

ORIENTIERUNG ZU ETHISCHEN FRAGEN DES ASSISTIERTEN SUIZIDS

Für Seelsorger*innen und medizinisches Personal
sowie Betroffene und Angehörige

VORWORT

»Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde«

1. MOSE 1, 27

Liebe Leserin, lieber Leser,

der erste Schöpfungsbericht der Bibel ist leitend für die vorherrschende christliche Sicht auf den Menschen: Das Leben ist Geschenk Gottes. Sein Anfang und sein Ende liegen in Gottes Hand. In diesem Sinne ist das Leben unverfügbar. Von der Mitte des gesamten biblischen Zeugnisses her kann gesagt werden: Es ist geboten, alles dafür zu tun, Leben zu erhalten. Gott ist Herr über Leben und Tod. Es kommt einer Grenzüberschreitung gleich, das Ende des Lebens herbeizuführen. Diakonisches Handeln der Kirche ist diesen Grundsätzen verpflichtet.

Landesbischof Bilz hat darauf hingewiesen, dass aus christlicher Sicht der Gedanke der Menschenwürde darin begründet liegt, dass alle Menschen als Ebenbilder Gottes geschaffen sind (Der Sonntag, Ausgabe 4/2021). Das Leben ist ein von Gott anvertrautes Geschenk. Diakonische Einrichtungen und seelsorglich Handelnde sind deshalb vor eine Gewissensentscheidung gestellt, wenn diese Grundsätze in Frage gestellt werden. Wir sind aufgrund des christlichen Glaubens dem Leben verpflichtet.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat am 26. Februar 2020 zur Frage des assistierten Suizids ein Urteil gesprochen. Der Gesetzgeber hat daraus resultierende Gesetzesänderungen noch nicht vollzogen. Gleichwohl sind wir durch die höchstrichterliche Entscheidung als Landeskirche vor eine Aufgabe gestellt. Elisabeth Gräß-Schmidt, Mitglied des Rates der EKD und Professorin für Systematische Theologie in Tübingen, hat in den „zeitzeichen“ dazu festgehalten: „Die Erfüllung des individuellen Sterbewunsches kann zumindest nicht dauerhaft verweigert werden, auch wenn das Urteil ebenso deutlich gemacht hat, dass niemand zur Mitwirkung oder zur Ermöglichung eines assistierten Suizids gezwungen werden kann.“ (Ausgabe 3/2021)

Das trifft auch und gerade für diakonische Einrichtungen und ihre Mitarbeitenden zu. Zumal die Frage, wer in diakonischen Einrichtungen bei einem gewünschten und erlaubten Suizid assistiert, noch nicht einmal hinreichend aufgeworfen, geschweige denn beantwortet worden ist. Sind es die in einer diakonischen Einrichtung beschäftigten Ärzt*innen, das medizinische Personal oder ist an eine Assistenz von außen gedacht? Eine weitere Frage bezieht sich darauf, wer eigentlich eine Weiterbildung aller am assistierten Suizid in Deutschland beteiligten Personen anbietet sowie durchführt und wer die Kosten trägt?

Die Entscheidung des BVerfG stellt somit die diakonischen Einrichtungen im Bereich der Landeskirche und alle in der Seelsorge tätigen in eine neue Situati-

on und vor vielfältige Fragen. Aufgrund des christlichen Bekenntnisses zu Gott als Schöpfer und Erlöser allen Lebens liegt die Priorität in allen diakonischen Einrichtungen und im seelsorglichen Handeln aller diakonisch Tätigen darauf, Menschen auf ihrem letzten Lebensabschnitt zugewandt zu begleiten, das heißt: individuell und so weit wie möglich medizinisch und seelsorglich Schmerzen sowie Leiden lindernd.

Dies gilt in besonderer Weise im Blick auf die Situationen, in denen Menschen wegen ihrer persönlichen Krankheits- oder Leidenserfahrung einen Suizid positiv erwägen und in diesem Entscheidungsprozess Begleitung in einer diakonischen Einrichtung oder/und seelsorglich suchen. Es wird darauf ankommen, niemanden im Leiden und in seiner Entscheidung allein zu lassen und gleichwohl den Wert des von Gott seinem Geschöpf Mensch geschenkten Lebens deutlich zu machen. Ermutigung, auch im Leiden auf Gott zu hoffen und ihm zu vertrauen und nicht selbst Hand an sich zu legen oder legen zu lassen, ist daher für diakonische Einrichtungen wegweisend und handlungsleitend.

Vor dem Hintergrund der christlichen Erfahrung, dass alles Leben lebenswert und kein Leben vergeblich ist, sind Kirche und Diakonie aufgefordert, im Sinne des biblischen Zeugnisses „Du sollst nicht töten“ (5. Gebot) den Konflikt mit dem Recht auf autonome Selbstbestimmung wahrzunehmen und in diesem Konflikt zu kommunizieren. Dabei müssen einerseits die gesellschaftliche Debatte als auch die jeweilige individuelle Entscheidung

in angemessener Weise berücksichtigt werden, insbesondere innerhalb diakonischer Einrichtungen. Der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid stellt die Frage nach dem Umgang mit menschlichem Leid neu in den Mittelpunkt.

Diese Handreichung will im Folgenden erste Überlegungen hierzu ausführen. Auch wenn die Gesetzeslage der höchstrichterlichen Rechtsprechung derzeit noch nicht angeglichen wurde und deshalb keine abschließende Standortbestimmung möglich ist, soll eine Orientierung gegeben werden. Sie ist dem Ziel verpflichtet, Mitarbeitende, Angehörige, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie alle, die seelsorglich Rat suchen, eine Unterstützung in der Entscheidung um einen assistierten Suizid zu geben und niemanden ohne Begleitung zu lassen. Dies gilt auch dann, wenn diakonische Einrichtungen und ihre Mitarbeitenden sich nicht zu einer Unterstützung in Form des assistierten Suizids entscheiden, weil ihnen das aufgrund ihrer ethischen Grundhaltung nicht vorstellbar erscheint.



Dietrich Bauer

Oberkirchenrat

Vorstandsvorsitzender Diakonie Sachsen



Dr. Thilo Daniel

Oberlandeskirchenrat

Seite

INHALT

6

1

Was will und kann diese Handreichung?

8

2

Welche Spannungsfelder ergeben sich bei dem Thema?

10

3

Was ist der wesentliche Inhalt der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG)?

12

4

Was bedeuten Begriffe wie Sterbehilfe, assistierter Suizid, ...?

14

5

Was ist vor dem Horizont des christlichen Glaubens zu bedenken?

16

6

Welche Gründe kann es geben, Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen zu wollen?

18

7

Welche Begleitung kann erwartet werden?

20

8

Wie können schwer oder unheilbar erkrankte Menschen palliativmedizinisch versorgt oder durch Hospizdienste begleitet werden?

22

9

Wer bietet vertrauliche Gespräche oder Beratung an?

24

10

Was können Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht regeln?

27

11

Welche Konflikte und Belastungen können auf Angehörige von Menschen mit Selbsttötungsabsicht zukommen?

28

12

Welche Hilfe gibt es für Angehörige?

29

13

Was passiert nach einem Suizid bzw. was wird unvermeidlich in Gang gesetzt?

30

14

Welche Kriterien kennzeichnen eine würdevolle Begleitung?

31

15

Was müssen Begleitende für sich beachten und klären?

33

16

Was braucht es, damit ein Gespräch über die Absicht zur Selbsttötung möglich wird?

34

17

Welche Regelungen im Berufsrecht gibt es dazu?

35

18

Mit welchen Erwartungen und Reaktionen aus der Gesellschaft, aus dem Berufsstand oder aus den Kirchen müssen Ärzte bzw. verantwortliche Personen rechnen?

39

19

Wie kann mit einem eindeutigen Verlangen zum assistierten Suizid bei Menschen ohne schwere Erkrankung umgegangen werden?

40

20

Was muss generell in Krankenhäusern bzw. Arztpraxen geklärt sein?

42

21

Was gehört zu einer angemessenen Pflege und Betreuung von Menschen, die Suizidhilfe erbitten?

43

22

Welche grundsätzlichen Fragen oder Konflikte können sich ergeben bei pflegenden und betreuenden Personen, wenn sie bei der Suizidhilfe mitwirken sollen?

44

23

Anhang

1



WAS WILL UND KANN DIESE HANDREICHUNG?

Mit seinem Urteil vom 26.02.2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) das Verbot der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ in § 217 Absatz 1 des Strafgesetzbuches für nichtig erklärt. Laut Urteil umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dazu gehört die Freiheit, sich eigenhändig das Leben zu nehmen und hierbei auch Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen (siehe Frage 2). Das Bundesverfassungsgericht räumt dem Gesetzgeber dabei ein, Suizidhilfe so zu regulieren, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft nicht als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt. Er darf einer Entwicklung entgegensteuern, welche dazu beiträgt, dass sich Menschen etwa aus Nützlichkeitsabwägungen das Leben nehmen.

Bei allem was in Zukunft noch rechtlich zu klären ist: Für die unmittelbar Betroffenen oder mit dem Thema befassten Menschen wird immer vieles offen bleiben.

Diese Handreichung möchte **Orientierung** anbieten. Sie ist als Hilfe zur eigenen **Meinungsbildung** zu verstehen und berücksichtigt dabei, dass es in vielen ethischen Fragen keine letztgültigen Antworten geben kann. Es ist normal, dass bei einem Thema dieser Tragweite **Unsicherheiten bzw. Spannungen** bleiben. Der Versuch, diese Spannungen zu benennen sowie die bestehenden Konflikte zu beschreiben, soll die Auseinandersetzung mit dem Thema fördern. Die Handreichung geht von dem **christlichen Menschenbild** aus, nach dem jedes Menschenleben einen unendlichen Wert und eine uneingeschränkte Würde hat. Menschliches Leben ist Leben in Beziehungen. Eigenes Handeln hat immer auch Auswirkungen auf andere, die es zu bedenken gilt. Somit kommt der Aspekt in den Blick, dass wir nicht nur **Verantwortung** für unser eigenes Leben haben, sondern auch für die Folgen unseres Tuns oder Lassens.



Es ist ernst zu nehmen, dass Menschen an einen Punkt gelangen können, bei dem der Tod als letzter Weg gesehen wird. Die Qualität einer Gesellschaft zeigt sich aber gerade in der Art und Weise, wie wir einander Hilfe und Unterstützung sind. Neben den bereits bestehenden und weiter auszubauenden Angeboten palliativer und hospizlicher Versorgung gehört dazu die Frage, wie Menschen Hilfe angeboten wird und wie sie begleitet werden (Gemeinsame Erklärung der Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland vom 26.02.2020).

Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass bereits die legale Möglichkeit der Beihilfe zum Suizid Menschen von grausamen Formen der Selbsttötung abhalten oder diese sogar verhindern kann. Andererseits besteht die Gefahr, dass die Hilfe zur Selbsttötung zu einer gesellschaftlich akzeptierten normalen Form des Lebensendes wird und dadurch Menschen unter Druck geraten, auf diese Weise aus dem Leben zu scheiden. Jeder Wunsch zur Selbsttötung ist und bleibt eine kritische Frage an die Gesellschaft und eine zutiefst schmerzliche Erfahrung für Menschen, die den Betroffenen nahestehen. In diesem Zusammenhang sei darauf aufmerksam gemacht, dass

der Gesetzgeber durch das Bundesverfassungsgericht darauf hingewiesen wurde „allgemeine Suizidprävention zu betreiben und insbesondere krankheitsbedingten Selbsttötungswünschen durch Ausbau und **Stärkung palliativmedizinischer Behandlungsangebote** entgegenzuwirken.“ (Pressemitteilung BVerfG Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020)

Mit den folgenden Fragen wird versucht das aufzunehmen, was Menschen aus ihrer je eigenen persönlichen oder beruflichen Perspektive in Bezug auf das Thema bewegt. Sie hat dabei sowohl jene Menschen im Blick, die der Gedanke umtreibt, Hilfe zum Suizid zu suchen, als auch jene, die ihnen persönlich verbunden sind. Sie wendet sich an Ärzt*innen, Pfleger, Seelsorger*innen, psychologische Berater*innen bzw. an alle, die mit dem Wunsch zur **Hilfe**, zur **Beratung** oder zur **Seelsorge** aufgesucht werden. Es soll eine breite Leserschaft angesprochen werden. Der Anspruch auf Vollständigkeit wurde nicht verfolgt. Zu beachten ist das Datum der Endredaktion bzgl. der aktuellen Gesetzeslage.

Bei der Lektüre ist es möglich, sich auf einzelne Fragen zu beschränken. Soweit wie möglich wurde auf **Bewertungen verzichtet**.

2

WELCHE SPANNUNGSFELDER ERGEBEN SICH BEI DEM THEMA?

Wo und wie auch immer wir dem Wunsch nach einem assistierten Suizid begegnen: Wir haben es immer mit Spannungsfeldern zu tun, die über uns als Einzelne hinausgehen. Wir sind Teil einer Gesellschaft und einer Wirtschaftsordnung, die auch die Medizin bestimmen. Und unsere Wahrnehmungen von Krankheit, Leid und Tod werden von der Einstellung der Gesellschaft um uns herum mitgeprägt.

Die Grenzen des **medizinisch Machbaren** verschieben sich infolge der modernen Medizin immer weiter. Das hat dazu geführt, dass die **Endlichkeit** des Lebens, die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit lange verdrängt werden können. Mit **Hilflosigkeit** können wir schlecht umgehen. Wir müssen wieder lernen, dass wir unsere **Würde** auch dann behalten, wenn wir nichts mehr tun können. Das gilt gerade auch dann, wenn die Gesellschaft immer stärker auf Leistungsfähigkeit hin orientiert wird. Daher müssen wir anderen Menschen so begegnen, dass ihnen ihre Würde erfahrbar wird.

Die großen medizinischen Möglichkeiten führen manchmal auch zu einem übertriebenen **Anspruchsdenken**. Aber es ist nach wie vor nicht alles machbar. Nach wie vor müssen wir **Grenzen** akzeptieren.

Sowohl der Wunsch nach einem assistierten Suizid als auch dessen Erfüllung oder Ablehnung betrifft nicht nur den Einzelfall. Jede Entscheidung hat **Auswirkungen** auf andere Menschen und die Gesellschaft. Betroffene Patient*innen wünschen sich zwar, das Leben zu beenden. Aber weder sie noch irgendjemand wünscht sich, dass wir jede Krankheit mit dem Tod beantworten. Daher suchen Behandelnde und Gesetzgeber nach Grenzen und **Richtlinien**. Dafür sind schwierige Abwägungen zwischen individuellen Wünschen und den Folgen für die Gesellschaft notwendig. Die einzelnen Menschen dürfen dabei nicht aus dem Blick geraten. Niemals geht es um die Frage, ob das Leben „lebenswert“ ist, sondern nur darum, ob einzelne Menschen ihr eigenes Leben ertragen können.

Medizin kostet Geld. Durch die Entwicklung unseres Gesundheitssystems in der Marktwirtschaft wird das viel deutlicher als in anderen Wirtschaftssystemen. Das wirkt sich auch auf die Beziehung zwischen Patient*innen und Behandelnden aus. Ärztliches Handeln scheint vom zu erwartenden Gewinn bestimmt zu sein. Eine erlösorientierte Medizin schädigt aber das **Vertrauen** von Patient*innen und Angehörigen in die Medizin. Durch dieses Misstrauen „verkümmert“ das in der Behandlung so wichtige partnerschaftliche Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis. Dem sollten wir als Patient*innen wie auch als Behandelnde, so gut es geht, entgegensteuern.

Es ist gut, sich solche Spannungen bewusst zu machen, weil es unseren Blick öffnen kann. Sich als Behandelnde dieser oben genannten Spannungspole immer wieder bewusst zu werden, sich mit Demut und Respekt den „abhängigen“ Patient*innen zuzuwenden und authentisch zu kommunizieren, sollte Grundhaltung einer jeden medizinischen Behandlung sein.



3

WAS IST DER WESENTLICHE INHALT DER ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS?

Gegenstand der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26.02.2020 (Aktenzeichen 2 BvR 2347/15) ist der seit 2015 geltende § 217 des Strafgesetzbuchs. Nach dieser Vorschrift machte sich strafbar, wer **geschäftsmäßig** – d.h. nicht nur in einem Einzelfall – Hilfe zur Selbsttötung leistete. Hiergegen wandten sich sowohl sogenannte Sterbehilfevereine als auch schwer erkrankte Menschen, die ihr Leben mit Hilfe Dritter beenden wollten. Das Bundesverfassungsgericht stellt in seiner Entscheidung fest, dass das **Verbot** geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung **mit dem Grundgesetz unvereinbar** und nichtig ist. Es begründet seine Entscheidung im Wesentlichen folgendermaßen:

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes umfasst auch das **Recht auf selbstbestimmtes Sterben**. Dazu gehört die Freiheit, sich eigenhändig das Leben zu nehmen und hierbei auch Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Die freie Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, ist von existentieller Bedeutung für die Persönlichkeit und unterliegt höchstpersönlichen Überzeugungen. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist nicht auf schwere oder unheilbare Krank-

heiten beschränkt, sondern besteht **in jeder Phase menschlichen Lebens**. Es bedarf keiner Begründung oder Rechtfertigung und ist nicht auf bestimmte Ursachen oder Motive beschränkt. Mit der selbstbestimmten Verfügung über sein Leben gibt der Mensch seine Würde nicht auf. Zur Menschenwürde im Sinne des Grundgesetzes gehört die autonome Persönlichkeitsentfaltung auch bei der Entscheidung über das eigene Leben. Durch das generelle Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe wird dieses Persönlichkeitsrecht des Einzelnen unangemessen eingeschränkt. Allerdings können zulässige Hilfen zur Selbsttötung die Selbstbestimmung des Einzelnen und das Leben als solches erheblich gefährden. So ist nicht sicher gestellt, dass die Prüfung, ob ein Sterbewunsch tatsächlich auf freiem Willen beruht, ausreichend sorgfältig durchgeführt wird. Außerdem kann die **gesellschaftliche Normalisierung** der Sterbehilfe **sozialen Druck** auf den Betroffenen ausüben, sein Leben zu beenden, um Angehörigen oder Dritten nicht zur Last zu fallen. Diese Risiken rechtfertigen es jedoch nicht, geschäftsmäßige Angebote zur Hilfe bei der Selbsttötung generell zu verbieten. Der notwendige Schutz der Entscheidungsfreiheit des Einzelnen findet dort

seine Grenze, wo die freie Entscheidung nicht mehr geschützt, sondern faktisch unmöglich gemacht wird. Ohne entsprechende **Angebote** – etwa von Sterbehilfevereinen – bleiben den Sterbewilligen häufig keine realen Möglichkeiten, ihren Entschluss umzusetzen. Sie sind vielmehr faktisch auf die individuelle Bereitschaft der Ärzt*innen angewiesen, an einer Selbsttötung zumindest durch Verschreibung entsprechender Mittel mitzuwirken. Hierzu sind **Ärzt*innen** aus berufsethischen und berufsrechtlichen Gründen nur selten bereit. Sie können zu einer solchen Unterstützung auch keinesfalls verpflichtet werden. Denn aus dem Anspruch auf selbstbestimmtes Sterben ergibt sich **kein Anspruch** gegenüber anderen, dabei zu helfen. Ist aber die Realisierung des Sterbewunsches nur eine theoretische, nicht aber eine tatsächliche Aussicht, führt dies zu einer unverhältnismäßigen Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts. Auch wenn deshalb das generelle Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe verfassungswidrig ist, darf die Unterstützung der freiwilligen Selbsttötung **gesetzlich geregelt** werden. Dafür gibt es viele Möglichkeiten. Hier kommen etwa gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungs- und Wartepflichten in Betracht oder Regelungen zum Nachweis

der Ernsthaftigkeit des Sterbewunsches. Darüber hinaus muss das ärztliche **Berufsrecht**, das bisher in den meisten Bundesländern Ärzt*innen eine Beihilfe zur Selbsttötung untersagt, angepasst und das **Betäubungsmittelrecht** für diese Fälle gelockert werden. Zum ärztlichen Berufsrecht wurden inzwischen Beschlüsse gefasst, auf die in den Fragen 4. und 17. Bezug genommen wird. Das Recht auf Selbsttötung darf jedoch nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts nicht auf bestimmte Lebenssituationen – etwa eine schwere Krankheit – beschränkt werden. Ebenso wenig darf es eine Verpflichtung zur Sterbehilfe geben. Die konkrete Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen kann nicht von der Rechtsprechung vorgegeben werden. Dies ist Aufgabe des Gesetzgebers. Dieser wird seine Entscheidung unter Abwägung politischer, weltanschaulicher und religiöser Aspekte treffen.

4

WAS BEDEUTEN BEGRIFFE WIE STERBEHILFE, ASSISTIERTER SUIZID, ...?

Tötung auf Verlangen („aktive Sterbehilfe“)

Tötung auf Verlangen – früher auch als **aktive Sterbehilfe** bezeichnet – bedeutet, dass der Tod aktiv und gezielt nach dem ernsthaften Wunsch und Einverständnis des Betroffenen durch Ärzt*innen oder einer anderen Person herbeigeführt wird. Dies geschieht etwa durch die Verabreichung eines tödlich wirkenden Präparates (Tablette, Spritze, Infusion). Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland nach § 216 StGB strafbar.

Therapien am Lebensende („indirekte Sterbehilfe“)

Darunter versteht man medizinische, auch palliativmedizinische, Maßnahmen, die in der letzten Lebensphase erfolgen. Dabei stehen die **Symptomlinderung**, die **Milderung von Leiden** und damit die **Verbesserung der Lebensqualität** im Vordergrund. Es ist aber durchaus nicht ausgeschlossen, dass der Todeseintritt durch die Medikamente beschleunigt wird. Ein Beispiel dafür ist die palliative Sedierung, ein „Schlafenlegen“ der Patient*innen, beispielsweise mit Morphin und Midalozam, einem Beruhigungsmittel. Dies ist in Deutschland unter strengen Vorgaben, wie bei einer unkontrollierten Symptomlast (stärkste Schmerzen, Äng-

ste, ständiges Erbrechen) trotz aktiver Medikamentengabe legal. Dazu werden Gespräche mit den Patient*innen geführt, dokumentiert, gemeinsam entschieden, ob eine Sedierung gewollt ist. Oft wird die betroffene Person zunächst nachts schlafen gelegt, am nächsten Morgen erweckt und nochmal gefragt, ob er diese Form der Medikamenteneinstellung wirklich möchte.

Sterbenlassen („passive Sterbehilfe“)

Bei einer passiven Sterbehilfe werden lebenserhaltende Maßnahmen wie Beatmung, Ernährung oder Reanimation unterlassen. Man lässt dem Sterbeprozess freien Lauf. Das ist in Deutschland legal. Hilfreich ist es, wenn Betroffene, solange sie dazu in der Lage sind, festgeschrieben haben, dass sie nicht künstlich ernährt werden möchten oder dass sie bestimmte lebensverlängernde Maßnahmen nicht wünschen und die Angehörigen dies beim Eintreten einer solchen Situation unterstreichen.

SIEHE
AUCH FRAGE
Nr. 10

Assistierter Suizid – Hilfe zur Selbsttötung

Diese Handreichung hat den assistierten Suizid zum Gegenstand, d.h. die **Selbsttötung mit Hilfe einer Person**, die ein Mittel hierzu bereit stellt, das die oder der Sterbewillige dann selbstständig einnimmt (z.B. ärztliche Verordnung einer tödlichen Dosis eines Barbiturats). Für Mediziner*innen, die ihre Patient*innen auf diese Weise als „Sterbehelfer*innen“ unterstützen, handelt es sich hierbei rechtlich immer noch um eine Grauzone. Zwar ist die Beihilfe zum selbstverantwortlichen Suizid in Deutschland nicht strafbar – aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 auch dann nicht, wenn es sich um geschäftsmäßige Förderung von Selbsttötung handelt. Die Ärzt*innen unterliegen – im Gegensatz zu anderen Personen – jedoch auch dem ärztlichen Standesrecht (siehe dazu auch Frage 17). Es ist zu erwarten, dass sich die Rechtslage zum assistierten Suizid künftig verändern wird. Zum einen wird der Gesetzgeber – wie vom Bundesverfassungsgericht angesprochen – die geschäftsmäßige Sterbehilfe voraussichtlich neu regeln. Zum anderen hat der 124. Deutsche Ärzt*innentag im Mai 2021 § 16 Satz 3 der Muster-Berufsordnung aufgehoben. Darin hieß es bislang: „Sie (Ärzt*innen) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“. Der entsprechende Satz wurde auch aus der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer gestrichen.

Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)

Der Entschluss zum **freiwilligen Verzicht** auf Essen und Trinken, auch als Sterbefasten bezeichnet, wird von Patient*innen – meist mit unerträglich anhaltendem Leid – als selbstbestimmte Entscheidung getroffen, um das Sterben zu beschleunigen. Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken ist keine Form des assistierten Suizids. Patient*innen, die sich dazu entscheiden, müssen die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung haben. Dies sollte anhand standardisierter Kriterien eingeschätzt werden (analog den Kriterien Handlungsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit für die Bewertung der Einwilligungsfähigkeit in eine medizinische Behandlung):

1. Patient*innen können ihrem Willen Ausdruck verleihen (Handlungsfähigkeit)
2. Patient*innen können die relevanten Informationen verstehen (Einsichtsfähigkeit)
3. Patient*innen können die Konsequenzen der zu treffenden Entscheidung verstehen und überblicken (Urteilsfähigkeit)

5

»Denn ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben, ... weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, ... uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserm Herrn.«

(RÖM 8, 38f.)

WAS IST VOR DEM HORIZONT DES CHRISTLICHEN GLAUBENS ZU BEDENKEN?

Einer der **Grundpfeiler des christlichen Glaubens** ist die Überzeugung, dass Gott immer und überall bei den Menschen ist. Es gibt nichts, was diese Verbindung auflösen könnte – auch wir selber nicht. Selbst wenn alles andere um uns herum verschwindet, ist Gott noch da. Dies gilt selbst im Tod.

Dennoch hielten Kirchen und Theolog*innen die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, lange Zeit für eine **Sünde**. Dafür gab es verschiedene Argumente. Sie können in heutiger Zeit aber nicht mehr überzeugen, da das Leid anders bewertet wird, welches einen Menschen in extremen Notsituationen dazu führen kann.

In den ersten Jahrhunderten des Christentums war eine später meist kritisch gesehene Hochschätzung des Leidens, bis hin zum Erdulden eines gewaltsamen Todes, weit verbreitet. Erst der Bischof und Theologe Augustin (354–430 n.Chr.) wandte sich gegen die antike Hochschätzung des Suizids. Er meinte, dass das Gebot „Du sollst nicht töten“ (2. Mose 20, 13) auch für die eigene Person gelte. Dieser eher nüchterne Hintergrund wurde in der Folgezeit vergessen. Seit dem **Mittelalter** wurden im Wesentlichen **zwei Gründe gegen den Suizid** vorgebracht. Beide beruhen auf der Vorstellung, dass Menschen Eigentum seien. Zum einen gehöre der Mensch der Gemeinschaft um ihn herum. Wer sich also tötet, beraube die Gemeinschaft. Zum anderen gehöre der Mensch Gott und dürfe daher sein geschenktes Leben Gott nicht wegnehmen.

Heute sehen wir Menschen nicht mehr als Eigentum. Zwar bleibt die Frage bestehen, was ein Suizid für die Mitmenschen und für meine Beziehung zu Gott bedeutet.

Aber dies ist eine **offene Frage**, die unterschiedlich beantwortet werden kann.

Fast noch wichtiger ist ein anderer Gesichtspunkt. Alle **Verurteilungen** des Suizids gehen unter der Hand davon aus, dass das Leben und die Beziehung zu Gott mit dem Tod enden. Das aber ist in einem christlichen Sinn falsch. Denn das Leben hört nicht mit dem Tod auf. Wie auch immer man es sich vorstellt: Der christliche Glaube geht von **einem ewigen Leben** in Gottes Gegenwart aus.

Die Frage, die sich stellt, lautet also eher: Harre ich aus im Vertrauen darauf, dass Gott auch hier bei mir ist, oder verlasse ich das irdische Leben im Vertrauen darauf, dass Gott mich auch dort erwartet. Dürfen wir aber hier eine Entscheidung treffen? Liegen nicht Anfang und Ende des Lebens in Gottes Hand? Ja, das tun sie – und wir werden daran auch nichts ändern. Aber gleichzeitig greifen wir ständig in das Leben ein. Jede medizinische Behandlung ist so gesehen ein Eingriff, von dem wir eigentlich nicht wissen können, ob sie einem **Plan Gottes** entspricht.

Eine christliche Lebenshaltung ist von einer lebensbejahenden Zuversicht geprägt. Sie legt Anfang und Ende des Lebens in Gottes Hand. Wenn diese Zuversicht grundlegend erschüttert ist, kommt dem seelsorglichen Miteinander besondere Bedeutung zu. Dazu kann das gemeinsame Nachdenken über die im vorangehenden Abschnitt gestellten Fragen gehören. So kann in einem seelsorglichen Sinn an eine Aussage des Liederdichters und Theologen Arno Pötzsch erinnert werden: „Und sein eigen bin auch ich.

Gottes Hände halten mich ...“ EG 408 Suizid ist in dieser Hinsicht nicht an sich und als solcher Sünde. Ob sich Menschen von Gott trennen oder Gott gar von einem Menschen, ist nicht unserer menschlichen Entscheidung überlassen. In diesem Sinne ist es auch nicht an uns, über einen Suizid zu urteilen. Diese Einsicht ist unter Christen schon lange gewachsen. Auch in der jetzigen Diskussion zur Sterbehilfe sollten wir hinter diese Einsicht nicht zurückfallen.

Die Aufgabe der Seelsorger*innen ist es, Ratsuchende zu begleiten. Das wird nicht bedeuten, eine Entscheidung zu teilen, die den eigenen Überzeugungen und dem eigenen Gewissen widerspricht. Hier kann die Beratung an eine Grenze kommen. Die Zuwendung zum Nächsten bedeutet vielmehr eine vor dem eigenen Gewissen verantwortete Seelsorge anzubieten (siehe auch Frage 18).

Schuldig werden kann, wer einen Suizid unterstützt. Schuldig werden kann aber auch, wer die Gründe, die für einen Wunsch nach Sterbehilfe sprechen, nicht sehen will. Die neue Lage der Rechtsprechung stellt uns gesellschaftlich und als Christen in der Gesellschaft vor komplexere Fragen mit einer hohen **ethischen Verantwortung**. Aber darin stehen wir nicht allein.

So werden wir immer wieder daran erinnern müssen, dass ein Leben, in dem wir Leid erfahren, kein minderwertiges oder unwürdiges Leben ist. Menschen, die unter ihrem Leiden zu zerbrechen drohen, müssen zuerst und vor allem Zuwendung erfahren. Von dieser Sichtweise ist die vorliegende Handreichung geleitet.

**»Denn ich
will dich nicht
verlassen,
bis ich alles tue,
was ich dir
zugesagt habe«,
spricht Gott**

(1. MOSE 28, 15B).



6

WELCHE GRÜNDE KANN ES GEBEN, BEIHILFE ZUM SUIZID IN ANSPRUCH NEHMEN ZU WOLLEN?

Die Lebensinhalte gestalten sich von Mensch zu Mensch individuell. Kommt es aufgrund einer schweren **Erkrankung** körperlicher und/oder psychischer Natur zu einer starken v.a. mentalen Belastung, kann der Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende zum Tragen kommen. Dabei spielen oft zwei Gründe eine zentrale Rolle:

- **massiv subjektiv empfundenen Leid**, z.B. durch eine hohe Symptomlast, und
- **gefühlte Sinnlosigkeit** des eigenen Lebens.

Beiden ist gemein, dass sie mit einer Hilflosigkeit einhergehen bei gleichzeitigem Wunsch nach Erhalt bzw. Wiedererlangung der Selbstbestimmung über das eigene Leben.

Jedoch nicht jeder geäußerte **Todeswunsch** muss mit einer konkreten Suizidabsicht gleichgesetzt werden. Im Rahmen einer schweren Krebserkrankung mit lebensbegrenzender Prognose kann dies eine **bewusste Auseinandersetzung** mit dem eigenen Tod sein, die für einen **Sterbeprozess** normal ist. Auch kann es in einer als hoffnungslos empfundenen Situation dazu kommen, dass Menschen ihr Leben nur noch als „**Last**“ für sich oder andere sehen. Für eine Differenzierung der Gründe ist eine offene Kommunikation von großer Bedeutung. Sie ist die Grundlage für weitere Unterstützung. Besonders hinsichtlich des möglichen Beweggrundes, anderen „nicht zur Last fallen zu wollen“, sind Gespräche, im Idealfall mit betreuenden Ärzt*innen oder Seelsorger*innen zu empfehlen.

7

WELCHE BEGLEITUNG KANN ERWARTET WERDEN?

Der Wunsch zu sterben ist nicht gleichzusetzen mit der Absicht, durch Suizid aus dem Leben zu scheiden. Häufig fürchten Menschen den Verlust von Autonomie und Würde durch eine schwere Erkrankung und damit einhergehenden Symptomen. In allen Fällen ist menschliche Zuwendung hilfreich. Das gilt selbstverständlich auch für Menschen mit Selbsttötungsabsicht. Vor allem die Seelsorge kann in Bezug auf die religiös-spirituellen Sinnfragen der Betroffenen, die oft mit einem Suizidwunsch einhergehen, Beistand bieten. In einem klinischen Umfeld ist es möglich, Psycholog*innen sowie medizinisches Personal für die Beantwortung von Fragen im Rahmen einer schweren Erkrankung hinzuzuziehen und die damit verbundenen Perspektiven zu klären. Hospizvereine können Menschen in der letzten Lebensphase Begleitung anbieten. Durch die verschiedenen Begleitmöglichkeiten und Kontakte können Betroffenen sowie An- und Zugehörigen Ängste genommen sowie neue Perspektiven aufgezeigt werden. Sollten Betroffene bei einer Entscheidung für den assistierten Suizid bleiben, hängt die weitere Begleitung u. a. davon ab, wie die Rechtslage sein wird. Für eine seelsorgliche Begleitung ist der Wunsch nach seelischem und geistlichem Beistand ausschlaggebend.

NÄHERE
ANGABEN
SIEHE
FRAGEN:

Nr. 8

Nr. 9

Nr. 12



8

WIE KÖNNEN SCHWER ODER UNHEILBAR ERKRANKTE MENSCHEN PALLIATIVMEDIZINISCH VERSORGT ODER DURCH HOSPIZDIENSTE BEGLEITET WERDEN?

Schwer oder unheilbar erkrankten Menschen bleibt nicht nur der Suizid als quasi einzig gangbarer Weg. In der **Palliativversorgung** geht es um die umfassende Betreuung von Menschen mit nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung. Ihr oberstes Ziel ist die Linderung von Beschwerden und die Steigerung der Lebensqualität.

Das kann **stationär** auf Palliativstationen bzw. in Hospizen und stationären Pflegeeinrichtungen oder **ambulant** durch einen Hospizdienst erfolgen.

Palliativstationen sind spezialisierte Krankenhausstationen, auf der die Symptome und Begleiterscheinungen bei komplexen palliativen Erkrankungen reduziert bzw. gelindert werden sollen mit dem Ziel der Stabilisierung und der Entlassung der Patient*innen in die Häuslichkeit oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung (Kurzzeitpflege, Hospiz oder stationäre Pflegeeinrichtung).

Hospize sind stationäre Pflegeeinrichtungen, die auf die Versorgung unheilbar Erkrankter mit eng begrenzter Lebenser-

wartung und hoher Symptomlast ausgelegt sind.

Auch in stationären **Pflegeeinrichtungen** oder einer **Kurzzeitpflege-Einrichtung** (stationäre Pflegeeinrichtung für einen begrenzten Zeitraum) ist eine palliative Begleitung möglich. Hier kann – wie auch zu Hause – ein SAPV-Team (spezialisierte ambulante Palliativversorgung), auch Brückenteam genannt, beratend und begleitend hinzugezogen werden. Das SAPV-Team besteht aus Pfleger*innen sowie Ärzt*innen, die auf ärztliche Verordnung hin bei starker Symptomlast in 24h-Rufbereitschaft stehen bzw. Hausbesuche machen, um Symptome zu lindern und Wiedereinweisung ins Krankenhaus zu vermeiden.

Aber selbst **zu Hause** können schwer oder unheilbar Erkrankte versorgt und begleitet werden. Hier sind in der Regel **Hausärzt*innen** (ggf. mit einer zusätzlichen Palliativqualifikation) in Zusammenarbeit mit den behandelnden **Fachärzt*innen** (z.B. Onkolog*innen) eine erste Ansprechmöglichkeit. Die eigentliche **Versorgung zu Hause** wird in der Regel durch einen **Pflegedienst** (möglichst durch Mitarbeitende mit Zu-

satzqualifikation Palliative Care) durchgeführt und wenn nötig durch ein SAPV-Team (s.o.) unterstützt.

Zur Entlastung der pflegenden Angehörigen ist es weiter möglich, einen **ambulanten Hospizdienst** hinzuzuziehen. Ambulante Hospizdienste vermitteln ausgebildete ehrenamtliche Hospizhelfer*innen als Unterstützungsangebot. Die Mitarbeitenden des Hospizdienstes schenken Patient*innen und deren Angehörigen Zeit, z.B. für Gespräche, Ausflüge, durch ihr Dasein und zur Entlastung der Angehörigen. Dabei sind individuelle Absprachen möglich, z.T. werden auch Sitz- und Nachtwachen angeboten. Die Begleitungen können zu Hause, im Kran-

kenhaus, in einer stationären Pflegeeinrichtung, in der Kurzzeitpflege oder im Hospiz erfolgen.

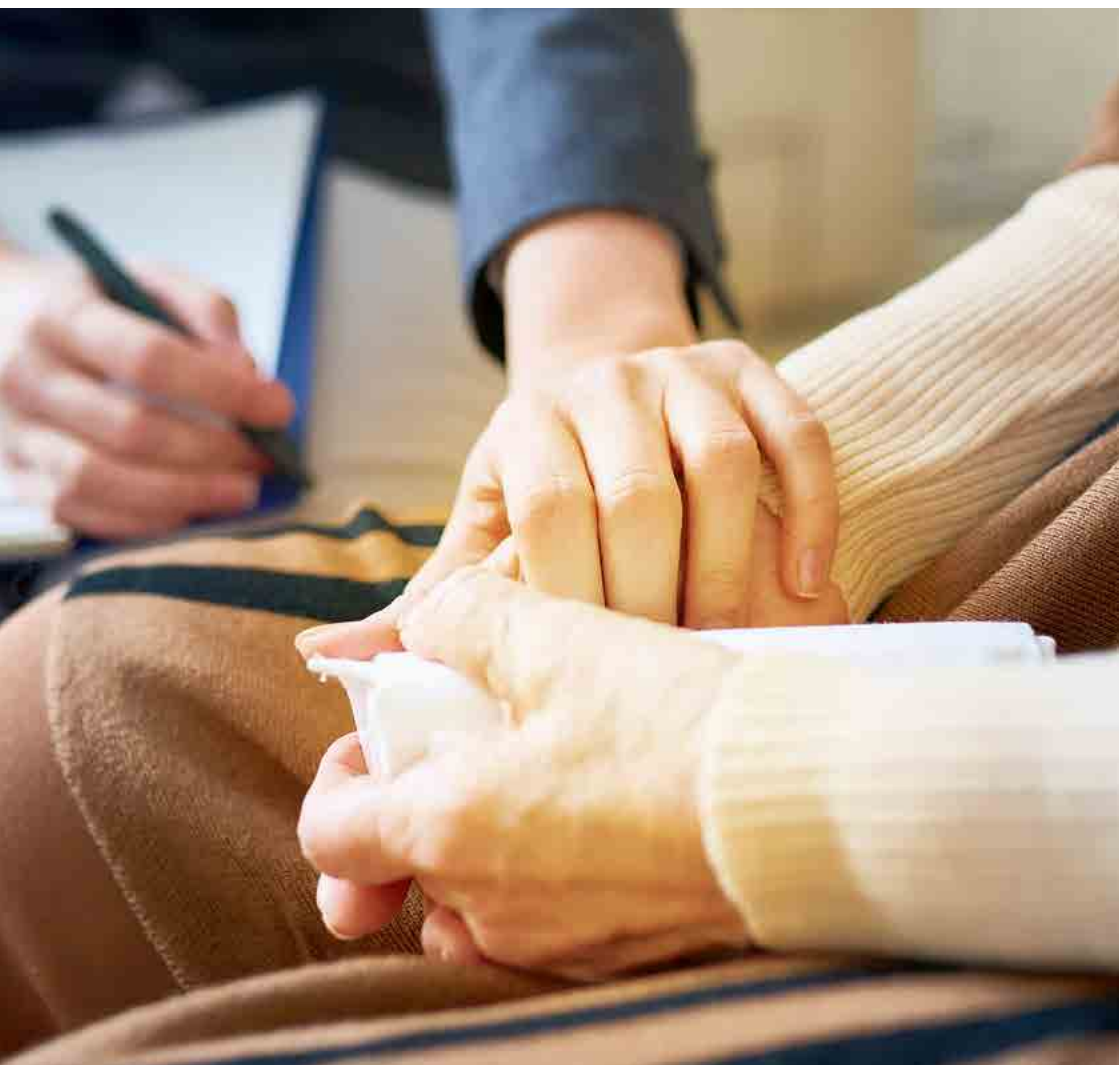
Als **weitere Ansprechpartner*innen oder Unterstützungsmöglichkeiten** wird auf die Tumorberatungsstellen, die Senior*innenberatung, auf Hilfsmittel für zu Hause, auf Angebote von Essen auf Rädern, Hausnotruf und Notfallbox im Kühlschrank verwiesen.

**ÜBERSICHT
SIEHE
ANHANG**



9

WER BIETET VERTRAULICHE GESPRÄCHE ODER BERATUNG AN?



Der Wunsch nach Hilfe zur Selbsttötung kann sehr verschiedene Ursachen haben. In jeder Phase eines Prozesses, der zu diesem Wunsch führt, sind vertrauliche Gespräche oder Beratungsangebote von großer Bedeutung. Neben Information und Aufklärung können sie helfen, den Blick auf die eigene Lage zu weiten oder zu ändern. Sie können auch aus der Isolation führen und anregen, das Leben sowie die verbleibende Lebenszeit neu zu bewerten.

Für vertrauliche Beratungen stehen vielfältige Angebote zur Verfügung. Bei krankheitsbedingten Gründen für den Wunsch nach Hilfe beim Suizid sind dies zuerst **Ärzt*innen**. Hierbei spielen Hausärzt*innen eine erste wichtige Rolle, die einschätzen können, ob eine psychische Erkrankung vorliegt, und an **Fachärzt*innen oder Psycholog*innen** überweisen können. Zudem haben sie für Menschen mit unheilbaren Erkrankungen Zugang zu den **Angeboten palliativer oder hospizlicher Betreuung**. Die Gründe für den Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung sind in den meisten Fällen sehr komplexer Natur, d.h. es gibt nicht den einen klaren Grund für diesen Wunsch. Da neben Fragen der körperlichen auch Fragen der seelischen Verfassung und sozialen Einbindung eine große Rolle spielen können, kommen vielfältige Beratungsangebote in Frage.

Neben den **psychosozialen Beratungsangeboten** bieten Kommunen bzw. Landkreise durch die Wohlfahrtsverbände (z.B. Diakonie, Caritas) auch **integrierte Beratungen** an, bei denen allgemeine Lebensberatung wie z. B.

auch Schuldner- oder Suchtberatung angebunden sind.

Flächendeckend gibt es Angebote der Kirchen zur **Seelsorge**, unentgeltlich und unabhängig von einer konfessionellen Bindung bzw. Kirchenmitgliedschaft. Die seelsorgliche Schweigepflicht von Pfarrer*innen bzw. beauftragten Seelsorger*innen ist Grundlage ihres Dienstes und gesetzlich besonders geschützt.

Die **Telefonseelsorge** (TelefonSeelsorge – TS) mit ihren bundesweit durchgängig erreichbaren Rufnummern sowie den Angeboten zu **Chat- oder Mailseelsorge** ist durch die garantierte Anonymität besonders niedrigschwellig erreichbar. Darüber hinaus gibt es zahlreiche vertrauliche **Beratungs- und Hilfsangebote** für Menschen mit Suizidabsicht, die online (bspw. unter Suizidprophylaxe) oder telefonisch zu erreichen sind. Dazu gehören auch spezielle Angebote für junge oder alte Menschen.

ÜBERSICHT
SIEHE
ANHANG

HILFS- UND BERATUNGSANGEBOTE

- Hausärzt*innen
- Fachärzt*innen
- Psycholog*innen
- Beratungsstellen
- TelefonSeelsorge
- Chat- oder Mailseelsorge

10

WAS KÖNNEN PATIENTENVERFÜGUNG UND VORSORGEVOLLMACHT REGELN?

Bei medizinischen Maßnahmen hat jeder Mensch das Recht, **selbst zu entscheiden**, ob er bestimmten ärztlichen Eingriffen, Heilbehandlungen oder Untersuchungen zustimmt oder diese untersagt. Ärzt*innen brauchen für jede Behandlung die **Einwilligung der Patient*innen**. Um ihren Willen festzustellen, wenn sie nicht mehr in der Lage sind eigene Wünsche zu äußern, gibt es drei Möglichkeiten:

- **PATIENTENVERFÜGUNG**
- **BETREUUNGSVERFÜGUNG**
- **VORSORGEVOLLMACHT**

Damit kann man in gesunden Tagen im Sinne der uneingeschränkten Selbstbestimmung eine **schriftliche Willenserklärung** abgeben, für den Fall, dass man durch Unfall oder Erkrankung **nicht mehr ansprechbar oder einwilligungsfähig** ist. Die Erklärungen sollten ausführlich über Wünsche, Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen informieren, um in der konkreten Situation Entscheidungen treffen zu können.

PATIENTENVERFÜGUNG:

Unter ihr versteht man gemeinhin eine für den Fall der eigenen Willensunfähigkeit vorformulierte Erklärung, mit der volljährige Patient*innen für konkrete Krankheitssituationen vorgeben, welche medizinischen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen und welche nicht. An eine solche Verfügung sind Ärzt*innen sowie Pflegekräfte gebunden, auch wenn die Patient*innen den eigenen Willen nicht mehr äußern können. Dazu ist es erforderlich, bestimmte Behandlungssituationen klar zu definieren (z. B. fortgeschrittene Demenz mit Unfähigkeit, bedarfsdeckend zu essen) und die Maßnahmen, die dann ergriffen werden oder unterbleiben sollen (z. B. keine künstliche Ernährung über Sonde), so konkret wie möglich festzulegen. Sind die Formulierungen nur allgemein gehalten, erschwert das die Auslegung der Patientenverfügung in einer bestimmten medizinischen Situation.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Benennung einer Person:

Mit einer Betreuungsverfügung kann eine Person des Vertrauens benannt werden für den Fall, dass das Betreuungsgericht wegen eigener Entscheidungs- und

Handlungsunfähigkeit Betreuer*innen einsetzt. Das Betreuungsgericht und die Betreuenden müssen versuchen, sich so weit wie möglich an die in der Betreuungsverfügung geäußerten Wünsche zu halten.

Grenzen von Patientenverfügungen:

Eine Patientenverfügung sollte immer auf ihren Inhalt hin durch ein Gespräch mit den verantwortlichen Ärzt*innen und den nächsten Angehörigen bzw. den Vorsorgebevollmächtigten/Betreuenden überprüft werden. Dabei muss eingeschätzt werden, ob diese den mutmaßlichen Patient*innenwillen vertreten.

Für eine medizinische Behandlung muss immer die Einwilligung der Patient*innen eingeholt werden. Dies geschieht anhand des aktuell erklärten ausdrücklichen Willens der aufgeklärten und einwilligungsfähigen Patient*innen. Ist er bzw. sie dazu nicht in der Lage, erfolgt dies anhand der konkreten und auf die Situation zutreffenden Patientenverfügung. Bei Fehlen einer Patientenverfügung muss der mutmaßliche Wille (Wie würden sich die Patient*innen wahrscheinlich entscheiden?) ergründet werden. Nur wenn es keinerlei Willensbekundungen (schriftlich, mutmaßlich geäußert) gibt, wird im Zweifel für eine lebenserhaltende Therapie entschieden.

Besteht keine medizinische Notwendigkeit (Indikation) für eine Behandlung, darf diese nicht durchgeführt werden. Der Patient*innenwille spielt dabei keine Rolle.

Ist eine Behandlung indiziert, die Patient*innen lehnen diese aber eindeutig ab,

so darf die Behandlung nicht durchgeführt werden, auch wenn das mit Todesfolge einhergeht.

Für Ärzt*innen wäre es hilfreich, neben erstellten (leider häufig nur pragmatisch ausgefüllten) Patientenverfügungen mehr über die Wertevorstellungen eines Menschen zu wissen, z.B. in Form eines Wertaufsatzes. Beispiele für wichtige Themen und Fragen, die in einem solchen Aufsatz angesprochen werden können, finden sich in der Anlage (siehe Anhang).

VORSORGEVOLLMACHT

Bevollmächtigung einer Person:

Eine Vorsorgevollmacht regelt die Bevollmächtigung einer oder mehrerer Personen des Vertrauens (zum Beispiel Partner*innen, Angehörige oder Freund*innen), die im Fall eigener Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit für den Vollmachterteilenden unter Beachtung der §§ 1904, 1906, 1906a BGB sofort rechtswirksam handeln können.

Die Bestellung dieser Personen durch ein Betreuungsgericht entfällt, nicht jedoch die Genehmigungspflicht bei schwerwiegenden medizinischen Maßnahmen (wenn Ärzt*innen und Betreuer*innen uneinig sind), bei Unterbringungen sowie ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§§ 1904, 1906, 1906a BGB).

Kombinationsmöglichkeiten:

Die **Patientenverfügung** ist auch als **mögliche sinnvolle Ergänzung** zur **Betreuungsverfügung** oder **Vorsorgevollmacht** verwendbar. In diesem Fall prüfen die Betreuer*innen, ob die Festlegungen in der Verfügung auf die aktuelle Lebens-

und Behandlungssituation zutreffen. Die Betreuer*innen haben dann dem Willen des Betroffenen Ausdruck zu verleihen.

Das Vorliegen einer gültigen Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht erleichtert medizinische Entscheidungen am Lebensende und macht die Anrufung des Betreuungsgerichts in den meisten Fällen überflüssig.

Formale Anforderungen:

Die Verfügungen und Vollmachten werden schriftlich abgefasst. Sie lassen sich jederzeit formlos widerrufen. Durch die eigenhändige Unterschrift sind sie verbindlich. Zu empfehlen ist die Unterschrift mindestens einer Zeugin bzw. eines Zeugen zur Bestätigung, dass die Verfasser*innen im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind. Selbst zugefügte Ergänzungen sollten mit einer zusätzlichen Unterschrift versehen werden.

Eine **notarielle Beurkundung** ist bei der Patientenverfügung und bei der Betreuungsverfügung **nicht erforderlich**. Bei der **Vorsorgevollmacht** ist eine notarielle Bestätigung **dringend anzuraten**, da es dabei häufig um finanzielle Angelegenheiten geht.

Zur Aufbewahrung sollten die Verfügungen und Vollmachten bei den persönlichen Unterlagen verwahrt und Kopien bei Angehörigen, Freund*innen oder eventuell bei den Hausärzt*innen hinterlegt werden. Bei der Aufbewahrung sollte gewährleistet sein, dass die entsprechenden Personen unverzüglich Zugang zu den Unterlagen erhalten. Beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer können bereits existierende Verfügungen gemeldet werden. Es ist empfehlenswert, immer einen Hinweis auf den Aufbewahrungsort bei sich zu führen, zum Beispiel mit einer Hinweiskarte in den Ausweispapieren.

ÜBERSICHT
SIEHE
ANHANG

11

WELCHE KONFLIKTE UND BELASTUNGEN KÖNNEN AUF ANGEHÖRIGE VON MENSCHEN MIT SELBSTTÖTUNGSABSICHT ZUKOMMEN?

Wo der Entschluss zur Selbsttötung als freie, individuelle Entscheidung definiert wird, kann leicht der Blick darüber verloren gehen, in welche Situation Angehörige dabei geraten können. Suizid wird in gewisser Weise immer einen aggressiven Unterton behalten, auch wenn er sanft geplant und in viele Überlegungen eingebettet ist. Bei geplanter, assistierter Selbsttötung verlagert sich die **Aggressivität des Vorhabens** nach außen. Beziehungen werden belastet. Mitmenschen, wie z.B. Ehepartner*innen, Freund*innen oder Kinder werden emotional in starkem Maß betroffen sein.

Es kann zu unausgesprochenen oder auch offen geäußerten **Erwartungen** kommen:

„Du musst mir dabei helfen!“

„Du darfst mir das nicht ausreden.“

„Du hast versprochen, dass Du das Beste für mich willst!“

Selbsttötungsabsichten können, ähnlich dem Suizid, bei Angehörigen zu grundsätzlichen Fragen und Zweifeln führen:

„Was habe ich nur falsch gemacht?“

„Wie kann ich das verhindern?“

„Hätte ich doch...!“

Angehörige können in innere **Zerrissenheit** geraten. Sie wollen verstehen und können doch nicht zustimmen. Das kostet Kraft und kann zur **Überforderung** führen. Unter Umständen benötigen sie selbst Hilfe.

Sowohl bei Suizid wie auch bei assistiertem Suizid ist damit zu rechnen, dass die **eigene Lebens- und Glaubensorientierung** in Frage gestellt wird. Selbsttötung rührt zudem an Tabugrenzen. Es ist davon auszugehen, dass durch die existentielle Betroffenheit aller Beteiligten die Beziehung **unter Angehörigen** einer hohen Belastung ausgesetzt ist mit einem offenen Ausgang. Von daher sind Gespräche, Austausch, Seelsorge und Beratung als Hilfen zur seelischen Verarbeitung und Bewältigung zu empfehlen.

12

WELCHE HILFE GIBT ES FÜR ANGEHÖRIGE?

Jede Selbsttötungsabsicht, die bekannt wird, ruft **Reaktionen** hervor. Sie sind abhängig von den Verbindungen zum sozialen Umfeld. Je stärker diese sind, umso heftiger werden die Reaktionen ausfallen. In jedem einzelnen Fall hat die Planung oder Durchführung eines Suizids **Folgen** für andere, nicht zuletzt für Menschen, die aufgrund ihrer Berufe als Ärzt*in, Polizist*in oder Bestatter*in damit konfrontiert werden.

Für Angehörige kann die Selbsttötungsabsicht zu **Entsetzen und Ablehnung** führen. Es ist möglich, dass sie ähnliche innere Auseinandersetzungen durchmachen müssen wie die betroffene Person selbst. Das kann bis zur Resignation führen.

Die Art und Weise des Umgangs mit einer Selbsttötungsabsicht ist immer auch abhängig von der Qualität der Beziehungen und der Fähigkeit zum Gespräch. Vor oder nach dem Vollzug einer Selbsttötung kann es neben **Ratlosigkeit**, Verzweiflung oder Trauer auch zu **Schuldvorwürfen oder Schuldgefühlen** bei nahestehenden bzw. vertrauten Menschen kommen. Es ist gut, wenn betroffene Angehörige prüfen, an welche **vertrauten Menschen** sie sich in einer solchen Lage wenden können.

Möglicherweise sind Verwandte und gemeinsame Freund*innen überfordert und deshalb keine wirkliche Hilfe. Jeder und jede kann sich unabhängig von der Religionszugehörigkeit an **Seelsorger*innen** wenden. Sie sind zu vertrauensvollen Gesprächen bereit und unterliegen der seelsorglichen **Schweigepflicht**. Auch **Lebensberatungsstellen**, wie sie z.B. von der Diakonie Sachsen und dem Bistum Dresden-Meißen betrieben werden, kommen dafür in Frage. Es gibt darüber hinaus zahlreiche Beratungsangebote, die bspw. unter

www.suizidprophylaxe.de oder
www.hilfe-nach-suizid.de

zu finden sind (weitere s.u.).

Zu beachten ist außerdem: Wenn sich eine zunächst ganz normale Niedergeschlagenheit nach einem Suizid von Angehörigen so verfestigt, dass sie krankhafte Züge annimmt, wird der Kontakt zu Arzt*innen empfohlen.

HILFS- UND
BERATUNGS-
ANGEBOTE

ÜBERSICHT
SIEHE
ANHANG

13

WAS PASSIERT NACH EINEM SUIZID BZW. WAS WIRD UNVERMEIDLICH IN GANG GESETZT?

Ein Suizid ist ein unnatürlicher (nicht natürlicher) Todesfall, der an die **Staatsanwaltschaft** gemeldet werden muss. Diese prüft, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Tod durch **Fremdverschulden** herbeigeführt wurde.

Zu diesem Zweck wird die Leiche in amtliche Verwahrung genommen, d.h. sie wird in die **Gerichtsmedizin** gebracht. Bis dahin darf der Leichnam nicht berührt oder versorgt werden.

Die Staatsanwaltschaft ordnet stets eine äußerliche Untersuchung der Leiche an.

Eine Obduktion wird in der Regel nur dann durchgeführt, wenn Anzeichen für eine Fremdbeteiligung vorliegen. Angehörige oder Freund*innen werden gegebenenfalls zur **Identifizierung** des Verstorbenen aufgefordert. Im Rahmen der Klärung der Todesursache können Angehörige zu möglichen Ursachen für einen Suizid und zur Vorgeschichte **befragt werden**. Gegenstände, die als **Beweismittel** in Betracht kommen – etwa Abschiedsbriefe – können sichergestellt werden. Nach etwa drei Tagen wird der Leichnam üblicherweise zur Bestattung freigegeben.



14

WELCHE KRITERIEN KENNZEICHNEN EINE WÜRDEVOLLE BEGLEITUNG VON MENSCHEN MIT STERBEWUNSCH ODER SELBSTTÖTUNGSABSICHT?

Jeder Mensch verdient **Respekt und Achtung** vor seinem bisher gelebten Leben, seiner Weltanschauung und seiner Entscheidung. Das soll im Auftreten und Verhalten der Person zu erkennen sein, die einen Menschen mit Sterbewunsch begleitet. Dazu gehört auch eine angemessene und wertschätzende Sprache.

Eine würdevolle Begleitung ist durch Zuwendung, Freundlichkeit und Mitgefühl (**Empathie**) gekennzeichnet.

Begleitende benötigen ein gutes Einfühlungsvermögen, um Bedürfnisse eines Menschen mit Sterbewunsch zu erkennen. So ist es möglich dem Menschen mit Sterbewunsch einen **Rahmen zu bieten**, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen und – soweit das möglich ist – zu artikulieren und zu realisieren.

Genauso wichtig ist die **Akzeptanz** und Einbeziehung von Angehörigen und Freund*innen und die Kooperation mit anderen Beteiligten (z.B. Pflegedienste, Ärzt*innen, Sanitätshaus, Seelsorgende).

Die Haltung des Begleitenden sollte gekennzeichnet sein durch **Zurückhaltung, Offenheit und Verschwiegenheit**.

SIEHE
AUCH
FRAGEN:

Nr. 15

- Respekt
- Achtung
- Zuwendung
- Freundlichkeit
- Mitgefühl
- Akzeptanz
- Zurückhaltung
- Offenheit
- Verschwiegenheit

Nr. 16

15

WAS MÜSSEN BEGLEITENDE FÜR SICH BEACHTEN UND KLÄREN?

Für **Mitarbeitende** in helfenden Berufen wird die besondere Herausforderung nicht allein in der Tatsache des Selbsttötungswunsches, sondern in der an sie herangetragenen Bitte zur direkten Hilfe oder zur Begleitung liegen.

Jede Form von Begleitung im Zusammenhang mit einer Selbsttötung braucht den sorgsamen Blick auf die eigene berufliche und persönliche (emotionale) Betroffenheit sowie darauf, was zu klären ist:

- Wer ist noch beteiligt (Freund*innen, Assistent*innen, Ärzt*innen...)?
- Wem sollte ebenfalls Begleitung angeboten werden?
- Wie verhält sich das eigene Rollenverständnis zu dieser Anfrage?
- Ist zur Klärung der eigenen Rolle z.B. Supervision angebracht?
- Wie wird die eigene mentale Verfasstheit eingeschätzt?



Mögliche **Begleitpersonen** sollten deshalb darauf vorbereitet sein, dass

- ein Mensch mit Selbsttötungsabsichten sich ihnen anvertrauen kann.
- sie von Angehörigen dazu angesprochen werden können.
- sie nach einer Selbsttötung in ihrer Rolle als Begleiter*innen, Seelsorger*innen, Pfarrer*innen angesprochen werden, um z.B. eine Trauerfeier zu leiten oder an einem Trauerritual mitzuwirken.

Deshalb ist es zu empfehlen, sich mit der eigenen Haltung und Rolle auseinanderzusetzen und die eigene Toleranzbreite bzw. Flexibilität in diesem Zusammenhang zu prüfen.

In diesem Prozess ist es hilfreich, sich mit den eigenen Erfahrungen und Einsichten zu den Themen Suizid sowie Sterben und Tod auseinanderzusetzen. Dabei kann es hilfreich sein, vertraute Rituale in die Überlegungen einzubeziehen.

Zur Vorbereitung auf eine mögliche Begleitung sollten je nach bisheriger Befassung folgende Themen bedacht werden:

- grundsätzliche Erkenntnisse zu Suizidalität,
- Ursachen und Beweggründe für den Wunsch nach assistiertem Suizid,
- persönliche Erfahrungen mit Suizidalität,
- persönliche Haltung und Grenzen beim Umgang mit Suizidalität.

FOLGENDE SCHRITTE UND ÜBERLEGUNGEN BEI DER BEGLEITUNG HABEN SICH ALS HILFREICH ERWIESEN:

a) Anerkennen der Situation:

- keine Vorwürfe
- nicht nach (weiteren) Gründen forschen
- Verständnis für die Situation zeigen
- „tote Winkel“, blinde Flecken“, versperrte Sichtweisen, verborgene Wünsche und Sehnsüchte erkennen

b) Respektieren der Entscheidung:

- Offenheit für tiefer steckende Not
- Verzicht auf Statements, Urteile und moralische Bewertungen

c) Beziehung aufbauen:

- Zuhören
- Isolierung durchbrechen
- Bemühen um das Verstehen von Lage und Situation einschließlich Zweifel
- Ressourcen erkennen
- Zeit investieren

d) Akzeptanz der Doppelrolle:

- solidarische Begleitung und Rolle einer Vertreterin bzw. eines Vertreters des Lebens

e) Inneren Horizont beachten:

- Sinnfragen
- Ewigkeit
- Jenseits
- Gott

WAS BRAUCHT ES, DAMIT EIN GESPRÄCH ÜBER DIE ABSICHT ZUR SELBSTTÖTUNG MÖGLICH WIRD?

Ärzt*innen, Berater*innen oder Seelsorger*innen müssen sich ganz auf die Lage der Menschen einlassen, die ein Gespräch wünschen. Dafür ist es nötig, diese Menschen mit ihrer **Absicht ernst zu nehmen**. Es muss ohne Beurteilung oder Bewertung über alles gesprochen werden können. Wer sich mit seinem Anliegen ernstgenommen und akzeptiert weiß, wird auch Fragen und abweichende Meinungen bzw. Haltungen hören können.

Von Seiten der Ärzt*innen, Berater*innen oder Seelsorger*innen sind **Einfühlungsvermögen** und ausreichend **Zeit** wesentliche Voraussetzungen, um eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre herstellen zu können. Es ist förderlich für das Vertrauen, die für sie geltenden Regeln zur Einhaltung der Schweigepflicht anzusprechen.

Für ein Gespräch zu diesem Thema braucht es zudem die Fähigkeit, dem Gegenüber neue und **andere Blicke** auf ihre Absicht anzubieten. Auch können ungewöhnte Denkansätze hilfreich sein, die eigene Absicht zu überprüfen. So bieten Philosophie und Religionen, christliche und andere Glaubenstraditionen, persönliche Glaubens- und Lebenserfahrungen, Literatur sowie biografische Notizen

vielfältige Anknüpfungspunkte, um das Nachdenken über den Wert des eigenen Lebens in einen **größeren Zusammenhang** zu stellen.

Es wird sehr verschiedene Gründe geben, warum Menschen Beihilfe dazu erbitten, ihrem Leben ein Ende zu setzen, z.B. unheilbare, schwere Krankheiten, Ängste vor dem Verlust zur Selbstbestimmung, persönliche Schicksalsschläge. Ärzt*innen, Berater*innen oder Seelsorger*innen sollten sich damit ebenso wie mit weiteren Fragen zum Themenfeld Suizid, Suizidabsicht und Hilfe zum Suizid befassen.

Dazu bieten sich der regelmäßige kollegiale Austausch, Fort- und Weiterbildungen sowie andere Instrumente zur **Reflexion** der eigenen Tätigkeit an.

Zudem sollten sie eigene Erfahrungen mit dem Wunsch aus dem Leben zu scheiden, wie sie an bestimmten Punkten im Leben auftauchen können, reflektiert haben und sich ihrer bewusst sein. Bei aktueller **persönlicher Betroffenheit** über einen Fall von Selbsttötung, z.B. im familiären Umfeld, müssen sie an andere Personen verweisen, die für Gespräche zur Verfügung stehen.

17



WELCHE REGELUNGEN IM BERUFSRECHT GIBT ES DAZU?

Der 124. Deutsche Ärztetag beschloss im Mai 2021, aus verfassungsrechtlichen Gründen das berufsrechtliche Verbot der ärztlichen Suizidhilfe nicht mehr aufrecht zu erhalten und änderte deshalb die Musterberufsordnung. Darin hieß es bislang: „Sie (Ärzt*innen) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“. Gleichzeitig wurde betont, dass ärztliches Handeln weiterhin lebensorientiert bleiben und Suizidassistenz keine normale ärztliche Dienstleistung sein soll. Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten, d.h. aus dem Recht des Einzelnen besteht kein Anspruch auf ärztliche Unterstützung bei einem Selbsttötungsvorhaben. In der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wurde der Beschluss des Ärztetages umgesetzt und der entsprechende Satz (s.o.) gestrichen.

**SIEHE
AUCH FRAGE
Nr. 4**

MIT WELCHEN ERWARTUNGEN UND REAKTIONEN AUS DER GESELLSCHAFT, AUS DEM BERUFSSTAND ODER AUS DEN KIRCHEN MÜSSEN ÄRZT*INNEN BZW. VERANTWORTLICHE PERSONEN RECHNEN?

Aufgrund der durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes geschaffenen neuen Situation in Bezug auf den assistierten Suizid ist mit Unsicherheiten und **gegensätzlichen Erwartungen** zu rechnen, z.B.:

- Es muss gewährt werden, was erlaubt ist. – Es darf auf keinen Fall gewährt werden, was erlaubt ist.
- Aufgrund einer frei getroffenen Entscheidung wird Beratung gesucht und erwartet. – Es wird Beratung gesucht und erwartet, da eine Person mit ihrer Entscheidung unter Druck steht.
- Von einer Beratung wird Bekräftigung und Unterstützung erwartet. – Von einer Beratung wird Orientierung erwartet.
- Ärzt*innen und Pflegekräfte sollen das Leben bewahren und erhalten. – Ärzt*innen haben den Wunsch der Patient*innen nach einem assistierten Suizid zu achten.
- Eine Entscheidung gegen einen assistierten Suizid wird als das Gewissen entlastend oder als das Gewissen belastend empfunden.

In jedem Fall ist die Beschäftigung mit dem Suizid eine **existentielle Frage** für die Betroffenen, ihre Mitmenschen und für alle Verantwortlichen, bei der immer mit der Frage nach dem „Warum“ zu rechnen ist. Christen kennen diese Frage auch als eine Frage ihres Ringens zwischen fester Glaubensgewissheit und tiefem Glaubenszweifel. Existentielle Fragen sind oftmals ethische und meist auch sehr persönliche Fragen. Bei ihrer Beantwortung können Christ*innen quer liegen zu Positionen, die in ihren Kirchen offiziell vertreten werden. Da eine Frage wie jene nach Beihilfe zum Suizid emotional stark berühren kann, ist mit entsprechenden Reaktionen zu rechnen. Das kann von starker Befürwortung bis zu heftiger Gegenrede, von hohen Erwartungen bis zu klarer Ablehnung reichen.

Bei der Suizidhilfe ist immer die persönliche Einstellung und Positionierung der Beteiligten gefragt. Es bedarf ihrer persönlichen Entscheidung, ob und ggf. wie sie sich dazu verhalten.

Bei der Auseinandersetzung mit einem Wunsch zur Suizidhilfe wird die Frage nach Schuld aufkommen. Christliche Patient*innen und ihre Angehörigen werden das Thema vor dem Hintergrund ihres Glaubens diskutieren wollen. Hier kann nicht auf den Einzelfall eingegangen werden. Grundsätzlich ist jedoch zu sagen, dass schuldig werden kann, wer einen Suizid unterstützt, aber ebenso, wer die Gründe, die für einen Wunsch nach Suizidbeihilfe sprechen, nicht ernst nimmt bzw. nicht sehen will.

An Ärzt*innen wie auch an Pflegende wird die Erwartung gerichtet sein, sich in die Gefühlslage und gegebenenfalls in die Entscheidungsnot einfühlen zu können, die mit einem Wunsch nach Suizidbeihilfe verbunden sind. Es bedarf einer generellen Bereitschaft, sich mit Grundfragen menschlichen Seins auseinanderzusetzen, die in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen (z.B. Schuld, Leiden, Leben, Ewigkeit, Heil und Heilung).

In unserer christlich geprägten Kultur sind Kenntnisse grundlegender biblischer Texte hilfreich, um die Fragen zum assistierten Suizid vor dem **Hintergrund des christlichen Glaubens** deuten zu können, z.B. die 10 Gebote oder Texte zum Umgang Jesu mit Krankheit, Leiden und Schuld.

Als exemplarisch anzusehen ist ein für die christliche Seelsorge grundlegender Abschnitt aus dem Markusevangelium, in dem es um eine Kernfrage der Seelsorge geht. Jesus versucht herauszufinden, was das Anliegen bzw. der Wunsch des um Rat Suchenden ist:



„Als Jesus aus Jericho hinausging, er und seine Jünger und eine große Menge, da saß ein blinder Bettler am Wege, Bartimäus, der Sohn des Timäus. Und als er hörte, dass es Jesus von Nazareth war, fing er an zu schreien und zu sagen: Jesus, du Sohn Davids, erbarme dich meiner! Und viele fuhren ihn an, er sollte schweigen. Er aber schrie noch viel mehr: Du Sohn Davids, erbarme dich meiner! Und Jesus blieb stehen und sprach: Ruft ihn her! Und sie riefen den Blinden und sprachen zu ihm: Sei getrost, steh auf! Er ruft dich! Da warf er seinen Mantel von sich, sprang auf und kam zu Jesus. Und Jesus antwortete ihm und sprach: Was willst du, dass ich für dich tun soll? Der Blinde sprach zu ihm: Rabbuni, dass ich sehend werde. Und Jesus sprach zu ihm: Geh hin, dein Glaube hat dir geholfen. Und sogleich wurde er sehend und folgte ihm nach auf dem Wege.“

(MK 10, 46-52)

Jesus hört den Schrei nach Hilfe und sieht die Notlage. Bevor er einen Rat gibt oder handelt, wendet er sich dem Rufenden konkret zu mit der öffnenden Frage: „**Was willst du, dass ich für dich tun soll?**“ Jesus nimmt jeden Menschen ernst. Er wendet sich Leidenden zu, ohne für sie zu entscheiden. In der christlichen Sprache ist durch die Bibelübersetzung Martin Luthers für diese sich öffnende Haltung den Menschen gegenüber das Tätigkeitswort „erbarmen“ gefunden worden.

Diese biblische Gesprächssituation ist für das seelsorgliche Gespräch prägend geworden. Jesus wendet sich jedem Menschen zu und eröffnet damit eine Perspektive der Hoffnung. Durch seine Hinwendung wird ein Gespräch ermöglicht, das den Willen zum Leben stärkt. Die Aufgabe der Seelsorgerinnen und Seelsorger ist es daher, Ratsuchende zu begleiten. Das wird nicht bedeuten, eine Entscheidung zu teilen, die den eigenen Überzeugungen und dem eigenen Gewissen widerspricht. Hier kann die Beratung an eine Grenze kommen. Die Zuwendung zum Nächsten bedeutet eine vor dem eigenen Gewissen verantwortete Seelsorge anzubieten (s. auch Frage 5).

Mit der hier gestellten Frage nach Erwartungen an verantwortliche Personen im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid sind einerseits **fachliche Erwartungen** gemeint. Andererseits können sich diese auch auf die **persönliche Haltung** der Pflegenden sowie der Ärzt*innen beziehen. Dies einzuschätzen, wird für die persönliche Einordnung und für mögliche Reaktionen von Bedeutung sein.

Bei dem Wunsch nach Sterbehilfe wird nicht nur eine fachliche, sondern auch eine Gewissenentscheidung zu treffen sein. Sie steht im Zusammenhang mit den persönlichen Haltungen der betreffenden Personen. Menschen mit einer differenzierten Haltung werden den jeweiligen Einzelfall betrachten und unterschiedlich entscheiden. Außerdem wird es neben grundsätzlich zustimmenden auch generell ablehnende Haltungen geben. Diese Uneindeutigkeit und das zu erwartende breite Spektrum an Meinungen und Haltungen können bei Betroffenen auf **Unverständnis** stoßen. Im jeweiligen Berufsstand ist mit Mehrheitsmeinungen zu rechnen. Abweichungen müssen ebenfalls mit Kritik oder Unverständnis rechnen. Die Frage nach Unterstützung bzw. nach Beihilfe zum Suizid ist und bleibt eine Wissensfrage (s. u.a. auch Frage 5).

Zusammenfassend kann gesagt werden: Da es sich für die helfenden Berufe um eine das berufliche Selbstverständnis betreffende grundlegende Frage handelt, ist bei bestimmten **Haltungen oder Entscheidungen** mit verschiedensten Reaktionen zu rechnen. Sie können von

Zustimmung über **Verunsicherung und Unverständnis** bis zum Hinterfragen der beruflichen Eignung reichen. Für Hilfesuchende bzw. Patient*innen kann es in der ganz konkreten Frage münden, ob man sich einer bestimmten Person in einem der helfenden Berufe z.B. für eine Behandlung anvertrauen kann, wenn sie Menschen beim Suizid unterstützt.

Grundsätzlich werden Ärzt*innen sowie andere Berufsgruppen mit Fragen zu rechnen haben, welche die ethische Dimension des assistierten Suizids betreffen.

SIEHE
AUCH
FRAGEN:

Nr. 5

Nr. 17

19

WIE KANN MIT EINEM EINDEUTIGEN VERLANGEN ZUM ASSISTIERTEN SUIZID BEI MENSCHEN OHNE SCHWERE ERKRANKUNG UMGEGANGEN WERDEN?

Der Wunsch nach Beihilfe zum assistierten Suizid von Menschen ohne schwere Erkrankung kann Mitarbeitende in helfenden Berufen in **Gewissensnöte** bringen. Sie haben ihren Beruf ergriffen, um Kranken beizustehen, Schmerzen zu lindern, zu heilen oder dabei zu helfen, das Leben mit Einschränkungen zu bewältigen. Der Wunsch, das Leben zu beenden, steht diesem Vorsatz entgegen. Möglicherweise haben sie aber auch Erfahrungen mit Menschen, die einen gewaltsamen Suizidversuch überlebt haben und kennen die schwerwiegenden Folgen wie schlimmste Verletzungen, bleibende Schäden oder auch traumatische Erfahrungen bei Zeugen des Suizids. Sie möchten seelisches Leid ernst nehmen und Verzweiflung entgegen wirken, um zu verhindern, dass Menschen mit Gewalt aus dem Leben scheiden und dabei andere gefährden.

Die Bitte nach Hilfe zum Suizid kann einen **inneren Konflikt** auslösen. Dafür braucht es den vertraulichen Austausch mit Kolleg*innen und Beratungs- bzw. Reflexionsmöglichkeiten.

Für alle Fälle gilt: Jedes **offene Gespräch** bietet grundsätzlich die Möglichkeit, dass die Beihilfe zum Suizid suchende Person ihre Entscheidung noch einmal überprüft oder auch ändert.

Für alle Fälle gilt:

Jedes offene Gespräch bietet grundsätzlich die Möglichkeit, dass die Beihilfe zum Suizid suchende Person ihre Entscheidung noch einmal überprüft oder auch ändert.

20

WAS MUSS GENERELL IN KRANKENHÄUSERN BZW. ARZTPRAXEN GEKLÄRT SEIN?

Sollten die jeweils aktuelle Rechtslage sowie die jeweilige Berufsordnung es grundsätzlich zulassen, so ist wichtig, sich so früh wie möglich in einem **Gesprächs- und Beratungsprozess** in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, aber auch in Arztpraxen darüber zu verständigen, wie mit Bitten um Hilfe zum Suizid in der eigenen Einrichtung umgegangen werden soll. Dabei kann in drei Schritten vorgegangen werden:

Vor der Entscheidung, Hilfe zum Suizid leisten zu wollen:

- Alle Mitarbeiter*innen sollen so früh wie möglich durch eine verantwortliche Führungskraft mit der **Thematik** und den damit verbundenen ethischen und rechtlichen Fragen **vertraut** gemacht werden.
- Danach sollte sich Zeit für den **kollegialen Austausch** genommen werden. Ethikkomitees oder Vergleichbares sind gute Orte, Gespräche zu führen und deren Erkenntnisse zusammenzufassen und zu kommunizieren. Dabei sollte nicht versäumt werden, auch die Leitungen der Einrichtung in die Diskussion einzubeziehen.
- In diesem **Klärungsprozess** muss den Mitarbeitenden dargelegt werden,
 - dass sie frei über ihre eigene Mitwirkung bei der Hilfe zum Suizid entscheiden können.
 - dass sie die Möglichkeit haben, sich in jedem Fall neu entscheiden zu können.
 - dass sie wegen ihrer Entscheidung keine Nachteile befürchten müssen.
- Danach sollte eine fachkundige Arbeitsgruppe ein im Haus gut **abgestimmtes Dokument** erarbeiten, das als Grundlage für eine ethisch verantwortete Entscheidung der Einrichtungsleitung dient.
- Die **Einrichtungsleitung muss** dann auf dieser Grundlage **entscheiden**, ob die Hilfe zum Suizid
 - in ihrer Einrichtung zum Leistungsspektrum gehören soll und warum oder
 - ob sie nur unter bestimmten Indikationen, die dann beschrieben und begründet werden sollten, geleistet wird oder
 - ob sie in ihrer Einrichtung nicht erbracht werden kann. Dann sollten die Gründe genannt werden, die zu dieser Entscheidung geführt haben.

Nach der Entscheidung, Hilfe zum Suizid in der eigenen Einrichtung leisten zu wollen:

- Ist eine Entscheidung in dieser Sache gefallen, bespricht die Einrichtungsleitung ihre Entscheidung mit den Mitarbeitenden.
- Dabei ist eine **transparente Darstellung** wichtig, unter welchen Indikationen, in welcher Weise und durch welche Personen Hilfe zum Suizid geleistet werden soll.
- Danach ist die aktenkundige **Belehrung** aller an der Hilfe zum Suizid Beteiligten über die gültige Rechtslage zu empfehlen.
- Gleichzeitig ist die Umsetzung aller rechtlichen und organisatorischen Vorgaben staatlicher Stellen zur Durchführung der Hilfe zum Suizid sicherzustellen.
- Als unverzichtbar wird, wenn Hilfe zum Suizid vor Ort geleistet werden soll, die **Einrichtung eines gesonderten Raumes** im Krankenhaus bzw. der Arztpraxis angesehen. Dabei sind sowohl die medizinischen und hygienischen Anforderungen als auch die Anforderungen an ein würdiges Sterben und Abschiednehmen zu beachten. Dazu gehört auch, dass der Raum mit seiner Ausstattung die Begleitung des bzw. der Sterbewilligen durch Angehörige, Seelsorgende oder andere Vertrauenspersonen angemessen ermöglicht.

- Innerbetrieblich sollte schließlich geklärt werden, wie allen an der Hilfe zum Suizid Beteiligten Zeit und Gelegenheit zu begleitender **Supervision bzw. Seelsorge** gegeben wird.

Nach der Entscheidung, keine Hilfe zum Suizid in der eigenen Einrichtung leisten zu wollen:

- Auch die Entscheidung gegen eine Hilfeleistung zum Suizid in ihrer Einrichtung sollte die Einrichtungsleitung mit den Mitarbeitenden besprechen.
- Dabei ist eine transparente Darstellung der Beweggründe wichtig, die zu dieser Entscheidung geführt haben.
- Es muss dann geklärt werden, wie Patient*innen mit Sterbewunsch künftig beraten und begleitet werden.

21

WAS GEHÖRT ZU EINER ANGEMESSENEN PFLEGE UND BETREUUNG VON MENSCHEN, DIE SUIZIDHILFE ERBITTEN?

Gespräche über einen selbstbestimmten Tod finden oft mit Betroffenen in einem **palliativmedizinischen Kontext** statt. Doch auch in anderen Fachbereichen spielen Fragen zur Autonomie des Individuums und zu seinem Sterben zunehmend eine Rolle. Für alle Gespräche ist es entscheidend, dem Menschen und seinen Nöten mit **Respekt** zu begegnen. Die Entscheidung, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, erfordert von den Betreuenden eine **wertungsfreie** Haltung. Dazu ist eine stetige Selbstreflexion unabdingbar. Vor jedem Gespräch bzgl. der Suizidabsicht von Betroffenen zählt es zu den Grundvoraussetzungen sich zu fragen:

„Bin ich bereit für dieses Gespräch?“

Eine offene und **authentische Herangehensweise** seitens des medizinisch-pflegerischen Personals kann dem Menschen ein Sicherheitsgefühl vermitteln und somit die Chance bieten, die genauen Beweggründe zu erläutern. Das kann ein nochmaliges grundsätzliches Nachdenken über die Absicht des Suizids zur Folge haben (siehe auch Frage 15). Eine angemessene Pflege und Betreuung hat in diesem Zusammenhang den be-

sonderen Fokus auf der Kommunikation. Falls ein seelsorgliches Gespräch erbeten wird, so wird bei aller **Akzeptanz und Empathie** auch die ehrliche und offene Haltung des Seelsorgers bzw. der Seelsorgerin gefragt sein.

Sollte sich der sterbewillige Mensch für einen ärztlich assistierten Suizid entscheiden, werden auch Fragen zu den **Rahmenbedingungen** eine Rolle spielen, z.B. in Bezug auf Maßnahmen nach dem Versterben wie Totenfürsorge und Kontaktierung von An- bzw. Zugehörigen. Genauer wird von gesetzlichen Festlegungen abhängen, die derzeit noch diskutiert werden.

SIEHE
AUCH
FRAGEN:

Nr. 8

Nr. 9

Nr. 12

22

WELCHE GRUNDSÄTZLICHEN FRAGEN ODER KONFLIKTE KÖNNEN SICH ERGEBEN BEI PFLEGENDEN UND BETREUENDEN PERSONEN, WENN SIE BEI DER SUIZIDHILFE MITWIRKEN SOLLEN?

Bei einer Beteiligung an der Suizidhilfe steht vor allem die **Angst vor Konsequenzen** im Vordergrund mit der Frage, ob die betreuende Person diese Unterstützung mit ihren Werten vereinbaren kann oder ob es zu einem Missverhältnis zu den inneren Überzeugungen kommt.

Zudem steht die Frage nach einer psychosozialen **Nachbetreuung** für Pflegefachpersonal, An- bzw. Zugehörige im Raum. Das Gefühl der Schuld spielt dabei eine zentrale Rolle trotz möglicher klarer Rechtslage. Dafür muss zu jeder Zeit auch die **Möglichkeit der Ablehnung** der Suizidbeihilfe gegeben sein.

Sollte sich die betroffene Person für einen ärztlich assistierten Suizid auch nach ausführlichen Gesprächen und Beratung entscheiden, muss sie dies nach derzeitiger Gesetzeslage allein tun ohne Beistand von medizinischem Personal. Aktuell besteht hier ein Konflikt, da es eine **Pflicht zur ersten Hilfe** bei Verlust des Bewusstseins gibt (siehe § 323c Strafgesetzbuch – Unterlassene Hilfeleistung).

Des Weiteren muss den Zugehörigen klar sein, dass ein assistierter Suizid eine unnatürliche Todesursache darstellt und mit einer **Untersuchung durch die Staatsanwaltschaft** einhergeht.

23



ANHANG



1

ZU

**»WIE KÖNNEN SCHWER
ODER UNHEILBAR ERKRANKTE
MENSCHEN PALLIATIVMEDIZINISCH
VERSORGT ODER DURCH
HOSPIZDIENSTE BEGLEITET
WERDEN?«**

PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN

ambulant

Betreuung

durch Hausärzt*innen
(ggf. mit Palliativqualifikation)
und Onkolog*innen

Versorgung

durch einen Pflegedienst
(möglichst durch Mitarbeitende mit
Zusatzqualifikation Palliative Care)

Brückenteams/SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

Team aus Pflegepersonal und Ärzt*innen, die auf ärztliche Verordnung hin und bei starker Symptomlast in 24h-Rufbereitschaft stehen bzw. Hausbesuche machen, um Symptome zu lindern und Wiedereinweisung ins Krankenhaus zu vermeiden

stationär

Hospiz

stationäre Pflegeeinrichtung, die auf die Versorgung unheilbar Erkrankter mit eng begrenzter Lebenserwartung und hoher Symptomlast ausgelegt ist

Pflegeheim

(ggf. unter Hinzuziehung von SAPV – spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

Kurzzeitpflege (ggf. mit SAPV)

stationäre Pflegeeinrichtung für einen begrenzten Zeitraum

Palliativstation

spezialisierte Krankenhausstation, auf der die Symptome und Begleitscheinungen bei komplexen palliativen Erkrankungen gut eingestellt bzw. die Symptomlast reduziert werden soll mit dem Ziel der Stabilisierung und Entlassung des Patient*innen in die Häuslichkeit oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung (Kurzzeitpflege, Hospiz oder Pflegeheim)

ambulanter Hospizdienst

Vermittlung von ausgebildeten ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen als Unterstützungssangebot. Die Hospizhelfer*innen schenken Patient*innen und Angehörigen Zeit, z.B. für Gespräche, Ausflüge, Dasein und zur Entlastung für Angehörige. Sie kommen ca. 1–2x pro Woche. Dabei sind individuelle Absprachen möglich, z.T. werden auch Sitz- und Nachtwachen angeboten. Die Begleitungen können zu Hause, im Krankenhaus, Pflegeheim, in der Kurzzeitpflege oder im Hospiz erfolgen.

weitere Ansprechpartner*innen oder Unterstützungsmöglichkeiten:

Tumorberatungsstellen, Senior*innenberatung, Hilfsmittel für zuhause, Essen auf Rädern, Hausnotruf, Notfallbox im Kühlschrank, Physiotherapie, Kurzzeitpflege oder Tagespflege

2

ZU

**»WER BIETET
VERTRAULICHE GESPRÄCHE
ODER BERATUNG AN?«**

SOWIE ZU

**»WELCHE HILFE GIBT ES
FÜR ANGEHÖRIGE?«**

AUSWAHL AN HILFS- UND BERATUNGSANGEBOTEN DER VERBÄNDE, INTERESSENVERTRETUNGEN SOWIE KONTAKT- UND BERATUNGSSTELLEN

Beratungsangebote

Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e. V.

www.diakonie-sachsen.de/
Angaben zu Beratungsstellen in Ihrer Region
Telefon: 0351 8315-0

Bistum Dresden-Meißen

www.bistum-dresden-meissen.de/unterstuetzend/beratungsangebote
Angaben zu Beratungsstellen in Ihrer Region
Telefon 0351 31563-0

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Sachsen e. V.

www.drksachsen.de/
Angebote > Kinder, Jugend und Familie > Weitere Beratungsangebote
Servicehotline: 08000 365000

Seelsorge

Kirchgemeinden

am Wohnort
www.evlks.de
Service > Kirchgemeinden

www.bistum-dresden-meissen.de
Menü > Pfarreien

Krankenhausseelsorge sowie weitere besondere Seelsorgeangebote

www.evlks.de
Handeln > Hilfe und Unterstützung > Seelsorge >
Wo findet man Seelsorgeangebote?

Internetseiten von Krankenhäusern und Einrichtungen

www.bistum-dresden-meissen.de
Menü > Unterstützend > Seelsorge in besonderen Situationen

TelefonSeelsorge

TelefonSeelsorge – TS,
(bundesweit durchgängig, kostenfrei erreichbare Rufnummern)

www.telefonseelsorge.de/

Telefon: 0800 1110111 oder 0800 1110222 oder 0800 116123

Chat- oder Mailseelsorge

TelefonSeelsorge – TS

<https://online.telefonseelsorge.de/>

Informationsportale für Hospiz- und Palliativarbeit

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

www.dgpalliativmedizin.de/

Telefon: 030 3010100-0

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.

www.dhvp.de/start.html

Telefon: 030 8200758-0

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V.

<https://hospiz-palliativ-sachsen.de/>

Telefon: 0351 2104855

info@hospiz-palliativ-sachsen.de

Diakonie Deutschland

<https://www.diakonie.de/hospizarbeit-und-palliativversorgung>

Suizidprophylaxe

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

www.suizidprophylaxe.de

Hilfsangebote und Informationen

Telefon: 0671 20278566

Nationales Suizid Präventionsprogramm (NaSPro)

www.suizidpraevention.de/

Hilfsangebote, Informationen, Materialien

Informationsportale für psychische Gesundheit und Nervenerkrankungen

Neurologen und Psychiater

www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org
Hilfsangebote bei psychischen Notfällen

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Info-Telefon Depression: 0800 3344533
www.deutsche-depressionshilfe.de
Hilfe und Informationen zum Umgang mit der Erkrankung

Sozialpsychiatrische Dienste bzw. Psychosoziale Krisendienste

Städte und Gemeinden, Landkreise

Zentrale Rufnummern der Städte und Gemeinden, Landkreise;
Eingabe im Internet unter Sozialpsychiatrische Dienste bzw. Psychosoziale Krisendienste

Patient*innenschutz für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Deutsche Stiftung Patientenschutz

www.stiftung-Patientenschutz.de/
Service
Telefon: 0231 7380730

Hilfe nach Suizid

Hilfe nach Suizid, Online-Präventionsprogramm

www.hilfe-nach-suizid.de
Online-Präventionsprogramm, u.a. Hilfsangebote für Hinterbliebene nach einem Suizid

3

ZU

**»WAS KÖNNEN
PATIENTENVERFÜGUNG
UND VORSORGEVOLLMACHT
REGLN?«**

Hinweis auf Broschüren und Formulare des Bundesministerium für Gesundheit und der Sächsischen LandesÄrzt*innenkammer:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/Patientenverfuegung.html>

<https://www.slaek.de/de/03/Patientenberatung/Patientenverfuegung.php>

Hilfreiche Fragen zur Niederschrift eigener Wertvorstellungen zur Ergänzung einer Patientenverfügung:

- Wie sind Sie bisher mit leidvollen Erfahrungen in ihrem Leben umgegangen?
- Haben Sie sich von anderen helfen lassen, oder haben Sie versucht, alles allein zu regeln und alles mit sich selbst auszumachen?
- Haben Sie Angst, anderen zur Last zu fallen, oder sind Sie der Meinung, dass sie sich getrost helfen lassen dürfen?
- Wollen Sie noch möglichst lange leben? Oder ist Ihnen die Intensität Ihres zukünftigen Lebens wichtiger als die Lebensdauer?
- Geht Ihnen Qualität des Lebens vor Quantität oder umgekehrt, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist?
- Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Wie gehen Sie damit um?
- Gibt es einen Unterschied für Sie zwischen geistiger und körperlicher Behinderung?
- Welches Mindestmaß an Selbständigkeit ist für Ihre Lebensqualität unbedingt notwendig?
- Können Sie sich vorstellen weiterzuleben, wenn Sie nicht mehr mit den Menschen in Ihrer Umgebung kommunizieren können?
- Gibt es viele unerledigte Dinge oder Aufgaben in Ihrem Leben, für deren Regelung Sie unbedingt noch Zeit brauchen?
- Welche Rolle spielt die Religion in Ihrer Lebensgestaltung?
- Und welche Rolle spielt sie in Ihren Zukunftserwartungen, auch über den Tod hinaus?
- Welche Rolle spielen Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen in Ihrem Leben?
- Haben Sie gern vertraute Menschen um sich, wenn es Ihnen schlecht geht, oder ziehen Sie sich lieber zurück?
- Können Sie sich vorstellen einen Menschen beim Sterben zu begleiten? Würden Sie eine solche Begleitung für sich selbst wünschen?

(Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben, München 2012, 5. Auflage, S. 146–147)

4

ZU

»WAS MÜSSEN BEGLEITENDE FÜR SICH BEACHTEN UND KLÄREN?«

Ziemer, Jürgen

„Seelsorgelehre“

Göttingen 2000, 1. Auflage,

Abschnitt „Seelsorge bei Suizidhandlungen“,

besonders S. 320–326 bzw.

Göttingen 2015, 4. neu bearbeitete und erweiterte Auflage,

Abschnitt „Seelsorge bei Suizidhandlungen“,

S. 384–391

Impressum:

Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens
Lukasstraße 6 · 01069 Dresden

Verantwortlich für den Inhalt: Arbeitsgruppe Ethische Fragen der Sterbehilfe

- Dietrich Bauer,
Oberkirchenrat, Vorstandsvorsitzender
Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Lan-
deskirche Sachsens e. V.
- Dr. Thilo Daniel,
Oberlandeskirchenrat, Dezernent
für Theologische Grundsatzfragen,
Ev.-Luth. Landeskirchenamt Sachsens
- Frank del Chin (Leitung),
Oberkirchenrat, Referent für Seelsorge
und Beratung, Ev.-Luth. Landeskirchen-
amt Sachsens
- Theresa Donath,
Palliative Care Krankenpflegerin,
Notfallseelsorgerin
- Michael Leonhardi,
Pfarrer, Krankenhausseelsorger
- Dr. med. Michael Mendt,
Oberarzt, Facharzt für Innere Medizin,
Internistische Intensivmedizin,
Palliativmedizin
- Birgit Munz,
bis 2020 Vizepräsidentin des OLG
Dresden und Präsidentin des
Sächsischen Verfassungsgerichtshofes
- Prof. Dr. Christian Schwarke,
Professor für Systematische Theologie,
Technische Universität Dresden,
Institut für Evangelische Theologie
- Schwester Esther Selle,
Oberin, Ev.-Luth. Diakonissenanstalt
Dresden e. V.
- Stephan Siegmund,
Pfarrer, Rektor Ev.-Luth.
Diakonissenanstalt Dresden e. V.

Beratung:

- Tilmann Beyer
Referent Hospiz, Palliative Care,
Diakonisches Werk der Ev.-Luth.
Landeskirche Sachsens e. V.
- Hans Böhm
Kirchenrat,
Ev.-Luth. Landeskirchenamt Sachsens
- Dr. Astrid Reglitz
Kirchenrätin,
Ev.-Luth. Landeskirchenamt Sachsens

Alle Informationen, Daten und Angebote wurden sorgfältig geprüft. Eine Haftung oder Gewähr für die Aktualität, Richtigkeit, Vollständigkeit oder Eignung für bestimmte Verwendungszwecke der zur Verfügung gestellten Informationen ist jedoch ausgeschlossen. Unser Angebot enthält Links zu externen Webseiten Dritter, auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Deshalb können wir für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich. Dresden, Oktober 2021

Herausgeber:

Diakonisches Werk der
Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e. V.
Obere Bergstraße 1 · 01445 Radebeul
info@diakonie-sachsen.de
www.diakonie-sachsen.de

Fotos

Adobe Stock
Tilmann Beyer
© Diakonie/Annette Schrader

Gestaltung und Druck

WDS Pertermann GmbH
www.wds-pertermann.de

**FÜR WEITERE
INFORMATIONEN
STEHEN WIR
IHNEN GERN ZUR
VERFÜGUNG**

**Diakonisches Werk der
Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V.**
Obere Bergstraße 1
01445 Radebeul
T +49 351 83 15-0
F +49 351 83 15-400
info@diakonie-sachsen.de
www.diakonie-sachsen.de