



»ICH BIN EIN GAST AUF ERDEN«

Psalm 119, 19

**ORIENTIERUNGSHILFE ZUM
UMGANG MIT STERBEWÜNSCHEN,
SUIZIDALEN GEDANKEN UND
WÜNSCHEN NACH SUIZIDASSISTENZ**

Für Begleitende, Beratende, Versorgende, Leitende
in Diensten und Einrichtungen der Diakonie

INHALT

3	GELEITWORT	23	5. STERBEBEGLEITUNG IN DIAKONISCHEN DIENSTEN UND EINRICHTUNGEN
4	VORWORT		5.1 Sterbebegleitung als Bestandteil des regulären Alltags
6	ENTSTEHUNG DER ORIENTIERUNGSHILFE	24	5.2 Sterbebegleitung von Menschen, die Suizidassistenz in Anspruch nehmen
7	STRUKTUR DER ORIENTIERUNGSHILFE		5.2.1 Planung einer Schulungs- und Informationsveranstaltung
8	1. EINFÜHRUNG IN DAS THEMA		5.2.2 Beispiel: Aufnahmesituation
10	2. STERBEWÜNSCHE, SUIZIDALE GEDANKEN UND DER WUNSCH NACH ASSISTIERTEM SUIZID	25	5.2.3 Beispiel: Längere Verweildauer
	2.1 Wer hat Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Wünsche nach Suizidassistenz?		5.2.4 Beispiel: Ehrenamtliches Engagement
	2.2 Zeitlicher Verlauf		5.2.5 Beispiel: Ambulante Versorgung
11	2.3 Bedingungsfaktoren	27	5.3 Sorge für Menschen, die vom Sterben anderer betroffenen sind, insbesondere vom (assistierten) Suizid
	2.4 Schutzfaktoren		6. JURISTISCHE ASPEKTE
12	2.5 Sterbewünsche als Bewältigungsversuch und/oder Appell	28	6.1 Begriffsklärung
	2.6 Suizidale Gedanken und suizidales Erleben in einer seelischen Krise		6.2 Vorbemerkung
13	2.6.1 Suizidalität und psychische Erkrankungen	29	6.3 Allgemeines
	2.7 Wünsche nach assistiertem Suizid	30	6.4 Dienste und Einrichtungen
14	3. DEFINITIONEN		6.5 Sterbehilfeorganisationen
	3.1 Behandlungsbegrenzung Sterbenlassen (früher: passive Sterbehilfe)	31	6.6 Mitarbeitende
	3.2 Leidenslinderung (früher: indirekte Sterbehilfe)		6.7 Ehrenamtliche
15	3.3 Palliative Sedierung	32	6.8 Informationspflichten
	3.4 Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung/zum Suizid)		6.9 Anwesenheit, Tatherrschaft, Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
	3.5 Ärztlich assistierter Suizid		6.10 Bereich der Betreuung
	3.6 Tötung auf Verlangen (früher: aktive Sterbehilfe)		6.11 Eigene Beurteilung der Freiverantwortlichkeit
	3.7. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (auch Sterbefasten genannt)		6.12 Unterlassene Hilfeleistung
16	4. STERBEWÜNSCHE, SUIZIDALE GEDANKEN UND WÜNSCHE NACH SUIZIDASSISTENZ IM ALLTAG DIKONISCHER DIENSTE UND EINRICHTUNGEN	32	6.13 Dokumentation, Datenschutz, Schweigepflicht, Meldepflicht
	4.1 Was können Träger und Verantwortliche in diakonischen Diensten und Einrichtungen tun?	33	6.14 Haftungsfragen
18	4.2 Was können Mitarbeitende tun?	34	6.15 Verbandsrechtliches
21	4.3 Die Ausnahme: der dauerhafte Wunsch nach Suizidassistenz	35	7. AUSBLICK
	4.3.1 Die Haltung der Diakonie Deutschland zum Wunsch nach Suizidassistenz	37	8. LITERATUR
22	4.3.2 Vom Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz	38	8.1 Weiterführende Materialien
		39	8.2 Stellungnahmen Orientierungshilfen Leitsätze
			8.3 Weitere Quellen
			9. LISTE DER AM PROZESS BETEILIGTEN
			9.1 Lenkungsausschuss Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
			9.2 Projektleitung
			9.3 Mitarbeitende der Projektgruppe
			9.4 Weitere Mitwirkende in den Arbeitskreisen Suizidprävention Beratung Bildung
			9.5 Expert:innen der Kamingsgespräche Fachtage

GELEITWORT

„Ich bin bei euch alle Tage bis an der Welt Ende.“

Mit diesen Worten gibt Jesus Christus seinen Jüngerinnen und Jüngern, seinen Schwestern und Brüdern, uns Erden-Menschen eine verlässliche Zusage. Diese göttliche Zusage wird Tag für Tag und Nacht für Nacht durch Menschen in tätige Nächstenliebe umgesetzt. Dafür steht die Diakonie. „Wir lassen niemanden allein“: Diesen hohen Anspruch und diesen christlichen Geist atmet die vorliegende „Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz in Diensten und Einrichtungen der Diakonie“. Den „Gästen auf Erden“ in diakonischen Einrichtungen und Diensten nicht nur Herberge in Raum und Zeit bieten, sondern mit ihnen in Beziehung sein und bleiben – auch und gerade dann, wenn die Lebensreise unerträglich wird: Darum geht es. Zum Leben stärken und ermutigen, zugleich die Verletzlichkeit und Endlichkeit des Lebens annehmen: Beides gehört zusammen. Und immer ist dabei die Frage: Wie können wir als Gastgeber in unserem Haus, in unserer Einrichtung eine Kultur fördern, die dem Leben dient? Welche Bilder und Vorstellungen, welche Sehnsüchte und Ängste im Blick auf Sterben und den Tod tragen wir selbst in uns? Wie können und sollen wir angemessen und hilfreich mit unseren Gästen über ihre Nöte bis hin zu möglichen Sterbewünschen sprechen? Welche Unterstützung können und wollen wir – im Sinne einer ganzheitlichen Suizidprävention – anbieten?

Die Diakonie Deutschland richtet in ihrer Orientierungshilfe einen umfassenden Blick auf das Themenfeld Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Bitte um Suizidassistenz. Sie macht dabei deutlich: Sämtliche hier formulierten ethischen Orientierungslinien, praktischen Handlungsempfehlungen und rechtlichen Rahmenbedingungen sind Wegmarkierungen in einer sich wandelnden Gesellschaft und Welt. Die neue Gesetzgebung rund um die Suizidhilfe nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Februar 2020 ist noch nicht abgeschlossen. Die Erfahrungswerte mit ernsthaften Anfragen nach einem assistierten Suizid und deren Umsetzung sind in Deutschland noch relativ gering. Es bleibt ein stetiges Ringen, eine schwere Aufgabe und ein dauernder Lernprozess, mit solchen Anfragen im tiefsten Sinne des Wortes „christlich“ umzugehen. Dabei ist der Austausch über Erlebtes und Erprobtes unerlässlich – und nicht zuletzt die Diskussion über das, was in dieser Orientierungshilfe empfohlen wird.

„Ich bin bei euch alle Tage bis an der Welt Ende.“

Diese Worte Jesu gelten für Gastgeber und Gäste gleichermaßen. Mögen sie für beide eine tröstende Stärkung und leitende Orientierung sein auf dem gemeinsamen Weg.

Präses Dr.h.c. Annette Kurschus,
Vorsitzende des Rates der EKD

VORWORT

„**Ich bin ein Gast auf Erden.**“ Dieses Wort aus Psalm 119, 19 spricht von der Endlichkeit des Lebens. Leben meint hier das persönliche Leben, das ein konkreter Mensch in einem konkreten Lebenskontext führt, der „ich“ sagt und sich im Gebet an Gott wendet: „**Verbirg Deine Weisungen nicht vor mir**“ (Psalm 119, 19b). Das Psalmwort fragt über die eigene Erkenntnis hinaus nach Koordinaten, nach gültigen Orientierungspunkten und Wegmarken um sicher anzukommen. Es versucht, Maßstäbe und Richtschnur für ein heilsames Leben zu finden. Diese sind nicht zeitlos zu verstehen, sondern immer wieder neu zu verantworten – und auslegungsbedürftig.

Grundsätzlich gibt der Glaube an Gott ein strenges Tötungsverbot vor, das in der christlichen Tradition überwiegend auch auf den Suizid bezogen wurde. An dieser grundsätzlichen Orientierung, welche die beiden großen Kirchen vor Jahren gemeinsam erläutert und reflektiert haben, ist nicht zu rütteln: „Gott ist ein Freund des Lebens“ (so der Titel der gemeinsamen Denkschrift) – und er fordert insbesondere den Schutz des beeinträchtigten und verletzten Lebens.

Todeswünsche können sehr unterschiedliche Ursachen und Motivationen haben. Hinter den allermeisten Suizidwünschen stehen psychosoziale Krisen, existenzielle Notlagen wie Einsamkeit oder Überschuldung sowie psychische Erkrankungen. Allerdings stellt sich die Frage nach dem Ausscheiden aus dem Leben in einer medizinisch hochtechnisierten Gesellschaft des langen Lebens noch einmal neu. Die Grenzen des medizinisch Möglichen werden seit einigen Jahrzehnten diskutiert: Die Hospizbewegung hat sich erfolgreich gegen ein medizinisches Konzept therapeutischer Verbissenheit und für eine an der Selbstbestimmung orientierte umfassende Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen eingesetzt, die nicht am medizinisch Machbaren orientiert ist. Die stärkere Berücksichtigung des Patientenwillens hat in mehreren Stufen zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten geführt sowie in jüngster Zeit zur Möglichkeit einer gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende, in der Menschen noch konkreter und verbindlicher die Grenzen ihrer medizinischen Behandlung festlegen können.

Über diese Möglichkeiten hinaus ist 2020 ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts erstritten worden, das Inhalt und Umfang des Selbstbestimmungsrechts im Hinblick auf den assistierten Suizid wesentlich fortentwickelt hat. Mit seiner Entscheidung vom 26. Februar 2020 zu § 217 Strafgesetzbuch (StGB) hat das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber insbesondere dafür in die Pflicht genommen, dass den Menschen ein legaler Weg zum assistierten Suizid offenstehen muss – und dies im Wesentlichen unabhängig von der Begründung der Suizidentscheidung.

Das Urteil hat in der Öffentlichkeit und auch innerhalb der Diakonie zu einer breiten und kontroversen Diskussion geführt. Ich persönlich habe mich öffentlich frühzeitig geäußert, um eine ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Urteil und seinen Konsequenzen in Gang zu setzen. Mein Anliegen war und ist, dass die Selbstbestimmung der Menschen, die den Wunsch nach Suizidassistenz äußern, in Diakonie und Kirche an diesem kritischen Punkt sehr viel ernster genommen wird als zumindest ich es in der jüngeren Vergangenheit wahrgenommen habe.

„**Ich bin ein Gast auf Erden.**“ Diesen Satz möchte ich gerne im Sinne eines weit gehenden Gastrechts verstehen, das Menschen in Wohnangeboten, Pflegeeinrichtungen oder Hospizen der Diakonie genießen. Auch wenn Menschen von ihrem Selbstbestimmungsrecht in einer Weise Gebrauch machen, welche die sie unterstützenden Menschen nicht nachvollziehen können, bleiben sie Gäste. Und **wir** – hier wage ich es, einmal im Namen aller haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden in der Diakonie zu sprechen – **wir** bleiben in Beziehung zu ihnen. Wenn Sterbewünsche, suizidale Gedanken oder auch der Wunsch nach Suizidassistenz geäußert werden, kommt es auf diese Beziehung an. In dieser Beziehung wird in sehr vielen Fällen um die Fortsetzung des Lebens auch unter schwierigsten Bedingungen gerungen werden. In diesem Ringen kommt es darauf an, auch dann in Beziehung zu bleiben sowie Pflege, Begleitung und Seelsorge aufrecht erhalten zu können, wenn der Wunsch nach einem assistierten Suizid weiterhin besteht. Ein solcher Wunsch kann auch ein „unabweisbares Ersuchen“ sein, wenn die Kräfte versagen, wie es der Theologe Eilert Herms ausgedrückt hat.

Um in der Beziehung und auch ihrem eigenen Gewissen treu zu bleiben, brauchen die Mitarbeitenden in der Diakonie Orientierung. Diese Orientierung ist Aufgabe der Träger diakonischer Dienste und Einrichtungen. Sie müssen einerseits den Rahmen für das Handeln in dem Dienst oder der Einrichtung setzen, andererseits den Mitarbeitenden aber auch Gelegenheit und Unterstützung bieten, ihre persönliche Haltung und die Ausübung ihrer Berufsaufgaben zu klären und zu artikulieren. Niemand darf zur Mitwirkung an einem (assistierten) Suizid verpflichtet werden.

Diese Orientierungshilfe versteht sich als Arbeitsgrundlage für die Träger diakonischer Einrichtungen und Dienste – und ist mit der Bitte verbunden, die ethische Bewusstseinsbildung in den Diensten und Einrichtungen dauerhaft zu unterstützen.

Noch wissen wir nicht, wie der Gesetzgeber die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts umsetzen wird. Deshalb gibt es auch noch keine rechtlich sicheren Verfahren, wie mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid umzugehen ist. Aber auch wenn rechtliche Klarheit geschaffen ist, bleiben die dauernde Auseinandersetzung mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid und die Möglichkeit, darüber zu sprechen, in den Diensten und Einrichtungen notwendig.

Die Debatte in den letzten Monaten hat unterschiedliche Positionen innerhalb von Kirche und Diakonie sichtbar werden lassen. Mit dieser Vielheit an Einschätzungen und Überzeugungen gehen wir in der evangelischen Kirche offen um. Die Diskussionen waren fruchtbar und haben sehr zur Differenzierung, zur Bewusstseinsbildung und Schärfung der Gewissen beigetragen.

Als gemeinsame Linie der Diakonie sehe ich die Bereitschaft, Menschen ohne Vorbehalte und gleichzeitig dem Leben zugewandt zu begleiten, aber nicht aktiv Suizidassistenz selbst anzubieten und zu praktizieren. Die Grenze zwischen der Begleitung und der direkten Mitwirkung ist wichtig und muss genauer beschrieben werden. Unterschiedliche Wege für die konkrete Praxis sind in der vorliegenden Orientierungshilfe beschrieben.

Die Orientierungshilfe wurde von einer multidisziplinären Projektgruppe erarbeitet, deren fünfzehn Mitglieder in unterschiedlichen diakonischen Arbeitsfeldern tätig sind. Ihnen allen, besonders aber den beiden Leiterinnen des Projekts und des begleitenden Diskussionsprozesses mit gut eintausend Fachleuten aus unterschiedlichen Handlungsfeldern und Berufsgruppen, Frau Dr. Jutta Ataie und Frau Dr. Astrid Giebel, danke ich sehr herzlich für ihre konzentrierte und gründliche Arbeit.

„**Ich bin ein Gast auf Erden.**“ Der Psalmvers lädt ein zur Bejahung des endlichen, des begrenzten Lebens. Unter den Bedingungen der modernen Medizin müssen wir neu zu einer Kultur finden, die das begrenzte Leben bejaht. Die Diskussion über das Recht auf einen assistierten Suizid und die neue Rechtslage fordern uns hier neu heraus.

Ulrich Lilie
Präsident Diakonie Deutschland

ENTSTEHUNG DER ORIENTIERUNGSHILFE

Liebe Mitarbeitende und Leitende in diakonischen Diensten und Einrichtungen, liebe Leserinnen und Leser,

die vorliegende Orientierungshilfe ist in einer Projektgruppe der Diakonie Deutschland unter Leitung des Lenkungsausschusses Gesundheit, Rehabilitation und Pflege entstanden. Sie ist das Ergebnis eines zweijährigen gesellschaftlichen und innerverbandlichen Meinungsbildungsprozesses und der damit eng verbundenen Projektarbeit.

Gleich nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 hatte der Lenkungsausschuss den Auftrag zur Auseinandersetzung mit der neuen rechtlichen Situation gegeben. Das Thema ließ sich nicht sinnvoll von dem verbandsweiten Diskussionsprozess trennen. So hatte die Projektgruppe die doppelte Aufgabe, einen breiten verbandlichen Meinungsbildungsprozess zu organisieren und auf die Erfordernisse der Praxis Bezug zu nehmen.

Der Meinungsbildungsprozess begann mit dem Diskussionspapier „**Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid**“.¹ Um möglichst viele Mitglieder zu beteiligen und den Austausch lebendig zu gestalten, fand der Meinungsbildungsprozess in verschiedenen Formaten statt. Insgesamt gab es vier Austauschforen, zehn diakonische Kamingsgespräche und zwei Fachtage im digitalen Format, an denen insgesamt rund 1.000 Einzelpersonen aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern und über die verschiedenen Hierarchieebenen der Diakonie verteilt teilgenommen haben. Dieser Prozess der Auseinandersetzung mit der Thematik ist auf großes Interesse gestoßen. Viele Mitglieder haben mitdiskutiert und ihre Stimme eingebracht. Ein herzliches Dankeschön an Sie alle!

Ausdrücklich erwähnen möchten wir in diesem Zusammenhang das Engagement der 55 Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen, auch Berufs- und Fachverbänden, die das Vorhaben großzügig unterstützten, indem sie ihre Expertise bei unseren Veranstaltungen weitestgehend unentgeltlich zur Verfügung gestellt haben. Darüber hinaus standen und stehen sie uns bei der Bearbeitung kritischer Fragen immer wieder zur Verfügung. In den parallel laufenden Projektgruppensitzungen wurden die Diskussionen und Ergebnisse der einzelnen Veranstaltungen ausgewertet und sind in den hier vorliegenden Text eingeflossen.

Der Umgang mit dem assistierten Suizid ist eine große Herausforderung. In der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten der Thematik haben wir uns immer wieder auf das Wort aus Psalm 119, 19 bezogen. „**Ich bin ein Gast auf Erden**“ spricht von der Individualität und Einzigartigkeit eines Menschen und seiner Würde: **Ich bin**. Zugleich existiert dieses **Ich** nicht für sich alleine. Es braucht Zugehörigkeit und Angenommensein: **ein Gast**. Und dieses **Ich** hinterlässt Spuren seines Lebens, Erinnerungen bei den An- und Zugehörigen, Bleibendes in Raum und Zeit: **auf Erden**. Die Gäste, Bewohner:innen, Klient:innen und Patient:innen in ihrer Einzigartigkeit wahrzunehmen, ihrer Selbstbestimmung Raum zu geben und mit ihnen in Beziehung zu stehen und zu bleiben, das waren die leitenden Gedanken beim Erstellen der Orientierungshilfe.

Die Projektgruppenmitglieder

¹ Diskussionspapier der Diakonie Deutschland vom 24.11.2020

STRUKTUR DER ORIENTIERUNGSHILFE

Die Orientierungshilfe stellt zunächst die Vielfältigkeit der Sterbewünsche dar. Weiterhin wird vermittelt, dass – obwohl jeder Sterbewunsch hochindividuell ist – unter Wahrung individueller Konstellationen vier Gruppen von Menschen mit Suizidgedanken unterschieden werden, die einen je spezifischen Umgang bedingen.

Im nächsten Schritt werden die Hintergründe für Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Wünsche nach Suizidassistenz sowie die Schutzfaktoren beleuchtet – verbunden mit dem Hinweis, dass eigentlich jede Form der sozialen Eingebundenheit eine schützende Funktion zu haben scheint.

Nachfolgend dargestellt sind die „Phasen“, die einem Suizid vorangehen (bei aller gebotenen Zurückhaltung gegenüber allzu schematischen Abläufen), die verschiedenen Arten von Sterbewünschen sowie die angemessenen Reaktionen auf diese. Für diakonische Träger und Mitarbeitende wurden dazu spezielle Hinweise formuliert.

Im nächsten Schritt befasst sich die Orientierungshilfe mit der „Ausnahme“ – dem dauerhaften Wunsch nach Suizidassistenz und der gemeinsamen Linie der Diakonie:

„Als gemeinsame Linie der Diakonie sehe ich die Bereitschaft, Menschen ohne Vorbehalte und gleichzeitig dem Leben zugewandt zu begleiten, aber nicht aktiv Suizidassistenz selbst anzubieten und zu praktizieren. Die Grenze zwischen der Begleitung und der direkten Mitwirkung ist wichtig und muss genauer beschrieben werden. Unterschiedliche Wege für die konkrete Praxis sind in der vorliegenden Orientierungshilfe beschrieben.“ (aus dem Vorwort von Diakonie-Präsident Ulrich Lilie)

Darüber hinaus bietet die Orientierungshilfe den Leserinnen und Lesern Fallkonstellationen, die sie auf Trägerebene oder in der Mitarbeitendenschaft diskutieren können. Zudem gibt es einen umfangreichen Teil zu Definitionen und rechtlichen Aspekten.



1. EINFÜHRUNG IN DAS THEMA

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seiner Entscheidung vom 26. Februar 2020 festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz) als Ausdruck persönlicher Autonomie das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst. Die damit einhergehende Freiheit, selbstbestimmt das eigene Leben zu beenden, schließt auch die Möglichkeit ein, hierfür die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen (BVerfGE 153, S. 182-310).

Der verfassungsrechtliche Rahmen des Themas ist nun also im Grundsatz geklärt. Das bedeutet aber nicht, dass damit alle Fragen beantwortet sind. Im Gegenteil. Es kann festgestellt werden, dass dieses Urteil des BVerfG die Diakonie als Gesamtes und etliche ihrer Mitarbeitenden im Besonderen vor neue, bislang unbekannte Aufgaben stellt. Die Frage, wie die Möglichkeiten zum assistierten Suizid zukünftig wahrgenommen werden können, müsste idealerweise gesamtgesellschaftlich geklärt werden.

Das Urteil ist für viele unterschiedliche Menschen relevant, die Gast, Bewohner:in, Klient:in oder Patient:in in einem Dienst oder einer Einrichtung der Diakonie sind und denen diese sich wiederum – in ihren verschiedenen Handlungsfeldern – zuwendet. Die Arbeit in den diakonischen Diensten und Einrichtungen ist also in besonderer Weise von dieser Entscheidung und den damit verbundenen Konsequenzen betroffen. Als Folge des Urteils ist unter anderem zu erwarten, dass Menschen zukünftig direkter und häufiger den Wunsch nach Suizidassistenz an ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitende herantragen werden. Dies ist deshalb so herausfordernd, weil sich die Diakonie sowie ihre Mitarbeitenden und Leitenden grundsätzlich dem Leben und dem Erhalt desselben verpflichtet sehen.

Sterbewünsche sind so unterschiedlich wie es Menschen in ihren jeweiligen Lebenslagen und Sterbewirklichkeiten sind – ob gesund, physisch und/oder psychisch krank.

Wichtig für Mitarbeitende und Leitende ist also zunächst zu wissen, dass bei vielen Menschen mit Sterbewunsch hinter diesem ein Hilferuf nach einem für sie erträglichen und menschenwürdigen Leben stehen kann. Denn Beziehungen können zerbrechen, Sinn kann fraglich werden, Selbstwirksamkeit an ihre Grenzen stoßen; Scheitern, Verluste und das Erleben von Ohnmacht können nicht immer vermieden werden. Auch der Wunsch nach assistiertem Suizid ist meistens keine Handlungsalternative neben anderen Optionen, sondern letzte Handlung in einer Situation, in der kein anderer gangbarer Weg mehr gesehen wird. Das Leben kann als so heraus- und/oder überfordernd empfunden werden, dass sich Todeswünsche immer stärker ausprägen können.

Ebenso wichtig ist: Niemand – auch keine Angehörige und kein Angehöriger medizinischer oder pflegerischer Berufe – kann zur Unterstützung eines Suizids verpflichtet werden.

Die große Aufgabe und Verantwortung für Mitarbeitende und Leitende besteht darin, mit dem ethischen Spannungsverhältnis, das im Grundsatz nicht vollständig aufzulösen ist, angemessen umzugehen: zum einen die Autonomie sowie Selbstbestimmung des und der Einzelnen zu achten und ernst zu nehmen. Und zum anderen mit dem Wissen und der Erfahrung umzugehen, dass nahezu jeder Sterbewunsch, einschließlich des Wunsches nach assistiertem Suizid, Ausdruck einer existenziellen Krise sein kann. In keinem Fall darf in diesem ethischen Spannungsfeld die innere (Gewissens-)Freiheit von Menschen eingeschränkt werden.

Der Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, hängt von vielen, auch veränderbaren Faktoren ab.

Dauerhafte Suizidwünsche können unter anderem mit dem aktuellen Beziehungserleben, einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und dem Eindruck, anderen zur Last zu fallen, zusammenhängen. Bei vielen Menschen können auch Depressionen und Einsamkeit eine Rolle spielen. Geäußerte Sterbewünsche können immer auch verstanden werden als Versuch einer Kontakt- und Beziehungsaufnahme und/oder Appell, in seiner besonderen Situation wahrgenommen zu werden. Das dahinterliegende Motiv ist zumeist das Bedürfnis, über ein existenzielles Thema zu reden. Die angemessenen Reaktionen des Umfeldes auf Sterbewünsche und suizidale Gedanken können mit dazu beitragen, dass es nicht zu einer Suizidhandlung kommt:

- ernst nehmen und zuhören
- zuwenden und da sein
- Anteilnahme am Schicksal des Gegenübers sowie Zeit und Raum für wahrhaftige Gespräche und Begegnungen

Einer solchen Haltung kommt eine besondere Bedeutung zu.

Die Orientierungshilfe widmet sich den Fragen, die im Spannungsfeld von Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und suizidalem Erleben entstehen. Sie will dazu anregen, die eigene Haltung zu reflektieren. Haupt- und ehrenamtlich tätige Menschen sollen eine größere Handlungssicherheit gewinnen im Umgang mit verborgenen und offen geäußerten Sterbewünschen und suizidalen Gedanken sowie mit Wünschen nach Suizidassistenz. Die Orientierungshilfe stellt also keine Checkliste dar, sondern will einen offenen, nicht wertenden Umgang mit dem Thema unterstützen und entsprechende Dialoge in den Teams anregen.

In existenziellen Situationen – und ein geäußerter Sterbewunsch gehört insbesondere dazu – erweist sich, dass radikale Hinwendung zu und Kommunikation über existenzielle Fragen (Existential Care) auch Hoffnungsbilder eröffnen, Trost geben und Kraft spenden können. Damit einhergehen können ein Zugewinn von Sinn, Verstärkung der Berufsmotivation und Erleben von Teamgeist.

2. STERBEWÜNSCHE, SUIZIDALE GEDANKEN UND DER WUNSCH NACH ASSISTIERTEM SUIZID

2.1 Wer hat Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Wünsche nach Suizidassistenz?

Jeder Sterbewunsch ist hochindividuell. Gleichwohl können unter Wahrung individueller Konstellationen vier Gruppen von Menschen mit Suizidgedanken unterschieden werden, die einen je spezifischen Umgang bedingen:

1. In der ersten Gruppe finden sich Menschen, die mit ihrem Wunsch eine seelische Notlage signalisieren. Diese seelischen Notlagen umfassen ein sehr breites Spektrum und sind Ausdruck lebensgeschichtlicher, situativer, sozialer, kultureller, persönlicher und gesundheitlicher Situationen sowie nicht hinreichender Bewältigungsmöglichkeiten.
2. Ein Teil der seelischen Notlagen wird als psychische Erkrankungen bezeichnet, wenn sie bestimmte diagnostische Kriterien erfüllen. Seelische Notlagen und psychische Erkrankungen sind keine unterschiedlichen Kategorien, sondern allenfalls zwei Pole auf einem Spektrum. Innerhalb der psychischen Erkrankungen gibt es wiederum ein Spektrum möglicher unterschiedlicher Beeinträchtigungen des freien Willens und der Selbstbestimmung. Psychische Erkrankungen schränken die innere Freiheit ein, sich anders fühlen, anders denken oder verhalten sowie flexibel auf Situationen reagieren zu können.
3. Bei der dritten Gruppe handelt es sich um schwer kranke und sterbende Menschen, die im Verlauf ihrer fortgeschrittenen, progredienten Erkrankung ein Stadium erreicht haben, das für sie subjektiv unerträglich ist. Für genau diese Betroffenen wurde das Urteil des Bundesverfassungsgerichts erklagt.
4. Zur vierten Gruppe gehören prinzipiell „gesunde“ Menschen, die nach persönlicher Abwägung einem berechenbaren Todeseintritt den Vorzug vor einem Weiterleben geben². Diese Gruppe ist erst durch das BVerfG-Urteil in den Fokus gerückt – da dieses das Recht auf einen assistierten Suizid bestätigt, welches unabhängig von einer schweren körperlichen Erkrankung zu gewährleisten ist.

2.2 Zeitlicher Verlauf

Lebensmüdigkeitsgedanken und Suizidalität werden wie alle psychischen Prozesse stets einzigartig erlebt, können aber wie folgt charakterisiert werden. Typisch sind ambivalente Seelenzustände zwischen Hoffnung und Depression, leben und sterben wollen; dies belegt die Tatsache, dass circa 75 Prozent aller Menschen ihren Suizidversuch ankündigen und circa 50 Prozent vorher einen Arzt aufgesucht hatten. Bei aller gebotenen Zurückhaltung gegenüber allzu schematischen Abläufen können doch folgende Phasen beschrieben werden:

1. **Lebensmüde Gedanken:** „Ich habe genug (ertragen).“ „Der Tod macht mir nichts aus.“ „Wenn der Stress doch ein Ende hätte.“ Diese Vorstellungen sind häufig bei Menschen mit einer chronischen Erkrankung, die bereits fortgeschritten ist, und bei älteren Menschen zu finden.
2. **Suizidgedanken:** „Lange halte ich es nicht mehr aus.“ Gedanken an ein baldiges selbstgesetztes Lebensende werden konkreter und drängender, zum Teil als Sogwirkung empfunden.
3. **Konkrete Suizidplanung:** „Ich werde mich (bald) töten und treffe konkrete Vorbereitungen.“ Durch die Auflösung der Ambivalenz kann es hier – paradoxerweise – zu einer seelischen Entspannung kommen.

² Der Begriff des „Bilanzsuizids“ wird in dieser Orientierungshilfe konsequent vermieden. Der Bilanzsuizid ist ein umstrittener Begriff – sowie ein nicht eindeutig fassbares theoretisches Konstrukt –, der von Alfred Hoche (1919) geprägt wurde. Alfred Hoche ist vor allem als Mitverfasser der Schrift über „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (1920) bekannt, durch die er als einer der Wegbereiter der organisierten Massenvernichtung in der Zeit des Nationalsozialismus gilt. Kernpunkt des Widerstreits um den Begriff „Bilanzsuizid“ ist bis heute, ob die Selbsttötung tatsächlich als Akt freier Willenshandlung verstanden werden kann.

2.3 Bedingungsfaktoren

Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Wünsche nach Suizidassistenten können bei jedem Menschen und in jedem Alter entstehen. Es gibt aber gewisse Faktoren, deren – womöglich sogar kombiniertes – Auftreten die Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht, entsprechende Gedanken und Wünsche zu entwickeln.

Bei den meisten Menschen verlieren sich diese Gedanken durch Bewältigungsstrategien „wie von selbst“. Bei anderen Menschen gilt es, aufmerksam zu bleiben, ob sich die Sterbewünsche im Laufe der Zeit verfestigen beziehungsweise verselbstständigen.

Hintergründe für Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Wünsche nach Suizidassistenten können sein:

- **Psychische Erkrankungen oder Störungen:** Diese können bedeutsame Risikofaktoren für suizidale Handlungen sein. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind die Neigung zu und die Wahrscheinlichkeit von suizidalen Handlungen bei Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose um das Acht- bis Zehnfache erhöht.
- **Kritische Lebensereignisse, existenzielle Krisen und Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Lebenssituation:** Dies können zum Beispiel der Verlust des Partners, der Partnerin oder eines anderen nahestehenden Familienmitglieds sein, der Verlust des Arbeitsplatzes, Armut, Pensionierung, ein Umzug (zum Beispiel in ein Altenpflegeheim), instabile familiäre Bindungen, wenig soziale Kontakte oder Inhaftierung.
- **Körperliche Einschränkungen:** Dies können zum Beispiel chronische und/oder fortschreitende Krankheiten sein. So sind die ersten Monate etwa nach der Diagnose von Krebs oder anderer schwerer Krankheiten eine besonders kritische Phase. Die Vulnerabilität der Betroffenen verstärkt sich durch den Verlust körperlicher Funktionen und Fähigkeiten, durch größere Abhängigkeit von anderen und/oder dauerhafte oder zunehmende und starke Schmerzen.
- **Ängste und Sorgen:** Dazu zählen zum Beispiel Angst vor Schmerzen, Luftnot oder anderen schweren Symptomen, Angst, hilflos ausgeliefert zu sein, Angst vor Vereinsamung, Sorge um den Verlust von Würde, Angst vor medizinischer Übertherapie (zum Beispiel dauerhaft Medizintechnik wie künstlicher Beatmung ausgeliefert zu sein), Angst vor der Sterbephase oder dem Tod an sich, Sorge, beim Sterben alleingelassen zu werden.
- **Das Gefühl, anderen zur Last zu fallen:** Dieses Empfinden kann, offensichtlich oder mitschwingend, den Wunsch zu sterben begünstigen. Eine Rolle spielen können hierbei ein schwindendes Erbe,

teure Pflegekosten, familiäre Belastungen, sich nutzlos oder überflüssig fühlen, ein vermeintliches Übermaß an Hilfe zu benötigen. Menschen äußern dieses Empfinden möglicherweise in der Hoffnung, vom Gegenteil überzeugt zu werden. Fatalerweise kann ihnen dieses Gefühl auch unterschwellig durch negative gesellschaftliche Altersbilder oder direkt von ihrem Gegenüber (auch nonverbal) vermittelt werden.

- **Bedeutungs- und Sinnverlust:** Gefühle von Sinnlosigkeit können im Vordergrund stehen, die sich auf das vergangene, nicht wiederholbare Leben beziehen, aber auch in die Zukunft gerichtet sein können. Der gefühlte Verlust der Kontrolle über das eigene Leben, das bisher als umfassend selbstbestimmt erlebt wurde, kann überhandnehmen. Sich von als bedeutungsvoll erlebten Rollen trennen zu müssen, kann als kränkend empfunden werden. Änderungen des eigenen Selbstbildes können möglicherweise das Gefühl vermitteln, nicht mehr wichtig zu sein.
- **Demografische und sozioökonomische Risikofaktoren:** So sind zum Beispiel Männer stärker gefährdet als Frauen. Suizidgedanken treten auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gehäuft auf. Das Suizidrisiko nimmt mit steigendem Alter (ab 60 Jahren) zu. Erhebungen zeigen, dass Suizidneigungen sowohl mit einem geringeren, als auch mit einem höheren Bildungsgrad einhergehen. Arbeitslosigkeit und ein prekärer sozioökonomischer Status steigern das Risiko ebenso wie die Zugehörigkeit zu einer Minderheit innerhalb der Bevölkerung (zum Beispiel Menschen mit Nicht-Heterosexualität oder Migrationsgeschichte). Jüngere Forschungen belegen zudem, dass Suizidneigung auch transgenerational weitergegeben wird.

2.4 Schutzfaktoren

Jede Form der sozialen Eingebundenheit scheint eine schützende Funktion zu haben. So gelten ein gutes soziales Netzwerk, eine stabile Partnerschaft und Kinder als protektive Faktoren. Gefühle der Verbundenheit mit anderen Menschen, dem Beruf oder einer sozialen Rolle können vor suizidalem Erleben und Verhalten schützen. Anders formuliert: Menschen möchten für andere und die Gemeinschaft von Bedeutung sein, sie wollen gebraucht und wertgeschätzt werden und eine Aufgabe haben. Eine stützende Funktion für Menschen mit einer großen inneren Not und suizidalen Gedanken haben auch Kontakt- und Gesprächsangebote im Alltag sowie psychosoziale Ansätze im Gesundheitssystem und in den sozialen Arbeitsfeldern.

2.5 Sterbewünsche als Bewältigungsversuch und/oder Appell

Sterbewünsche (einschließlich suizidaler Gedanken und dem Wunsch nach Hilfe beim Suizid) können auch als (unbewusster) Lösungsversuch verstanden werden, Konfliktsituationen und Lebenslagen hinter sich zu lassen, die als nicht auszuhalten und unlösbar erlebt werden. Oft haben Sterbewünsche aber auch die Funktion eines Appells: Der oder die Betroffene signalisiert Hilflosigkeit und versucht, die Unterstützung durch nahestehende Menschen zu mobilisieren. In diesen Fällen sind Sterbewünsche also als ein Hilferuf zu verstehen und bringen zum Ausdruck: „Ich will **SO** nicht mehr leben“.

Sterbewünsche können beispielsweise im Zusammenhang mit schmerzhaften Trennungs- und Verlusterfahrungen stehen, die als existenzielle Bedrohung der persönlichen Integrität erlebt werden. In einer solchen Situation verlieren einzelne Menschen jede Hoffnung, haben kein Vertrauen mehr in sich selbst und leiden unter psychischen Schmerzen. Mit dem Wunsch zu sterben schützen sie sich gewissermaßen vor weiteren seelischen Verletzungen. Die Aussicht auf den Tod mindert den Schmerz und stimmt friedlich.

Hinter einem Sterbewunsch kann sich auch das starke Motiv verbergen, Leid und den Prozess beziehungsweise Weg des eigenen Sterbens zu vermeiden oder abzukürzen. Leid und Sterben werden dann quasi gleichgesetzt. Was hierbei aus dem Blick geraten kann: Auch das Sterben ist Lebenszeit und kann eine konstruktive sowie bereichernde Phase sein, die Reifungsprozesse abschließt, wichtigen persönlichen Gesprächen und Begegnungen Raum gibt, schöne Erinnerungen schaffen kann und die Möglichkeit eröffnet, Unerledigtes zu klären.

Die wenigsten Menschen sprechen selbst direkt einen „Sterbewunsch“ aus. In der von ihnen benutzten Sprache kommt dieses Wort in der Regel nicht vor. Sie verwenden Metaphern oder Bilder, um ihrem Wunsch Ausdruck zu verleihen. Er erscheint verklausuliert. Hier sind einige Beispiele: „Ich will nicht mehr leben – helfen Sie mir doch bitte!“, „Können Sie mir nicht etwas geben, damit es schneller vorbei ist?“, „Ich halte es nicht mehr aus; das muss ein Ende haben!“. Um einem Sterbewunsch Ausdruck verleihen zu können, brauchen Betroffene sensible und aufmerksame Gesprächspartner:innen, die behutsam mit dieser

Äußerung umgehen und sich Zeit nehmen (können). Sterbewünsche sind – gerade bei schwerem und/oder unheilbarem Krankheitsverlauf – auch eine Form der Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des menschlichen Daseins. Sie können als Suche nach einem Gespräch verstanden werden, um die dahinterliegenden Konflikte zu verstehen und über existenzielle Themen zu sprechen. Im Kontext eines schweren und langen Krankheitsverlaufs können Sterbewünsche auch Ausdruck einer starken körperlich-seelischen Erschöpfung sein.

Auch widersprüchliche Aussagen zum Sterbewunsch (Ambivalenzen) sind typisch und Ausdruck des Bearbeitungsprozesses. In der Auseinandersetzung mit dem Wunsch zu leben und/oder zu sterben stecken also viel innere Arbeit und unter Umständen auch Stress: das Leben einerseits loslassen und andererseits weiter genießen zu wollen. Das nahe Ende zu akzeptieren und doch dagegen aufzubegehren. Das Leben nicht abschließen zu wollen und sich zugleich emotional auf den Tod vorzubereiten.

2.6 Suizidale Gedanken und suizidales Erleben in einer seelischen Krise

Suizidale Gedanken entstehen häufig in Lebenssituationen, die Menschen in ihren Grundfesten und ihrem Grundvertrauen erschüttern sowie eine Bedrohung ihres gewohnten Selbsterlebens und ihres Selbstbildes darstellen. Damit einher gehen ebenso Erschütterungen ihres bisherigen Weltbildes. Es sind Situationen, in denen Menschen etwas erleben, das man als „akuten seelischen Schmerz“ beschreiben kann. Dieser Schmerz ist einem starken körperlichen Schmerz ähnlich und kann wie bei den oben angeführten Sterbewünschen die Folge von emotionalen Verletzungen, Enttäuschungen, Trennungen von wichtigen Personen sein, aber auch von Gefühlen des Versagens und des Verlustes von wichtigen Zielen im Leben.

Ob und wie Menschen diesen psychischen Ausnahmezustand bewältigen, hängt von vielen Faktoren ab. Kennzeichnend für suizidale Krisen sind die Zuspitzung (oft innerhalb von Stunden oder Tagen) und die gedankliche Einengung auf den Suizid. „Mich umzubringen ist die einzige Lösung, um meinem unerträglichen Schmerz und meiner massiven Selbstabneigung ein Ende zu setzen.“ In solchen Momenten begehen Menschen

Suizid, um den für sie nicht aushaltbaren Zustand zu beenden. Sie nehmen in Kauf, dass sie zur Lösung ihres Problems, zur Linderung ihres Schmerzes sterben. Ein Suizid(-versuch) ist insofern weniger häufig das reflektierte Ergebnis rationaler Überlegungen als vielmehr ein hoch impulsiver Akt und Ausdruck des Gefühls einer zunehmenden Einengung und Alternativlosigkeit. Ursachen können objektiv und/oder subjektiv erlebte Not sein, psychische, seelische und/oder körperliche (Ausnahme-)Zustände beziehungsweise deren Folgen, gesellschaftliche, soziale oder wirtschaftliche Rahmenbedingungen, subjektiv empfundene mangelnde Zukunftsperspektiven oder ein Identitätsverlust, der mit Flucht oder Migration einhergeht. Im Gegensatz zu Menschen mit unkonkreten Sterbewünschen, die sich in einer Haltung ausdrücken wie: „Wenn der Herrgott mich heute holt, bin ich auch einverstanden“, besteht bei Menschen mit akut suizidalen Gedanken ein hohes Risiko, dass sie tatsächlich „Hand an sich legen“, um ihrem Schmerz ein Ende zu setzen. Suizidandrohungen sind immer ernst zu nehmen. Hinter ihnen steht fast nie wirklich der Wunsch zu sterben, sondern das bedrückende Gefühl, mit der aktuellen Situation nicht weiterleben zu wollen oder zu können.

2.6.1 Suizidalität und psychische Erkrankungen

Psychisch erkrankte Menschen haben, wie zuvor erwähnt, ein besonders hohes Risiko, durch Suizid zu versterben. Sie leiden oft unter Gefühlen von Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Leere, daran, dass sie alles nur noch grau in grau sehen und sich nicht mehr vorstellen können, jemals wieder Freude zu empfinden. Sie erleben sich teilweise als nutzlose Versagerin oder nutzlosen Versager oder fühlen sich wie hinter einer gläsernen Wand, die keine Verbundenheit zulässt. Manche hören Stimmen, die sie auffordern, sich das Leben zu nehmen. Oder sie fühlen sich von anderen verfolgt oder fremden Mächten ausgeliefert. Manche psychischen Störungen sind weniger stark ausgeprägt oder gehen mit körperlichen Symptomen wie Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen einher. Dadurch werden sie nicht gleich erkannt. Menschen mit psychischen Störungen werden sich selbst und anderen in akuten Krankheitsphasen oft fremd, was zu einer tiefen Verunsicherung und existenziellen Einsamkeit führen kann. In Momenten größter Verzweiflung sehen sie den Suizid als einzige Möglichkeit, diesem

Leiden zu entfliehen. Anders als in Zeiten seelischer Ausgeglichenheit schränken psychische Störungen die innere Freiheit ein, flexibel auf Situationen zu reagieren, Gedankenketten zu unterbrechen und Gefühlslagen beeinflussen zu können.

Mit einer Behandlung der zugrunde liegenden psychischen Störung treten suizidale Gedanken fast immer nach und nach zurück, zusätzlich werden erweiterte Handlungsoptionen eröffnet. Besonders bedeutend ist eine stärkere Wahrnehmung der psycho-sozialen-spirituellen Dimension des Menschen. Nur in der ganzheitlichen Betrachtung und Begegnung werden Menschen mit psychischen Störungen umfassend unterstützt. Verlegungen in stationäre Settings und die damit verbundenen Beziehungsabbrüche erhöhen eher das Risiko von Suiziden.

2.7 Wünsche nach assistiertem Suizid

Für den Wunsch nach assistiertem Suizid gilt im Wesentlichen all das, was bereits zuvor gesagt wurde. Er unterscheidet sich jedoch dadurch, dass er nicht im Ungefähren bleibt, sondern – gewissermaßen bereits einen Schritt weiter – auf eine konkrete Handlung zielt. Die- oder derjenige, an die oder den sich der Wunsch nach Assistenz richtet, wird mit einer Bitte um eine konkrete Handlung konfrontiert. Ein Mensch, der die Entscheidung getroffen hat, seinem Leben assistiert ein Ende zu setzen, stellt dahinter eine Fortsetzung der Beziehung zu anderen Menschen zurück, die ihm wichtig sind. Er verzichtet auf die weitere Umsetzung von Lebenskonzepten, die bislang sinnstiftend waren – und damit auf Zukunftsperspektiven.

Es gibt auch Menschen, die ohne Vorerkrankung den assistierten Suizid aus der Fülle des Lebens heraus in Betracht ziehen und dies als einen Akt von Freiheit, Autonomie und Selbstbestimmung verstehen.

Im Gegensatz zu suizidalen Gedanken ist die Absicht, den eigenen Tod mit Hilfe Dritter selbst herbeizuführen, weniger Ausdruck einer akuten Zuspitzung. Ein Mensch, dem danach verlangt, sich selbst mit Hilfe Dritter zu töten, befindet sich zumeist nicht in einer akuten Krise, sondern hat dies eventuell schon länger vor. Ein assistierter Suizid ist meist längerfristig geplant – vor allem deshalb, weil für die Durchführung die Hilfe eines Dritten in Anspruch genommen wird.

3. DEFINITIONEN

Der Begriff „Sterbehilfe“ ist in Deutschland nicht eindeutig definiert. Zum einen kann unter Sterbehilfe die „Hilfe im oder beim Sterben“ verstanden werden. Sterbehilfe in diesem Sinne besteht darin, dass eine Person einen Menschen, der die biologische Schwelle zum Sterben überschritten hat, in seiner letzten Lebensphase begleitet und unterstützt. Hier setzen beispielsweise die hospizliche und die palliative Versorgung mit ihren Angeboten an.

Zum anderen kann mit Sterbehilfe aber auch die „Hilfe zum Sterben“ gemeint sein. Sterbehilfe bedeutet dann das Töten oder Sterbenlassen eines Menschen aufgrund seines eigenen ausdrücklichen Verlangens sowie die Beihilfe zur Selbsttötung/zum Suizid.³

³ Selbsttötung und Suizid werden synonym verwendet. Eher missverständlich sind wertende Begriffe wie Selbstmord und Freitod.

3.1 Behandlungsbegrenzung | Sterbenlassen (früher: passive Sterbehilfe)

Behandlungsbegrenzung bezeichnet das Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen. Die Entscheidung für ein solches Vorgehen kann zum einen durch die fehlende Indikation für einen auf Heilung ausgerichteten Therapieansatz begründet sein. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der Sterbeprozess unumkehrbar begonnen hat. Zum anderen verbietet sich der Einsatz kurativer Maßnahmen, wenn dies dem Willen des einwilligungsfähigen Patienten widerspricht.

Die Behandlungsbegrenzung ist gekennzeichnet durch ein Nichthandeln, das auch den Eintritt des Todes zur Folge haben kann. Anstrengungen, die darauf gerichtet sind, das Leben zu verlängern, werden nicht mehr unternommen. Dies bedeutet etwa den Verzicht auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe (mit Ausnahme palliativ wirkender Medikamente), künstliche Beatmung, Dialyse oder Reanimation (und womöglich deren Abbruch). Stattdessen treten palliative Behandlungsziele in den Vordergrund, also Maßnahmen, die auf die Linderung belastender Symptome gerichtet sind und die so die Lebensqualität in der verbleibenden Zeit verbessern.

3.2 Leidenslinderung (früher: indirekte Sterbehilfe)

Bei der Leidenslinderung geht es darum, Schmerzen und andere von der Patientin oder dem Patienten als belastend empfundene Symptome (wie zum Beispiel Atemnot oder Angstzustände) zu lindern. Dabei ist nicht auszuschließen, dass als unbeabsichtigte Nebenwirkung der medikamentösen Symptomlinderung der Eintritt des Todes beschleunigt wird. Das heißt, es besteht das Risiko, dass die Patientin oder der Patient bei dem Versuch einer effizienten Symptomkontrolle möglicherweise unbeabsichtigt schneller verstirbt.

3.3 Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung versteht man die überwachte und kontinuierliche Zufuhr von Medikamenten mit der Absicht, das Bewusstsein der Patientin oder des Patienten zu dämpfen oder auszuschalten. Ziel ist es, die Belastung durch die erlebten Leiden zu lindern, die von der Patientin oder dem Patienten als unerträglich empfunden werden und durch keine anderen Mittel kontrollierbar sind.

Die palliative Sedierung kann zeitlich begrenzt oder auch dauerhaft erfolgen und eine oberflächliche oder eher tiefe Sedierung zum Ziel haben. Die Intention besteht eindeutig in der Linderung der Symptome, nicht in einer Beschleunigung des Todeseintritts. Gleichwohl kann letzteres als unerwünschte Wirkung resultieren (siehe Leidenslinderung).

3.4 Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung/zum Suizid)

Beihilfe zum Suizid leistet, wer einem Menschen, der sich selbst tötet, dabei hilft. Diese Beihilfe kann viele Formen haben. Sie kann zum Beispiel darin bestehen, den Sterbewilligen bei seiner Suche nach einer Sterbehilfeorganisation zu unterstützen, ihn zu einer Sterbehilfeorganisation zu fahren, die tödlich wirkende Substanz zu besorgen oder diese in einem Becher zuzubereiten und dem Sterbewilligen bereitzustellen.

In Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen (siehe unten) kommt es darauf an, dass der Hilfeleistende das Geschehen nicht in der Hand und damit die Tatherrschaft nicht innehat. Den entscheidenden Akt der Selbsttötung muss der Sterbewillige selbst vollziehen – zum Beispiel, indem er das Getränk mit der tödlich wirkenden Substanz aktiv zu sich nimmt oder indem ein körperlich behinderter Mensch den Beginn einer Infusion mit einem Augenschlag „auslöst“ und damit den Sterbeprozess selbst einleitet. Da ein Suizid in Deutschland nicht strafbar ist, ist auch die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar.

3.5 Ärztlich assistierter Suizid

Von ärztlich assistiertem Suizid spricht man, wenn eine Ärztin oder ein Arzt einer Patientin oder einem Patienten Mittel zur Verfügung stellt, mit denen diese oder dieser sich selbst freiverantwortlich töten kann. Die Herrschaft über den todbringenden Akt liegt auch hier beim Sterbewilligen.

3.6 Tötung auf Verlangen (früher: aktive Sterbehilfe)

Tötung auf Verlangen bezeichnet eine vom Sterbewilligen gewünschte Tötung durch Dritte. Der Tatbestand ist gemäß § 216 StGB erfüllt, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod absichtlich und gezielt herbeigeführt hat. In diesem Falle würde eine Dritte oder ein Dritter etwa den Becher mit der tödlichen Substanz zum Mund der oder des Sterbewilligen führen oder eine Spritze setzen. In Abgrenzung zur Beihilfe zum Suizid hat hier der Dritte das Geschehen in der Hand, die Tatherrschaft liegt bei ihm und nicht beim Sterbewilligen. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten.

3.7. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (auch Sterbefasten genannt)

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist eine Form, den eigenen Tod herbeizuführen. Er wird ethisch kontrovers diskutiert. Auch die Frage, ob es sich dabei um einen Suizid handelt, wird unterschiedlich beantwortet.

4. STERBEWÜNSCHE, SUIZIDALE GEDANKEN UND WÜNSCHE NACH SUIZIDASSISTENZ IM ALLTAG DIAKONISCHER DIENSTE UND EINRICHTUNGEN

Im diakonischen Selbstverständnis gehört das Sterben zum Leben und ist nicht per se mit Leid gleichzusetzen. Sterben ist Lebenszeit und die Orientierung der Weltgesundheitsorganisation, „das Sterben nicht zu beschleunigen und nicht zu verlangsamen“, ist handlungsleitend.

4.1 Was können Träger und Verantwortliche in diakonischen Diensten und Einrichtungen tun?

Grundsätzlich tragen sowohl Staat und Gesellschaft als auch Kirche und Diakonie die Verantwortung für Rahmenbedingungen, die helfen, der und dem Einzelnen ein gutes Leben zu ermöglichen – gerade im Alter, bei Krankheit, im Leid und am Ende des Lebens. Menschen mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenten nicht allein zu lassen, ist eine zentrale Aufgabe einer solidarischen Gesellschaft und erfordert sorgende Gemeinschaften. Träger und Verantwortliche in diakonischen Diensten und Einrichtungen können sich für Anlaufstellen, Netzwerke und eine Infrastruktur einsetzen, in der verzweifelte, einsame und/oder schwer- kranke Menschen über ihre Todeswünsche offen reden können und in der Sorgebeziehungen ermöglicht werden.

Im Einzelnen können diakonische Dienste und Einrichtungen folgendes tun:

Mitarbeitende befähigen und Leitende unterstützen

Zuallererst ist damit eine besondere Verpflichtung verbunden, Mitarbeitende in den verschiedenen Berufsgruppen zu qualifizieren. Damit die Mitarbeitenden in der Lage sind auf die unterschiedlichen Herausforderungen adäquat zu reagieren, ist vor allem wichtig, dass sie

- um das Vorkommen von Sterbewünschen und suizidalen Gedanken wissen,
- einen nichtwertenden und enttabuisierten Umgang mit Suizidalität pflegen,
- ausreichende Kenntnisse über psychische Erkrankungen und die Dimensionen seelischen Leidens angesichts existenzieller Krisen und Notlagen besitzen sowie
- ausreichend Zeit und Begleitung erhalten, um die entsprechenden Erfahrungen im Team zu verarbeiten.

Existenzielle Grenzsituationen wahrnehmen sowie Räume für hilfreiche Kontakte und Begegnungen schaffen

Haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende, die – hierin befähigt und hierzu motiviert – mit den Gästen, Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:innen bezüglich der Gestaltung ihrer Lebenszeit im Austausch sind, sind eher in der Lage, Anzeichen von

Lebensmüdigkeit oder -sättigkeit wahrzunehmen und diese im Rahmen sensibler Gesprächsangebote aufzugreifen. Mitarbeitende mit einer lebensbejahenden Haltung und befähigt in existenzieller Kommunikation haben umfassende Kenntnisse und Handlungskompetenzen, um mit den oben beschriebenen Grenzsituationen des menschlichen Lebens angemessen umzugehen. Zudem haben sie ein größeres Maß an Sicherheit, um gegebenenfalls weitere Expertise hinzuziehen. Erforderlich hierzu – regelhaft im diakonischen Alltag, da existenzielle Themen ständig an der Tagesordnung sind – sind (mehr) Zeit und Raum sowie die Gelegenheit, über das in der Begegnung mit Menschen an den Grenzen des Lebens Erlebte zu reflektieren. Und zwar alleine sowie im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen (Supervision/Intervision/kollegiale Beratung). Mitarbeitende und Leitende sollten beispielsweise wissen, dass es zum einen so etwas gibt wie den „Werther-Effekt“ (Imitations-Effekt/Nachfolgesuizid), der Suizidraten erhöhen kann. Suizide können nämlich „ansteckend“ wirken. Zum anderen gibt es aber auch den ebenso wissenschaftlich belegten „Papageno-Effekt“. Hierbei handelt es sich um das Phänomen, dass das gemeinsame Gespräch über Menschen, die sich in einer psychosozialen Krise befunden haben und diese bewältigen konnten, dazu beiträgt, die Suizidraten zu senken. Gäste, Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:in-

nen spüren, ob Mitarbeitende darin befähigt sind, sensibel auf ihren Sterbewunsch einzugehen und ihnen einen geschützten Rahmen bieten, diesen anzusprechen. Mitarbeitende sollten wissen, dass das Ansprechen von Sterbewünschen diese nicht vergrößert, sondern der erste Schritt zur Suizidprävention sein kann.

Psycho-sozial-spirituelle Grundhaltung unterstützen und Begleitung bei Bedarf ermöglichen

Wie mehrfach beschrieben spielen psychische Schmerzen und seelisches Leiden, aber auch manifeste psychische und schwere körperliche Erkrankungen eine große Rolle beim Aufkommen von Sterbewünschen und suizidalen Gedanken. Werden die psychologischen Aspekte in der persönlichen Begegnung und im Kontakt so gut wie möglich und umfassend verstanden, werden einerseits autonome und selbstbestimmte Entscheidungen gestärkt. Zugleich wird allen Beteiligten deutlicher, was genau so unerträglich ist. Deshalb ist es für Mitarbeitende wichtig, Kenntnisse über erste Hilfe bei psychischen Krisen zu erlangen, einfache Gesprächstechniken zu beherrschen und zu wissen, wann ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Expertise hinzuzuziehen ist. Gegebenenfalls sind hierfür verbindliche Kooperationen mit regionalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungserbringern zu vereinbaren, um in Krisensituationen verlässliche Ansprechpartner:innen zu haben.

Multiprofessionelle Teamarbeit fördern

Schlussendlich gehört zu einem geeigneten Konzept zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenten neben dem ergänzenden Miteinander von ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitenden auch die gezielte und intensive Zusammenarbeit verschiedener Professionen mit ihrer jeweiligen Fachexpertise. Multidisziplinäre Teamarbeit ermöglicht eine ganzheitliche Sichtweise, welche die körperliche, psychische, soziale und spirituelle Situation des betroffenen Menschen mitbetrachtet und aus dieser weiten Perspektive heraus – gemeinsam mit dem betroffenen Menschen – nach einer Öffnung und möglichen Lösungen sucht.

Eine Sorgeskultur entwickeln und verstetigen, in der auch die Endlichkeit des menschlichen Daseins sowie das Nachdenken darüber einen Platz haben

Mehr denn je sind diakonische Dienste und Einrichtungen aufgerufen, eine dem Leben zugewandte Kultur zu gestalten, zu der auch das Sterben und der Tod sowie das Nachdenken darüber gehören. Aufgabe diakonischer Einrichtungen und Dienste ist es, Bedingungen und Begegnungsräume zu schaffen, damit Menschen

nicht nur über ihre Sterbewünsche nachdenken und reden können, um dahinterliegende Beweggründe zu verstehen, sondern auch, um ihnen eine erneute Hinwendung zum Leben möglichst zu erleichtern. Und dies auch unter vielleicht als schwierig empfundenen Umständen und in der letzten Phase des Daseins.

Ein Verständnis von Würde, das ein Leben in Abhängigkeit wertschätzt und schützt, (vor-)leben und dafür eintreten

In unserer Gesellschaft wird Würde von vielen mit einem Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung gleichgesetzt, das ein Leben in Abhängigkeit von anderen und von der (Für-)Sorge anderer ausschließt. Ein solcher Würdebegriff fokussiert einseitig auf das Funktionieren und negiert, dass aufeinander angewiesen zu sein und Verletzbarkeit wesentliche Grundbedingungen und unabänderliche Eigenschaften unseres menschlichen Daseins sind. Die Wahrnehmung der Begrenztheit und Verwundbarkeit des eigenen Lebens, die bewusste Annahme der eigenen Sterblichkeit und der Zerbrechlichkeit kann die Aussicht auf das Krank- und Altwerden bei sich selbst und bei anderen weniger bedrohlich erscheinen lassen. Die Menschenwürde geht eben nicht verloren, wenn jemand aufgrund von schwerer Erkrankung, Alter oder Pflegebedürftigkeit in zunehmende Abhängigkeit gerät. Die unveräußerliche Würde eines jeden Menschen beinhaltet vielmehr, Menschen in diesen Situationen eine besondere Zuwendung, Aufmerksamkeit und Achtsamkeit entgegenzubringen.

Hilfsangebote mit niederschwelligem Zugang schaffen

Hilfsangebote mit niederschwelligem Zugang und gegebenenfalls mit Komm-Struktur (auch innerhalb der Dienste und Einrichtungen) sind erforderlich, um Menschen mit Sterbewünschen – im Sinne einer ganzheitlichen Suizidprävention – kompetente und empathische Beratung und Begleitung anzubieten.

Kompetenz der Hospizarbeit und Palliativversorgung verstärken

Die Kompetenz der Hospizarbeit und Palliativversorgung in diakonischen Diensten und Einrichtungen gilt es zu stärken, um eine gute, die bio-psycho-sozial-spirituellen Bedürfnisse umfassende Sterbebegleitung zu ermöglichen, Menschen in ihren existenziellen Fragen zur Seite zu stehen sowie gleichzeitig ihr Recht auf Selbstbestimmung zu achten und zu unterstützen.

4.2 Was können Mitarbeitende tun?

Es ist entscheidend, Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Wünsche nach Suizidassistenten zu erkennen, ernst zu nehmen und damit sensibel umzugehen, wenn es darum geht, Menschen in einer Grenzsituation unterstützend zur Seite zu stehen. In diesem Zusammenhang haben die haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden in diakonischen Diensten und Einrichtungen viele Möglichkeiten.

Hier sind einige Beispiele, was Mitarbeitende tun können:

Hinsehen und hinhören

- Viele Menschen sprechen über ihre Sterbewünsche. Gleichzeitig besteht bei den Betroffenen die Angst, nicht ernst genommen oder als psychisch krank bezeichnet zu werden. Nehmen Sie das vom Betroffenen signalisierte Bedürfnis nach einem Gespräch ernst.
- Trauen Sie sich, Ihre Sorgen über das veränderte Verhalten eines Menschen wahrzunehmen.
- Signalisieren Sie Kommunikationsbereitschaft auch bei heiklen Themen.
- Sprechen Sie proaktiv über Ängste vor dem Sterben und dem Tod.
- Vermeiden Sie Aufmunterungen; diese helfen nicht weiter, da sich die oder der Betroffene nicht ernst genommen und dadurch unverständlicher fühlen könnte.
- Sichern Sie Vertraulichkeit und Transparenz über mögliche weitere Schritte zu – mit der Einschränkung, dass Sie bei akuter Gefahr jedoch Dritte einschalten müssen.

Hinweis:

Gespräche über Sterbewünsche sind immer individuell, personen-, beziehungs- sowie situationsabhängig und haben keine feste Themenreihenfolge oder Struktur.

Hinweis:

Wie oben beschrieben sprechen die meisten Menschen selbst nicht explizit von einem „Sterbewunsch“. Dieses Substantiv kommt in der von ihnen gewählten Sprache in der Regel nicht vor. Sie sollten es ihnen auch nicht im Gespräch oder in der Formulierung Ihrer Fragen suggerieren.

Kontakt anbieten und Räume schaffen, um über existenzielle Themen sprechen zu können

- Bieten Sie Gespräche an.
- Schaffen Sie ein möglichst angenehmes Setting.
- Nehmen Sie sich Zeit und vermitteln Sie das Gefühl, dass die oder der Betroffene wichtig ist.
- Seien Sie geduldig mit der oder dem Betroffenen und erwarten Sie nicht zu viel vom ersten Gespräch. Oftmals braucht es mehrere Gespräche, bis die Betroffenen sich öffnen beziehungsweise erklären können.
- Zeigen Sie Verständnis für die Situation der oder des Betroffenen.
- Hören Sie aufmerksam zu, ohne zu urteilen, und versuchen Sie nicht, sofort eine Lösung für die Probleme und Ängste der oder des Betroffenen finden zu wollen.
- Verwenden Sie eine klare, für die Betroffene oder den Betroffenen verständliche Sprache.
- Zeigen Sie Ihre Sorge und erklären Sie, warum Sie besorgt sind.
- Glauben Sie nicht, dass Sterbewünsche oder suizidale Gedanken entstehen, wenn man über das Thema spricht. Das ist eine falsche Vorstellung. Das Gegenteil ist der Fall. Sterbewünsche oder suizidale Gedanken sind in der Regel ein Ausdruck von Not und/oder ein Hilferuf.
- Haben Sie den Mut, Betroffene auch unmittelbar und direkt anzusprechen, wenn zum Beispiel solche Äußerungen fallen – manchmal auch ganz nebenbei: „Es hat ja alles keinen Sinn mehr.“ Oder: „Ich weiß nicht, wozu ich noch lebe.“ Oder: „Alles ist so leer geworden.“
- Beginnen Sie mit allgemeinen Fragen und gehen Sie über zu spezifischen Fragen, um die Art und Schnelle des Handlungsbedarfs besser einschätzen zu können (zum Beispiel ärztliche Hilfe, psychologische, soziale, spirituelle Hilfsangebote, palliativ medizinisch-pflegerische Maßnahmen, Weitervermittlungen).

Gehen Sie auch ins Gespräch über folgende mögliche Themen

- Besprechen Sie mit der Betroffenen oder dem Betroffenen, welche Kontakte, Beziehungen oder Erlebnisse sinnstiftend sein könnten.
- Thematisieren Sie mit der Betroffenen oder dem Betroffenen, ob die Krankheitssymptome zur Zufriedenheit kontrolliert sind oder ob es Verbesserungsmöglichkeiten gibt.
- Fragen Sie beispielsweise: Wie können wir Sie unterstützen? Was tut Ihnen gut? Was machen Sie gerne? Was können wir (noch) tun, damit es Ihnen besser geht? Was bringt Ihnen Freude? Was bringt Ihnen Hoffnung?
- Wenn sie eine psychische Belastung oder Krankheit vermuten, besprechen Sie die Möglichkeit psychologischer/psychotherapeutischer/seelsorglicher Unterstützung.

Mut haben, die innere, oft verzweifelte Situation des Gegenübers (mit)auszuhalten

- Haben Sie den Mut, die innere, oft verzweifelte Situation Ihres Gegenübers gemeinsam mit diesem auszuhalten.
- Vermeiden Sie Übertragungen. Übertragung würde bedeuten, dass Sie Ihre eigenen Gefühle, Affekte, Überzeugungen, Vorstellungen und lebensgeschichtlichen Erfahrungen auf die andere Person übertragen.
- Versuchen Sie Nähe und Distanz auszubalancieren. Dies trägt dazu bei, sich nicht in das Schicksal des Menschen mit Sterbewunsch „verwickeln zu lassen“ und zugleich in empathischer Nähe „zu bleiben“.

Im Team arbeiten und weitervermitteln

- Tauschen Sie sich im multidisziplinären Team über die Betroffene oder den Betroffenen und das Thema aus; beziehen Sie die fachliche Expertise aller an der Beratung, Begleitung und Versorgung beteiligten Professionen ein.

Diskutieren Sie folgende Fragen:

- Welche Interaktionen oder Erlebnisse könnten für die Betroffene oder den Betroffenen sinnstiftend beziehungsweise hoffnungsgebend sein?
- Sind die Krankheitssymptome zur Zufriedenheit der oder des Betroffenen kontrolliert oder gibt es Verbesserungsmöglichkeiten? Ziehen Sie im Zweifelsfall die Hausärztin oder den Hausarzt und/oder eine Palliativmedizinerin beziehungsweise einen Palliativmediziner hinzu; besprechen Sie dies mit der oder dem Betroffenen.
- Steht seelisches Leid im Vordergrund oder wird eine psychische Störung vermutet? Beziehungsweise ist diese bereits diagnostiziert worden? Ziehen Sie Psychiater:innen oder Psychotherapeut:innen hinzu. Besprechen Sie dies mit der oder dem Betroffenen und ermöglichen Sie psychotherapeutische Begleitung beziehungsweise Krisenintervention, falls dies gewünscht wird.
- Ist die notwendige Fachexpertise im Team verfügbar?
- Wenn nein, wen könnten Sie hinzuziehen beziehungsweise an wen könnten Sie weiterleiten? Besprechen Sie dies mit der oder dem Betroffenen.
- Ist es hilfreich, eine fallbezogene Ethik-Beratung beziehungsweise ein fallbezogenes Ethik-Gespräch zu organisieren?
- Gibt es jemand im Team, die oder der einen besonders guten Kontakt zu der oder dem Betroffenen hat und als Vertrauensperson zur Verfügung stehen kann?

In der suizidalen Krise handeln

- Sollten die suizidalen Gedanken konkret sein und sollte ein Plan zur Durchführung gegebenenfalls schon bestehen und/oder sollten Sie das Gefühl haben, der jeweilige Mensch darf jetzt nicht allein gelassen werden, handelt es sich um eine akute suizidale Krise.
- In einer akuten suizidalen Krise müssen Sie aufgrund Ihrer Fürsorgepflicht aktiv werden, um mögliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung abzuklären beziehungsweise zu verhindern. Es besteht dann die Verpflichtung, den Menschen in sichere Obhut zu bringen.
- Teilen Sie der Betroffenen oder dem Betroffenen mit, dass Sie zur Abklärung Fachkräfte hinzuziehen werden. Bitten Sie gegebenenfalls die Betroffene oder den Betroffenen, sie oder ihn dorthin begleiten zu dürfen.
- Nutzen Sie die lokalen Möglichkeiten und die Verfügbarkeit spezialisierter professioneller Hilfe. Um in einer Krisensituation rasch reagieren zu können, empfiehlt es sich, **im Vorfeld** verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit dem regionalen Hilfesystem zu treffen. Es empfiehlt sich ebenfalls, soweit dies möglich ist, ambulante Unterstützungsssettings zu etablieren, da Verlegungen und die damit einhergehenden Beziehungsabbrüche suizidale Krisen verstärken können.

Gespräche mit den An- und Zugehörigen führen

- Unterstützen Sie An- und Zugehörige in dieser für sie als belastend empfundenen Situation, zum Beispiel mit Hinweisen auf weiterführende Hilfen in- und außerhalb Ihres Dienstes oder Ihrer Einrichtung.
- Intensivieren Sie die Zusammenarbeit mit den An- und Zugehörigen und laden Sie diese zum Gespräch ein.
- Fragen im Gespräch könnten beispielweise sein: „Wie können wir Sie unterstützen?“, „Was tut Ihrer Angehörigen oder Ihrem Angehörigen gut?“, „Was macht sie oder er gerne?“, „Was können wir (noch) tun, damit es ihr oder ihm besser geht?“, „Was stiftet Sinn im Leben Ihrer Angehörigen oder Ihres Angehörigen?“ oder „Was bringt ihr oder ihm Freude oder Hoffnung?“

Gespräche mit den anderen Menschen in dem Dienst oder der Einrichtung führen

- Überlegen Sie, wer in dem Dienst oder der Einrichtung eventuell etwas von den Sterbewünschen, den suizidalen Gedanken und dem Wunsch nach assistiertem Suizid mitbekommen hat und sich Sorgen machen könnte.
- Auch diese Menschen brauchen Unterstützung – unter anderem auch, damit es nicht zu Nachahmungstaten kommt.

Selbstsorge ermöglichen

- Machen Sie sich als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter klar, was Sie leisten können und wollen und wo Ihre eigenen Grenzen liegen.
- Reflektieren Sie Ihre eigene Haltung zum Thema Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Suizidassistentz.
- Achten Sie auf Ihre Emotionen und seien Sie achtsam mit sich. Reflektieren Sie aufkommende Gefühle im Team.
- Achten Sie auf Ihr Verhalten und Ihre Gesten (Emotionen und Haltungen drücken sich manchmal ungewollt auf diesem Wege aus).
- Holen Sie sich Unterstützung aus dem Team oder von Vorgesetzten.
- Nehmen Sie sich Zeit zur Reflexion und Entlastung.
- Nehmen Sie Angebote der externen oder internen Supervision oder Intervention wahr.

4.3 Die Ausnahme: der dauerhafte Wunsch nach Suizidassistenten

Sterbewünsche, suizidale Gedanken und der Wunsch nach Suizidassistenten sind in den meisten Fällen unbeständig. Sie werden vom jeweiligen Menschen aufgegeben, wenn sich die als unerträglich empfundenen Lebensumstände ändern, ein Suizidmittel situativ nicht zur Verfügung stand oder einfach der Zeitpunkt verstrichen ist. Die Erfahrung zeigt, dass durch eine sensible und behutsame psychologische, soziale und seelsorgliche Beratung und Begleitung sowie eine auf die Bedürfnisse des Menschen abgestimmte psychosozial-spirituelle und/oder palliativ-medizinisch-pflegerische Versorgung der implizit oder explizit geäußerte Wunsch nach dem Tod in der Regel wieder in den Hintergrund tritt. Situativ oder phasenweise empfundene Kraftlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Hilflosigkeit et cetera können überwunden werden und das Leben wird wieder als sinnvoll, kostbar und bedeutungsvoll erlebt.

Dennoch gibt es Menschen, die ihren Wunsch, das eigene Leben zu beenden, auch angesichts entsprechender medizinischer, pflegerischer, psychologischer, sozialer und seelsorglicher Angebote dauerhaft aufrechterhalten und beim Nein zur Fortsetzung ihres Lebens bleiben. Trotz aller Unterstützung sehen sie für eventuell vorhandene Probleme keine Lösung und finden auf existenzielle Fragen ihres Lebens keine sinnstiftende Antwort. Diese existenzielle Not kann zusammen mit weiteren Belastungen zu der Entscheidung führen, die Hilfe Dritter in Anspruch nehmen zu wollen, um dem eigenen Leben aktiv ein Ende zu setzen. Auch diese Menschen lassen wir nicht alleine.

Gleichzeitig gibt es auch Menschen, die einen assistierten Suizid ohne Erkrankung oder Hilfebedarf in Erwägung ziehen. Diese sind aber zu allermeist nicht in diakonischen Diensten und Einrichtungen anzutreffen.

4.3.1 Die Haltung der Diakonie Deutschland zum Wunsch nach Suizidassistenten

Die Diakonie steht gesamtgesellschaftlich und in ihren Handlungsfeldern für den Schutz des Lebens, für gute Lebensbedingungen und den Ausbau der Suizidprävention ein und es besteht weitgehende Einigkeit dahingehend, dass der assistierte Suizid nur die sorgsam gestaltete Ausnahme sein kann. Der assistierte Suizid kann und darf – über den besonderen Ausnahmefall hinaus – nicht zur Regel werden (vergleiche Schreiben des Vorstands der Diakonie Deutschland vom 1. Juni 2021). Die jeweilige Einzelfallentscheidung muss integriert in einen bestehenden Beziehungskontext und Teil eines langen gemeinsamen Prozesses sein.

Der assistierte Suizid ist keine allgemeine Dienstleistung, die auf Vergütung und Wiederholung angelegt ist, und gehört nicht zum Leistungsspektrum diakonischer Dienste und Einrichtungen. Assistenz beim Suizid eines Menschen zu leisten, gehört nicht zum Aufgabenspektrum von Mitarbeitenden in diakonischen Diensten und Einrichtungen; sie sind weder an der Organisation noch der Durchführung des Suizids beteiligt.⁴ So bleiben sie doch ihrem Auftrag nach Begleitung dieser Menschen treu. Die oder der Betroffene bleibt auch im Zugehen auf den selbstgewählten Tod nicht unbegleitet. Die Form der Begleitung kann sich unterschiedlich gestalten: ehrenamtliche Begleitung, pflegerische Zuwendung oder seelsorgliche und psychosoziale Unterstützung. Auch in Ausnahmesituationen haben diakonische Dienste und Einrichtungen Möglichkeiten, unterstützend und beistehend zu wirken.

⁴ Ob es für diakonische Träger die Möglichkeit geben wird, die Durchführung eines assistierten Suizids in ihren Diensten und Einrichtungen konsequent auszuschließen, ist bislang seitens des Gesetzgebers ungeklärt.

4.3.2 Vom Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten

Richtet ein Gast, ein:e Bewohner:in, ein:e Klient:in oder ein:e Patient:in den Wunsch nach assistiertem Suizid an Sie oder eine andere Kollegin oder einen anderen Kollegen, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, darauf zu reagieren.

Hier sind einige Beispiele, was Sie tun können:

- Nehmen Sie den jeweiligen Menschen in seiner Entscheidung ernst; achten Sie respektvoll seinen Willen und seine Gefühle.
- Begegnen Sie der- oder demjenigen, die oder der den assistierten Suizid anstrebt, mit persönlicher Integrität.
- Seien Sie bereit, ethische Spannungen auszuhalten. Ethik unterliegt Entwicklungen; eigene Überzeugungen und Gewissensäußerungen gilt es immer wieder neu in den Diskurs einzubringen.
- Tauschen Sie sich im multidisziplinären Team darüber aus, wie in Ihrem Dienst oder Ihrer Einrichtung auch ein Mensch, der sein Leben mit Hilfe Dritter beenden will, im Sterben gut begleitet sein kann. Welche Mitarbeitenden kommen in welcher Rolle für die Sterbebegleitung (Da-Sein) in Frage?
- Klären Sie mit dem multidisziplinären Team, ob die Mitarbeitenden und/oder besonders Beauftragte Gespräche über den bevorstehenden assistierten Suizid führen können oder nicht, wenn diese von der oder dem Betroffenen initiiert werden.
- Klären Sie mit dem multidisziplinären Team, dass die Organisation des assistierten Suizids ausschließlich durch die oder den Betroffenen selbst zu initiieren ist.
- Diskutieren Sie, welche Auswirkungen das Vorhaben eines assistierten Suizids auf den Betroffenen, seine An- und Zugehörigen, Mitbewohner:innen, Mitgäste, Mitpatient:innen, Mitklient:innen und das Team haben kann.
- Wie stellen Sie als Träger sicher, dass die Mitarbeitenden und Leitenden des Dienstes oder der Einrichtung nicht entgegen ihrer persönlichen Werte und Überzeugungen einen Menschen beim assistierten Suizid begleiten müssen?
- Diskutieren Sie über das Phänomen „moral distress“. Moralische Dilemmata treten für im Gesundheits- und Pflegebereich arbeitende Menschen auf, wenn sie sich aufgrund gesellschaftlicher und/oder institutioneller Erwartungen nicht in der Lage fühlen, in Übereinstimmung mit ethischen Grundwerten zu handeln beziehungsweise empfinden, gegen das eigene Berufsethos zu verstoßen. Immer wiederkehrende Situationen mit moralischen Notlagen gehen mit emotionaler Erschöpfung einher, führen zum Burn-out- oder Cool-out-Syndrom und haben in der Folge einen erheblichen negativen Einfluss auf die Qualität der Versorgung und die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden.
- Diskutieren Sie darüber, wie viel Diskretion der Umgang mit assistiertem Suizid in Ihrem Dienst oder Ihrer Einrichtung braucht, ohne das Gespräch darüber zu tabuisieren.
- Überlegen Sie, wer in Ihrem Dienst oder Ihrer Einrichtung eventuell etwas von dem assistierten Suizid mitbekommen und sich Sorgen machen könnte. Auch diese Menschen brauchen Unterstützung – unter anderem, damit es nicht zu Nachahmungstaten kommt („Werther-Effekt“).
- Bleiben Sie mit den An- und Zugehörigen im Kontakt; bieten Sie Gespräche und Unterstützung an.
- Diskutieren Sie im Team die Auswirkungen, die ein assistierter Suizid auf die sozialen Bezugswelten hat. Wie stellen Sie als Träger, Leitende und Mitarbeitende sicher, dass nicht das Vertrauen derjenigen negativ beeinflusst wird, die auf den uneingeschränkten Schutz ihrer Würde bei Alter, Krankheit und Behinderung durch die Unterstützungsleistungen Ihres Dienstes oder Ihrer Einrichtung setzen?

5. STERBEBEGLEITUNG IN DIAKONISCHEN DIENSTEN UND EINRICHTUNGEN

5.1 Sterbebegleitung als Bestandteil des regulären Alltags

Menschen sowie deren An- und Zugehörige in ihrer letzten Lebensphase zu unterstützen und im Sterben zu begleiten, ist ein grundlegender Ausdruck christlicher Nächstenliebe und hat eine lange Tradition in der Kirche und ihrer Diakonie.

Ausschlaggebend für eine gute Sterbebegleitung ist eine qualitativ hochwertige palliative Versorgung, die eine Linderung der Krankheitssymptome und somit höchstmögliche Lebensqualität für die verbleibende Lebenszeit ermöglicht. Auf Grundlage des höchstmöglichen körperlichen Wohlbefindens des jeweiligen Betroffenen kann Sterbebegleitung den Betroffenen einen (Spiel-)Raum für ihre Einzigartigkeit eröffnen und ihnen ermöglichen, über ihr Leben, aber auch das Sterben und die damit verbundenen Gefühle zu sprechen, wenn sie das wünschen.

Hierbei übernehmen Mitarbeitende in diakonischen Diensten und Einrichtungen eine wichtige Rolle. Auf ihre zugewandte Haltung kommt es an: Sie leisten Hilfe im oder beim Sterben. Sie begleiten und unterstützen Menschen in ihrer letzten Lebensphase, die die biologische Schwelle zum Sterben überschritten haben. Sie begleiten diejenigen Menschen im Sterben, die sich für das Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen entschieden haben. Das heißt, sie unterstützen – dem Willen des jeweiligen Menschen folgend – palliative Behandlungsziele. Das sind Maßnahmen, die auf die Linderung belastender Symptome gerichtet sind und die so die Lebensqualität in der verbleibenden Zeit verbessern.

Hierbei geht es darum, Schmerzen und andere von den Betroffenen als belastend empfundene Symptome (wie zum Beispiel Atemnot oder Angstzustände) zu lindern („total pain concept“, Cicely Saunders). Dabei ist nicht auszuschließen, dass als unbeabsichtigte Nebenwirkung der medikamentösen Symptomlinderung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.

Mitarbeitende in diakonischen Diensten und Einrichtungen begleiten und unterstützen auch Menschen, bei denen das Bewusstsein mit Hilfe einer kontinuierlichen Zufuhr von Medikamenten gedämpft oder ausgeschaltet wird. Ziel dieser palliativen Sedierung ist es, die Belastung durch – von dem Betroffenen als unerträglich empfundenes und durch keine anderen Mittel kontrollierbares – Leiden zu lindern.

Im Zugehen auf den Tod stellen manche Menschen bewusst oder unbewusst das Essen und Trinken ein. Einige Menschen entwickeln im Verlauf des Sterbens eine Abneigung vor der Nahrungsaufnahme. Sie verzichten also nicht absichtlich auf Essen und Trinken, um den Tod zu beschleunigen, sondern sie folgen den Signalen ihres Körpers. Dabei nehmen sie in Kauf, dass der natürliche Tod dadurch rascher eintritt. Mitarbeitende in diakonischen Diensten und Einrichtungen begleiten und unterstützen auch Menschen, die freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten.

5.2 Sterbebegleitung von Menschen, die Suizidassistenz in Anspruch nehmen

Diakonische Dienste und Einrichtungen verstehen sich grundsätzlich als dem Leben zugewandt und folgen der Maxime von Cicely Saunders: „Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“ In Folge des BVerfG-Urteils ist aber davon auszugehen, dass es – abweichend davon – auch in diakonischen Diensten und Einrichtungen im Ausnahmefall Menschen geben wird, die das Recht auf Suizidassistenz für sich in Anspruch nehmen werden. Tötung auf Verlangen bleibt zu Recht verboten. Ein regelhaftes Angebot des assistierten Suizids mit Gewinnerzielungsabsichten lehnt die Diakonie grundsätzlich ab. Aufgrund dieser Tatsache ist eine aktive Planung, Unterstützung und Durchführung der Suizidassistenz seitens diakonischer Dienste und Einrichtungen nicht möglich. Sofern Suizidassistenz nicht grundsätzlich in diakonischen Diensten und Einrichtungen ausgeschlossen werden kann, bedeutet dies in der Praxis, dass die Entscheidungshoheit, Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen zu respektieren ist, ohne damit die Entscheidung für einen assistierten Suizid zu befürworten. Dies bedeutet, die Betroffenen im Zugehen auf den selbstgewählten Tod nicht allein und unbegleitet zu lassen sowie den letzten Lebensweg mit ihnen gemeinsam zu gehen, ohne in irgendeiner Weise Assistenz bei der Selbsttötung zu leisten.

Nachfolgend finden Sie Fallkonstellationen, die Sie auf Trägerebene oder in der Mitarbeiterschaft diskutieren können:

5.2.1 Planung einer Schulungs- und Informationsveranstaltung

Ein Dienst oder eine Einrichtung möchte sich intern mit dem Thema „assistierter Suizid“ auseinandersetzen und plant eine Schulungs- oder Informationsveranstaltung.

Diskutieren Sie die folgenden Fragestellungen:

- Wer aus welcher Fachrichtung sollte als ReferentIn oder als Referent eingeladen werden?
- Ist es mit dem diakonischen Selbstverständnis vereinbar, eine ReferentIn oder einen Referenten eines Sterbehilfvereins einzuladen?

5.2.2 Beispiel: Aufnahmesituation

Im Erstgespräch vor der Aufnahme in einem stationären Hospiz äußert ein Mensch den Wunsch nach Suizidassistenz.

Diskutieren Sie folgende Fragen:

- Ist der Wunsch so formuliert, dass Sie die Möglichkeit sehen, dass sich der Wunsch ändern kann?
 - Wenn ja, geht damit die Möglichkeit einher, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid bei einer umfassenden diakonischen Begleitung und Versorgung abnimmt?
 - Wenn nein, sollte die Aufnahme vielleicht nicht erfolgen?
- Sind Sie bereit, diesen Menschen auch bei einer ambivalenten Haltung zu begleiten?

5.2.3 Beispiel: Längere Verweildauer

Ein Mensch lebt über einen längeren Zeitraum in einem Pflegeheim. Nach mehreren Monaten wird bei ihr oder ihm eine unheilbare Krankheit diagnostiziert und sie oder er äußert den Wunsch nach assistiertem Suizid. Über einen Verlauf von circa zwei Monaten werden – in Absprache mit ihr oder ihm – verschiedene Möglichkeiten der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung (einschließlich psychologischer-sozialer-seelsorglicher Unterstützung) angeboten und umgesetzt. Es wird eine Symptomlinderung erreicht und ihr oder sein Befinden bessert sich. Dennoch bleibt sie oder er bei der Entscheidung und bittet weiterhin um assistierten Suizid.

Diskutieren Sie folgende Möglichkeiten:

- Der Mensch zieht aus. Diskutieren Sie die konkreten Konsequenzen, die dieser Auszug aus der Einrichtung nach sich zieht, einschließlich des Risikos eines vollständigen Beziehungsabbruchs.
- Der Mensch verbleibt in der Einrichtung. Sie oder er wird darüber informiert, dass die diakonische Einrichtung und ihre Mitarbeitenden eine externe Suizidassistenz dulden, aber seitens der Einrichtung und ihrer Mitarbeitenden keine Mitwirkung in Form von Organisation der Suizidassistenz (Kontaktaufnahme, Bereitstellung von todbringenden Mitteln und so weiter) erfolgt.

5.2.4 Beispiel: Ehrenamtliches Engagement

Eine Ehrenamtliche oder ein Ehrenamtlicher informiert eine hauptamtliche Mitarbeiterin oder einen hauptamtlichen Mitarbeiter darüber, dass die Person, die sie begleitet, darum gebeten hat, ihr oder ihm behilflich zu sein, den assistierten Suizid zu organisieren.

Diskutieren Sie folgende Möglichkeiten:

- Die ehrenamtliche Begleitung lehnt dies aus Gewissensgründen ab und die Begleitung wird beendet.
- Die ehrenamtliche Begleitung entscheidet, den Menschen weiterhin zu begleiten. Es erfolgt durch sie oder ihn aber keine Unterstützung in Form von Organisation der Suizidassistenz (Kontaktaufnahme, Bereitstellung von todbringenden Mitteln und so weiter).
 - Die oder der Ehrenamtliche entscheidet sich dazu, in der Situation des Suizids anwesend zu sein.
 - Die oder der Ehrenamtliche entscheidet sich dazu, in der Situation des Suizids nicht anwesend zu sein.
- Sie untersagen Ehrenamtlichen grundsätzlich eine solche Begleitung.

5.2.5 Beispiel: Ambulante Versorgung

Ein Mensch wird mit einer Verordnung für häusliche Pflege aus dem Krankenhaus entlassen. Im Rahmen des Erstgesprächs mit dem ambulanten Pflegedienst wird bekannt, dass die Patientin oder der Patient in vier Wochen einen Termin mit einem Suizidhelfer zur Durchführung des assistierten Suizids vereinbart hat.

Diskutieren Sie die folgenden Möglichkeiten:

- Das Pflege-Team lehnt unter Inkaufnahme des Nichtzustandekommens einer Beziehung die Versorgung ab – mit der Begründung, dass die Ziele der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, für die sie in dieser Pflegesituation stehen, nicht zu erfüllen seien.
- Das Pflege-Team übernimmt die Versorgung unter der Bedingung, dass das Pflege-Team in keiner Weise aktiv in die Suizidhilfe involviert wird. Das Team begründet seine Entscheidung damit, dass
 - jede und jeder Pflegebedürftige den berechtigten Anspruch hat, gut gepflegt, begleitet und versorgt zu sein.
 - die verbleibende Lebenszeit der oder des Pflegebedürftigen kürzer sein kann als der Zeitraum bis zum Suizidtermin.
 - die Möglichkeit einer Änderung des Patientenwillens noch immer gegeben sein kann.

5.3 Sorge für Menschen, die vom Sterben anderer betroffenen sind, insbesondere vom (assistierten) Suizid

Ein besonderes Augenmerk ist darauf zu richten, dass An- und Zugehörige, Mitbewohner:innen, Mitgäste, Mitpatient:innen und Mitklient:innen aber auch die Mitarbeitenden psycho-sozial-spirituell von einem Suizid (mit Hilfe Dritter) in anderer Weise betroffen sein können als wenn ein Mensch sich dem natürlichen Sterbeprozess überlassen hat.

Ein (assistierter) Suizid kann bei den unmittelbar davon Betroffenen eine existenzielle Krise auslösen. In ihrer Wahrnehmung gibt es in der Regel ein Leben vor und ein Leben nach dem Ereignis. Suizidtrauernde setzen sich, oft über lange Zeiträume und immer wieder, mit Fragen nach dessen Ursachen auseinander. Auch Fragen nach gefühlter und realer Schuld können eine Rolle spielen. Jeder geplante assistierte Suizid hat Auswirkungen auf das familiäre und/oder soziale Umfeld. Die emotionale Belastung der Mitbetroffenen kann sehr hoch sein. So kann die Planung des assistierten Suizids von Seiten der oder des Suizidwilligen Schuldgefühle bei An- und Zugehörigen sowie Mitarbeitenden hinterlassen oder auch als Akt der Aggression empfunden werden. Einen Menschen auf dem Weg zum assistierten Suizid oder während eines assistierten Suizids zu begleiten, kann sehr aufwühlend sein und als moralisches Dilemma erlebt werden, das im Widerspruch zu eigenen Werten steht. Genauso kann ein großes Einverständnis zwischen dem Wunsch der oder des Betroffenen und den Angehörigen bestehen.

Die Bedürfnisse der An- und Zugehörigen, Mitbewohner:innen, Mitgäste, Mitpatient:innen und Mitklient:innen zu erkennen, zu beachten und ernst zu nehmen ist essenziell. Gesprächen kommt hier eine Schlüssel-funktion zu, diesen muss ausreichend Zeit eingeräumt werden.

Für einen sensiblen, verständnisvollen Umgang mit der oder dem Betroffenen können folgende Punkte für Sie hilfreich sein:

Zeigen Sie Offenheit.

- Sprechen Sie die Betroffene oder den Betroffenen offen auf das Thema an.
- Fragen Sie, wie sie oder er die Situation erlebt.
- Fragen Sie, ob es etwas gibt, das Sie für sie oder ihn tun können.
- Hören Sie unvoreingenommen und ohne Verurteilungen zu.

Begegnen Sie mit Empathie.

- Erkennen Sie ambivalente genauso wie zustimmende Gefühle der Angehörigen für den assistierten Suizid empathisch an.
- Sprechen Sie Scham- und Schuldgefühle an; dies ist wichtig für die Verarbeitung der Situation.
- Reflektieren Sie gemeinsam. Gemeinsame Reflexion hilft, komplexe und ungeklärte Situationen besser zu verstehen.

Gehen Sie in den Austausch.

- Die Aussprache kann für die Betroffene oder den Betroffenen eine Strategie sein, mit der eigenen, teils widersprüchlichen Gefühls- und Gedankenwelt klarzukommen.
- Ein empathischer Umgang kann das Mittragen der Entscheidung für alle Beteiligten erleichtern.

Organisieren Sie gegebenenfalls professionelle psycho-soziale-spirituelle Unterstützungsangebote, zum Beispiel durch:

- Psycholog:innen/Psychoonkolog:innen/ Psychotherapeut:innen
- Sozialarbeiter:innen/Sozialpädagog:innen
- Seelsorger:innen (auch Telefonseelsorge und Notfallseelsorge)
- Supervisor:innen
- Ärzt:innen
- Mitarbeiter:innen von Hospizdiensten und so weiter

Wurde der assistierte Suizid vollzogen, darf die Begleitung der An- und Zugehörigen nicht abbrechen.

Der Verlauf der Trauer ist bei den Hinterbliebenen häufig erschwert: So kann der Ausdruck der Trauer heftiger und die Formen der Trauer können anders sein als bei Trauernden, die eine nahestehende Person durch einen natürlichen oder einen Unfalltod verloren haben.

Trauerbegleitung unterstützt Menschen in ihrem Trauerprozess. Wichtig ist es, die Gefühle, die mit Trauer einhergehen, zuzulassen, zu durchleben und zu verarbeiten, damit diese nicht zu einem chronisch-seelischen Problem werden.

Bieten Sie folgende hilfreiche Unterstützungsangebote an:

- Besprechen Sie, ob die in Ihrem Dienst oder Ihrer Einrichtung im Zusammenhang von Sterben und Tod schon entwickelten Materialien auch in diesem Kontext hilfreich sind.
- Regen Sie eine bewusste Verabschiedung von dem verstorbenen Menschen an.
- Stoßen Sie Abschiedsrituale an:
 - die Gestaltung eines Tisches mit Blumen, einer Kerze und dem Bild der oder des Verstorbenen
 - Botschaften an den verstorbenen Menschen, geschrieben, gemalt oder gebastelt
- Ermutigen Sie ein aktives Mitwirken an der Trauerfeier.
- Singen Sie gemeinsam oder spielen Sie Lieder, die eine Bedeutung für den verstorbenen Menschen hatten.
- Erinnern Sie in der Gemeinschaft an Erlebnisse mit der oder dem Verstorbenen.
- Stellen Sie Kontakte mit ausgebildeten Trauerbegleiter:innen her.
- Veranstalten Sie Trauer-Cafés.
- Halten Sie Erinnerungsgottesdienste und so weiter.

6. JURISTISCHE ASPEKTE

6.1 Begriffsklärung

Wesentliche Elemente zur Begriffsklärung finden sich im Kapitel drei, worauf hier verwiesen sei. Im Folgenden sollen nun zusätzlich die strafrechtlichen Aspekte zusammengefasst beziehungsweise ergänzt werden:

Können medizinische Maßnahmen zur Schmerzlinderung als Nebenwirkung eine Lebensverkürzung bewirken, wird dies als Leidenslinderung – oder auch indirekte Sterbehilfe – bezeichnet. Ist die Lebensverkürzung unbeabsichtigt und entspricht dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen der schwerstkranken Person, scheidet eine Strafbarkeit aus. Der Behandlungsabbruch – auch passive Sterbehilfe genannt – bezeichnet das Abbrechen lebensverlängernder Maßnahmen. Geht er auf den Willen des Patienten zurück, ist er nicht strafbar. Vielmehr darf auch eine lebenserhaltende Maßnahme nicht eingeleitet oder fortgeführt werden, sofern der Wunsch nach Behandlungsabbruch gegeben ist. Ein Verstoß dagegen kann nach geltendem Recht eine strafbare Körperverletzung darstellen.

Bei einer aktiven Sterbehilfe ist zu unterscheiden: Sofern die suizidwillige Person keine Kontrolle über die tötende Handlung hat, handelt es sich mindestens um eine Tötung auf Verlangen. Diese ist grundsätzlich strafbar. Etwaige (nach heutigem Recht nicht vorhandene) Ausnahmen, zum Beispiel weil der oder die Suizidwillige absolut bewegungsunfähig ist, scheinen aufgrund der heutigen technischen Möglichkeiten ausschließbar.

Im Folgenden geht es ausschließlich um die (Bei-)Hilfe oder Assistenz zur Selbsttötung (Suizidassistentz), bei der die suizidwillige Person die zum Tode führende Handlung (regelmäßig die Einnahme des Tötungsmittels) selbst vornimmt.

6.2 Vorbemerkung

Das einschlägige Rechtsgebiet ist im Fluss. Dies gründet auch darauf, dass es sich beim assistierten Suizid um Fragen existenzieller Bedeutung handelt, die tief in den rechtlich kaum fassbaren Bereich der Gewissensentscheidung hineinreichen. Endgültige Antworten können hier daher nicht gefunden werden. Es können nur erste Orientierungen gegeben werden, die allerdings unter den Vorbehalt der weiteren Entwicklungen im Bereich der Gesetzgebung und Rechtsprechung gestellt werden müssen. Da an dieser Stelle auch keine Rechtsberatung geleistet werden kann, wird empfohlen, diese im Einzelfall ergänzend einzuholen.

6.3 Allgemeines

Es ist mit einer umfassenden Neuregelung der Thematik des assistierten Suizids zu rechnen. Einzufordern sind vor allem deutliche Verbesserungen in der Suizidprävention und ein leistungsfähiger Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung. Im Hinblick auf den assistierten Suizid selbst ist vor allem mit einer Neuregelung des Betäubungsmittelgesetzes zu rechnen und damit, dass einzelne genauer definierte Umstände strafbewehrt unter Verbot gestellt werden. Die Landesärztekammern werden ihre Berufsordnungen für Ärzt:innen alsbald an die vom BVerfG festgestellte Rechtslage angepasst haben (die Anpassung der Musterberufsordnung für Ärzte, MBOÄ, ist auf Bundesebene bereits erfolgt). Es wird vonseiten der Diakonie Deutschland bei alledem darauf hingewirkt, dass im Zuge der Neuregelungen auch eine größtmögliche Rechtssicherheit im Sinne größtmöglicher Selbstbestimmung für diakonische Träger hergestellt wird. Bis dem so ist, sollten die folgenden Hinweise beachtet werden.

6.4 Dienste und Einrichtungen

Träger sind nicht dazu verpflichtet, die Suizidassistenz in ihr Regelangebot aufzunehmen. Auch im Einzelfall können sie nicht zu einer Suizidassistenz verpflichtet werden. In rechtlicher Hinsicht steht es ihnen nach aktueller Rechtslage aber offen, Suizidassistenz zu leisten, sowohl im Ausnahmefall als auch als Regelangebot. Die Diakonie Deutschland rät davon aber ausdrücklich ab.

Problematisch bleibt die Frage, ob Träger die Erbringung solcher Leistungen auch durch Dritte in ihren Häusern per se ausschließen können, wenn sie dies aufgrund ihrer eigenen Haltung zu tun wünschen. Zwar ist das bei Hospizen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen mit kurzer Verweildauer grundsätzlich denkbar. Hier ist es den Bewohner:innen grundsätzlich zumutbar, Unterstützung der assistierten Selbsttötung an einem anderen Ort in Anspruch zu nehmen. Sofern es sich allerdings um den festen Lebensmittelpunkt einer Bewohnerin oder eines Bewohners handelt, ist Vorsicht geboten. Nicht wenige Experten gehen derzeit davon aus, dass ein Ausschluss aufgrund des besonderen Schutzes des persönlichen Wohnraums rechtlich schlechterdings unmöglich ist. Unfraglich ist der Wechsel der Örtlichkeit nicht ohne Weiteres zumutbar. Ein erhebliches Problem könnte insbesondere dann entstehen, wenn ein Großteil der Anbieter ihre Einrichtungen ausnehmen will und sich der „Markt“ als mehr oder minder „geschlossen“ zeigt. Allerdings gehen wir derzeit zugunsten diakonischer Träger davon aus, dass ein Umzug dann zumutbar sein könnte, wenn der Ausschluss einer Suizidassistenz im Haus von vornherein klar kommuniziert und vereinbart wurde, seine Durchführung dem besonderen Charakter der Einrichtung widerspräche (Selbstverständnis und -darstellung) und andere Orte zur Durchführung unerschwer zur Verfügung stehen. Je leichtgängiger ein Umzug gestaltet wird, desto wahrscheinlicher dürfte der Bestand einer solchen Regelung sein. Gegebenenfalls ist die Bewohner:innenvertretung in die Veränderung der Wohnverträge einzubeziehen.

Eine klare Kommunikation der Haltung des Trägers geht über die Aufnahme einer entsprechenden Klausel in den Heimvertrag hinaus. Es sollte idealerweise eine gesonderte Vereinbarung als Abschluss eines Klärungsgesprächs getroffen werden, auf die im Vertrag verwiesen werden sollte. Die Hervorhebung bietet auch die Chance, die Haltung des Trägers zu verdeutlichen und bereits auf konkrete präventive Angebote und womöglich auch auf Ausweichangebote (etwa Umzug) hinzuweisen, welche die Bewohner:innen im Bedarfsfall in Anspruch nehmen können.

Andererseits muss bedacht werden, dass überhaupt schon der Hinweis auf die Thematik des assistierten Suizids von (potenziellen) Bewohner:innen als Grenzüberschreitung empfunden werden kann. Dem ist geeignet vorzubeugen. Die Dokumentation eines Klärungsgesprächs ist zu empfehlen.

Sofern die Auflösung des Vertrags nicht aufgrund einer einvernehmlichen Aufhebung erfolgt – diese sollte im Vertrag bereits anvisiert werden –, kann der Vertrag in den oben genannten Fällen durch die Einrichtung nach hiesiger Auffassung unter Beachtung der Besonderheiten im einzelnen Fall – und bei Sicherstellung des diakonischen Auftrags – gekündigt werden, sofern die Durchführung der Selbsttötung bevorsteht. Insgesamt festzuhalten bleibt aber: Ein Verweis vom festen Lebensmittelpunkt auf einen anderen Ort mitsamt der Kündigung ist bis zu einer gesetzlichen Neuregelung beziehungsweise der Herausbildung konkreten Richterrechts oder sogar der verfassungsgerichtlichen Klärung aus mehreren Gründen mit erheblichen rechtlichen Unsicherheiten behaftet. Die Gründe dafür reichen vom Verfassungsrecht über das Heimrecht bis ins Leistungserbringungsrecht. Die Diakonie Deutschland setzt sich für eine klare gesetzliche Regelung ein, die den Trägern zukünftig Rechtssicherheit verschafft.

6.5 Sterbehilfeorganisationen

Derzeit können Sterbehilfeorganisationen weitgehend ungeregelt walten. Die Diakonie Deutschland setzt sich dafür ein, dass der Gesetzgeber Regelungen zu einer angemessenen Gefahrenabwehr trifft.

Bis auf weiteres gilt Folgendes:

Bewohner:innen steht grundsätzlich zu, ausschließlich darüber zu bestimmen, von wem und zu welchem Zweck sie Besuch erhalten. Sie üben in ihren persönlichen Wohnbereichen das Hausrecht grundsätzlich uneingeschränkt selbst aus. Sterbehilfeorganisationen könnte daher etwa dann unzweifelhaft der Zutritt verwehrt werden, wenn dies dem übereinstimmenden Willen der Bewohner:innen entspräche. Eine solche Abrede könnte klarstellend im Heimvertrag festgehalten werden. Davon unabhängig kann der Zutritt verweigert werden, wenn der Besuch einer bestimmten Bewohnerin oder einem bestimmten Bewohner gilt, die oder der diesen Besuch nicht oder nicht mehr möchte. Auch in Doppelzimmern, die aufgrund der räumlichen Gestaltung keine hinreichenden Rückzugsräume gewähren, spricht viel für die Möglichkeit der Zutrittsverweigerung, wenn eine Zimmerbewohnerin oder ein Zimmerbewohner dies verlangt. Die Einrichtung ist aber dazu verpflichtet,

auf Ausgleich und Konfliktlösung aktiv und unter Berücksichtigung aller maßgeblichen Interessen hinzuwirken. Diese Pflicht kann durch Zumutbarkeitsgesichtspunkte im einzelnen Fall beschränkt sein (siehe oben). Außerhalb dieser Konstellationen ist ein Zutrittsverbot, das die Träger im Rahmen der Ausübung ihres eigenen Hausrechts aussprechen, mit noch größeren rechtlichen Unsicherheiten behaftet. Seine Unrechtmäßigkeit kann insbesondere dann gegeben sein, wenn einer Bewohnerin oder einem Bewohner im Ergebnis ein Zugriff auf Assistenz zum freiverantwortlich gewählten Suizid faktisch endgültig verwehrt würde.

6.6 Mitarbeitende

In Bezug auf Mitarbeitende besteht der zentrale Punkt – den arbeitsrechtlichen Fragestellungen vorgelagert – darin, dass der Dienstgeber eine klare Haltung zu der Frage des assistierten Suizids entwickelt und diese gegenüber seinen Mitarbeitenden kommuniziert. Dabei geht es darum, dass neben der Erarbeitung und umfassenden Klarstellung der eigenen Position auch ein Verhaltenskodex, ein Prozedere entwickelt wird, wie mit einschlägigen Fragestellungen im dienstlichen Alltag konkret umzugehen ist, das bei sorgfältiger Erarbeitung und Festlegung in einem gewissen Umfang im Übrigen auch rechtlich absichernd wirken kann. Insoweit ist vor allem darauf zu achten, dass die Mitarbeitenden daraus eine klare Orientierung für ihr eigenes Handeln entwickeln können. Sie müssen auf Anfragen durch die Gäste, Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:innen vorbereitet sein. Sie müssen auch zweifelsfrei erkennen können, was der Dienstgeber von ihnen erwartet und was nicht. Zu bedenken ist, dass Mitarbeitende angesichts der Bedeutungsschwere der Problematik leicht überfordert werden können. Neben der Klarheit der Regelungen ist wichtig, dass die Mitarbeitenden möglichst „mit ins Boot geholt“ werden. Ohne geeignete Schulungen, die umfassend zum Thema informieren und die Position des Dienstgebers vermitteln, wird eine gute Vorbereitung der Mitarbeitenden nicht geleistet werden können. Um Erfolg und Bestand all dessen zu garantieren und um die Ausübung gegebenenfalls bestehender Beteiligungsrechte zu sichern, sollte die Mitarbeitendenvertretung möglichst frühzeitig in dezidiert kooperativer Weise einbezogen werden.

Dies vorausgeschickt können folgende Punkte festgehalten werden:

Ein Weisungsrecht zur Beteiligung an einem Suizid, also zur Verpflichtung zur Suizidassistenz, besteht nicht. Ein solches würde das Direktionsrecht überschreiten, da es sich bei der Unterstützung zu einer Selbsttötung um eine Gewissensfrage handelt, die der Verfügung durch Dritte entzogen sein muss.

Dagegen kann per Weisung geregelt werden, dass sich Mitarbeitende während der Arbeitszeit jeglicher Teilnahme zu enthalten haben. Problematisch ist allerdings die Reichweite dieser Regelungsbefugnis. Ein einfacher Hinweis, den Mitarbeitende vielleicht auf eine Anfrage von Gästen, Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:innen geben wollen, lässt sich deutlich schwerer ausschließen als etwa das unaufgeforderte Verteilen von Werbematerial einer Sterbehilfeorganisation. Der Dienstgeber ist daher aufgefordert, die Mitarbeitenden bei der Erstellung des Kodex derart mitzunehmen, dass er sich durch Einbezug der Mitarbeitenden in den Prozess deren Loyalität sichert. Mitarbeitende, die trotz Untersagung des Dienstgebers während der Arbeitszeit finale Unterstützungshandlungen (etwa die Überreichung des Tötungsmittels) leisten, müssen wissen, dass sie mit allen arbeitsrechtlichen Konsequenzen bis hin zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses zu rechnen haben.

Schwieriger ist der arbeitsvertragliche Ausschluss für den privaten Bereich. Zwar besteht keine umfassende Genehmigungspflichtigkeit von Nebentätigkeiten. Eine Nebentätigkeit kann aber im Einzelfall untersagt werden, wenn sie geeignet ist, die berechtigten Interessen des Dienstgebers zu beeinträchtigen. Das kann bei organisierter finaler Assistenz zum Suizid der Fall sein; dies zumal, wenn es sich um eine entgeltliche Tätigkeit handelt. Davon unabhängig ist der Ausschluss entsprechender Tätigkeiten gegebenenfalls nur über die Ausübung des Hausrechts möglich (siehe oben). Es erscheint fraglich, ob der Arbeitgeber bereits im Einstellungsverfahren das Recht hat, konkret nach der Haltung zum assistierten Suizid zu fragen. Wir würden von direkten Fragen eher abraten. Die Frage danach, wie die Bewerber:innen mit einer entsprechenden Anfrage von Gästen, Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:innen umgehen würden, kann dagegen – je nach zu besetzender Stelle – zulässig sein. Auch die Frage nach der Vereinbarkeit der eigenen Haltung mit der diakonischen Haltung des Dienstgebers kann – wiederum je nach zu besetzender Stelle – rechtlich zulässig sein. Es gilt als hilfreich zur frühen Orientierung, wenn auf der Plattform beziehungsweise Website, auf der die Kandidat:innen angeworben werden, über die Haltung des Dienstgebers informiert wird.

In der Stellenbeschreibung selbst sollten sich entsprechende Hinweise aber nicht finden. Wesentlich ist in jeder Hinsicht eine ständige Begleitung aller Mitarbeitenden im Hinblick auf das Thema, die insbesondere auch eine Nachsorge umfasst, sollte es zur Konfrontation mit dem Wunsch nach Suizidbegleitung oder gar zur Durchführung derselben gekommen sein.

6.7 Ehrenamtliche

Auch die Ehrenamtlichen sollten wie die Mitarbeitenden in die Klärungsprozesse eingebunden werden. Im übertragenen Sinne gilt insoweit das gleiche wie im Hinblick auf die Mitarbeitenden ausgeführt: Einbindung in eine Orientierung gebende klare Positionierung, Vereinbarung, Schulung, Nachsorge. Ehrenamtlichen gegenüber besteht generell eine deutlich geringere rechtliche Bindung als gegenüber Arbeitnehmer:innen. Im Bedarfsfall kann die Zusammenarbeit einfacher umgestaltet oder wenn nötig gar aufgelöst werden. Weisungen können Ehrenamtliche zudem ebenfalls unterliegen. Auf die im Einzelfall gewählte Konstruktion und die getroffenen Absprachen ist dabei Acht zu geben. Auch im Hinblick auf die Ehrenamtlichen empfiehlt sich die Erstellung eines klaren Verhaltenskodex beziehungsweise der Abschluss klarer Vereinbarungen, vermittelt derer auch auf unter Umständen notwendige Konsequenzen hingewiesen werden kann.

6.8 Informationspflichten

In vielerlei Hinsicht bestehen Informations- und Beratungspflichten seitens der Einrichtungen und Dienste. Es lässt sich rechtlich vertreten, dass keine Pflicht dazu besteht, proaktiv auf die Möglichkeit des assistierten Suizids hinzuweisen. Dies gilt unserer Auffassung nach auch im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V. Das Thema darf aber auch nicht tabuisiert werden, wenn Gäste, Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:innen sich mit ihm auseinandersetzen möchten. Diese haben die Inhaltshoheit hinsichtlich der Informations- und Beratungsprozesse.

6.9 Anwesenheit, Tatherrschaft, Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Sollte eine Bewohnerin oder ein Bewohner sich zur Durchführung eines assistierten Suizids entscheiden, liegt bei ihr oder ihm die Entscheidung darüber, welche Person(en) während der Durchführung der Assistenz anwesend ist beziehungsweise sind. Diese Entscheidung ist gegenüber Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen aber nicht derart persönlich bindend, dass diese zur Anwesenheit verpflichtet werden könnten. Ein Verlassen des Zimmers ist zur Vermeidung eigener Strafbarkeit aber nicht per se geboten (siehe dazu näher auch sogleich unter 6.12 [„Unterlassene Hilfeleistung“]).

Wenn im Einzelfall eine durch Dritte assistierte Selbsttötung von diakonischer Seite begleitet wird, muss stets darauf geachtet werden, dass die Ausführung der Selbsttötung keinesfalls von Mitarbeitenden vorgenommen wird. Nur wenn die Ausführung vom suizidwilligen Menschen selbst vorgenommen wird, dieser also die Tatherrschaft innehat, kann von grundsätzlicher Straflosigkeit ausgegangen werden. Sofern die Tatherrschaft auf (begleitende) Mitarbeitende oder assistierende Dritte übergeht (zum Beispiel Injektion oder Einflößen des Sterbemittels), kann eine strafbare Tötung auf Verlangen gegeben sein. Zwar könnte an einem entsprechenden Strafanspruch gezweifelt werden, wenn die suizidwillige Person tatsächlich nicht in der Lage ist, die Suizidhandlung selbst auszuführen. Derartige Konstellationen dürften aber technisch lösbar sein, daher ist dringend Rechtsrat einzuholen, wenn doch anders verfahren werden soll.

Bis zu einer Neuregelung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) ist die Beschaffung eines Sterbemittels (insbesondere Natrium-Pentobarbital) auf legale Weise zumindest schwierig. Die Verschreibung des Mittels durch Ärzt:innen ist (derzeit noch) mit rechtlichen Unsicherheiten verbunden.

6.10 Bereich der Betreuung

Ein Ersetzen des Willens des oder der zu Betreuenden im Hinblick auf den Wunsch, assistiert zu sterben, ist nicht möglich.

Es ist nicht möglich, die Inanspruchnahme von Sterbehilfe im Sinne des assistierten Suizids verbindlich vorwegzunehmen. Selbst wenn und soweit man eine Vorausverfügung (etwa durch eine Patientenverfügung) der Selbsttötung im Wege des assistierten Suizids für den Fall (beispielsweise krankheitsbedingt) eintreten-

der Einschränkungen der Fähigkeit zur Besorgung eigener Angelegenheiten überhaupt für rechtlich erheblich hielte (was unseres Erachtens zu verneinen ist), kann sie immer durch den aktualisierten natürlichen Willen überschrieben werden.

6.11 Eigene Beurteilung der Freiverantwortlichkeit

Insbesondere solange noch keine gesetzlichen Regelungen zur Bestimmung der Freiverantwortlichkeit vorliegen, könnten einzelne Träger sich dazu veranlasst sehen, diese Bestimmung selbst vorzunehmen. Die Frage kann sich stellen, obwohl die Suizidassistenz jedenfalls nicht durch den Träger, sondern ausschließlich durch Dritte geleistet wird. So zum Beispiel, wenn auf ihrer Grundlage über eine Begleitung der Assistenz entschieden werden soll.

Soll den Grundlagen der Entscheidung des BVerfG entsprochen werden, ist darauf zu achten, dass das Ergebnis des gewählten Verfahrens nicht vordefiniert ist und an die Gäste, Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:innen keine übertriebenen Anforderungen gestellt werden. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass das Verfahren die Feststellung der Freiverantwortlichkeit in einem verobjektivierbaren Sinne fachlich hinreichend sichert. Es spricht viel dafür, dass eine solche Feststellung nur bei Einbeziehung geeigneter psychiatrischer und psychologischer Fachkunde möglich ist.

Sobald gesetzliche Regelungen zur Bestimmung der Freiverantwortlichkeit vorliegen, können diese durch eigene Anforderungen nur in punkto eigener Mitwirkung und eigener Örtlichkeit ergänzt werden.

Zu beachten ist, dass eine eigene Bestimmung der Freiverantwortlichkeit die Rechte der Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:innen nicht beschränken kann. Die eigenverantwortlich versuchte Bestimmung der Freiverantwortlichkeit des oder der Bewohner:in, Klient:in oder Patient:in kann ausschließlich zum Zwecke der eigenen Positionierung zu dem Wunsch verwendet werden. Es besteht seitens der Bewohner:innen, Klient:innen oder Patient:innen auch keine Pflicht, sich an einem seitens des Trägers eigenverantwortlich geregelten Verfahren zu beteiligen.

6.12 Unterlassene Hilfeleistung

Im Falle einer Fehleinnahme des Tötungsmittels (zum Beispiel Aspiration) kann es zu Problemen kommen. Auch könnten Mitarbeitende erst nach Einnahme des

Tötungsmittels zum Geschehen hinzukommen. Soweit der Todeswunsch erkennbar klar und freiverantwortlich gefasst ist, ist eine Rückholung ins Leben nicht durch die Rechtsordnung geboten – die Selbstbestimmung ist zu achten. Ein Verlassen des Zimmers ist zur Herstellung von Rechtssicherheit zugunsten der Anwesenden nicht geboten.

Sofern keine Kenntnis vom beziehungsweise keine klar ausreichenden Anhaltspunkte für den Todeswunsch bestehen, kann die Hilfeleistung dagegen nach wie vor geboten sein. Sofern die Person zu einem bestimmten Zeitpunkt, wenn die Selbsttötung bereits in Gang gesetzt ist, ersichtlich von ihrem Vorhaben der Selbsttötung abkehren möchte, ist eine Hilfeleistung unfraglich geboten. Problematisch ist derzeit, dass die Frage der Freiverantwortlichkeit eines Suizids nicht eigenständig geregelt ist. Sofern an der Freiverantwortlichkeit gezweifelt werden muss, kann eine Pflicht zur Hilfeleistung nicht ausgeschlossen werden. Hier ist im Einzelfall dringend rechtlicher Rat einzuholen.

6.13 Dokumentation, Datenschutz, Schweigepflicht, Meldepflicht

Ein wesentlicher Faktor hinsichtlich aller mit assistiertem Suizid in Zusammenhang stehenden Punkte ist eine umfassende Dokumentation. Eine transparenzvermittelnde Dokumentation kann nicht nur helfen, die Erfüllung gesetzlicher Pflichten (zum Beispiel zur Information und Beratung) nachzuweisen und eine Haftung auszuschließen beziehungsweise zu begrenzen. Sie kann auch der Steuerung, Sicherstellung und Supervision interner Prozesse sowie der Organisationsentwicklung dienen. Durch die Dokumentation muss nachvollziehbar werden, auf welcher Grundlage welche Entscheidungen getroffen wurden. Dies gilt insbesondere, solange und soweit keine gesetzlichen Vorgaben zur Dokumentation existieren. Die Dokumentation berichtet vornehmlich von den Inhalten der Gespräche, die mit dem Menschen mit Wunsch nach Suizid geführt wurden, und den darin getroffenen Abreden. Sofern einschlägige Einlassungen von relevanter dritter Seite (zum Beispiel einbezogenen Ärzt:innen) existieren, sind diese ebenfalls zu dokumentieren. Auch die im Zusammenhang an Mitarbeitende ergehenden spezifischen Weisungen sind zu dokumentieren.

Es ist auf die strikte Einhaltung des Datenschutzes zu achten. Die oder der Datenschutzbeauftragte der Einrichtung ist im Zweifel zu konsultieren. Auch die Regelungen zur Schweigepflicht sind zu achten. Eine Offenbarung von Informationen kann allerdings notwendig

sein, um dem Wunsch nach assistierten Suizid nachkommen zu können. Sofern um Verschwiegenheit gebeten wird, kann die Frage nach ausdrücklicher Einwilligung der oder des Betroffenen mit der Notwendigkeit begründet werden, ihrem oder seinem Anliegen nachkommen zu können. Es könnte für Dritte beispielsweise sonst nicht erkennbar sein, dass eine Hilfeleistung nicht geboten ist. Wird die Einwilligung nicht gegeben, kann etwa ein Berufen auf den rechtfertigenden Notstand problematisch sein, wenn damit im Falle eines bevorstehenden Suizids die Durchführung vermittle der nicht autorisierten Weitergabe von Informationen zu verhindern gesucht wird. Dieses Berufen könnte im Falle der freiverantwortlichen Entscheidung des suizidwilligen Menschen als rechtlich unwirksam angesehen werden. Nach hiesiger Auffassung erscheint in solchen Konstellationen die Wirksamkeit des Berufens auf einen Notstand aufgrund eines erheblichen Gewissenskonflikts aber nicht ausgeschlossen. Sofern möglich, wird das Einholen rechtlichen Rats in derartigen Fällen dringend angeraten.

Im Regelfall, sofern es sich aufgrund des Suizids um einen im rechtlichen Sinne unnatürlichen Tod handelt, wird nach der ärztlichen Feststellung des Todesertritts die Polizei zu beachtlichen sein.

6.14 Haftungsfragen

Eine Haftung kann sich im Zusammenhang mit assistiertem Suizid aus unterschiedlichen Gesichtspunkten ergeben. So könnten etwa Angehörige im Nachhinein Vorwürfe erheben. Einer derartigen Inanspruchnahme kann bei Einhaltung der angezeigten Sorgfalt durch eine leistungsfähige Dokumentation begegnet werden (siehe oben).

Denkbar ist auch eine Haftung aus Fehlgehen einer Assistenzhandlung oder dann, wenn die Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen im Raume steht. Das kann etwa dann der Fall sein, wenn nach eigenverantwortlicher Einnahme des Tötungsmittels Maßnahmen zur Sicherung des Gelingens des Suizids durchgeführt werden.

Eine Haftung kann sich auch dann ergeben, wenn mit todbringenden Substanzen nicht sorgfältig umgegangen wird. Dies etwa, wenn (Rest-)Bestände eines Tötungsmittels in die falschen Hände geraten. Auch insoweit sollte es ein Prozedere geben, das den sicheren Umgang mit entsprechenden Substanzen regelt und ebenso deren sichere Entsorgung.

Ebenso ist denkbar, dass sich eine unterlassene Hilfeleistung (siehe oben) haftungsrechtlich auswirkt. Auch hier hilft grundsätzlich eine umfassende Dokumentation der mit der suizidwilligen Person getroffenen Abreden. Sofern es an der Freiverantwortlichkeit fehlt, ist aber nicht von einer erlaubten Assistenz zum Suizid auszugehen. Eine Haftung kann in diesem Fall nicht ausgeschlossen werden. Im Einzelfall ist dringend Rechtsrat einzuholen.

6.15 Verbandsrechtliches

In besonders drastischen Fällen wäre der Ausschluss eines Vereinsmitglieds denkbar, sofern der Ausschluss und sein Verfahren eine klare Grundlage in der Satzung finden. Ebenfalls kann in solchen Ausnahmekonstellationen etwa die Abberufung (und Kündigung) eines Vorstands möglich sein. In jedem Falle sollte vor solchen Schritten im hiesigen Kontext einfallbezogene juristische Beratung in Anspruch genommen werden.

7. AUSBLICK

Die hier vorgelegte Orientierungshilfe spiegelt den Diskussionsstand und die Reflexion der aktuellen gesetzlichen Situation im Februar 2022 wider. Sie hat das Ziel, Klärungsprozesse in den Diensten und Einrichtungen zu erleichtern und den Mitarbeitenden die Reflexion ihrer persönlichen und berufsethischen Haltung zu ermöglichen. Die noch ausstehenden gesetzlichen Grundlagen und eine Praxis unter den veränderten Rahmenbedingungen erfordern die kontinuierliche Weiterarbeit an den gestellten Fragen. „**Ich bin ein Gast auf Erden.**“ Der zu Beginn zitierte Vers aus dem 119. Psalm erinnert an die Begrenztheit des Lebens. Die Bejahung dieses begrenzten Lebens ist ein wesentliches Anliegen diakonischer Arbeit, die zugleich dem Selbstbestimmungsrecht der Menschen verpflichtet ist, die wir an den Grenzen ihres Lebens begleiten.

8. LITERATUR

8.1 Weiterführende Materialien

- Diakonie Deutschland:
Die Diakonie Deutschland hat in diesem Jahr zehn Kaminabende und zwei Fachtage zu dem Thema angeboten. Die Veranstaltungen wurden aufgezeichnet. Sie finden diese und weitere Beiträge zur innerevangelischen und diakonischen Debatte unter dem Link:
<https://www.diakonie-wissen.de/web/grp/assistierter-suizid> (Abruf 29.09.2021).
- Diakonie Deutschland:
Als „Erweiterte Orientierungshilfe“ ist ergänzend zu dieser Orientierungshilfe im Rahmen des Projekts der Diakonie Deutschland (Herbst 2020 – Frühjahr 2022) das Buch erschienen:
Ataie, Jutta / Berger-Zell, Carmen / Giebel, Astrid (HG.), „LEBEN – Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit der Beihilfe zur Selbsttötung“, Esslingen 2021.
- Diakonie Deutschland:
„Suizidpräventionsgesetz – Forderungen der Diakonie Deutschland“
<https://www.diakonie.de/stellungnahmen/positionspapier-der-diakonie-deutschland-zum-suizidpraeventionsgesetz>
- Diakonie Deutschland:
Lilie, Ulrich / Loheide, Maria / Kruttschnitt, Jörg,
„1. Rundschreiben zum Assistierten Suizid“, Berlin, 01.06.2021.
- Diakonie Deutschland:
Ataie, Jutta / Giebel, Astrid / Ratzke, Kathrin,
„Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid. Ein Diskussionspapier der Diakonie Deutschland,“ Dezember 2020,
https://www.diakonie-wissen.de/documents/10803851/15634676/Selbstbestimmung+und+Lebensschutz_Ambivalenzen+im+Umgang+mit+assistiertem+Suizid_Diskussionspapier+Diakonie+2020.pdf/0047c4f3-518f-43ae-997b-d79c5eb07252 (Abruf: 07.12.2021).
- Diakonie Deutschland:
Diakonie Magazin, „Spezial Sterbebegleitung, Was am Ende gut tut. Dafür lohnt es sich zu kämpfen: dass jeder in Würde sterben kann“, Berlin 2015. Dort: Weiterführende Literatur auf S. 17.

8.2 Stellungnahmen – Orientierungshilfen – Leitsätze

Bethel, von Bodelschwingsche Stiftungen, „Leben bis zuletzt. Leitsätze zur aktuellen Diskussion um die Hilfe zur Selbsttötung (Assistierter Suizid)“, 02/2021,
https://diakonie-gap.de/fileadmin/user_upload/Leitsaetze__v._Bodelschwingschen_Stiftungen.pdf
(Abruf 07.12.2021).

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BeB), „Orientierungshilfe des BeB zur Debatte um die gesetzliche Neuregelung des Assistierte Suizids. Zum Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen und mit Ambivalenzen bzgl. des Assistierte Suizids“, Berlin, 27.05.2021.

Der Johanniterorden, „Dem Leben dienen – bis zuletzt. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission des Johanniterordens zum assistierten Suizid – Leitsätze“, Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Körtner – Der Vorsitzende – Für die Zentrale Ethikkommission des Johanniterordens, Berlin, den 25.05.2021.

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Haug, Gerald (Hg.), Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte, Halle (Saale) Juli 2021.
https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Diskussionspapier_Neuregelung_des_assistierte_Suizids.pdf (Abruf 07.12.2021).

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie:
„Stellungnahme zum BVerfGUrteil zu §217 StGB (Urteil des 2. Senats vom 26.02.2020, 2 BvR 2347/15)“, 2020,
<https://www.dgkjp.de/suizidbeihilfe/> (Abruf 08.12.2021).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), „Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention“, Berlin, Stand: 24.02.2021,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenz/Deutsche_Gesellschaft_fuer_Palliativmedizin_e.V._bf.pdf
(Abruf 07.12. 2021)

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, www.suizidprophylaxe.de (Abruf 08.12.2021).

Deutscher Caritas Verband (DCV), „An der Seite der Menschen. Vorläufige Orientierungshilfe für den Deutschen Caritasverband zum Umgang mit dem assistierten Suizid“, 17.09.2021.

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), „Beschlüsse des Ärztetags zum assistierten Suizid sind das richtige Zeichen. Mitwirkung bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“, Berlin, 06.05.2021.

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), Rundschreiben 65 / 2021, Kurzbericht über das 5. Diakonische Kamingespräch „Assistierter Suizid im Kontext Diakonischer Einrichtungen mit DEVAP-Beteiligung, Berlin, 08.06.2021.

Deutscher Hospiz und Palliativverband (DHPV), „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“, Berlin 2021
https://www.dhvp.de/news/dialogpapier_hospizliche-haltung-grenzsituationen.html (Abruf 07.12.2021)

Diakonie Sachsen, „Orientierung zu ethischen Fragen des assistierten Suizids. Für Seelsorger:innen und medizinisches Personal sowie Betroffene und Angehörige“, November 2021.

Diakonie Württemberg, „Orientierung zur geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid)“, 17.03.2021,
<https://www.diakonie-wuerttemberg.de/15042021-orientierungshilfe-zum-assistierte-suizid> (Abruf 07.12.2012).

Evangelischer Fachverband End-of-Life Care, Fachverband Evangelische Altenhilfe in Bayern e.V., Fachverband Evangelische Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in Bayern e.V., „Ich bin so frei?“, Arbeitshilfe zum Thema; Assistierter Suizid für Einrichtungen der Diakonie,
https://www.diakonie-bayern.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/Fachverb%C3%A4nde/EOLC/1._Daten/Arbeitshilfe_Assist._Suizid_Fverb%C3%A4nde_Diakonie_Bayern_Email.pdf (Abruf 16.03.2022)

Evangelische Heimstiftung, „Das Recht auf assistierten Suizid. Wie die Evangelische Heimstiftung mit Todeswünschen von Bewohnern umgeht“, Stuttgart 27.05.2020,
https://www.ev-heimstiftung.de/fileadmin/default/Ueber-uns/Ethik/Positionspapier_Assistierter_Suizid.pdf (Abruf 07.12.2021).

Evangelische Kirche in Deutschland, „Herz und Mund und Tat und Leben, EKD-Denkschrift Nr. 143“, 1998, Anhang: Leitbild Diakonie – damit Leben gelingt! <https://www.ekd.de/50391.htm> (Abruf 07.12.2021).

Evangelische Kirche in Hessen und Nassau, Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck, Diakonie Hessen, „(Für-)Sorge am Lebensende. Jesus Christus spricht: „Ich lebe und ihr sollt auch leben (Johannes 14,19)“, 1. Auflage 2021. Vgl. auch:
<https://diakonie-gap.de/themen/sterben-und-trauer/beitraege-zum-thema-assistierter-suizid> (Abruf 29.09.2021).

Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (EKFuL), „Psychologische Beratung im Rahmen einer verantwortungsvollen Begleitung von Menschen, die einen assistierten Suizid erwägen“, Stand 08.12.2021.

Malteser Hilfsdienst e.V. / Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH, „Position der Malteser zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zum § 217 ‚Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung‘“, Köln, 8.06.2020,
https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/malteser_de_Relaunch/Angebote_und_Leistungen/Hospiz/Assistierter_Suizid/Position-assistierter-Suizid.pdf (Abruf 07.12.2021)

Nordkirche, „Gemeinsame Stellungnahme der Nordkirche und der Diakonischen Werke Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein zum Thema ‚Assistierter Suizid‘“, 16.11.2021.

Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP) Schneider, Barbara / Lindner, Reinhard / Giegling, Ina / Müller, Sina / Müller-Pein, Hannah / Rujescu, Dan / Urban, Barbara / Fiedler, Georg (Hg.), „Suizidprävention Deutschland, Aktueller Stand und Perspektiven“, Kassel 2021,
<https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf> (Abruf 07.12.2021).

8.3 Weitere Quellen

Bauer, Anna / Greiner, Florian / Krauss, Sabine H. / Lippok, Marlene / Peuten, Sarah, „Rationalitäten des Lebensendes. Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer“, Baden-Baden 2020.

Bilaterale Arbeitsgruppe der Deutschen Bischofskonferenz und der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands, „Gott und die Würde des Menschen“, Leipzig 2017.

Böhning, André (Hg), „Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie“, Bern, 2021.

Borasio, Gian Domenico et al., „Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids“, 2. erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart 2020.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin u. a. HG., „Charta zur Betreuung Schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, Berlin 2010.

Coors, Michael / Farr, Sebastian (HG.), „Seelsorge bei Assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis“, Zürich 2021.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, „Valide Antworten auf zahlreiche Fragen“, 2020, <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html> (Abruf 08.12.2021).

Evangelische Kirche in Deutschland, EKD Texte 97/2008,
„Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung.“
https://www.ekd.de/ekdtext_97.htm (Abruf 29.09.2021).

Epd Dokumentation „Sterbehilfe (1). Die Diskussion über mögliche Suizidassistenten in kirchlich-diakonischen Einrichtungen“, 7/2021.

Epd Dokumentation, „Sterbehilfe (2). Gesetzesvorschläge zur Neuregelung der Suizidhilfe und Orientierungsdebatte im Bundestag“, 29/2021.

Feichtner, Angelika / Körtner, Ulrich / Likar, Rudolf / Watzke, Herbert / Weixler Dietmar (Hg.),
„Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen“, Berlin 2022.

Finzen, Asmund, „Das Sterben der anderen. Sterbehilfe in der Diskussion“, Bonn 2009.

Frankl, Victor, E., „... trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager“, München 1946.

Frieß, Michael, „Komm süßer Tod – Europa auf dem Weg zur Euthanasie? Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe“, Stuttgart 2008 und ders., „Sterbehilfe. Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe“, Stuttgart 2010.

Gerngroß, Johanna, „Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“, Stuttgart 2020.

Gronemeyer, Reimer / Heller, Andreas, „Suizidassistenten? Warum wir eine solidarische Gesellschaft brauchen!“
Esslingen 2021.

Lilie, Ulrich / Beer, Wolfgang / Droste, Edith / Giebel, Astrid,
„Würde, Selbstbestimmung, Sorgeskultur. Blinde Flecken in der Sterbehilfedebatte“, Esslingen 2015.

Lilie, Ulrich / Beer, Wolfgang / Droste, Edith / Giebel, Astrid, „Würde und Selbstbestimmung sichern.
Blinde Flecken in der Begleitung und Betreuung sterbender alter Menschen“, Esslingen 2018.

Lilie, Ulrich / Beer, Wolfgang / Droste, Edith / Giebel, Astrid,
„Auf dem Weg zur Sorgeskultur. Blinde Flecken in der alternden Gesellschaft“, Esslingen 2018.

Morgenthaler Christoph et al.,
„Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen“, Zürich 2017.

Nationaler Ethikrat, „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme“, Berlin 2006.
(www.ethikrat.org)

Schardien, Stefanie, „Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Eine ökumenisch-ethische Untersuchung konfessioneller Positionen“, Gütersloh 2007.

Schöne-Seifert, Bettina, „Beim Sterben helfen – dürfen wir das?“ Berlin 2020.

Swientek, Christine, „Letzter Ausweg SELBSTMORD. Was alte Menschen in den Tod treibt.“
Freiburg / Basel / Wien 2008.

Teismann, Tobias / Forkmann, Thomas / Glaesmer, Heide (Hg),
„Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch“, Köln 2021.

Thomas, Klaus, „Handbuch der Selbstmordverhütung“, Stuttgart 1964.

Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin,
„Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung (DEDIPOM)“,
<https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedipom/>
(Abruf 29.09.2021).

Wils, Jean-Pierre, „Sich den Tod geben. Suizid als letzte Emanzipation?“, Stuttgart 2021.

Wittwer, Héctor, „Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid. Grundlagentexte zur ethischen Debatte“,
Freiburg i.Br. 2020.

Yalom, Irvin D. und Marilyn, „Unzertrennlich: Über den Tod und das Leben“, München 2021.

9. LISTE DER AM PROZESS BETEILIGTEN

9.1 Lenkungsausschuss Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege

Eva-Maria Armbruster
Vorständin Sozialpolitik | Stellvertretende Vorstandsvorsitzende | Diakonisches Werk Württemberg e.V.

Andrea U. Asch
Vorständin | Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.

Dr. Peter Bartmann
Leitung | Zentrum Gesundheit, Rehabilitation, Pflege | Diakonie Deutschland | Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Ulrich Christofczik
Vorstand | Evangelisches Christophoruswerk e.V. | Stellvertretener Vorsitzender | Deutscher Evangelischer Fachverband für Altenhilfe und Pflege e.V. (DEVAP)

Thomas Feld
Pfarrer | Theologischer Vorstand | Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg e.V.

Dr. Gundula Griebmann
Personalvorstand und Oberin | Evangelisches Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin | Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)

Elke Grothe-Kühn
Geschäftsführerin | Verband Evangelischer Krankenhäuser Rheinland/Westfalen/Lippe | Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.

Johannes Koschig
Geschäftsführer | Anhaltische Hospiz- und Palliativgesellschaft | Vorstandsmitglied | Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)

Maria Loheide
Vorständin Sozialpolitik | Diakonie Deutschland | Vorständin des Evangelischen Werks für Diakonie und Entwicklung e.V.

Heike Prestin
Referatsleitung Altenhilfe, Pflege und Hospiz | Zentrum Gesundheit, Rehabilitation, Pflege | Diakonie Deutschland | Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung

Silke Rothert
Zentrale Bildungskoodinatorin | Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD)

9.2 Projektleitung

Dr. Jutta Ataie
Referentin | Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care |
Diakonie Deutschland | Evangelisches Werk für Diako-
nie und Entwicklung e.V.

Dr. Astrid Giebel (bis Februar 2022)
Leitungsstab | Theologie | Diakonie Deutschland |
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

9.3 Mitarbeitende der Projektgruppe

Tilmann Beyer
Referent | KirchenBezirksSozialarbeit/ Hospiz & Pallia-
tive Care/ Telefonseelsorge/ Bahnhofsmission | Diakoni-
sches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V.

Dr. Carmen Berger-Zell
Studienleiterin | Zentrum Seelsorge und Beratung |
Evangelische Kirche in Hessen und Nassau | ehemals:
Referentin | Hospiz und Palliative Care | Diakonisches
Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e.V.

Sylvia Brenner-Merz
Hausleitung Samariterstift Aalen | Samariterstiftung |
Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und
Kurhessen-Waldeck e.V.

Dr. Daniel Burchardt
Referent | Zentrum Recht und Wirtschaft | Diakonie
Deutschland | Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.

Ulrike Döring
Vorsitzende | Ev. Fach- und Berufsverband für Pflege
und Gesundheit e.V. | Vorstand | Deutscher Evangelischer
Verband für Alter und Pflege e.V. (DEVAP)

Beate Hübner
Leiterin | Psychologische Beratungsstelle/ Vertrauens-
stelle bei Kindesmisshandlung und sexuellem Miss-
brauch | Diakonisches Werk des Evang. Kirchenbezirks
Konstanz

Dr. Klaus Kobert
Leitender Klinischer Ethiker | Evangelisches Klinikum
Bethel | Universitätsklinikum OWL der Universität
Bielefeld

Lars Kozyan
Einrichtungsleitung Haus Elim | Stiftungen Sarepta/
Nazareth | Altenhilfe Bethel OWL gGmbH

Michael May
Pfarrer | Leitung Referat Diakonik–Ethik–Seelsorge|
Referent für Medizinethik | Seelsorger Soziale Teilhabe/
Arbeit und Qualifikation Stiftung kreuznacher diakonie

Dr. Rainer Prönneke
Chefarzt | Klinik für Innere Medizin und Palliativzent-
rum | Krankenhaus Marienstift, Braunschweig |
Stellv. Vorsitzender des Hospiz- und Palliativverbandes
Niedersachsen

Dr. Katharina Ratzke
Referentin | Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie und Sucht-
hilfe | Diakonie Deutschland | Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.

Nicole Richter
Referentin | Leben im Alter und Pflege | Team Einrich-
tungen und Dienste | Diakonisches Werk Schles-
wig-Holstein e.V.

Walther Seiler
Pastor | Geschäftsführer |
Diakonie-Hospiz Wannsee GmbH

9.4 Weitere Mitwirkende in den Arbeitskreisen Suizidprävention | Beratung | Bildung

Prof. Dr. Jürgen Armbruster
Vorstand | Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. |
stellvertretender Vorsitzender | Bundesverband
evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)

Dr. Gabriele Beckert
Studienleitung | Altenhilfe, Gesundheitsmanagement,
Gesundheitswesen, Pflege, Sozialmedizin und Sucht-
hilfe | Bundesakademie für Kirche und Diakonie (BAKD)

Ruth Belzner
Leiterin | TelefonSeelsorge Würzburg/Main-Rhön

Ralf Brennecke
Pfarrer | Geschäftsführer | Diakonisches Werk
Oberschwaben Allgäu Bodensee

Ina Faust
Referentin | Stationäre Altenhilfe und Wohnformen |
Diakonisches Werk Baden e.V.

Frank Kittelberger
Pfarrer und Pastoralpsychologe | Studienleiter i.R. |
Evangelische Akademie Tutzing

Prof. Dr. Arne Manzeschke
Prof. für Anthropologie und Ethik für Gesundheitsberufe |
Ev. Fachhochschule Nürnberg (EVHN) | Leiter Fachstelle
für Ethik und Anthropologie im Gesundheitswesen der
Ev.-Luth. Kirche in Bayern e.V. | Vorsitzender Ethikkom-
mission der EVHN

Markus Müller
Dipl. Pflegewirt | zertifizierter Kursleiter nach dem
Basiscurriculum Palliative Care der DGP, Gesundheits-
und Krankenpfleger | Diakonische Fort- und Weiterbil-
dungsakademie Hamburg (DFA)

Dr. Anne-Kathrin Pappert
Referentin | Bio-, Medizin- und Umweltethik |
Evangelische Kirche in Deutschland (EKD)

Anne Waterstraat
Dozentin | Evangelisches Zentralinstitut für
Familienberatung Berlin (EZI)

Jan Wingert
Pfarrer | Referent | Leiter der Hauptstelle für Familien-
beratung der Evangelischen Konferenz für Familien
und Lebensberatung e.V. | Diakonisches Werk
Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.

Angelika Wolff
Referentin | Zentrum Kinder, Jugend, Familie und
Frauen | Diakonie Deutschland | Evangelisches Werk
für Diakonie und Entwicklung e.V.

9.5 Mitwirkende Expert:innen an den Diakonischen Kamingesprächen und Fachtagen

Prof. Dr. rer. soc. Jürgen Armbruster
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender |
Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. |
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender | Bundesverband
evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)

Dr. Dorothee Arnold-Krüger
Theologische Referentin | Zentrum für Gesundheits-
ethik an der Evangelischen Akademie Loccum

Prof. Dr. Claudia Bausewein
Fachärztin für Innere Medizin und Palliativmedizin |
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für
Palliativmedizin

Wolfgang Bayer
Leitung | Das Rauhe Haus |
Stiftungsbereich Sozialpsychiatrie und Altenhilfe

Ruth Belzner
Leiterin | Telefonseelsorge Würzburg/Main-Rhön

Ralf Brennecke
Pfarrer | Geschäftsführer | Diakonisches Werk
Oberschwaben Allgäu Bodensee

Dr. Daniel Burchardt
Referent | Zentrum Recht und Wirtschaft | Diakonie
Deutschland | Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.

Sonja Driebold
Teamleitung | Abteilung Gesundheit, Alter und Pflege |
Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und
Kurhessen-Waldeck e.V.

Prof. Dr. Martin Driessen
Ärztlicher Direktor | Evangelisches Klinikum Bethel |
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. Dr. h.c. Markus Dröge
Bischof i. R. | Evangelische Kirche Berlin-
Brandenburg-schlesische Oberlausitz

Thomas Feld
Pfarrer | Theologischer Vorstand | Diakonisches Werk
der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Oldenburg e.V.

Prof. i. R. Dr. Dr. Reimer Gronemeyer
Ehrensensator und em. Professor für Soziologie |
Justus-Liebig-Universität Gießen

Dr. Katrin Grüber
Leiterin | Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft gGmbH

Dr. Rüdiger Hannig
Stellvertretender Vorsitzender | Bundesverband der
Angehörigen psychisch erkrankter Menschen

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Facharzt für Innere Medizin und Palliativmedizin |
Vorstandsvorsitzender des Deutschen Hospiz- und
Palliativverbands (DHPV)

Dr. Mathias Hartmann
Rektor | Vorstandsvorsitzender | Diakoneo KdöR

Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Facharzt für Psychiatrie | Vorstandsvorsitzender |
Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Prof. Dr. Andreas Heller
Lehrstuhl für Palliative Care und Organisationsethik |
Karl-Franzens-Universität in Graz

Ulrike Hinney
Ehemalige leitende PR-Fachfrau eines großen deutschen Haarkosmetikunternehmens

Karsten Isaack
Vorsitzender | Beirat Menschen mit Behinderungen | Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V.

Dagmar Jung
Abteilungsleiterin | Gesundheit, Alter, Pflege | Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e.V.

Roland Kachler
Psychologischer Psychotherapeut

Frank Kittelberger
Pfarrer | Pastoralpsychologe | Studienleiter i.R. | Evangelische Akademie Tutzing

Prof. Dr. Michael Kölch
Professor für Kinderpsychiatrie und -psychotherapie | Universität Rostock

Lars Kozyan
Einrichtungsleitung Haus Elim | Stiftungen Sarepta/ Nazareth | Altenhilfe Bethel OWL gGmbH

Prof. Dr. Bernhard Kretschmer
Jurist und Professor für Strafrecht und Strafprozessrecht | Justus-Liebig-Universität Gießen

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse
Direktor | Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Ulrich Lilie
Pfarrer | Präsident | Diakonie Deutschland | Stell. Vorstandsvorsitzender | Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Prof. Dr. Reinhard Lindner
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie | Professor | Institut für Sozialwesen | Universität Kassel | Vorsitzender des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

Maria Loheide
Vorständin Sozialpolitik | Diakonie Deutschland | Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Dr. Bernd Oliver Maier
Facharzt für Innere Medizin, Onkologie und Palliativmedizin | Vizepräsident | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Michael May
Pfarrer | Leitung Referat Diakonik-Ethik-Seelsorge | Referent für Medizinethik | Seelsorger Soziale Teilhabe/ Arbeit u. Qualifikation Stiftung kreuznacher diakonie

Dr. Maja Meischner-Al-Mousawi
Psychologin und Psychotherapeutin | Kriminologischer Dienst Sachsen | JVA Leipzig

Dr. Bernd Meißnest
Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Geriatrie | Ärztliche Leitung | Zentrum für Altersmedizin | LWL-Klinikum Gütersloh

Uwe Mletzko
Theologischer Geschäftsführer | DIAKOVERE – Stiftung, Annastift e.V. und Evangelisches Diakoniewerk Friederikenstift

Dr. Ulrich Nieding-Schoppen
Facharzt für Innere Medizin, Palliativmedizin und Geriatrie | Geriatrische Kliniken St. Antonius, Klinik für geriatrische Rehabilitation

Martin Polenz
Leitung | Fachstelle Zukunft Alter | Stadt Arnsberg

Dr. Elke Prestin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Universität Ulm

Dr. Rainer Prönneke
Chefarzt | Klinik für Innere Medizin und Palliativzentrum | Krankenhaus Marienstift, Braunschweig | Stellvertretender Vorsitzender des Hospiz- und Palliativverbandes Niedersachsen

Annegret Puttkammer
Theologischer Vorstand | Neukirchner Erziehungsverein

Dr. Katharina Ratzke
Referentin | Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie und Suchthilfe | Diakonie Deutschland | Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Dr. Klaus Reinhardt
Facharzt für Allgemeinmedizin | Präsident der Bundesärztekammer

Elke Ronneberger
Geschäftsführerin | Diakoniewerk Kloster Dobbertin gGmbH

Käte Roos
Bundesvorsitzende | Evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V.

Dr. Georg Schiffner
Facharzt für Innere Medizin |
Vorsitzender Christen im Gesundheitswesen e.V.

Prof. Dr. Barbara Schneider
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie |
Chefärztin | LVR-Klinik Köln | Vorsitzende des Nationalen
Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

Kirsten Schwenke
Leitung Zentrum Recht |
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.

Ingo Stein
Pfarrer | Diakonie Steinfurt, Coesfeld Borken

Stefan Uhlenbrock
Psychologischer Psychotherapeut | Diakonie Schwerte

Mareike van't Zet
Diplom Psychologin | Geschäftsführende Leitung |
Kinderschutzzentrum Oldenburg

Dr. Susanne von der Heydt
Fachärztin für Kinderchirurgie |
Vorstand Ärztekammer Berlin

Dr. Bodo de Vries
Geschäftsführer | Evangelisches Johanneswerk
gGmbH | Vorstand | Deutscher Evangelischer Verband
für Alter und Pflege e.V. (DEVAP)

Dr. Katarina Weilert
Wissenschaftliche Referentin | Forschungsstätte der
Evangelischen Studiengemeinschaft e.V., F.E.S.T.

Dr. Martin Weinholt
Leitender Theologe | Vorstand | Johannesstift Diakonie

Dr. Angela Wenzel
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie | Chefärztin, Einrichtungsleitung | Die-
trich-Bonhoeffer-Klinik

Wilfried Wesemann
Direktion Stiftungsbereich Altenhilfe |
von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel |
Vorstandsvorsitzender | Deutscher Evangelischer
Verband für Alter und Pflege e.V. (DEVAP)

Dr. Anja Wünsch
Leiterin | Referat Prozess und Qualitätsmanagement |
Diakonie Deutschland | Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.



NOTIZEN

Auszug Diakonie Texte 2019/2020/2021/2022

01.2022	Pflegestatistik zum 15.12.2019
08.2021	Vorintegration
07.2021	Orientierungshilfe EU-Beihilfenrecht
06.2021	Einrichtungsstatistik 2020 Statistik der Diakonie Deutschland – Stand 01. 01. 2020
05.2021	Wegweiser zu Rechtsformen und der Gemeinnützigkeit in der Diakonie
04.2021	Frühkindliche Bildung, Erziehung und Betreuung in Kirche und Diakonie – Finanzierung evangelischer Kindertageseinrichtungen
03.2021	Fachberatung für Menschen in der Prostitution – Handlungsprinzipien, Herausforderungen und Leistungsangebote
02.2021	Basiskonzeption Soziale Schuldnerberatung in der Diakonie – Fachpolitische Verortung und sozialarbeiterisches Handeln
01.2021	Befähigen, stärken, respektieren – Menschenwürdig und fachlich helfen jenseits von „Hartz IV“
01.2020	Für eine verbesserte Alterssicherung pflegender Angehöriger – und eine Reformierung des familienbasierten Pflegesystems
10.2019	Systeme für eine nationale Mindestsicherung in der EU – „minimum income“ – ein rechtlicher Rahmen auf der Ebene der Europäischen Union?
09.2019	Einrichtungsstatistik 2018 – Statistik der Diakonie Deutschland Stand 01. 01. 2018
08.2019	Diakonisches Profil in der generalistischen Pflegeausbildung – Integrative Bausteine zur Verankerung diakonischer Haltung in die Curricula der schulischen und praktischen Ausbildung
07.2019	Einwanderungspolitik und Einwanderungsgesetzgebung – Ein Diskussionspapier
06.2019	Konzept für eine grundlegende Pflegereform – Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung der Versicherten
05.2019	FAMILIE IM WANDEL – Die Rolle und Bedeutung der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie
04.2019	Diakonischer Corporate Governance Kodex (DGK) – in der von der Konferenz Diakonie und Entwicklung am 18. Oktober 2018 verabschiedeten Fassung
03.2019	GEMEINSAM. VERANTWORTLICH. – Kooperationen zwischen diakonischen und gewerblichen Unternehmen aktiv gestalten
02.2019	Evangelische Identität und Pluralität – Perspektiven für die Gestaltung von Kirche und Diakonie in einer pluraler werdenden Welt
01.2019	Ergänzende Finanzierung diakonischer Unternehmen im Wettbewerb – Handreichung

Impressum

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Dr. Thomas Schiller
Zentrum Kommunikation
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Redaktion:
Sarah Spitzer
Zentrum Kommunikation
T +49 30 652 11-1781
F +49 30 652 11-3781
sarah.spitzer@diakonie.de

Kontakt:

Dr. Jutta Ataie
Hospiz und Palliative Care
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
T +49 30 652 11-1761
F +49 30 652 11-3761
jutta.ataie@diakonie.de

Dr. Astrid Giebel
Theologie
Präsidialbüro Diakonie Deutschland
T +49 30 652 11-1771
F +49 30 652 11-3771
astrid.giebel@diakonie.de

Dr. Sigurd Immanuel Rink
Büroleitung des Präsidialbereichs
T +49 30 652 11-1381
F +49 30 652 11-3381
sigurd.rink@diakonie.de

Layout: Kyra Becker
Illustrationen: © Diakonie/Francesco Ciccolella



© Mai 2022 – 1. Auflage
Art.-Nr. 613308212
Bestellungen: shop.diakonie.de, bestellungen@diakonie.de
Druck: www.druckerei-lippert.de

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nichtkommerziellen Zwecken heruntergeladen und vervielfältigt werden.

Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte.

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portal-suche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

- Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes senden,
- informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
- mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen lassen Sie bitte der verantwortlichen Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt) zukommen. Herzlichen Dank! Diakonie Deutschland

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

T +49 30 652 11-0
F +49 30 652 11-33 33
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de