



## Assistierter Suizid

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

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	3
<b>Einführung</b>	4
<b>Teil A: Theoretisch-fachlicher Hintergrund</b>	6
Rechtliche Rahmenbedingungen	6
Medizinischer Hintergrund	8
Theologischer Hintergrund	8
<b>Teil B: Empfehlung des Ethikrats für eine Positionierung</b>	10
<b>Teil C: Konkrete Aspekte für die Praxis</b>	14
Träger	14
Einrichtungsleitungen	16
Mitarbeitende	18
<b>Teil D: Kurze Handlungsorientierung</b>	20
Was ist geboten?	20
Was ist zu respektieren oder zu tolerieren?	20
Was kann im Einzelfall möglich sein?	21
Was sind „rote Linien“, die nicht überschritten werden dürfen?	21
<b>Anhang</b>	22
Positionierungen und Stellungnahmen zum „Assistierte Suizid“	22
Weitere Positionen/Stellungnahmen	24
Materialien für die Praxis	24
Rechtsgrundlagen	26
Literaturverzeichnis	27
Autoren	29
Kontakt	29

## Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,  
viele Mitarbeitende der Einrichtungen und Dienste im caritativen Bereich begleiten Menschen in Krisen und am Lebensende. Dabei zeichnen sich neue Herausforderungen ab: Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020 ist die Assistenz beim Suizid wieder straflos möglich, sofern die Suizidentin/der Suizident freiverantwortlich handelt. Gleichzeitig findet eine gesellschaftliche Debatte zur Zulässigkeit und zu den Voraussetzungen des assistierten Suizides auf verschiedenen Ebenen statt.

Aus Sicht des Diözesancaritasverbandes München und Freising (DiCV) bedarf es auf der Grundlage eines lebensbejahenden christlichen Menschenbildes eines Schutzkonzeptes für Menschen, die sich mit Gedanken an einen Suizid beschäftigen oder ihn umsetzen wollen. Dabei ist es unerlässlich, die Träger, Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Diensten einzubeziehen. In der aktuellen Situation sehen sie sich mit einer Vielfalt von Fragestellungen konfrontiert: Wie sind die verschiedenen Formen der Sterbehilfe abzugrenzen? Wie kann in dem Spannungsfeld zwischen dem Respekt vor der Autonomie und dem Bedürfnis nach Fürsorge und gegebenenfalls Schutz ethisch verantwortlich gehandelt werden? Welche Aufgaben kommen dem Träger, den Leitungen und den Mitarbeitenden zu? Bereits diese Fragen lassen die Komplexität der Situation erahnen. Der Ethikrat des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising e.V. hat es sich zur Aufgabe gemacht, sich aktiv an dem Ringen um einen dem christlichen Menschenbild entsprechenden Umgang mit der Thematik des assistierten Suizids zu beteiligen.

Die vorliegende, vom Ethikrat erarbeitete Handreichung nimmt deshalb insbesondere die Bedürfnisse der Träger, Einrichtungsleitungen und Dienste in den Blick. Sie soll eine erste Orientierung in der Auseinandersetzung mit den Fragestellungen um den assistierten Suizid bieten. Aufbauend auf einer christlichen, lebensbejahenden Grundhaltung möchte sie einen Baustein zu einer dem Leben zugewandten Kultur in unseren Einrichtungen und Diensten zur Verfügung stellen. Nicht zuletzt leistet sie einen Beitrag zur erforderlichen Debatte um den assistierten Suizid und die geplante neue Gesetzgebung in unserer sich wandelnden Gesellschaft.

Den Mitgliedern des Ethikrats möchte ich an dieser Stelle ganz besonders für ihr Engagement und die Erarbeitung dieser Handreichung danken. Danken möchte ich auch den zahlreichen Expertinnen und Experten aus der Praxis, die dabei unterstützt haben.

Alle Leserinnen und Leser dieser Handreichung möchte ich herzlich einladen, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen und sich auf den verschiedenen Ebenen am Diskurs zu beteiligen.



Professor Dr. Hermann Sollfrank  
Diözesan-Caritasdirektor

## Einführung

Zahlreiche Einrichtungen und Dienste des Diözesancaritasverbandes München und Freising (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. Durch die geänderte Gesetzgebung<sup>1</sup> und die zunehmenden Angebote zum assistierten Suizid stellen sich neue Herausforderungen in diesen Bereichen.

In Deutschland sterben in jedem Jahr ungefähr 9.000 Menschen durch Selbsttötung (Suizid)<sup>2</sup>. Die Verstorbenen waren im Jahr 2020 im Durchschnitt 58 Jahre alt und zu 75 % männlich. Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Lebensalter. Dennoch betrifft es nicht nur Menschen am Lebensende oder mit schweren Grunderkrankungen. Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang zudem die ca. 100.000 Suizidversuche, die im Jahr verübt werden<sup>2</sup>. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat jeder Suizid Einfluss auf mindestens sechs weitere Personen<sup>2</sup>. In vielen Fällen steht ein Suizid im Zusammenhang mit besonderen Belastungssituationen oder psychischen Störungen<sup>2</sup>. Obwohl in den letzten Jahren die Zahl der Suizide rückläufig ist, starben in Deutschland im Jahr 2020 ca. 25 Personen pro Tag durch Suizid<sup>3</sup>.

Dem Thema Suizidprävention wird seit vielen Jahren zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet. Dies geschieht z.B. durch Maßnahmen zur Vorbeugung. Gleichzeitig nehmen Angebote zur Hilfe beim Suizid, z.B. durch Sterbehilfevereine zu. Im Jahr 2015 wurde Paragraph (§) 217 Strafgesetzbuch (StGB) verabschiedet, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt hat. Damit sollte der Verbreitung von auf Wiederholung angelegten Dienstleistungsangeboten zur Unterstützung von Suiziden entgegengetreten werden<sup>4</sup>. Im Februar 2020 wurde § 217 StGB durch das Bundesverfassungsgericht für ungültig erklärt<sup>1</sup>. Das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe gilt nicht mehr, d.h. die Rechtslage wie vor dem Inkrafttreten des § 217 StGB wurde wieder hergestellt. Eine Hilfe, also eine Assistenz zum Suizid, ist demnach derzeit straflos möglich, sofern der Suizid freiverantwortlich erfolgt. Aktuell wird eine Neuregelung des assistierten Suizids diskutiert. Mit einer Neuregelung soll der staatliche Auftrag zum Lebensschutz erfüllt werden. Erste Gesetzesentwürfe liegen vor<sup>5</sup>. Das Gesetzgebungsverfahren wird jedoch noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Gleichzeitig erleben Mitarbeitende und Leitungskräfte in den Einrichtungen und Diensten den Wunsch von Klient/-innen\*<sup>1</sup> nach Informationen zu dem Thema. Zudem gibt es dort bereits heute erste Situationen, in denen ein assistierter Suizid nachgefragt und/oder durchgeführt wird. Das Thema „Suizid“ an sich ist z.B. für die Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ambulanten Dienste nicht neu, wohl aber der Aspekt der Assistenz.

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<sup>6</sup>. Auf diesem grundlegenden ersten Schritt baut die hier vorliegende Handreichung des Diözesancaritasverbandes München und Freising auf. Auch sie ist nicht als abschließende Erarbeitung zu verstehen. Sie soll zum einen als weiterer Baustein zur gesellschaftlichen und verbandlichen Auseinandersetzung zur Verfügung stehen. Zum anderen soll sie einen Beitrag zum Umgang mit diesem komplexen Thema im Alltag der Einrichtungen und Dienste leisten. Dazu werden, aus dem christlichen Weltbild heraus, einige Aspekte der Thematik vertieft.

---

<sup>1\*</sup> Die Bezeichnung „Klient/-in“ wurde als Oberbegriff für alle in den Einrichtungen und Diensten versorgten und begleiteten Menschen (z.B. Bewohner/-innen, Patient/-innen, Betreute) gewählt.

Im Focus steht die Suizidassistenz und weniger der Umgang mit Sterbewünschen im Allgemeinen, da es hierzu bereits umfangreiches Material gibt.

In erster Linie richtet sich die Handreichung an Trägervertretungen, Leitungen und Mitarbeitende der Einrichtungen und Dienste des DiCV und der angeschlossenen Einrichtungen und Dienste. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Bedeutung für die stationäre Altenhilfe, die Eingliederungshilfe und die ambulanten Dienste im pflegerischen, psychosozialen und hospizlich-palliativen Bereich. Über Rückmeldungen und Anregungen zur Weiterentwicklung der Handreichung sind die Mitglieder des Ethikrats dankbar.

# Teil A: Theoretisch-fachlicher Hintergrund

## Rechtliche Rahmenbedingungen

Eine der Grundlagen für das Verständnis der Thematik, aber auch der Diskussion, bilden die rechtlichen Rahmenbedingungen des assistierten Suizids. Sie werden durch eine gesetzliche Neuregelung voraussichtlich konkretisiert. Auch heute sind die verschiedenen Formen der Beteiligung am Versterben von Menschen jedoch bereits rechtlich geregelt. Zudem spielen weitere Aspekte wie z.B. der Versorgungsauftrag und das Hausrecht eine Rolle. Daher werden diese Begriffe und die Beteiligungsformen im Folgenden kurz erläutert.

### Sterbehilfe

Sterbehilfe steht als Oberbegriff für das Handeln anderer im Zusammenhang mit dem Sterben einer Person. Sie kann, je nach Form, aktiv oder passiv erfolgen, strafbar oder rechtmäßig sein.

### Tötung

Tötung bezeichnet ein Tun oder Unterlassen, das in absehbarem Zeitraum zwingend zu einem „vorzeitigen“ Tod führt.

### Sterbebegleitung

Sterbebegleitung greift nicht in das Sterben ein oder setzt es in Gang, sondern es wird Beistand geleistet (z.B. durch Besuche, Versorgung). Sterbebegleitung ist nicht strafbar.

### Aktive Sterbehilfe

Zur aktiven Sterbehilfe zählt die Tötung eines Menschen auf dessen Wunsch (Tötung auf Verlangen) oder die Tötung eines Menschen auf Wunsch oder Initiative des Täters (Mord, Totschlag). Die aktive Sterbehilfe ist strafbar.

### Passive Sterbehilfe/Sterben zulassen

Bei passiver Sterbehilfe/dem Zulassen des Sterbens wird das Fortschreiten einer tödlich verlaufenden Erkrankung nicht (mehr) durch lebenserhaltende Maßnahmen aufgehalten (z.B. Beendigung einer Beatmung, Nicht-Anlage oder Nicht-Nutzung einer Magensonde (PEG), keine weitere Krebstherapie).

Die passive Sterbehilfe ist nicht strafbar, wenn die unterlassenen Maßnahmen nicht mehr medizinisch angezeigt (indiziert) bzw. vom Patienten nicht (mehr) gewünscht sind.

### Indirekte Sterbehilfe

Zur indirekten Sterbehilfe zählen Maßnahmen, bei denen eine Verkürzung der Lebenszeit zwar nicht beabsichtigt ist, aber zur Leidenslinderung in Kauf genommen wird (z.B. hochdosierte Gabe von Medikamenten gegen Atemnot).

Die indirekte Sterbehilfe ist nicht strafbar.

### 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**

Bei der Selbsttötung führt die Person die Handlung, die zu ihrem Tod führt, selbst aus. Täter und Opfer sind damit dieselbe Person (Beispiel: die sterbewillige Person schaltet den Tropf mit dem tödlichen Medikament an). Die Selbsttötung ist nicht strafbar.

## **Freiverantwortlichkeit**

Freiverantwortlichkeit setzt die Fähigkeit der Person voraus, ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten Störung zu bilden und nach diesem zu handeln. Der suizidwilligen Person müssen alle für die Entscheidung wichtigen Gesichtspunkte bekannt sein. Hierzu gehört z.B. die Kenntnis von Handlungsalternativen zum Suizid. Die Person muss in der Lage sein, diese Informationen im Hinblick auf die Bedeutung für die eigene Person abzuwägen und darauf aufbauend eine Entscheidung zu treffen. Die Entscheidung sollte von einer gewissen inneren Festigkeit und Dauerhaftigkeit geprägt sein. Sie muss eigenständig getroffen werden, d.h. darf nicht auf unzulässigen Einflüssen oder Druck von außen beruhen.

## **Beihilfe**

Die Hilfe/Assistenz bei der Begehung einer vorsätzlichen, rechtswidrigen Tat durch einen anderen wird als Beihilfe bezeichnet. Beihilfe kann durch psychische oder physische Unterstützung geleistet werden. Sie kann durch Tun oder, bei Vorliegen einer besonderen Pflicht zur Hilfeleistung (Garantenstellung), auch durch Unterlassen erfolgen. Wesentlich ist, dass die Beihilfe auf die Erleichterung bzw. Förderung der Umsetzung der rechtswidrigen Haupttat gerichtet ist.

## **Assistierter Suizid**

Die Selbsttötung ist nicht strafbar. Damit ist auch die Hilfe/Assistenz zur Selbsttötung (z.B. das Besorgen eines todbringenden Mittels) im deutschen Rechtssystem nicht strafbar. Eine Grundvoraussetzung für die Straffreiheit ist allerdings, dass die Selbsttötung freiverantwortlich erfolgt. Bei einem nicht freiverantwortlichen Suizid ist die Hilfe/Assistenz strafbar.

Hilfe/Assistenz zum Suizid kann nicht nur durch Ärzte geleistet werden. Niemand darf zur Hilfe/Assistenz bei einem Suizid verpflichtet werden.

## **Unterlassene Hilfeleistung**

§ 323c Strafgesetzbuch (Unterlassene Hilfeleistung) zwingt in keinem Fall zu Hilfeleistungen gegen den erklärten Willen des freiverantwortlich handelnden Suizidwilligen<sup>7</sup>.

## **Versorgungsauftrag**

Der Versorgungsauftrag ist im Sozialgesetzbuch geregelt. Er beschreibt die Leistungspflicht und die damit verbundenen Aufgaben der Einrichtungen. Daraus ergibt sich der Versorgungsauftrag, den die Mitarbeitenden der Einrichtungen und Dienste erfüllen müssen (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, gelten grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie für alle Staatsbürger/-innen.

## Medizinischer Hintergrund

In Deutschland existieren Sterbehilfeorganisationen, die ärztlich assistierten Suizid durchführen. Diese assistieren auch Menschen in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe bei der Selbsttötung. Daneben leisten auch einzelne Ärzte außerhalb dieser Organisationen Suizidassistenz.

Die ärztliche Assistenz beinhaltet das Verschreiben eines zum Tode führenden Medikamentes und die Aufklärung darüber. Dazu zählen sowohl die Art der Einnahme als auch die Wirkung und Nebenwirkung des Medikamentes. Der Arzt selbst verabreicht das Medikament nicht (Abgrenzung zu Tötung auf Verlangen).

Eine medizinische Kernfrage bei der Prüfung des Suizidwunsches ist die Feststellung der Freiverantwortlichkeit. Diese kann durch angeborene oder erworbene kognitive Beeinträchtigungen oder psychische Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen beeinflusst sein. Die Feststellung der Beeinflussung der Freiverantwortlichkeit durch derartige Beeinträchtigungen oder Erkrankungen ist ärztliche Aufgabe.

Die erfolgreiche Behandlung psychischer Erkrankungen oder belastender Symptome bei somatischen Erkrankungen lässt Suizidwünsche häufig zurücktreten. Es ist aber auch zu respektieren, dass nicht jede psychische oder körperliche Erkrankung erfolgreich behandelt und das subjektiv empfundene Leid für den betroffenen Menschen zufriedenstellend gelindert werden kann.

## Theologischer Hintergrund

### Der Mensch als Bild Gottes

Der christliche Glaube ist getragen von einer engen und unauslöschlichen Verbindung des Menschen mit Gott. Er ist der Ursprung und das Ziel des menschlichen Lebens. In der Schöpfungserzählung wird berichtet, dass Gott den Menschen als sein „Bild“ gestaltet hat: „Gott schuf also den Menschen als sein Bild; als Bild Gottes schuf er ihn. Als Mann und Frau schuf er sie“<sup>8</sup>. Dieses Bild-Gottes-Sein gibt dem Menschen eine besondere unverlierbare und unzerstörbare Würde. Das menschliche Leben hat einen besonderen und in sich stehenden Wert, der auch in der Beziehung des Menschen zu Gott gründet. Diese Beziehung ist nicht vom Menschen gemacht, sondern Gott bietet sie jedem Einzelnen an. Dieser kann das Angebot in Freiheit annehmen oder auch nicht. Doch egal, wie sich der Mensch entscheidet, Gottes Angebot bleibt bestehen. Er lässt die Beziehung nicht abreißen. Der Mensch kann sich dieses Angebot weder verdienen, noch hat es Grenzen, die es automatisch zum Erlöschen bringen.

Das christliche Menschenbild geht davon aus, dass Gott dem Menschen für sein Leben Entscheidungsfreiheit zugesteht. In der Bibel wird Gott als ein Gott des Lebens vorgestellt. Die Menschen sind dazu aufgerufen, an einer lebensbejahenden Gesellschaft „mitzubauen“ und alles dafür zu tun, anderen auch in Krisensituationen eine Bejahung des eigenen Lebens zu ermöglichen. Sollte eine solche Krise zu Überlegungen bzgl. eines assistierten Suizids führen, gibt es zwei Seiten zu betrachten: die subjektive und die objektive.

### Die Würde der freien Gewissensentscheidung – subjektive Seite

Die subjektive Seite bezieht sich auf die Gewissensentscheidung des Einzelnen. Das Gewissen ist für die Kirche „die verborgenste Mitte und das Heiligtum im Menschen, wo er allein ist mit Gott“<sup>9</sup>. Daher steht eine echte freie Gewissensentscheidung im Konfliktfall auch über allen staatlichen wie auch kirchlichen Normen. Der Einzelne muss über seine Entscheidung letztlich ausschließlich Gott Rechenschaft geben. Eine echte Gewissensentscheidung ist von einer spontanen oder willkürlichen Entscheidung zu unterscheiden. Sie muss bewusst und frei sein. Das heißt, sie darf nicht in irgendeiner Art



und Weise erzwungen sein – weder durch einen sozialen familiären Druck noch durch Erwartungen des Umfelds oder der Gesellschaft. Zudem ist es Aufgabe des Einzelnen, sich mit dem Thema und möglichen Alternativen intensiv auseinanderzusetzen und um die für ihn richtige Entscheidung zu ringen. Eine wahre freie Gewissensentscheidung ist aber letztlich zu akzeptieren, da jede und jeder hierzu nur vor Gott Rechenschaft ablegen muss.

Die Würde der freien Gewissensentscheidung gilt selbstverständlich im gleichen Maße für jeden einzelnen Mitarbeitenden – besonders wenn er bezüglich einer möglichen Assistenz angefragt werden sollte. Dies bedeutet, dass kein Mitarbeitender aufgrund seiner persönlichen Gewissensentscheidung eine innere oder äußere Verpflichtung hat, eine Selbsttötung zu fördern.

### **Der Auftrag einer fürsorgenden Begleitung – objektive Seite**

Die objektive Seite bezieht sich auf die vorgegebenen Werte und Normen, die bei einem katholischen Träger neben den gesetzlichen Vorgaben des Staates auch in denen der katholischen Kirche gründen. Einen assistierten Suizid lehnt die Kirche aufgrund ihres Menschenbildes, dass es kein lebensunwertes Leben gibt, grundsätzlich ab, da das Leben einen Wert an sich hat und dem Leben nicht nur durch die Person Sinn gegeben wird. Das heißt, dass sie sich auf dieser Grundlage in der Begleitung der kranken und sich in einer Krise befindenden Menschen stark engagiert und diese im Ringen um ihre Entscheidung nicht allein lassen will. Alle Christen sollen den Wunsch nach einem assistierten Suizid, wenn sie damit in Berührung kommen, ernst nehmen, aufnehmen und Räume für den Austausch darüber schaffen. Den Menschen hinter dem Suizidwunsch zu sehen und diesen zur Sprache zu bringen, ist Auftrag aller Christen. Vielleicht stehen hinter den Suizidgedanken unerträgliche Schmerzen, Einsamkeitsgefühle oder Ähnliches, das mit Unterstützung bewältigt werden kann. Doch kann es auch Situationen geben, in denen das Leid aus der Sicht der betroffenen Person nicht hinreichend gelindert werden kann. Wie auch immer sie ihre Lage deutet, sie soll nicht allein oder gar einsam sein müssen, sondern wahrhaftiges Interesse an ihr als Person wahrnehmen und erleben können.

Die Träger und Einrichtungen haben von daher Rahmenbedingungen zu gewährleisten, in denen im Alltag Platz für das Thema gewährleistet ist und ein adäquater Umgang gelebt und praktiziert wird, der getragen ist von dem Engagement für den Menschen. Daher müssen die äußeren Bedingungen für den Einzelnen so gestaltet werden, dass er sein Leben (ggf. wieder neu) bejahen kann. Ein vielfältiges und multiprofessionelles Angebot von Beziehungs- und Begleitungsangeboten ist eine Aufgabe christlicher Einrichtungen.

In den Gesprächen gilt es, die Menschen aufmerksam und wertschätzend zu begleiten und Zeugnis zu geben von der christlichen lebensbejahenden Grundhaltung durch das Aufzeigen von Optionen, Alternativen und Möglichkeiten.

Ein eigenes Angebot des Trägers zum assistierten Suizid schließt sich aufgrund der Grundausrichtung für das Leben aus. Bei Erkrankungen müssen aber selbstverständlich z.B. nicht alle medizinisch möglichen Therapien und Angebote genutzt werden. Es müssen keine Dialysen oder Krebstherapien durchgeführt oder PEG-Sonden gelegt werden, wenn die Klient/-innen das gar nicht mehr wollen. Die Palliativmedizin und palliative Begleitung bieten eine Vielzahl von Möglichkeiten Leiden zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern. Diese Angebote stehen aber nur Sterbewilligen mit palliativem Versorgungsbedarf zur Verfügung. Auch Menschen die in anderen Lebenssituationen sind und den Wunsch zu sterben haben, sollten mit in den Blick genommen werden. Menschen dürfen nicht aufgrund von Angebots- und Informationsmangel in eine Situation kommen, in der sie nur noch im assistierten Suizid einen Ausweg sehen.

Bei all den benannten Punkten ist zentral: Es handelt sich um existentielle und individuelle Situationen von Menschen, die eine Entscheidung treffen. Diese bewegt sich in einem Spannungsfeld, das auf der einen Seite die Stärkung der Freiheit des Einzelnen als Auftrag hat und auf der anderen den Lebensschutz.

## Teil B: Empfehlung des Ethikrats für eine Positionierung

Der 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<sup>6</sup>.
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 beizutragen. 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, psycho-sozialen und spirituellen Versorgung am Lebensende entgegnet 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 Erfahrungen<sup>10</sup> 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, psychosozialer 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?

## 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 bekannt gemacht?
- 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 Auseinandersetzungs- 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 Suizidassistent/-innen (z.B. Hausärzt/-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 verlängertem 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 Sterbehilfevereine)
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 Sterbehilfevereinen 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 Sterbehilfevereine, 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).

## Anhang

### Positionierungen und Stellungnahmen zum „Assistierten Suizid“

#### Deutsche Bischofskonferenz

Assistierter Suizid ist keine normale Form des Sterbens<sup>11</sup>. 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“ vor<sup>6</sup>.

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 leisten<sup>12</sup>.

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:

- 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 respektieren<sup>13</sup>. 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 aus<sup>14</sup>. 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.

## Weitere Positionen/Stellungnahmen

Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2020): Dialogpapier Hospizliche Haltungen in Grenzsituationen, [https://www.dhvp.de/files/public/aktuelles/news/20210505\\_Dialogpapier\\_Anzicht1.pdf](https://www.dhvp.de/files/public/aktuelles/news/20210505_Dialogpapier_Anzicht1.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](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](mailto: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](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](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](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](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 Patientenverfügung. 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](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](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](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\\_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung\\_nach\\_132g\\_Abs\\_3\\_SGBV\\_ueber\\_Inhalte\\_und\\_Anforderungen\\_der\\_gesundheitlichen\\_Versorgungsplanung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf),

Abruf 16.02.2022

## Literaturverzeichnis

- 1) 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](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4), Abruf 16.02.2022
- 2) Nationales Suizid Präventions Programm: Informationen über Suizidalität und Suizid, <https://www.suizidpraevention.de/informationen-ueber-suizid>, Abruf 16.02.2022
- 3) Destatis Statistisches Bundesamt: Todesursachen Suizide, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>, Abruf 16.02.2022
- 4) Deutscher Bundestag Drucksache 18/5373, <https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805373.pdf>, Abruf 16.02.2022
- 5) Übersicht über die Gesetzentwürfe zur Neuregelung des assistierten Suizids, <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/gesetzentwuerfe.html>, Abruf 16.02.2022
- 6) Deutscher Caritasverband (2021): An der Seite der Menschen. Vorläufige Orientierungshilfe für den Deutschen Caritasverband zum Umgang mit dem assistierten Suizid, <https://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/sterbebegleitung>, Abruf 16.02.2022
- 7) Neue Zeitschrift für Strafrecht (1983, S.117), Fischer, Thomas (2019): Strafgesetzbuch § 323c Rn. 5
- 8) Bibel, Buch Genesis 1,27
- 9) Pastorale Konstitution über die Kirche in der Welt von heute „Gaudium et spes“, des II. Vatikanischen Konzils (1962-1965) in: Karl Rahner, Herbert Vorgrimler: Kleines Konzilskompendium. Sämtliche Texte des Zweiten Vatikanums. 26. Aufl. Freiburg et al. 1994.
- 10) Bartsch, Christine; Landolt, Karin; Ristic, Anita; Reisch, Thomas; Ajdacic-Gross, Vladeta (2019): Assistierte Suizide in der Schweiz, Auswertung der in den Schweizer Instituten für Rechtsmedizin dokumentierten Todesfälle, Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 545-52; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0545, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/209285/Assistierte-Suizide-in-der-Schweiz>, Abruf 16.05.2022

- 11) Deutsche Bischofkonferenz (2021): „Bleibt hier und wachet bei mir!“, <https://www.dbk.de/presse/aktuelles/meldung/palliative-und-seelsorgliche-begleitung-von-sterbenden>,  
Abruf 16.02.2022
- 12) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistentz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung, <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/dgp-teams-und-einrichtungen-brauchen-dringend-konzepte-zum-umgang-mit-suizidwuenschen-handreichung-fuer-mitarbeitende-der-hospizarbeit-und-palliativversorgung.html>,  
Abruf 16.02.2022
- 13) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2020): Eckpunkte für eine mögliche Neuregelung der Suizidassistentz, <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2020/suizidassistentz.html>,  
Abruf 16.02.2021
- 14) Deutscher Ethikrat (2021): Ad-hoc Empfehlungen zur Beihilfe zum Suizid (2014) und zur Suizidprävention (2017), <https://www.ethikrat.org/themen/aktuelle-ethikratthemen/suizid>,  
Abruf 16.02.2022

## **Autoren:**

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](mailto:ethikrat@caritasmuenchen.org)

# 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

