.)

Rechtliche Rahmenbedingungen und Begriffsklärungen

Eine wichtige Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Aspekten der Thematik, ist eine Klärung der verwendeten Begriffe und der rechtlichen Rahmenbedingungen. Traditionelle Begriffe wie die Unterscheidung von „aktiver“, „passiver“ und „indirekter“ Sterbehilfe können heute präziser und rechtlich genauer gefasst werden. Manche Form der Beteiligung am Sterben eines Menschen ist bereits rechtlich geregelt, andere stehen zur Diskussion und sind im Wandel begriffen.⁸

Sterbehilfe

Sterbehilfe steht als Sammelbegriff über einer ganzen Reihe von Handlungen von Menschen im Kontext des Sterbens einer anderen Person von der reinen Sterbebegleitung bis hin zur Tötung auf Verlangen. Sie kann rechtmäßig oder strafbar sein. Die jeweilige ethische Beurteilung ist Gegenstand der aktuellen Debatte und Gegenstand dieser Handreichung.

Tötung

Der Begriff Tötung bezeichnet Delikte, die durch aktives Tun oder durch Unterlassen in einem absehbaren Zeitraum zwingend zu einem „vorzeitigen“, bzw. „unnatürlichen“ Tod führen. Das Strafrecht kennt verschiedene vorsätzliche Tötungsdelikte (§ 212 Totschlag, § 211 Mord, § 216 Tötung auf Verlangen) sowie fahrlässige Tötungsdelikte (§ 222 fahrlässige Tötung, § 223 Körperverletzung mit Todesfolge) und auch dazugehörige Qualifizierungsdelikte.

Aktive Sterbehilfe

Unter „aktiver“ Sterbehilfe wurden traditionell alle „aktiven“ Handlungen zusammengefasst, die zum Tod einer Person beigetragen haben, der Begriff „aktiv“ ist aber unscharf. Bei der Frage nach der Strafbarkeit ist der Begriff der „Tatherrschaft“ das entscheidende Kriterium. Zu unterscheiden sind rechtlich die „straflose Beihilfe zur Selbsttötung“ und andere Straftatbestände wie § 216 (Tötung auf Verlangen) oder §§ 211, 212 (Mord, Totschlag). In der ethischen Beurteilung ist die Abgrenzung „Aktiv gleich verboten“, „passiv gleich erlaubt“ nicht immer trennscharf (z.B. Morphingabe im Rahmen der Versorgung.) Diese Erklärung schließt sich dem Vorschlag zur Terminologie des nationalen Ethikrates von 2006 an.⁹

Sterben zulassen

Von Sterbenlassen – in Abgrenzung zum allgemeineren Begriff „passive Sterbehilfe“ wird gesprochen, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre.¹⁰

In diesem Fall wird also das Fortschreiten einer tödlich verlaufenden Erkrankung nicht (mehr) durch lebenserhaltende Maßnahmen aufgehalten (z.B. Gabe von Antibiotika, Nicht-Anlage oder

8 So urteilt das Bundesverfassungsgericht am 26.02.2020: „Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“ (Bundesverfassungsgericht, 2020)

9 (Nationaler Ethikrat, 2006)

10 Nationaler Ethikrat, 2006)

Nicht-Nutzung einer Magensonde (PEG), Verzicht auf weitere Therapien). Das Zulassen des Sterbens ist nicht strafbar, wenn die unterlassenen Maßnahmen vom/ von der Patient*in nicht mehr gewünscht, bzw. sie medizinisch nicht indiziert sind.

Sterbebegleitung

Sterbebegleitung bedeutet im hospizlich-palliativen Sinne „Lebensbegleitung bis zuletzt“: man greift nicht in den natürlichen Sterbeprozess ein oder setzt diesen in Gang, sondern sorgt, wenn gewünscht, für Beistand im vorrangig psychosozialen und spirituellen Bereich. Eine angepasste palliativmedizinische und palliativpflegerische Symptomkontrolle kann zu einem Sterben in Würde und Ruhe beitragen. „Sterbebegleitung“ ist nicht strafbar.

Passive / Indirekte Sterbehilfe

Mit den Begriffen „passive“ und „indirekte“ Sterbehilfe wurde herkömmlich die Abgrenzung von „erlaubter“ – weil nicht direkt kausal wirkender – Hilfe beim Sterben zu „unerlaubter“, weil „aktiver“ Sterbehilfe bezeichnet. Zur indirekten Sterbehilfe zählten Maßnahmen, bei denen eine Verkürzung der Lebenszeit zwar nicht beabsichtigt war, aber zur Leidenslinderung in Kauf genommen wurde (z.B. hochdosierte Gabe von Medikamenten gegen Atemnot). Die indirekte Sterbehilfe ist nicht strafbar. Präziser lassen sich heute die Maßnahmen mit „Sterben zulassen“ und „Therapien am Lebensende“ beschreiben, die wesentlich genauer von Maßnahmen wie „Assistiertem Suizid“ und „Tötung auf Verlangen“ abgrenzen.

Therapien am Lebensende

„Zu Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern“¹¹, bzw. zu erhalten, Leiden zu mildern und vor allem die Lebensqualität zu verbessern; sowie solche, „bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist.“¹² Darüber hinaus umfassen „Therapien am Lebensende“ besonders auch pflegerische und weitere therapeutische Maßnahmen wie beispielsweise Physiotherapie, Logopädie und Atemtherapie.

Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken / Sterbefasten

Eine einwilligungsfähige Person, die sich nicht im unmittelbaren Sterbeprozess befindet, entschließt sich, auf Essen und Trinken zu verzichten, um den Tod herbeizuführen. Der Verzicht auf Essen und Trinken ist nicht strafbar.

Selbsttötung/Suizid

Unter Suizid versteht man die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens, Täter und Opfer sind identisch. Bei einer Selbsttötung liegt die Tatherrschaft alleine bei der betreffenden Person, beispielsweise durch Einnahme oder Infusion eines tödlichen Medikamentes. Die Selbsttötung ist nicht nur nicht strafbar, sondern wird in der aktuellen Rechtsprechung vom Bundesverfassungsgericht als Ausdruck persönlicher Autonomie verstanden.¹³

11 (Nationaler Ethikrat, 2006, S. 54)

12 (Nationaler Ethikrat, 2006, S. 54)

13 BVerfGE: Leitsätze zum Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020: „Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren“, zitiert nach: (Bundesverfassungsgericht)

Freiverantwortlichkeit und Suizid

Freiverantwortlichkeit und Selbstbestimmung ereignen sich nicht in einem bezugslosen Raum. Dementsprechend hat die Selbstbestimmung einer Person sowohl kognitive, emotionale wie auch voluntative Komponenten - und ist darüber hinaus an bestimmte soziale Bedingungen gebunden. Diese Faktoren, die Selbstbestimmung und Freiverantwortlichkeit ermöglichen, sind in den unterschiedlichen Lebensphasen und Lebensbereichen einer Person abhängig von äußerer Lage und innerer Verfassung jeweils unterschiedlich vorhanden. Gerade aber in Hinblick auf eine Suizident-scheidung sind aufgrund der existentiellen Bedeutung an die Freiverantwortlichkeit besonders hohe Anforderungen zu stellen.¹⁴

So muss die entscheidende Person über den Gegenstand der von ihr zu treffenden Entscheidung und über Handlungsalternativen hinreichend informiert und nicht durch eine psychische Störung beeinträchtigt sein. Sie darf nicht unter unzulässigem Druck stehen. Aus ethischer Sicht muss ein Mensch hinreichend geistig entwickelt und psychisch gereift sein, um wirklich selbstständig entscheiden und handeln zu können.

Beihilfe

Gehilfe ist, wer dem Täter vorsätzlich, also wissentlich und willentlich, bei der Begehung dessen rechtswidriger Tat Hilfe leistet. Diese Hilfe erleichtert dem Täter die Tat oder fördert diese, sei es durch psychische oder physische Unterstützung. Die Tatherrschaft liegt weiterhin beim Täter. Die Hilfeleistung kann sowohl durch aktives Tun, als auch durch Unterlassen (Garantenstellung) erbracht werden.

Assistierter Suizid

So wie die freiverantwortliche Selbsttötung selbst ist nicht strafbar ist, so verhält es sich auch mit der Hilfe / Assistenz zur Selbsttötung. Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts umfasst die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, „auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“¹⁵ Selbst das Verbot geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung darf nicht so weit gehen, dass dem Einzelnen faktisch keine Möglichkeit mehr bleibt, diese verfassungsrechtlich geschützte Freiheit wahrzunehmen. Ein Gesetzgebungsverfahren zum assistierten Suizid ist im Jahr 2023 gescheitert, eine Neufassung noch ausstehend.

Die Assistenz zum Suizid umfasst nicht nur ärztliche Tätigkeiten. Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.

Palliativversorgung

Nach Definition der WHO ist die Palliativversorgung „ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen.“¹⁶

14 vgl. (Deutscher Ehtikrat, 2022, S. 76) Demnach müssen Anforderungen, deren Erfüllung für die Freiverantwortlichkeit anderer Entscheidungen hinreicht, nicht auch die von Suizident-scheidungen verbürgen. Insbesondere nicht gründlich überlegte oder lediglich den Erwartungen anderer Personen Rechnung tragende Suizident-scheidungen sind nicht als freiverantwortlich zu bewerten“

15 (BVerfGE:, 2020)

16 (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 2)

Unterlassene Hilfeleistung

§ 323c Strafgesetzbuch stellt das Unterlassen von Hilfeleistung bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not, sofern dies möglich ist, unter Strafe. § 323c Strafgesetzbuch (Unterlassene Hilfeleistung) zwingt in keinem Fall zu Hilfeleistungen gegen den erklärten Willen des freiverantwortlich handelnden Suizidwilligen.¹⁷

Versorgungsauftrag

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen in den Sozialgesetzbüchern werden zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern Versorgungsverträge geschlossen, die Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen regeln. Dieser Versorgungsauftrag muss von den Einrichtungen und Diensten erfüllt werden (z.B. Grundpflege, palliative Versorgung, psychosoziale Begleitung).

Hausrecht

Nicht nur in der eigenen Häuslichkeit, sondern auch im privaten Zimmer der Einrichtung haben die Klient*innen das Hausrecht. Das bedeutet, dass alleine ihnen die Entscheidung zukommt, welche Personen Zutritt erhalten und welche nicht.

Für Klient*innen, die in stationären Einrichtungen versorgt werden, gilt dies ebenfalls.

17 (Fischer, 2019)

Medizinischer Hintergrund

In Deutschland gibt es Sterbehilfeorganisationen, die assistierten Suizid durchführen. Sie assistieren auch Menschen in Alten- und Behinderteneinrichtungen bei der Selbsttötung. Außerhalb dieser Organisationen leisten auch einzelne Ärzt*innen Suizidassistenten.

Das Verschreiben des zum Tode führenden Medikaments, die Aufklärung über die Art der Einnahme, die Wirkung wie auch der Nebenwirkungen sind der ärztlichen Assistenz zugeordnet. Das Medikament selbst wird jedoch nicht von einem Arzt verabreicht.

Entscheidend bei der Prüfung des Suizidwunsches ist die Feststellung der Freiverantwortlichkeit. Sie kann durch angeborene oder erworbene kognitive Beeinträchtigungen sowie durch psychische Erkrankungen wie etwa eine Depression eingeschränkt sein. Dies zu klären und festzustellen ist ebenfalls ärztliche Aufgabe.

Eine sorgfältige Abklärung und Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen und bei palliativen Beschwerden im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen können im Sinne einer guten Suizidprävention wirken. Dies lässt Suizidwünsche häufig zurücktreten.

Es ist aber auch zu respektieren, dass nicht jede psychische oder körperliche Erkrankung so behandelt werden kann, dass das subjektiv empfundene Leid für den betroffenen Menschen zufriedenstellend gelindert wird.

Theologischer Hintergrund

Die Frage nach der Würde

Alle Menschen, die sich mit ihrem eigenen Sterben befassen, wünschen sich zuerst und fast ausschließlich ein „Sterben in Würde“. Gerade jene, die unmittelbar davon betroffen sind - sei es wegen ihres Alters oder aufgrund schwerer Erkrankungen und dem Verlust von Selbstständigkeit - tun das mit dem Blick auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens mit großen Sorgen: Ihre Selbstbestimmung und die Achtung ihrer Würde zu verlieren, abhängig von Maschinen dazuliegen und qualvoll sterben zu müssen.

Viele erwarten, dass ein solches Leben mit Einschränkungen, einem Verlust an Selbstständigkeit, mit schwerer Krankheit oder gar Demenz für sie keinen Lebenswert und keine Würde mehr besitzt. Ein Ende aus freier Entscheidung durch Medikamente erscheint ihnen würdiger als ein Weiterleben in Abhängigkeit. Würde in diesem Sinne versteht sich als „kontingent“, sie umfasst die jeweiligen Rahmenbedingungen, der Wert eines Lebens bemisst sich nach den Lebensumständen. Würde kann verlorengehen, was als Letztes bleibt sind Selbstbestimmung und der freie Wille, dieses Leben beenden zu können.

Dem gegenüber vertreten wir die Konzeption einer „inhärenten“ Würde: Sie kommt jedem Menschen auf Grund seines Menschseins zu, sie liegt in seiner Existenz verankert. Diese Würde des Menschen ist ein Status, sie kann nicht verdient werden, sie kann auch nicht aufgrund äußerer Umstände ver-

loren gehen. Sie gilt für jeden, überall und jederzeit. Dieses Würdekonzept liegt auch allen internationalen Erklärungen von universalen Menschenrechten und von Menschenwürde zu Grunde.

Universalität und Gottesebenbildlichkeit

Obwohl die These einer allen Menschen eingeborenen Würde auch rein philosophisch aus dem Humanismus heraus begründet werden kann, wurzelt das jüdisch-christliche Verständnis einer inhärenten Würde im Glauben an die Geschöpflichkeit des Menschen: Gott erschafft den Menschen – und er erschafft ihn nach seinem Bilde (Gen 1,26f). So verdankt sich der Mensch nicht seiner eigenen Schaffenskraft, hat nicht alles selbst in der Hand – und in ihm liegt verborgen, wie Gott ist: lebensbejahend und liebend.

So begegnen glaubende Menschen jedem anderen Menschen mit Ehrfurcht und Staunen, weil sie in ihm das unverfügbare Bild des unendlichen Gottes erkennen. „Staunen, Zustimmung und Ehrfurcht beginnen damit, dass der Mensch Abstand hält zu den Dingen des Lebens und sie sein lässt, wie sie von sich aus sind. So entdeckt er (...), dass die anderen Menschen, denen er begegnet, aber auch Tiere und Pflanzen sowie die natürlichen Dinge des Lebens nicht nur einen Gebrauchswert für ihn, sondern einen Eigenwert für sich besitzen“¹⁸

Staunen, Ehrfurcht und Würde gelten aber nicht nur innerhalb bestimmter Gemeinschaften, Nationen oder Volksgemeinschaften. In der Gottesebenbildlichkeit aller Menschen liegt für Glaubende auch der Anspruch auf Universalität begründet – ohne jede Ausnahme von Herkunft und Situation. „Im Neuen Testament findet diese Aussage ihre christologische Tiefendimension: In der Menschwerdung des Gottessohnes nimmt dieser die menschliche Natur an und vereinigt sich auf diese Weise mit dem Menschen.“¹⁹ Durch die Menschwerdung Jesu trägt so jeder Mensch diese Würde in sich²⁰, schon für den Heiligen Paulus gilt diese Würde universal: „Es gibt nicht mehr Juden und Griechen, nicht Sklaven und Freie, nicht Mann und Frau; denn ihr alle seid ‚einer‘ in Christus Jesus.“ (Gal 3,26-28)

Zwischen Lebensbejahung und Freiheit

Bei der Frage nach der Würde im Sterben sind Christ*innen deshalb zunächst auf eine lebensbejahende Grundhaltung verwiesen, die ihren Ausdruck findet in Zustimmung, Staunen und Ehrfurcht, Fürsorge und Mitleid, oder Selbstbegrenzung, Verzicht und Maß.²¹ Gerade Fürsorge und Mitleid sind die wesentliche Antwort des/ der Christ*in auf die eigene Endlichkeit sowie die Sterblichkeit und Hinfälligkeit des Menschen. So stehen Christ*innen „dem leidenden Menschen – nicht dem Leiden als solchen – in besonderem Maße nahe.“²²

Doch ethische Prinzipien wie „Fürsorge“ und „Mitleid“ sind nicht die einzigen, die für Christ*innen im Blick auf den sterbenden Menschen zu berücksichtigen sind. „Denn der Mensch hat ein Gesetz, das von Gott seinem Herzen eingeschrieben ist, dem zu gehorchen eben seine Würde ist und gemäß dem er gerichtet werden wird. Das Gewissen ist die verborgenste Mitte und das Heiligtum im

18 (Schockenhoff, 2009, S. 610 ff.)

19 (Schuster, 2014)

20 vgl. (Franziskus, 2024, S. 22)

21 vgl. (Schockenhoff, 2009, S. 607)

22 vgl. (Schockenhoff, 2009, S. 623)

Menschen, wo er allein ist mit Gott, dessen Stimme in diesem seinem Innersten zu hören ist.“²³

In Entscheidungssituationen am Lebensende ist all dies zu berücksichtigen. So können im konkreten Fall Tötungsverbot, Lebensbejahung und Fürsorge in Spannung zu Selbstbestimmung und freier Gewissensentscheidung stehen. Doch bei allen Entscheidungen muss der sterbende Mensch, seine Ängste und Hoffnungen, seine Freuden und seine Trauer im Mittelpunkt stehen.²⁴ „Der sterbende Mensch muss sicher sein können, mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert zu werden.“²⁵

Die Gewissensentscheidung des Einzelnen ist ein Akt der von Gott geschenkten Freiheit des Menschen. Sie darf in keiner Weise erzwungen werden oder geschuldet sein, weder durch Druck (z.B. von Einrichtungen oder Familien) noch durch Erwartungen (z.B. nicht zur Last zu fallen). Wer Menschen am Lebensende begleitet, wird dieses innere Ringen achten und unterstützen. Jede wahre freie Gewissensentscheidung ist – egal wie sie getroffen wird – zu akzeptieren, denn nur vor Gott muss der Mensch Rechenschaft ablegen.

Das Recht auf eine freie Gewissensentscheidung steht in diesem Kontext im gleichen Maße auch den einzelnen Mitarbeitenden zu. Kein*e Angestellte*r einer Einrichtung kann dazu gezwungen werden, gegen seine Gewissensentscheidung einem Suizid zu assistieren oder diesen zu fördern, selbst wenn dieser nach staatlichem Recht erlaubt sein sollte.

Der Auftrag einer fürsorgenden Begleitung

Der Auftrag einer fürsorgenden Begleitung bezieht sich auf die vorgegebenen christlichen Werte und Normen.

Im christlichen Menschenbild gibt es kein lebensunwertes Leben, da das Leben einen Wert an sich besitzt und ihm nicht nur durch die Person ein Sinn gegeben wird. Einen assistierten Suizid lehnt die Kirche deshalb ab. Auf dieser Grundlage engagiert sie sich deshalb stark in der Begleitung der kranken und sich in einer Krise befindenden Menschen, weil sie diese im Ringen um ihre Entscheidung nicht allein lassen will.

Alle Menschen in der fürsorgenden Begleitung - von Mitarbeitenden bis zu Personen im sozialen Umfeld - sollen sensibel werden für diese Thematik und, wenn sie damit in Berührung kommen Wahrnehmen, Ernstnehmen, Aufnehmen sowie Zeit und Raum für den Austausch darüber schaffen.

Den Menschen an sich und seine Geschichte hinter dem Suizidwunsch zu sehen und diese zur Sprache bringen zu dürfen, ist Auftrag aller Mitarbeitenden in den verschiedenen Bereichen unserer Trägerschaft.

Neben dem physischen Schmerz kann auch psychischer, sowie sozialer und spiritueller Schmerz Ursache des Suizidgedankens oder des Suizidwunsches sein, der mit interdisziplinärer Unterstützung, wahrgenommen und meist gelindert werden kann.

23 (Franziskus, 2024, S. 16)

24 vgl. (Franziskus, 2024, S. 1)

25 (UNO, 2010, S. 9)

Jedoch kann es auch Situationen geben, in denen das Leid aus der Sicht der betroffenen Person nicht hinreichend beherrscht werden kann. Wie auch immer sie ihre Lage deutet, sie soll sich nicht alleine gelassen oder einsam fühlen, sondern wahrhaftiges Interesse an ihr als Person wahrnehmen und sich verstanden wissen.

Die Träger und Einrichtungen sind aufgefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen im Alltag Platz für das Thema gewährleistet ist, sowie ein adäquater Umgang gelebt und praktiziert werden kann, getragen vom Engagement für den Menschen. Ein eigenes Angebot des Trägers zum assistierten Suizid schließt sich aufgrund der Grundausrichtung für das Leben aus.

Die äußeren Bedingungen der Einrichtungen müssen für den/die Einzelnen so gestaltet werden, dass er/sie sein Leben (ggf. wieder neu) bejahen kann. Ein vielfältiges und multiprofessionelles Beziehungs- und Begleitungsangebot muss vorhanden sein. In den Gesprächen gilt es, die Menschen aufmerksam und wertschätzend zu begleiten sowie eine lebensbejahende Grundhaltung durch das Aufzeigen von Optionen, Alternativen und Möglichkeiten zu fördern

Bei psychischen Erkrankungen und Beschwerden soll ein fachspezifisches und ggf. interdisziplinäres Team zur Abklärung, Behandlung und Begleitung zur Verfügung stehen.

Bei somatischen Erkrankungen müssen nicht unbedingt alle medizinischen Therapiemöglichkeiten genutzt werden (z.B. Dialyse, PEG-Sonden). Dies muss im Sinne des/ der Patient*in und der Lebensqualität in einem ruhigen Gespräch abgewogen und geklärt werden.

Für belastende Symptome bei somatischen Erkrankungen bieten die Palliativmedizin und die Palliativpflege wie auch die hospizliche Begleitung eine Vielzahl von Möglichkeiten und Angeboten, Leiden zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern, z.B. spezialisierte (SAPV) und allgemeine ambulante Palliativ-Versorgung (AAPV), Palliativstationen, palliativmedizinische Dienste an den Kliniken, psychosoziales Begleitungs- und Unterstützungsangebot der ambulanten Hospizdienste.

Auch Menschen in anderen Lebenssituationen und dem Wunsch zu sterben, sollen mit in den Blick genommen werden. Menschen dürfen nicht aufgrund eines mangelnden Informations- und Gesprächsangebots in eine Situation kommen, in der sie nur noch einen Ausweg im assistierten Suizid sehen.

Zentral ist: Es sind Menschen in einer individuellen, existenziellen Situation, die sich in einer Entscheidungssituation befinden. Diese bewegt sich in einem ethischen Spannungsfeld zwischen Stärkung der Freiheit und Autonomie auf der einen und dem Lebensschutz auf der anderen Seite.

Teil B: Empfehlung des Ethikrats für eine Positionierung

Der Diözesan-Caritasverband (DiCV) als Spitzenverbandlicher Vertreter seiner Mitglieder mit ihren Einrichtungen und Diensten als auch als Träger eigener Einrichtungen und Dienste möchte mit der vorliegenden Empfehlung des Ethikrats fachliche Unterstützung leisten. Der Ethikrat hat dabei die Aufgabe, die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen, die sich mit der Begleitung, Betreuung und Versorgung kranker, pflegebedürftiger, sterbender Menschen oder von Menschen mit Behinderungen ergeben, zu fördern. Dies bezieht auch den Umgang mit dem komplexen Thema des assistierten Suizids mit ein.

Durch die Formulierung und Kommunikation einer ersten Positionierung des DiCV soll eine Orientierung für die Leitungen und Mitarbeitenden, aber indirekt auch die Klient/-innen und deren An- und Zugehörige geschaffen werden. Sie stellt eine erste Annäherung dar und wird mit zunehmender Erfahrung im Umgang mit dem Thema und bei Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt.

Der Ethikrat empfiehlt auf der Basis der vorgenannten fachlichen Hintergründe und der unterschiedlichen Positionierungen/Stellungnahmen z.B. der Deutschen Bischofskonferenz, des Deutschen Caritasverbandes, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, des Deutschen Ethikrats (s. Anlage I.) folgende Inhalte einer Positionierung:

1. Auf der Basis einer dem Leben zugewandten Haltung gilt es den Menschen zur Seite zu stehen und dabei ihr Recht auf Selbstbestimmung zu achten und zu unterstützen.²⁶
2. Die Versorgung im Rahmen des Versorgungsauftrags und die mitmenschliche, psychosoziale Begleitung werden an den individuellen Wünschen der Klient/-innen ausgerichtet.

Durch eine bestmöglich an den Bedürfnissen des individuellen Menschen ausgerichtete Versorgung und Begleitung soll der Lebenswille gestärkt werden.

Dies beinhaltet insbesondere das Angebot verlässlicher, respektvoller Beziehungen zwischen Klient/-innen und Mitarbeitenden, sowie anderen Bezugspersonen. Daneben sind auch strukturelle und materielle Rahmenbedingungen, die zur Erhaltung des individuellen Lebenswillens beitragen, in den Blick zu nehmen (z.B. ausreichend Zeit für eine aktivierende Pflege, Beteiligung an alltäglichen Entscheidungen).

3. Das Thema Sterbewünsche, bis hin zum assistierten Suizid, wird sowohl mit den Klient/-innen als auch unter den Mitarbeitenden offen besprochen und nicht tabuisiert.

Grundsätzlich und unverzichtbar bilden dabei zuhören, Nöte wahrzunehmen, Gespräche auf Augenhöhe, nicht be- bzw. verurteilen der Überlegungen die Grundlage des täglichen Umgangs. Dieser Umgang sollte getragen sein von einer zugewandten, empathischen Haltung aller Mitarbeitenden, die eingebettet ist in eine Sorgeskultur der Einrichtung/des Dienstes.

Es ist zu prüfen, welche Unterstützung die Mitarbeitenden im Hinblick auf die Fragestellungen des (assistierten) Suizids benötigen, um z.B. zu einer Verbesserung der Sprachfähigkeit, der Dialog- und Beziehungskompetenz oder der emotionalen Unterstützung beizu-

26 (Deutscher Caritasverband, 2021)

tragen. Entsprechende Angebote sind vorzuhalten. Zudem ist die Benennung eines/ einer Ansprechpartners/-in (intern oder extern) für diese Thematik sinnvoll.

4. Der Suizidprävention wird besondere Bedeutung zugemessen und es werden entsprechende Angebote zur Verfügung gestellt.

Neben einem achtsamen, respektvollen und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Umgang und einer entsprechenden Versorgung der Klient/-innen bedarf es spezifischer Angebote zur Suizidprävention. Durch Informations- und Beratungsangebote können Handlungsoptionen aufgezeigt und psychosoziale Ansprache und Zuwendung ermöglicht werden.

Die Ursachen für Suizidwünsche sind vielfältig und liegen in verschiedenen Lebensfeldern. Hier ist neben der Angst vor belastenden Symptomen, vor dem Verlust der Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, der Sorge zur Last zu fallen und Einsamkeit auch an wirtschaftliche oder psychosoziale Ursachen zu denken.

Liegt die Ursache im medizinischen Bereich bieten sich Gespräche über die Möglichkeiten professioneller Symptomlinderung bei Schmerzen, Luftnot, Angst und anderen belastenden Symptomen bis hin zur palliativen Sedierung an. Daneben sollte über die Möglichkeit des Verzichts auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, Beatmung, Intubation, Dialyse, Reanimation oder andere lebenserhaltende Maßnahmen aufgeklärt werden.

Das Angebot einer gesundheitlichen Versorgungsplanung (§ 132g SGB V) ermöglicht einen Beitrag zur Stärkung der Selbstbestimmung und der Berücksichtigung der Wünsche der Klient/-innen an ihre medizinisch-pflegerische und psychosoziale Versorgung und Begleitung für den Fall schwerer Krankheit. Im Rahmen der Gespräche können die Wünsche, aber auch Sorgen, z.B. vor dem Verlust der Selbstbestimmung, der Über- oder Unterversorgung bei schwerer Krankheit und andere damit im Zusammenhang stehende Fragen formuliert und entsprechend aufgegriffen werden. Sofern dabei Suizidwünsche erkennbar werden, kann auf spezifische Präventionsangebote hingewiesen werden.

Psychotherapeutische Gespräche können etwa nach psychisch belastenden Ereignissen, wie z.B. dem Verlust eines Lebenspartners, hilfreich sein.

Nicht zuletzt kommt Informationsangeboten zu sozialen/wirtschaftlichen Unterstützungsmöglichkeiten eine kaum zu unterschätzende Rolle bei der Suizidprävention zu.

Um Unterstützung auf diesen verschiedenen Feldern kompetent anbieten zu können, wird es der Zusammenarbeit von ehrenamtlichen oder professionellen Fachpersonen, -diensten (z.B. Seelsorge, Krisendienst, ...) und der Einrichtung bedürfen. Daher sollte ein entsprechendes Netzwerk bestehen, bzw. entwickelt werden.

Anzuerkennen ist aber auch, dass es in Einzelfällen Leid gibt, das trotz aller Bemühungen nicht soweit gelindert werden kann, dass die/der Klient/-in den Lebenswillen behält bzw. wiederfindet. Die Deutungshoheit, ob diese Situation eingetreten ist, liegt bei den Klient/-innen. Ihre Entscheidung ist zu respektieren.

5. Die Einrichtung/der Dienst selbst bietet weder die Assistenz beim Suizid an, noch führen ihre Mitarbeitenden sie durch (z.B. durch Bereitstellung von Medikamenten o.ä.).

Unter Assistenz werden dabei Handlungen oder Unterlassungen verstanden, die die Zielrichtung haben, die Umsetzung des Suizids zu ermöglichen oder zu fördern. Die Assistenz ist bereits aus rechtlicher Sicht nicht Gegenstand des durch Gesetz oder Leistungsvereinbarungen bzw. Arbeitsverträge beschriebenen Leistungsumfangs, aber auch aus Sicht des Ethikrats zu unterlassen.

Gegebenenfalls ist die Unterlassung der Suizidassistenz durch entsprechende arbeitsrechtliche Weisungen durch die Einrichtungen/Dienste gegenüber den Mitarbeiter/-innen sicherzustellen.

6. Die Einrichtung/der Dienst duldet die Durchführung von assistierten Suiziden in den privaten Räumen der Klient/-innen im rechtlich zulässigen Rahmen.

In Einzelfällen können echte Gewissensentscheidungen von Klient/-innen, trotz aller sorgenden Bemühungen der umgebenden Menschen, zum Wunsch nach assistiertem Suizid führen. Eine wahre freie Gewissensentscheidung ist letztlich zu akzeptieren. Daher ist die Durchführung von assistiertem Suizid in den privaten Räumen der Klient/-innen in diesen Fällen zu dulden.

7. Der Versorgungsauftrag wird auch bei der Durchführung eines assistierten Suizids sichergestellt.

Zum Versorgungsauftrag gehört die Versorgung der Grundbedürfnisse, wie z.B. das Stillen von Hunger und Durst, sowie ein Mindestmaß an Hygiene (u.a. Inkontinenzversorgung). Diese Maßnahmen sind, soweit vom Klienten gewünscht, durch die Mitarbeitenden grundsätzlich auch während eines Suizides durchzuführen.

8. Jede/r Mitarbeiter/-in, haupt- wie ehrenamtlich, hat die Möglichkeit von der Versorgung und Begleitung eines Menschen, der einen assistierten Suizid umsetzt, aus Gewissensgründen zurückzutreten.

Die Mitarbeitenden dürfen nicht gegen ihre Gewissensentscheidung zur Versorgung bzw. Begleitung der Klient/-innen während der Durchführung eines Suizids verpflichtet werden. Gegebenenfalls sollte eine Unterstützung für die Mitarbeitenden und die Teams bei diesen für sie häufig belastenden Entscheidungen zur Verfügung stehen (z.B. ethische Fallbesprechung, Supervision)

Die Leitung der Einrichtung/des Dienstes hat die Organisationsverantwortung für die Durchführung des Versorgungsauftrags. Hierbei ist auch die mögliche Situation, dass alle Mitarbeitenden aus Gewissensgründen von der Versorgung während der Zeit des assistierten Suizids zurücktreten, zu bedenken.

Daher sollte vorsorglich darüber nachgedacht werden, wie der Versorgungsauftrag z.B. durch Mitarbeitende aus anderen Bereichen (intern oder extern) weiter sichergestellt werden kann.

9. Eine qualitativ hochwertige hospizlich-palliative Versorgung wird für den Fall schwerer Erkrankung und am Lebensende zur Verfügung gestellt.

Durch deren Bereitstellung kann der Sorge vor belastenden Symptomen und einer unzureichenden oder nicht den individuellen Bedürfnissen angepassten medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Versorgung am Lebensende entgegengetreten werden. Hierzu ist zu prüfen, ob die erforderlichen Ressourcen vorhanden oder z.B. durch Vernetzung mit anderen Diensten hergestellt werden können (z.B. SAPV).

10. Es wird kontinuierlich daran gearbeitet, die Lebensbedingungen der Klient/-innen möglichst so zu gestalten, wie es ihren individuellen Wünschen und physischen, psycho-sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnissen entspricht, um ihren Lebenswillen zu erhalten und zu stärken.

Maßgeblich dafür sind auch die (wirtschaftlichen) Rahmenbedingungen der Arbeit der Einrichtungen und Dienste. Der Wunsch, das eigene Leben zu beenden, hängt von vielen Faktoren ab. Es darf nicht dazu kommen, dass Defizite in der Versorgung und Begleitung den Wunsch nach assistiertem Suizid auslösen bzw. fördern.

11. Es gilt, Entwicklungen der Normalisierung von assistierten Suiziden entgegenzuwirken, um einen damit verbundenen (zusätzlichen) Druck auf Menschen, die sich mit dem Gedanken an einen Suizid beschäftigen, zu vermeiden.

Hierzu gehören z.B. Maßnahmen wie das Verbot von Werbung durch Sterbehilfevereine in den öffentlichen Räumen der Einrichtung.

Teil C: Konkrete Aspekte für die Praxis

Ein Ziel dieser Handreichung ist es, zur Auseinandersetzung mit der Bedeutung des assistierten Suizids für den Alltag der Einrichtungen und Dienste beizutragen. Es werden dabei nicht nur bereits schwer erkrankte oder hochbetagte Menschen am Lebensende, sondern Alle mit Suizidgedanken oder Interesse am Suizid in den Blick genommen. Im besonderen Fokus liegen die Einrichtungen der stationären Alten- und der Eingliederungshilfe und Dienste im pflegerischen, psychosozialen und hospizlich-palliativen Bereich.

Im Folgenden werden Fragen und Vorschläge/Anregungen formuliert. Sie richten sich in verschiedenen Abschnitten an die Trägervertretungen, die Einrichtungsleitungen und die Mitarbeitenden. Die Ausführungen wurden jeweils nach den Phasen in der Versorgung/Begleitung im Zusammenhang mit assistiertem Suizid unterteilt. Die Vorschläge sind als erste Anregungen zu verstehen und sollen ergänzt und weiterentwickelt werden. Der Ethikrat und/oder der Referent für Hospiz- und Palliativversorgung des DiCV bieten Unterstützung bei der Bearbeitung dieser Fragen und Anregungen für die Praxis an.

Träger

Die Träger können wesentliche Rahmenbedingungen für einen Umgang mit dem Thema „Assistierter Suizid“ in ihren Einrichtungen und Diensten schaffen. Diesen Gestaltungsrahmen sollten Träger wahrnehmen. Sie wirken durch ihre Positionierungen, Maßnahmen zur Organisationsentwicklung und die Bereitstellung von Ressourcen auf die Organisationen ein. Ihre Aufgabe ist es, neben der Fachlichkeit auch eine professionelle Haltung der dort tätigen Leitungen und der Mitarbeitenden zu fördern, die die Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Menschen in den Mittelpunkt rückt und zugleich lebensbejahende Alternativen sichtbar machen hilft. Die folgenden Fragen und Vorschläge/Anregungen sind zur Unterstützung bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben gedacht.

1. Grundlegendes

1.1 Welche Position hat der Träger zum Thema „Assistierter Suizid“?

Die Entwicklung von Positionen und Haltungen ist ein Prozess. Durch die klare Formulierung und Kommunikation der Position des Trägers kann eine Orientierung für die Leitungen und Mitarbeitenden, aber auch die Klient/-innen und deren An- und Zugehörige geschaffen werden. Der Ethikrat bietet Vorschläge für die Inhalte einer Positionierung an (s. Teil B).

1.2 Sind die Position des Trägers und die rechtlichen Rahmenbedingungen den Leitungen und Mitarbeitenden bekannt und ist ihre Beachtung gesichert?

1.3 Welche Rahmenbedingungen, Konzepte und Angebote sollten geschaffen werden?

- Welche institutionellen Rahmenbedingungen sind erforderlich? (z.B. Räume und Zeit für Gespräche, Organisation der Vernetzung mit Kooperationspartnern wie z.B. Experten für Suizidprävention)
- Brauchen die Einrichtungen/Dienste Unterstützung bei der Entwicklung von

- Konzepten zum Umgang mit den Themen Sterbewünsche, assistierter Suizid?
- Welche Angebote für die Klient/-innen sollen vom Träger selbst geschaffen werden (z.B. Suizidprävention, Krisenintervention, ...), welche können durch Kooperationspartner übernommen werden?
 - Welche zusätzlichen Angebote müssen in den Einrichtungen/Diensten für die Leitungen und Mitarbeitenden geschaffen, bzw. zur Verfügung gestellt werden (z.B. Fort- und Weiterbildungen, Supervision)?
 - Was soll Menschen angeboten werden, die noch nicht durch einen Dienst oder in einer Institution begleitet werden und Fragen zum Thema Suizidassistenten haben oder sich darüber informieren wollen? Gibt es für diese Personen ein Angebot? Welches?
- 1.4 Wie wird die Entwicklung zum Thema „Assistierter Suizid“ in den Einrichtungen/Diensten erfasst?
- Welche Aspekte sind relevant und sollten (einheitlich) dokumentiert werden?
 - Werden die Anfragen nach assistiertem Suizid zahlenmäßig festgehalten?
 - Wird die Anzahl der durchgeführten Suizide und der assistierten Suizide erfasst?
 - Wo gibt es Unsicherheiten bei den Leitungen oder Mitarbeitenden?
 - Was unterstützt beim Umgang mit der Thematik?

- 1.5 Wie wird der Umgang mit Sterbewünschen auf der Basis des christlichen Menschenbildes, der Erfahrungen und der (zukünftigen) Rechtslage fortlaufend weiterentwickelt?

2. Wünsche nach Suizidassistenten

Nach internationalen Erfahrungen²⁷ ist davon auszugehen, dass das Interesse der Menschen am assistierten Suizid in den nächsten Jahren steigen wird. In der Vorbereitung dieser Entwicklung kann es für die Träger hilfreich sein, sich folgende Fragen zu stellen:

- 2.1 Gibt es beim Träger ausreichend Einrichtungen/Institutionen/Kooperationspartner, die Klient/-innen und deren An- und Zugehörigen Informationen und Beratung anbieten, z.B. zu:
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, gesundheitlicher Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V)?
 - Aufklärung über Angebote und Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung (z.B. Angebote der Symptomkontrolle, des mitmenschlichen Beistands)?
 - Suizidprävention, Krisenintervention, psychosoziale Beratung, Seelsorge (auch für An- und Zugehörige)?
- 2.2 Welche Angebote sollte der Träger selbst vorhalten/schaffen (z.B. hinsichtlich Suizidprävention, Krisenintervention und ethischer Fallbesprechung)?
- 2.3 Sollte es beim Träger einen zentralen Ansprechpartner für die Thematik geben?

²⁷ (Bartsch, Landolt, Ristic, Reisch, & Ajdacic-Gross, 2019)

Einrichtungsleitungen

Den Einrichtungsleitungen kommt die Aufgabe zu, den durch die Rechtslage und Vorgaben der Träger gesetzten Rahmen zum Umgang mit Sterbe- und Suizidwünschen im Alltag der Institutionen auszufüllen. Hierzu sollen die folgenden Fragen und Vorschläge auf der Basis einer lebenszugewandten Grundhaltung erste Anregungen geben.

1. Grundlegendes

- 1.1 Gibt es ein Konzept zur Begleitung von Klient/-innen, die Sterbewünsche bis hin zum Wunsch nach assistiertem Suizid erkennen lassen?
- 1.2 Wie wird das Konzept (weiter-)entwickelt und jeweils den Mitarbeitenden bekanntgemacht?
- 1.3 Welche Informations- und Unterstützungsangebote brauchen die Klient/-innen?
 - Wie kann die Entscheidungsfindung der Klient/-innen am besten unterstützt werden?
 - Ist das vorhandene Angebot ausreichend?
 - Welche Unterstützungsangebote müssen ergänzt werden?
 - Kennen die Mitarbeitenden die Angebote, gibt es z.B. eine Liste dazu?
- 1.4 Welche Fort- oder Weiterbildungen brauchen Leitungen und Mitarbeitende im Hinblick auf die Klient/-innen mit Sterbe-/Suizidwünschen?
 - Suizid und Suizidprävention
 - Krisenintervention
 - Hospiz- und Palliativversorgung
 - Gesundheitliche Versorgungsplanung (§ 132g SGB V)
 - Umgang mit Sterbewünschen (Information, Kommunikation, Dokumentation)
 - Rechtliche Rahmenbedingungen von Therapieentscheidungen
- 1.5 Welche Fortbildungen sollen für wen verpflichtend sein?
- 1.6 Welche Angebote brauchen die Leitungen und Mitarbeitenden zur Reflexion der eigenen Haltung?
 - zur Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen?
 - zur Auseinandersetzung mit den persönlichen und beruflichen Erfahrungen mit Sterbewünschen?
 - zur Auseinandersetzung mit den persönlichen und beruflichen Erfahrungen mit (assistiertem) Suizid?
 - in Krisensituationen?
 - bei ethisch-moralischen Konflikten?
- 1.7 Wie wird der Kontakt zu Sterbehilfevereinen/Suizidassistenten gestaltet?
Regelung des Zutrittsrechts für Vertreter von Sterbehilfevereinen in öffentliche bzw. private Räume in der Einrichtung
 - Keine Werbung durch Sterbehilfevereine in den Einrichtungen und Diensten

- 1.8 Wie können die Anforderungen des Datenschutzes berücksichtigt werden?
 - Einbindung der Datenschutzbeauftragten bei der Gestaltung der Abläufe

2. **Umgang mit Wünschen nach einem assistierten Suizid**

- 2.1 Sind die Mitarbeitenden für die Erfassung von Wünschen nach einem assistierten Suizid sensibilisiert und gehen sie aus einer lebensbejahenden Haltung offen und respektvoll damit um?

- 2.2 Werden Wünsche nach einem assistierten Suizid wertfrei erfasst, dokumentiert und mit Kolleg/-innen und Vorgesetzten kommuniziert?
 - Was soll erfasst werden? Motive/Beweggründe?
 - Mit wem wurde bereits darüber gesprochen?
 - Kennen die Mitarbeitenden die präventiven Angebote und können sie sie adäquat kommunizieren?
 - Kennen die Mitarbeitenden die präventiven Angebote für die Klient/-innen
 - Kennen die Mitarbeitenden die Unterstützungsangebote für sich selbst?
 - Wer übernimmt die Verantwortung für die Steuerung des Auseinandersetzung- und Begleitungsprozesses?
 - Wer ist für was zuständig? Wer muss alles informiert und einbezogen werden?
 - Wann ist die Durchführung von (ethischen) Fallbesprechungen angezeigt?

3. **Umsetzung des assistierten Suizids**

- 3.1 Sind angemessene Maßnahmen der Suizidprävention erfolgt und Handlungsalternativen aufgezeigt worden?

- 3.2 Welche Pflege- und Betreuungsangebote wollen wir den Suizidwilligen und ihren An- und Zugehörigen in der konkreten Situation anbieten (z.B. Gespräche mit belasteten Angehörigen)? Wo sind unsere Grenzen? Wie wird dies kommuniziert?

- 3.3 Wie soll die Kommunikation und die Gestaltung der Abläufe mit den Suizidasistent/-innen (z.B. Hausarzt/-innen, Sterbehilfevereine) und anderen erfolgen? Welche Aspekte sind dabei zu berücksichtigen?
 - Zuständigkeit für die Klärung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches
 - Klarstellung, dass keine Assistenz durch die Mitarbeitenden der Einrichtung/des Dienstes erfolgt
 - Klarstellung, dass die Begleitung/Versorgung des assistierten Suizids im Rahmen des Versorgungsauftrags für die Mitarbeitenden freiwillig ist. Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, aus Gewissensgründen von der Versorgung und Begleitung zurückzutreten oder sie durchzuführen.
 - Klarstellung, dass die Leitung die Verantwortung dafür trägt, dass die Begleitung und Versorgung der Klient/-innen im Rahmen des Versorgungsauftrags weiter erfolgt. Klärung, wie die Erfüllung des Versorgungsauftrags sichergestellt werden kann.
 - Klärung und Kommunikation der Vorgehensweise bei misslingendem oder verlän-

gertem Suizid oder anderen Krisensituationen (z.B. Betreuung Angehöriger bei einem verlängerten Sterbeprozess).

- Absprache, über Zeitpunkt, Ablauf, anwesende Personen und deren Aufgaben z.B. im Rahmen einer Fallbesprechung (u.a. über Lagerung der Medikamente, Kommunikation mit Polizei und Arzt, der die Leichenschau durchführt, Dienstplangestaltung: wer ist wie einzubeziehen)
- Klärung der Vorbereitung der Mitarbeitenden auf die konkrete Situation und ihrer Begleitung und Unterstützung
- Klärung der psychosozialen Betreuung der anwesenden oder betroffenen Personen (z.B. An- und Zugehörige, Mitarbeitende der Einrichtung)

4. Nach durchgeführtem Suizid

4.1 Was brauchen die Mitarbeitenden?

- bei Bedarf Einschaltung eines Kriseninterventionsteams, Notfallseelsorge, Psychosoziale Unterstützung Helpline (PSU Helpline)
- Möglichkeit der Reflexion, z.B. durch Supervision, Fallbesprechung
- bei Bedarf psychosoziale und/oder seelsorgerische Betreuung der Mitarbeitenden

4.2 Müssen Handlungs- und Verfahrensanweisungen angepasst werden?

Mitarbeitende

Die Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Diensten sind, je nach Aufgabenfeld, persönlich mit den Gedanken der Klient/-innen zu schwerer Krankheit und zum Lebensende konfrontiert. Auch heute wird in vielen Einrichtungen und Diensten der letzte Lebensabschnitt und das Sterben begleitet und es kommt vereinzelt zu Suiziden. Um die Auseinandersetzung mit der neuen Facette des „Assistierten Suizids“ zu unterstützen, werden im Folgenden einige Fragen und Anregungen formuliert.

1. Grundlegendes

1.1 Wie ist Ihre Haltung zum Thema „Assistierter Suizid“?

1.2 Kennen Sie die Angebote zur Fort- und Weiterbildung bzw. Reflexion für die Mitarbeitenden?

1.3 Benötigen Sie weitere Informationen, um den persönlichen Zugang dazu zu vertiefen? Wenn ja, welche?

1.4 Benötigen Sie fachliche Informationen (z.B. zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, o.ä.)? Wenn ja, in welchem Bereich?

2. Umgang mit Wünschen nach einem assistierten Suizid

- 2.1 Sehen Sie es als eine Ihrer Aufgaben an, Gespräche über Sterbewünsche / Suizidgedanken zu führen?
- 2.2 Wie schätzen Sie Ihre persönlichen und fachlichen Grenzen dabei ein?
- 2.3 Kennen Sie die Angebote bei Sterbewünschen für die Klient/-innen und deren An- und Zugehörige (z.B. zur Suizidprävention)?

3. Umsetzung des assistierten Suizids

- 3.1 Kennen Sie die Pflege- und Betreuungsangebote, die den Suizidwilligen und ihren An- und Zugehörigen in der konkreten Situation angeboten werden können (z.B. Gespräche mit belasteten Angehörigen)?
- 3.2 Kennen Sie die Abläufe, die im Zusammenhang mit assistiertem Suizid von Bedeutung sind (z.B. die Klärung der Freiverantwortlichkeit, Umgang mit unvorhergesehenen Verläufen).
- 3.3 Wissen Sie, dass die Assistenz beim Suizid nicht zu ihren Aufgaben gehört und Sie auch nicht dazu verpflichtet werden können? Die Entscheidung über die Beteiligung an der mitmenschlichen und pflegerischen Begleitung im Rahmen des Versorgungsvertrages ist Ihnen überlassen. Diese Entscheidung ist verantwortlich zu kommunizieren.

4. Nach durchgeführtem Suizid

- 4.1 Kennen Sie die Unterstützungsangebote für Mitarbeitende in der Akutsituation und zur Nachbereitung (Supervision etc.)?

Teil D: Kurze Handlungsorientierung

Was ist geboten?

1. Offener respektvoller Umgang mit Sterbewünschen, unterbreiten von Gesprächs- und Präventionsangeboten
2. Proaktives Ansprechen, wenn Sterbewünsche vermutet werden
3. Fragen und Äußerungen bezüglich (assistiertem) Suizid nicht abblocken oder bewerten
4. Angebote zur Reflexion des Todes-/Sterbewunsches, Erfragen von Gründen und Auslösern
5. Aufzeigen von lebenszugewandten Handlungsalternativen (z.B. Therapiezieländerung) und Vermittlung entsprechender Unterstützungsangebote
6. Offene, wertschätzende Kommunikation zu dem Thema im gesamten Betreuungsnetz ermöglichen

Was ist zu respektieren oder zu tolerieren?

1. Beratung zur Suizidassistenz durch Dritte in den Privaträumen der Person (z.B. durch Sterbehilfvereine)
2. Duldung einer Suizidassistenz bei freiverantwortlich handelnden Klient/-innen (in den Privaträumen der Person) im gesetzlich zulässigen Rahmen

Was kann im Einzelfall möglich sein?

1. Anwesenheit von Mitarbeitenden bei Gesprächen mit Sterbehilfvereinen oder anderen Personen, die Assistenz bei der Selbsttötung anbieten, sofern vom Sterbewilligen gewünscht. Zuvor sollte eine Rücksprache mit der Einrichtungsleitung und ggf. die Einbeziehung des Ethikrats erfolgen.
2. Anwesenheit von Mitarbeitenden beim Sterbeprozess.

Was sind „rote Linien“, die nicht überschritten werden dürfen?

1. Werbung für assistierte Suizide, z.B. durch Auslegen von Werbematerial durch Sterbehilfvereine, in den öffentlichen Räumen der Einrichtung.

2. Unterstützung und Durchführung von Informationsveranstaltungen zur Förderung assistierter Suizide.
3. Unterstützung bei der Organisation und Umsetzung des assistierten Suizids über den Versorgungsauftrag hinaus. Dazu gehört auch die Unterstützung bei der Auswahl von Sterbehilfevereinen, die Weitergabe von Kontaktadressen von assistierenden Ärzten oder anderen Angeboten zur Selbsttötung.
4. Hilfe zur Selbsttötung (z.B. Bereitstellung von todbringenden Medikamenten, Vorbereiten der Medikation).

Hilfsangebote bei Suizidgedanken, Sterbewünschen und Unterstützungsbedarf am Lebensende:

- Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste: Übersicht für die Diözese Augsburg unter: Ambulante hospizliche und palliative Versorgung (caritas-augsburg.de)
- Beratungsangebote zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung (ACP/ GVP): vielen stationären Wohneinrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe für die dortigen Bewohner*innen
- Seelsorger der jeweiligen Pfarrei
- Ethikkomitees und Sozialdienste in den Kliniken
- Klinikseelsorge und Altenheimseelsorge in best. Einrichtungen – fragen sie dort nach!
- Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung: wird bei Bedarf vom Hausarzt verordnet; Infos und Adressen für die Diözese Augsburg: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (caritas-augsburg.de)
- Ökumenische Telefonseelsorge Augsburg / suizidale Krisenintervention Tel: 0800/111 0 111 + 0800/111 0 222
- Krisendienst Schwaben / psychische Krisen Tel: 0800/655 3 00
- Chat-Beratung der Telefonseelsorge: Telefonseelsorge
- türkischsprachiges Sorgentelefon: 0821/455 00 44 (PUSULA)
- russischsprachiges Sorgentelefon: 0821/450 8000 (SMENA)
- Psychiater-Live-Chat: www.justanswer.de
- Krisenchat: www.krisenchat.de
- Suizidpraevention fuer Jugendliche und junge Erwachsene in Augsburg | Suizidprävention 4Youth (suizidpraevention-augsburg.de)
- BKH-Augsburg Tel:0821/48034000

Anhang

Positionierungen und Stellungnahmen zum „Assistierten Suizid“

Deutsche Bischofskonferenz

Assistierter Suizid ist keine normale Form des Sterbens²⁸. Darum warnen die Bischöfe vor dem subtilen Druck (Stichwort: zur Last fallen), verurteilen aber die konkrete suizidale Person nicht, sondern es gilt mit ihr/ihm in Kontakt zu kommen. Ein institutionelles Angebot eines assistierten Suizids wird es in katholischen Einrichtungen nicht geben.

Es ist ein Grundauftrag von Kirche, schwerkranke und sterbende Menschen – unabhängig ihrer Konfession oder Weltanschauung – zu begleiten. Von daher ist Seelsorge ein integrativer Teil der multiprofessionellen palliativen Versorgung. Es ist elementar, die Sorgen, Ängste und Nöte der Menschen ernst zu nehmen, um Sie aus der Perspektive der Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod zu begleiten und zu unterstützen.

Deutscher Caritasverband (DCV)

Mit der Veröffentlichung im September 2021 legt der DCV seine aktuelle Position in der Debatte zum assistierten Suizid unter dem Titel „An der Seite der Menschen – Vorläufige Orientierungshilfe für den Deutschen Caritasverband (DCV) zum Umgang mit dem assistierten Suizid“ vor²⁹.

Im Vorwort umreißt Prälat Dr. Peter Neher, der damalige Präsident des Deutschen Caritasverbandes, die Aufgabe in folgender Weise: „In den Einrichtungen und Diensten der Caritas gilt es, auf der Basis einer dem Leben zugewandten Haltung, den Menschen zur Seite zu stehen und gleichzeitig ihr Recht auf Selbstbestimmung zu achten und zu unterstützen“. Mit der Orientierungshilfe werden insbesondere die Einrichtungen aufgefordert, im Rahmen der Grundsätze der Caritas die erforderlichen Klärungen für die Alltagspraxis zu erarbeiten.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Die DGP sieht es als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung an, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patient/-innen auseinanderzusetzen, ohne dabei eine Suizidhilfe, z.B. durch Bereitstellung eines tödlichen Medikamentes zu leisten³⁰.

Mit den „Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung (Stand: 16.09.2021)“ legt die DGP eine praxisbezogene Handreichung für haupt- und ehrenamtliche Fachkräfte der Hospizarbeit und Palliativversorgung, sowie für andere Mitarbeitende im Gesundheitswesen und in der Pflege vor. Neben der Erläuterung der relevanten Begriffe empfiehlt die DGP, den Umgang mit Todeswünschen und Wünschen nach Suizidhilfe an einem Konzept auszurichten, das auf folgenden vier Schwerpunkten fußt:

28 (Deutsche Bischofskonferenz, 2021)

29 (Deutscher Caritasverband, 2021)

30 (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2021)

- Wahrnehmen und Erkennen solcher Wünsche
- Verstehen oder akzeptieren der Ursachen und Funktionen des Todeswunsches
- Angebot der palliativen Begleitung und Beratung
- Suizidprävention

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Aus Sicht der DGPPN ist gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Selbstbestimmung der Klient/-innen zu respektieren³¹. Dort, wo die Selbstbestimmung erheblich eingeschränkt ist, sollte aber vor einem irreversiblen Schritt wie dem Suizid geschützt werden. Das geforderte „legislative Schutzkonzept“ sollte dabei u.a. folgende Prinzipien und Elemente aufweisen.

Das Verfahren zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit, also der Selbstbestimmtheit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches und die Überwachung der Einhaltung prozeduraler Vorgaben sollte durch das zuständige Amts- bzw. Betreuungsgericht gewährleistet werden. Das Stellungnahmeverfahren sollte eine obligatorische fachärztliche Untersuchung, eine umfassende und mehrzeitige suizidpräventiv ausgerichtete Beratung und Aufklärung der Betroffenen beinhalten. Bei Vorliegen konkreter Anhaltspunkte für eine Einschränkung der freien Willensbildung soll das Gericht zusätzlich ein Gutachten bei einem Sachverständigen mit fachärztlicher psychiatrischer Kompetenz beauftragen. Die Gutachten sollten neben der Beurteilung möglicher psychischer Störungen auch Aussagen über die Informiertheit, Dauerhaftigkeit und mögliche psychosoziale Pressionen enthalten. Die abschließende Feststellung der Freiverantwortlichkeit ist Aufgabe des Gerichts. Wird festgestellt, dass die Freiverantwortlichkeit erheblich eingeschränkt ist, sind dem Betroffenen die je nach individueller Problemlage angemessene Hilfestellungen zum Leben nicht nur anzuraten, sondern unverzüglich zu vermitteln.

Deutscher Ethikrat

Der Deutsche Ethikrat spricht sich für eine gesetzliche Stärkung der Suizidprävention aus³². Er unterstreicht gleichzeitig, dass im freiheitlichen Verfassungsstaat keine Rechtspflicht zu leben besteht und deshalb auch Suizid nicht abstrakt generell als Unrecht zu qualifizieren ist.

Freiverantwortliche Suizidhandlungen sind zu respektieren. Ein Anspruch auf entsprechende staatliche Unterstützung besteht hingegen nicht. Es sollte vermieden werden, den Eindruck zu erwecken, dass Hilfe zum Suizid den Charakter der gesellschaftlich akzeptierten Üblichkeit erhält.

31 (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., 2020)

32 (Deutscher Ethikrat, 2021)

Weitere Positionen/Stellungnahmen

Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2020): Dialogpapier Hospizliche Haltungen in Grenzsituationen, https://www.dhpfv.de/files/public/aktuelles/news/20210505_Dialogpapier_Ansicht1.pdf,
Abruf: 11.01.2022

Diakonie Deutschland (2021): Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid. Ein Diskussionspapier der Diakonie Deutschland, https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Diakonie-Texte_PDF/Selbstbestimmung_und_Lebensschutz_Ambivalenzen_im_Umgang_mit_assistiertem_Suizid_Diskussionspapier_Diakonie_2020.pdf
Abruf 16.05.2022

Diakonie: Hilfe im Alter München und Oberbayern (2021)
<https://www.hilfe-im-alter.de/hilfe-im-alter-startseite/seelsorge/ethikbeirat>,
Abruf 02.03.2022

Leopoldina (2021): Neuregelung des assistierten Suizids – ein Beitrag zur Diskussion, <https://www.leopoldina.org/presse-1/nachrichten/neuregelung-assistierter-suizid/>,
Abruf 16.02.2022

Materialien für die Praxis

Suizid und Suizidprävention:

Nationales Suizid Präventionsprogramm,
<https://www.suizidpraevention.de>,
Abruf 16.02.2022

Die Arche Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen e.V.:
Beratungsstelle für Erwachsene und Jugendliche, München,
<https://die-arche.de>,
Abruf 16.02.2022

AGUS e.V. – für Suizidtrauernde,
<https://www.agus-selbsthilfe.de>,
Abruf 16.02.2022

Sprechstunde „Weiterleben in Würde“ der Abteilung für Palliativmedizin
des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder,
<https://www.barmherzige-muenchen.de/palliativmedizin/kontakt-sprechstunden-stationaere-aufnahme.html>,
Abruf 16.02.2022

Umgang mit Suizidalität

Arbeitskreis Palliative Geriatrie des Hospiz- und Palliativnetzwerkes München (2022):
Arbeitspapier zum Umgang mit Suizidwünschen (zu beziehen über K. Hummel,
hummel@chv.org)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021): Zum Umgang mit dem Wunsch nach
Suizidassistenz,
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/211213_Broschuere_Suizidassistenz_100dpi.pdf,
Abruf 16.02.2022

Deutscher Hospiz und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2021): Dialogpapier Hospizliche Haltung
in Grenzsituationen. Inhaltliche und methodische Anregungen zur Diskussion und zur
Meinungsbildung vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom
26.02.2020 zu § 217 StGB, https://www.dhvp.de/files/public/aktuelles/news/20210505_Dialogpapier_Ansicht1.pdf,
Abruf 16.02.2022

Diakonie Bayern (2022): „Bin ich so frei?“ Arbeitshilfe zum Thema Assistierter Suizid für
Einrichtungen der Diakonie,
https://www.hilfe-im-alter.de/images/dmo/hia/seelsorge/pdf/Arbeitshilfe_Assistierter_Suizid.pdf,
Abruf 16.06.2022

PSU Akut e.V.: PSU Helpline: Unterstützungsangebote für Mitarbeitende,
<https://psu-helpline.de/>,
Abruf 16.02.2022

Leitlinienprogramm Onkologie(2020): erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer
nicht heilbaren Krebserkrankung,
https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2021): Wenn ältere pflegebedürftige Menschen
lebensmüde sind. Was man wissen sollte – und was man tun kann,
<https://www.zqp.de/produkt/lebensmuedigkeit-pflegebeduerftige>,
Abruf 16.02.2022

Sonstiges

Gesundheitliche Versorgungsplanung gem. § 132g SGB V:
Petri, Zwißler et al.: Behandlung im Voraus Planen – Eine Weiterentwicklung der Patientenverfü-
gung. Anaesthesist (2020) 69:78-88
Projekt zur Schulung von Vorsorgebegleitern zur Durchführung gesundheitlicher Vorausplanung:
https://der-caritasverband.caritas-nah-am-naechsten.de/portal-der-caritasverband/dokumente/dicv_muenchen_acp_projekt_abschlussbericht_2017.pdf
Abruf 16.02.2022

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen (Hrsg.): Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und die Voraussetzungen der Vorausplanung für schwere gesundheitliche Krisen
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/220111_Handreichung_AG_Menschen_mit_Beeinträchtigung_DGP_DiV_20211213.pdf,
Abruf 16.02.2021

Rechtsgrundlagen

Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Aufhebung des § 217 StGB
(Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung),
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4,
Abruf 16.02.2022

Übersicht über die Gesetzentwürfe zur Neuregelung des assistierten Suizids,
<https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/gesetzentwuerfe.html>,
Abruf 16.02.2022

Vereinbarung nach § 132g SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase,
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativ-versorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf,
Abruf 16.02.2022

Literaturverzeichnis

Bartsch, C., Landolt, K., Ristic, A., Reisch, T., & Ajdacic-Gross, V. (2019). Assistierte Suizide in der Schweiz, Auswertung der in den Schweizer Instituten für Rechtsmedizin dokumentierten Todesfälle. Dtsch Arztebl Int 2019, S. 116. Abgerufen am 16. 05 2022 von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/209285/Assistierte-Suizide-in-der-Schweiz>,

Bundesverfassungsgericht. (kein Datum). Abgerufen am 29. 01 2024 von www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

Bundesverfassungsgericht. (26. 02 2020). Abgerufen am 29. 01 2024 von www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html, Abruf 29.01.2024

BVerfGE:, z. n. (2020). Leitsätze zum Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. Abgerufen am 26. 02 2024 von www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. (2023). Assistierter Suizid. eine Handreichung für Einrichtungen und Dienste zur Auseinandersetzung mit der Thematik auf der Basis eine lebensbejahenden Grundhaltung. Abgerufen am 05. 06 2024 von https://caritasnet.de/export/sites/dicv/.content/.galleries/downloads/behinderung-inklusion/newsletter/Caritas-Muenchen_Assistierter-Suizid_ausdruckbar_20221024.pdf

Deutsche Bischofkonferenz. (2021). „Bleibt hier und wachet bei mir!“. Abgerufen am 16. 02 2022 von <https://www.dbk.de/presse/aktuelles/meldung/palliative-und-seelsorgliche-begleitung-von-ster-benden>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2021). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistentz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Abgerufen am 16. 02 2022 von <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/dgp-teams-und-einrichtungen-brauchen-dringend-konzepte-zum-umgang-mit-suizidwunschen-handreichung-fuer-mitarbeitende-der-hospizarbeit-und-palliativversorgung.html>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (kein Datum). Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Abgerufen am 02. 01 2024 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch-2.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2020). Eckpunkte für eine mögliche Neuregelung der Suizidassistentz. Abgerufen am 16. 02 2021 von <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2020/suizidassistentz.html>

Deutscher Bundestag. (kein Datum). Abgerufen am 02. 01 2024 von Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Sterbehilfe ab , Abruf 2.1.2024: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw27-de-suiziddebatte-954918>

Deutscher Caritasverband. (2021). An der Seite der Menschen. Vorläufige Orientierungshilfe für

den Deutschen Caritasverband zum Umgang mit dem assistierten Suizid. Von <https://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/sterbebegleitung> abgerufen

Deutscher Ethikrat. (2022). „Suizid-Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme, . Berlin.

Deutscher Ethikrat. (2021)). Ad-hoc Empfehlungen zur Beihilfe zum Suizid (2014) und zur Suizidprävention (2017). Abgerufen am 16. 02 2022 von <https://www.ethikrat.org/themen/aktuelle-ethikratthemen/suizid>,

Fischer, T. (2019). Strafgesetzbuch § 323c Rn. 5. Neue Zeitschrift für Strafrecht, S. S.117.

Franziskus, P. (26. 01 2024). GS (Pastorale Konstitution GAUDIUM ET SPES über die Kirche in der Welt von Heute . Von www.vatikan.va abgerufen

Nationaler Ethikrat. (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Berlin.

Nationaler Ethikrat. (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. „4.2. Vorschläge zur Terminologie“. Berlin.

Nationales Suizidpräventionsprogramm: Daten und Fakten. (kein Datum). Abgerufen am 02. 01 2204 von <https://www.suizidpraevention.de/daten-und-fakten>

Nationales Suizidpräventionsprogramm: Medieneffekte. (kein Datum). Abgerufen am 02. 01 2024 von <https://www.suizidpraevention.de/medienportal/medieneffekte>

Schockenhoff, E. (2009). Ethik des Lebens. Grundlagen und Herausforderungen. Freiburg im Breisgau.

Schuster, J. (2014). Die umstrittene Universalität der Menschenrechte. Stimmen der Zeit 139, S. 803.

Statistisches Bundesamt. (2023). www.destatis.de. Abgerufen am 02. 01 2024 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>

UNO. (2010). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. (D. G.-u. (Hrsg.), Hrsg.) Berlin.

Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Aufhebung des § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung). (kein Datum). Abgerufen am 09. 01 2024 von Bundesverfassungsgericht - Entscheidungen - Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig

Autoren

Vorwort, Einleitung, Teil A, Teile des Anhangs (Ergänzung der weiterführenden Literatur, Überarbeitung Literaturverzeichnis, Ergänzung Hilfsangebote) in der Überarbeitung der Handreichung des Ethikrats des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising e.V. durch die Mitglieder des Ethikkomitees des Caritasverbands für die Diözese Augsburg:

- Diakon Markus Müller Direktor, Direktor des Caritasverbandes für die Diözese Augsburg e. V.
- Diakon Robert Ischwang
- Andreas Claus
- Ulrike Hopfes
- Christine Neukäufer
- Dr. Anneliese Hösch
- Susanna Tot

Teil B – D; Anhang:

Autoren der Handreichung des Ethikrats des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising e.V.:

- Gerhard Deser
- Dr. Petra Dietz-Laukemann
- Iris Eschenberg-Weiß, M.A.
- Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen
- Dr. Thomas Hagen
- Sebastian Heller
- Kerstin Hummel
- Dr. Maria Kotulek
- Dr. Sabine Petri (Geschäftsführung Ethikrat)
- Prof. Dr. Marcus Schlemmer
- Friedrich Schwarz

Kontakt:

E-Mail:

- ethikrat@caritasmuenchen.org
- ethikkomitee@caritas-augsburg.de

Assistierter Suizid

Eine Handreichung zur Auseinandersetzung
mit der Thematik für Einrichtungen und Dienste

Impressum:

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.
Ethikrat-Abteilung Spitzenverband und Fachqualität

Hirtenstr. 4, 80335 München

Caritas in der Erzdiözese München und Freising ([caritas-nah-am-naechsten.de](https://der-caritasverband.caritas-nah-am-naechsten.de))
<https://der-caritasverband.caritas-nah-am-naechsten.de/ethikrat>

Redaktion: Dr. Sabine Petri
Gestaltung: my-media-man / Sven Thiele
Druck: Dimetria-VdK gemeinnützige GmbH

Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.
Ethikkomitee
Auf dem Kreuz 41, 86152 Augsburg

www.caritas-augsburg.de/ethikkomitee

Redaktion: Ethikkomitee / Susanna Tot
Gestaltung: my-media-man / Sven Thiele
Bernhard Gattner, Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.

Änderungen und Irrtümer vorbehalten / Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.

Foto: Bernhard Gattner