

ZWISCHENBERICHT | STAND 01.12.2021

„Suizidhilfe“

ZUM UMGANG MIT DER ZU ERWARTENDEN
GESETZLICHEN NEUREGELUNG DES § 217 STGB



EVANGELISCHE KIRCHE
IN HESSEN UND NASSAU



VORWORT PFARRER OLIVER ALBRECHT, PROPST FÜR RHEIN-MAIN



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Sie haben soeben eine Handreichung zu einem wichtigen und schwierigen Thema angeklickt. Vielleicht denken Sie: Wie gut, das müsste ich mir später unbedingt einmal durchlesen. Ich schlage Ihnen vor: Fangen Sie gleich an zu lesen. Diese Handreichung nimmt Sie mit hinein in sehr existentielle Fragen und gibt Ihnen Orientierungshilfe.

Extremsituationen sind ein Vergrößerungsglas für das „normale“ Leben. Der Tod, heißt es, ist ein Lehrmeister für das Leben. Wer sich mit dem Tod auseinandersetzt, denkt über die besondere Bedeutung des Lebens nach. Das gilt noch einmal mehr bei der Frage, was es bedeutet, das Leben selbst oder mit Hilfe anderer zu beenden. Seit einem Jahr denke ich mit der AG Medizinethik über etwas nach, was ich bislang oft für ein Thema von anderen Menschen hielt. In unseren Gesprächen und durch die Texte der Autor:innen wurde mir klar, wie sehr es auch um mich geht, um meinen Willen und meine Schwäche, meine Stärke und meine Verletzlichkeit.

Die hier zusammengestellten Texte führen an diese Sichtweise heran. Und Sie nehmen so mit hinein in das ethische Nachdenken des evangelischen Glaubens. Dieser Glaube hat das echte Leben im Blick mit all seinen Seiten – eben auch mit den Krisen, Spannungen und Nöten.

Evangelische Ethik richtet nicht einfach Gebote und Verbote auf. Sie orientiert sich an Gottes guter Botschaft vom Leben. So wird sie zu einem Geländer, das hilft, gute Entscheidungen zu treffen.

Ja, es gibt gerade beim Nachdenken über Suizide auch Irrwege, Wege gar, die in Abgründe führen. Es braucht ein Geländer, eine Orientierung. Diese Handreichung ist eine Anleitung, um in Gottes Namen zu guten Entscheidungen zu kommen, nicht pauschal „für die Menschheit“, sondern für sich selbst und in der Begleitung jedes einzelnen Menschen. Die Texte sind so geschrieben, dass Sie Ihnen helfen können, sich Ihr eigenes Urteil zu bilden.

Deswegen meine Bitte an Sie: Nehmen Sie sich ein wenig Zeit zum Lesen und Nachdenken. Auch wenn dies für Sie zurzeit kein persönliches Thema ist und hoffentlich nie eines wird, ist es wichtig, sich hier zu orientieren. Es geht auch um die Fragen, wie wir als Gesellschaft mit Krankheit und Tod umgehen. Alle, für die es ein persönliches Thema ist, haben mein kleines Vorwort hoffentlich schon übersprungen.

*Mit allen guten Wünschen
Ihr Pfarrer Oliver Albrecht, Propst für Rhein-Main*

VORWORT PROF. DR. THEOL. KURT W. SCHMIDT

Sehr geehrte Ehrenamtliche und Mitarbeiter:innen in der EKHN!

Der vorliegende Text stellt ein *Zwischenstadium* dar. Zu einem späteren Zeitpunkt wird es eine ausführlichere Textfassung geben, in der auch jene sensiblen Fragen aufgegriffen und kommentiert werden, die durch die Neuregelung des § 217 Strafgesetzbuch (StGB) zur „Suizidhilfe“ aufgeworfen werden. Da der Gesetzgeber jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Neuregelung verabschiedet hat, auf die wir uns konkret beziehen könnten, kann der vorliegende Text nur ein Zwischenstadium darstellen.

Einem *möglichen Missverständnis* wollen wir an dieser Stelle gleich vorbeugen: Es geht uns in dieser Handreichung nicht darum zu beschreiben, wie Suizidhilfe geleistet werden kann und wie die einzelnen Punkte der zu erwartenden gesetzlichen Neuregelung zur Suizidhilfe umgesetzt werden können. *Für uns hat die Suizidprävention eindeutig Vorrang!* Und zugleich haben wir uns aus ethischer Sicht damit zu beschäftigen, wie wir mit jenen Menschen, die eine Anfrage nach Suizidhilfe stellen, respektvoll, empathisch und menschenwürdig umgehen.

Was heißt in diesen Situationen „Begleitung“? Was heißt „den Menschen in seiner Not nicht alleine lassen“? So soll diese Handreichung einerseits dazu dienen, über den aktuellen Stand der Gesetzeslage zu informieren und andererseits Anregungen zur (eigenen) Auseinandersetzung mit diesem Thema zu bieten.

1 In der letzten Legislaturperiode vorgelegte Gesetzentwürfe müssen in der folgenden Legislaturperiode wieder neu eingebracht werden.

2 Links zu früheren Gesetzentwürfen und Diskussionsbeiträgen:

(1) Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe:

<https://dserver.bundestag.de/btd/19/286/1928691.pdf> Eine Diskussionsveranstaltung der Evangelischen Akademie Frankfurt vom 30. März 2021 zu diesem Gesetzentwurf: <https://www.evangelische-akademie.de/mediathek/medien/?event=1056> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

(2) Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben:

https://www.renate-kuenast.de/images/Gesetzentwurf_Sterbehilfe_Stand_28.01.2021_final_002.pdf Eine Diskussionsveranstaltung der Evangelischen Akademie Frankfurt vom 15. Juni 2021 zu diesem Gesetzentwurf: <https://www.evangelische-akademie.de/mediathek/medien/?event=1063> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

Es ist zu erwarten, dass das neu zusammengesetzte Bundestagsparlament die Debatte um die gesetzliche Neuregelung des § 217 StGB wieder aufnehmen wird mit dem Ziel, eine neue gesetzliche Regelung zu verabschieden. Ein Blick auf die in der letzten Legislaturperiode vorgelegten parlamentarischen¹ und außerparlamentarischen² Gesetzentwürfe und Diskussionsbeiträge zeigt, dass diese Gesetzesvorschläge in ihrer praktischen Umsetzung weit auseinanderlagen.

Derzeit ist es somit weder möglich, klare Konturen einer kommenden gesetzlichen Neuregelung zu beschreiben, noch einzelne konkreten Schritte zu benennen, die bei einer gesetzeskonformen Umsetzung einer Suizidhilfe vorgeschrieben wären und die auch bei einer späteren Verabschiedung eines neuen Gesetzes noch Bestand hätten. Alle Äußerungen in diesem Bereich wären zum aktuellen Zeitpunkt reine Spekulation.

Allerdings gibt es beim Thema Suizidhilfe einige grundlegende theologische und ethische Aspekte, die unabhängig von der kommenden konkreten gesetzlichen Ausgestaltung schon jetzt angesprochen werden können und vielerorts auch bereits intensiv diskutiert werden.

(3) Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Suizidhilfe_Gesetz_Arbeitsentwurf.pdf

(4) Regelung des assistierten Suizids – Aktualisierter Gesetzesvorschlag (Prof. G. D. Borasio, Prof. R. J. Jox, Prof. J. Taupitz, Prof. U. Wiesing): <https://blog.kohlhammer.de/recht/assistierter-suizid/>
Eine Diskussionsveranstaltung der Evangelischen Akademie Frankfurt vom 18. Mai 2021 zu diesem Gesetzentwurf: <https://www.evangelische-akademie.de/mediathek/medien/?event=1058>
(zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

(5) Augsburg-Münchener-Hallescher-Entwurf zur Sterbehilfe:
<https://www.uni-augsburg.de/de/campusleben/neuigkeiten/2021/02/01/3692/>
Eine Diskussionsveranstaltung der Evangelischen Akademie Frankfurt vom 27. April 2021 zu diesem Gesetzentwurf: <https://www.evangelische-akademie.de/mediathek/medien/?event=1057>
(zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

Dies geschieht in ärztlichen Berufsverbänden, Arbeitskreisen von Pflegekräften, Hospizvereinen, kirchlich-diakonischen Organisationen und Einrichtungen sowie theologischen Gremien, um nur einige zu nennen.

Auch innerhalb der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau werden diese Diskussionen geführt, weil deutlich ist, dass die Frage der Suizidhilfe sowohl das theologische Grundverständnis berührt als auch die persönliche Grundhaltung jedes/jeder Einzelnen. Es berührt das eigene (berufs-)ethische Verständnis ebenso wie die Haltung des gesamten (Behandlungs-)Teams sowie des (kirchlich-diakonischen) Trägers. Diese Fragen der „Haltung“ lassen sich unabhängig von einer konkreten gesetzlichen Ausgestaltung diskutieren.

So soll der vorliegende Zwischenbericht zum einen Anregungen für die (Selbst-)Reflexion bieten, zum anderen möchte es Hinweise geben, wie diese Thematik in einem Team von Mitarbeiter:innen konstruktiv besprochen werden kann. Dabei richtet sich der vorliegende Text vor allem an die Mitarbeiter:innen in der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau und ist getragen von Überlegungen evangelischer Ethik.

Wir veröffentlichen diesen Zwischenstand zu diesem Zeitpunkt der gesellschaftlichen Diskussion, um Ihnen als Einzelperson, aber auch Ihrem Team bzw. Ihrer Abteilung eine Arbeitsgrundlage an die Hand zu geben. Auch laden wir Sie herzlich ein, uns Ihre Kritik und Anregungen zurückzumelden, damit wir diese in der späteren, umfangreicheren Fassung berücksichtigen können. Deshalb lassen Sie uns gern wissen: Welche Punkte sollten näher erläutert werden? Welche Passagen sehen Sie kritisch? Welche Aspekte fehlen und sollten aufgegriffen werden? Für Ihre Rückmeldungen sind wir Ihnen dankbar.

*Im Namen der AG Medizinethik in der EKHN
Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt, Sprecher der AG Medizinethik
Kontakt: kurt.schmidt@ekhn.de*

INHALTSVERZEICHNIS

I. Einleitung	8
II. Worin besteht die gesetzliche Neuregelung des § 217 StGB?	12
III. Begriffsbestimmung – zur verwendeten Terminologie	13
IV. Stellungnahme des Kirchenpräsidenten der EKHN	20
V. Zwölf Punkte für die persönliche Reflexion und für die Besprechung im Team	23
V.1. Suizidalität erkennen und verstehen	24
V.2. Zur Notwendigkeit der eigenen Positionierung zum Thema Suizid und Suizidhilfe	28
V.3. Zur aktuellen Diskussion innerhalb der evangelischen Theologie	32
V.4. Autonomie und freier Wille – was bedeutet das?	36
V.5. Wie kommuniziere ich mit der Person, die Suizidhilfe erfragt?	39
V.6. Menschen in besonderen Lebenslagen	42
V.7. Wie bespreche ich das Thema in meinem Team?	45
V.8. Unterstützung von Angehörigen Suizidwilliger	48
V.9. Unterstützung durch (ambulante) ethische Fallbesprechungen	50
V.10. Mögliche Konflikte im ökumenischen Team	52
V.11. Informationsaustausch mit dem kirchlich-diakonischen Träger	55
V.12. Selbstfürsorge	58
VI. Anhang: Mitglieder der AG Medizinethik in der EKHN	59

I. EINLEITUNG MITGLIEDER DER AG MEDIZINETHIK

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seiner Entscheidung vom 26. Februar 2020 den bisherigen § 217 Strafgesetzbuch (StGB) für nichtig erklärt, durch den die geschäftsmäßige Förderung der Suizidbeihilfe unter Strafe gestellt worden war. Zugleich hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber nahegelegt, eine verfassungskonforme Neuregelung zu schaffen.

In seiner durchaus kontrovers beurteilten Entscheidung hat das Bundesverfassungsgericht herausgestellt, dass jeder entscheidungsfähige Erwachsene grundsätzlich das Recht hat, freiverantwortlich Suizid zu begehen und dazu die Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen. Der bis dahin geltende § 217 StGB, der erst 2015 in das Strafrecht eingefügt worden war, hatte das Hinzuziehen der Hilfe Dritter in der Praxis nahezu unmöglich gemacht. Zugleich hat das Verfassungsgericht die besondere Bedeutung der Suizidprävention betont und den Gesetzgeber darauf hingewiesen, dass in einer gesetzlichen Neuregelung besondere Sicherheitsanforderungen verankert werden können, um beispielsweise zu prüfen, ob der Suizidwunsch wirklich freiverantwortlich, ohne krankheitsbedingte Einschränkung und ohne Druck von außen gebildet ist.

In der letzten Legislaturperiode wurden erste Entwürfe für eine gesetzliche Neuregelung vorgelegt, die ein äußerst heterogenes Bild zeigen. Einige Entwürfe kommen nahezu ohne strafrechtliche Regelungen aus, andere betonen das strafrechtliche Vorgehen bei Verstößen gegen einen vorgeschriebenen Ablauf. Es gibt Plädoyers für flächendeckende, unabhängige Pflichtberatungsstellen, andere Entwürfe wollen das konkrete Vorgehen sehr eng an die (bestehende) Arzt-Patient-Beziehung binden. Welche Regelung sich letztlich durchsetzen wird, ist derzeit völlig offen.

Der vorliegende Zwischenstand dieser Broschüre kann somit zum jetzigen Zeitpunkt einzelne konkrete Fragen zum Prozedere der „Suizidhilfe“ noch nicht beantworten. Aber die Broschüre kann für einzelne Aspekte sensibilisieren, die auf die Mitarbeiter:innen und Ehrenamtlichen im Bereich der EKHN, in der stationären und ambulanten Versorgung und in Beratungseinrichtungen aller Voraussicht nach zukommen werden. Dazu sollen einige Informationen zu den derzeit

vertretenen evangelischen Stellungnahmen und Hilfestellungen sowohl für die eigene Positionsfindung als auch Anregungen für die Diskussionen in den Teams bereitgestellt werden.

Eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid und Suizidalität kann in diesem Text weder geleistet werden noch ist dies beabsichtigt. Es erfolgt eine Konzentration auf den Umgang mit der Anfrage nach einem „freiverantwortlichen Suizid“. Auch findet in dieser Broschüre keine intensive Auseinandersetzung mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 statt, sondern dieses wird als Grundlage für die weiteren Ausführungen genommen. Auf die wichtige gesellschaftliche und gesundheitspolitische Bedeutung der Suizidprävention und deren Ausbau wird in den einzelnen Kapiteln immer wieder hingewiesen.

Keine verpflichtenden Vorgaben, sondern hilfreiche Geländer

Die vorliegende Broschüre hat nicht zum Ziel, bestimmte Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Suizidhilfe vorzuschreiben. Wie für viele andere (medizin-)ethische Aspekte auch, sieht die evangelische Ethik jede/n Einzelne/n bei den eigenen Entscheidungen in der individuellen Verantwortung vor Gott und dem eigenen Gewissen. Dies macht die Entscheidungen, Haltungen und Verhaltensweisen nicht beliebig und zeigt in der Praxis zugleich ein breites Spektrum. So gibt es aus Sicht der evangelischen Ethik auch in Fragen der Suizidhilfe keine strikte, eng umgrenzte allein gültige Verhaltensnorm. Entscheidend ist der Rückbezug auf Grundhaltungen des christlichen Glaubens, die als Geländer für die eigene Entscheidungsfindung dienen. Zugleich handelt der/die Einzelne im Rahmen seiner/ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit in Organisationsstrukturen der EKHN, und alle Handlungen haben somit auch Auswirkungen auf das Bild der Kirche nach innen und außen.

So lässt sich bei aller Verschiedenheit der derzeit diskutierten evangelischen Positionen an Gemeinsamkeiten grundsätzlich festhalten:

- Es gilt, Menschen darin zu unterstützen, dass sie Ja zum Leben sagen können.
- Es gilt, Strukturen zu erhalten, zu erweitern und neu zu schaffen, die das „Ja zum Leben“ ermöglichen (wie angemessene palliative Versorgung).
- Suizidprävention hat Vorrang.

- Anfragen nach Suizidhilfe werden nicht moralisch abgewertet, sondern als Hinweis auf eine existenzielle Notlage verstanden und verantwortungsvoll aufgegriffen.
- Anfragen nach Suizidhilfe werden nicht unreflektiert als Handlungsaufträge direkt umgesetzt, sondern als Einstieg in ein vertrauensvolles Gespräch verstanden.
- Aktive, werbende Angebote für Suizidhilfe finden nicht statt.
- Suizidhilfe wird nicht als „normale Dienstleistung“ in Krisen des Lebens verstanden.
- In Grenzsituationen ist eine Begleitung denkbar und die konkrete Ausgestaltung der Suizidhilfe im Rahmen der gegebenen Situation abzustimmen und individuell zu verantworten.

Zur Notwendigkeit der eigenen Positionierung

Wie bei kaum einem anderen ethischen Thema verlangt der Umgang mit der Frage der Suizidhilfe eine eigene Positionierung. Jede und jeder kann in die Lage kommen, in seinem/ihrem beruflichen (und ehrenamtlichen) Kontext von einer Person auf das Thema Suizidhilfe angesprochen zu werden. Wie der/die Einzelne darauf reagiert, hängt entscheidend davon ab, welche Haltung sich der/die Einzelne dazu erarbeitet hat und in welchem (kirchlichen) Kontext die Person tätig ist.

Was die christliche Ethik hierbei leisten kann und soll, ist die Anleitung zu einem vertieften Verständnis und zu einer reflektierten Wahrnehmung der eigenen Lebenspraxis, die der christliche Glaube freisetzt³. Der christliche Glaube ist nicht bloß eine kognitive Überzeugung bezüglich Gott und der Welt, sondern der christliche Glaube äußert sich in einer konkreten, jeweils individuellen Art des Lebensvollzugs. Es gibt somit nicht „den“ abstrakten christlichen Glauben, sondern immer nur einen jeweils individuell angeeigneten und gelebten christlichen Glauben. Und wenn sich evangelische Christ:innen zu medizinethischen Fragen persönlich äußern, dann kommt darin zum Ausdruck, was sich ihnen aus ihrem persönlichen Glauben in Hinblick auf die Auseinandersetzung mit diesem ethischen Thema erschlossen hat: „Daher kann die christliche Ethikerin

3 Siehe hierzu: Fischer J. et al. (2007): Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik. Kohlhammer: Stuttgart, S. 192 ff.

oder der christliche Ethiker immer nur ein persönlich gefärbtes Angebot machen, wie etwas zu verstehen ist – zum Beispiel, was das Spezifische der christlichen Liebe ist – worin andere sich mit ihrem Verständnis ihres Christseins wiederfinden können und nach Möglichkeit wiederfinden können sollen, zu dem sie aber auch in Dissens stehen können und das ihnen dann vielleicht helfen kann, ihre abweichende Sicht für sich zu klären.“⁴ Von der persönlichen Auseinandersetzung mit der Frage, wie meine eigene Antwort auf die Frage der Suizidhilfe lautet, sind evangelische Christ:innen nicht enthoben, da es zum einen im evangelischen Bereich weder ein kirchliches Lehramt gibt, das Fragen des Glaubens und der Moral eindeutig klärt und eine Antwort vorgibt, noch existiert im evangelischen Bereich ein theologisches Lehramt, das in medizinethischen Fragen verbindlich vorschreibt, wie „richtig“ zu handeln ist.

Wie bei vielen anderen medizinethischen Themen kommen evangelische Christ:innen um die Notwendigkeit einer eigenen Positionierung nicht herum. Des Weiteren geht es auch darum, selbstkritisch zu erkennen, welche persönlichen Barrieren möglicherweise das eigene Wahrnehmen suizidaler Äußerungen behindern und die persönliche Reaktion auf Anfragen nach Suizidhilfe beeinflussen. So schließt die eigene Ablehnung der Beteiligung an einer Suizidhilfe keineswegs aus, mit dem anfragenden Gegenüber ins Gespräch einzutreten. Vielmehr gehört es zur ärztlichen berufsethischen Verpflichtung, auf eine solche Notlage des Gegenübers kommunikativ einzugehen. So gilt es, eine (professionelle) Haltung zum Thema Suizidhilfe im beruflichen oder ehrenamtlichen Umgang zu entwickeln. Da hierbei christliche und berufsethische Kernwerte betroffen sind, die die eigene Person und Individualität ausmachen, ist eine kritische Reflexion der eigenen Haltung zum Thema Suizid eine notwendige Voraussetzung für eine offene Begegnung.

So wünschen wir allen eine hilfreiche Nutzung und freuen uns über kritische und weiterführende Rückmeldungen, Anregungen und Hinweise, die wir gern bei der nächsten Auflage berücksichtigen.

Die Mitglieder der AG Medizinethik in der EKHN (s. Seite 59)

4 Ebd., S. 193

II. WORIN BESTEHT DIE GESETZLICHE NEUREGELUNG DES § 217 STGB?

Die zu erwartende gesetzliche Neuregelung des § 217 StGB betrifft *nur* den *freiverantwortlichen* Suizid. Davon ist klar zu unterscheiden die wesentlich größere Zahl der unfreien Suizide, die aufgrund von (psychischer) Erkrankung, psychosozialer Einengung, Zwang und ähnlichem erfolgen. Die schwierige Einordnung und Abgrenzung suizidaler Handlungen ist vor dem Hintergrund eines Kontinuums zu sehen mit den beiden Extrempolen (Reimer 2005: 45):⁵

Vollbesitz der Freiheit und
Entscheidungsfähigkeit

Störung bzw. Krankheit mit stark
eingeschränkter oder nicht mehr
vorhandener Entscheidungsfähigkeit.

Zwischen diesen beiden Polen gibt es fließende Übergänge.

Erfahrungen aus dem angrenzenden Ausland legen den Schluss nahe, dass sich die Zahl der nicht freiverantwortlichen Suizide durch ein Suizidhilfegesetz nicht (!) verringern wird. Um hier ein weiteres Absinken der Suizidzahlen zu erreichen, muss – wie vom Bundesverfassungsgericht angeregt – die Suizidprävention weiter gefördert werden.

Die zu erwartende gesetzliche Neuregelung der Suizidhilfe betrifft *nur die freiverantwortlich* durchgeführten Suizide, von denen grundsätzlich zwei Gruppen zu unterscheiden sind:

Die erste Gruppe betrifft Personen, die aufgrund einer Erkrankung oder einem körperlichen Leiden ihr Leben beenden wollen. Dies werden vor allem Patient:innen im Endstadium einer (schweren) Erkrankung sein, die medizinisch-pflegerisch bzw. palliativmedizinisch versorgt werden, das heißt, bei denen bereits eine Arzt-Patient-Beziehung besteht.

Die zweite Gruppe betrifft Personen ohne bestehende schwere körperliche oder geistige Erkrankung. Im Gegensatz zu rechtlichen Regelungen in vielen anderen westlichen Ländern hatte das Bundesverfassungsgericht entschieden,

⁵ Reimer C. (2005): Zum Verständnis des Suizids: Freiheit oder Krankheit? In: Wolfslast G., Schmidt K.W. (Hrsg.): Suizid und Suizidversuch. C. H. Beck: München, S. 27–45

dass der Staat grundsätzlich keinem entscheidungsfähigen Bürger das Recht auf Suizid und die Inanspruchnahme der Hilfe Dritter verwehren kann und dieses Recht nicht vom Vorliegen einer schweren Erkrankung, einer aussichtslosen Behandlung oder einer maximal zu erwartenden Lebenszeit von wenigen Monaten abhängig gemacht werden darf.

III. BEGRIFFSBESTIMMUNG – ZUR VERWENDETEN TERMINOLOGIE

Da in der aktuellen Diskussion die einzelnen Begriffe teilweise unterschiedlich verwendet werden, erläutern wir an dieser Stelle die verwendete Terminologie in dieser Broschüre:

Suizid

Suizid oder Selbsttötung bezeichnet eine gezielte und bewusste Handlung, um das eigene Leben zu beenden. Gegenüber den Begriffen Freitod oder Selbstmord, die eine (moralische) Bewertung transportieren, wollen die Begriffe Suizid und Selbsttötung die Tat möglichst wertfrei benennen.

Unfreier Suizid

In Deutschland starben im Jahr 2019 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt 9041 Menschen durch Suizid. Damit ist die Zahl der Suizide in Deutschland in den letzten 30 Jahren um etwa die Hälfte zurückgegangen.⁶ Die Befunde der Suizidforschung sprechen dafür, dass die überwiegende Anzahl dieser Suizide aus einer psychosozialen bzw. krankheitsbedingten Krise heraus erfolgt sind, die zu einer kognitiven, emotionalen und sozialen Einengung geführt haben und somit nicht freiverantwortlich erfolgt sind. In diesen Fällen besteht weiterhin eine uneingeschränkte Rettungspflicht, zumal von ärztlich-psychiatrischer Seite immer wieder geschildert wird, dass sich Menschen aus dieser Gruppe der Suizidenten im Nachhinein dankbar für ihre erfolgte Rettung gezeigt haben.

⁶ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>

Wer einen Menschen in einen unfreien Suizid drängt oder diesen fördert, macht sich auch nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts weiterhin strafbar. Gleiches gilt, wenn Ärzt:innen oder Pflegekräfte, die eine Garantenstellung innehaben, einen unfreien Suizid nicht verhindern oder Dritte, die nicht rettend eingreifen, die notwendige Hilfeleistung bei einem unfreien Suizid unterlassen. Vor diesem Hintergrund ist es ein klares Missverständnis, wenn Rettungssanitäter:innen, Notärzt:innen und Mitarbeiter:innen in Notaufnahmen den Eindruck gewinnen, als dürften sie einen (schwerst-)verletzten Patienten nach erfolgreichem Suizidversuch nun nicht mehr behandeln. Solange die Helfer:innen keine eindeutige Gewissheit darüber haben, dass der Suizidversuch freiverantwortlich war, besteht für jeden eine Hilfeleistungspflicht gegenüber einem Suizidenten. Für die Mitarbeiter:innen in einer Krankenhausnotaufnahme wird sich somit auch nach einer gesetzlichen Neuregelung nichts Grundsätzliches ändern, wenn ihnen weder die eingewiesene Person nach Suizidversuch persönlich noch ihre Freiverantwortlichkeit der Tat bekannt ist.

Freiverantwortlicher Suizid

Nicht jeder Suizid ist automatisch Ausdruck einer (psychischen) Erkrankung und unfrei. Es kann Konstellationen im Leben eines Menschen geben, die zum Suizid führen, ohne dass der Betreffende als „krank“ bezeichnet werden muss (Reimer 2005: 43).⁷ Um als freiverantwortliche Tat zu gelten, muss der Suizident entscheidungsfähig und in der Lage sein, alle wesentlichen Gesichtspunkte abwägen zu können. Der Suizidwunsch muss dauerhaft sein und darf nicht aufgrund von Zwang oder Druck von außen erfolgen. Auch darf der Suizident nicht an einer psychischen oder anderen Erkrankung leiden, die seine Wahrnehmung, sein Denken und Fühlen einengt. Dies zu beurteilen, kann in der Praxis schwierig sein und die Begutachtung durch erfahrene Expert:innen, etwa einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie, erfordern.

Für die Straflosigkeit aller Beteiligten an einem freiverantwortlichen Suizid ist eine weitere Voraussetzung, dass der Suizident bis zum Ende die Herrschaft über das unmittelbar zum Tode führende Geschehen innehat, beispielsweise das tödlich wirkende Mittel selbst zu sich nimmt oder sich selbst verabreicht.

7 Reimer C. (2005): Zum Verständnis des Suizids: Freiheit oder Krankheit? In: Wolfslast G., Schmidt K.W. (Hrsg.): Suizid und Suizidversuch. C. H. Beck: München, S. 27–45

Beihilfe zum Suizid

Die Beschaffung eines tödlich wirkenden Mittels, damit der Suizidwillige sein Leben selbst beenden kann, gilt als Beihilfe zum Suizid. Ebenso gilt als Beihilfe, wer konkrete Kontaktadressen von Ärzt:innen oder Sterbehilfevereinen weitergibt, die Suizidhilfe durchführen. Auch der Transport von Suizidwilligen an derartige Orte wird aus rechtlicher Sicht als Beihilfe zum Suizid gewertet.

(Ärztlich) Assistierter Suizid

Als ärztlich assistierter Suizid wird bspw. die Verschreibung oder Weitergabe eines tödlich wirkenden Mittels durch einen Arzt /eine Ärztin bezeichnet, wobei derzeit in Deutschland das Betäubungsmittelgesetz eine solche Verschreibung nicht zulässt.⁸ Dem Arzt/der Ärztin ist es strafrechtlich nicht verboten, während der freiverantwortlich durchgeführten suizidalen Handlung anwesend zu sein. Ebenso besteht nach neuerer Rechtsprechung keine Rettungspflicht des bewusstlos gewordenen Suizidenten, sofern für den Arzt/die Ärztin zweifelsfrei (!) feststeht, dass es sich um eine freiverantwortliche Tat handelt.

Auch vonseiten des beruflichen Standesrechts können künftig Ärzt:innen frei und aufgrund ihres Gewissens entscheiden, ob sie Suizidwillige begleiten wollen. Der 124. Deutsche Ärztetag hatte am 5. Mai 2021 beschlossen, den bisherigen Satz „Der Arzt darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ aus der Musterberufsordnung zu streichen. Dies muss allerdings von den einzelnen Landesärztekammern noch in den jeweiligen Berufsordnungen umgesetzt werden, um seine berufsrechtliche Wirkung zu entfalten. Allerdings kann kein Arzt verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Niemand hat somit einen Anspruch darauf, von einem Arzt oder einer Ärztin beim eigenen, freiverantwortlichen Suizid unterstützt und begleitet zu werden.

⁸ Eine Änderung des Gesetzes wird jedoch von allen derzeit vorliegenden Gesetzentwürfen als unumgänglich angesehen und ist deshalb im Zusammenhang mit der gesetzlichen Neuregelung des § 217 StGB zu erwarten.

Tötung auf Verlangen (früher: „aktive Sterbehilfe“)

Tötung auf Verlangen bezeichnet die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin, unabhängig von einer medizinischen Behandlung. Die Gabe eines tödlich wirkenden Mittels, etwa durch eine Giftspritze, ist in Deutschland verboten (§ 216 StGB), auch wenn die Tat durch einen Arzt durchgeführt wird. Die Tat ist auch nicht dadurch rechtlich entschuldigt, dass sie auf ausdrücklichen Wunsch des Suizidwilligen erfolgt. Zudem gibt es kein einforderbares Recht, sich von einem anderen Menschen töten zu lassen.

Palliative Sedierung

Kann das Leiden eines Patienten/einer Patientin (die Symptomlast) durch eine Behandlung nicht angemessen gelindert werden, so kann durch gezielte Medikamentengabe versucht werden, die Bewusstseinslage des Patienten/der Patientin zu mindern oder aufzuheben (Bewusstlosigkeit). Diese palliative Sedierung ist Teil einer palliativen Versorgung des Patienten und kann intermittierend (bei der es Phasen des Aufwachens gibt) oder dauerhaft eingesetzt werden; die angestrebte Sedierungstiefe kann von flacher Sedierung bis zur Ausschaltung des Bewusstseins reichen (Leitlinie 2020: 437). Zumeist erfolgt in der palliativen Sedierung keine künstliche Ernährung mehr, die in der Regel vom Patienten/von der Patientin nicht mehr gewollt ist.

Da der in früheren Publikationen verwendete Terminus „terminale Sedierung“ zu dem Missverständnis führen konnte, als solle der Patient durch die Sedierung zu Tode gebracht werden, wird heute von palliativer Sedierung gesprochen, an deren Durchführung medizinische, ethische und rechtliche Anforderungen zu stellen sind (Laufs 2009: VI,100).⁹ So muss der Patient/die Patientin etwa über die Maßnahme aufgeklärt worden sein und darin eingewilligt haben.

⁹ Laufs A., Katzenmeier C., Lipp V. (2009): *Arztrecht*. C. H. Beck: München, 6. Auflage

Umstritten ist, ob die palliative Sedierung als Ultima Ratio nur für jene seltenen Fälle Anwendung finden darf, „wenn weder durch eine ursächliche noch durch eine symptomatische Therapie bzw. durch das Weglassen von Maßnahmen eine zufriedenstellende Linderung des Leidens bei Sterbenden erreicht werden kann“ (Leitlinie 2020: 463). Dabei wird eingeräumt, dass es für nicht physische Symptome wie Angst und existenzielles Leid keinen übergreifenden fachlichen Konsens in Hinblick auf die Indikation für eine palliative Sedierung gibt (Leitlinie 2020: 463).¹⁰

Therapiezieländerung; Ablehnung oder Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen (früher „passive Sterbehilfe“)

Jedem entscheidungsfähigen Erwachsenen steht das Recht zu, auf eine lebenserhaltende oder lebensrettende ärztliche Maßnahme zu verzichten. Der Patient/die Patientin muss aufgeklärt sein und die Folgen seiner/ihrer Ablehnung bzw. Therapiebegrenzung verstanden haben. Eine solche freiverantwortliche Entscheidung des Patienten/der Patientin wird grundsätzlich nicht als Suizid gewertet und ist straflos, wenn (a) die medizinische Indikation fehlt bzw. (b) sie dem Patientenwillen entspricht (aktuell erklärt, vorausverfügt oder mutmaßlich). Es kommt dann zu einer „Änderung des Therapieziels“ (früher: passive Sterbehilfe), wobei an die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung die palliative Versorgung tritt (Laufs/Katzenmeier/Lipp, VI. 101). Die Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahme ist unter den oben genannten Voraussetzungen auch dann zulässig, wenn sie ein aktives Tun erfordert (etwa das Abschalten eines Gerätes).

Liegt ein Patient/eine Patientin im Sterben, ist eine Behandlung, die zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses führt, nicht mehr indiziert. Es besteht in diesem Fall keine weitere Behandlungspflicht, sondern gefordert ist die (palliativ) medizinische und pflegerische *Hilfe im Sterben*.

¹⁰ Leitlinienprogramm Onkologie (2020): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2. – September 2020, AWMF-Registriernummer: 128/0010L. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-0010LL_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf, zugegriffen: 22. Mai 2021

Indirekte (aktive) Sterbehilfe

Jeder Patient/jede Patientin hat das Recht auf ausreichende Schmerztherapie. Sollte dabei die Medikamentengabe als unbeabsichtigte Nebenwirkung das Leben des Patienten verkürzen, so ist diese indirekte Sterbehilfe aus ethischer und rechtlicher Sicht zulässig (Prinzip des doppelten Effekts), wenn die Gabe und Dosierung des Medikaments medizinisch indiziert ist, der Patient/die Patientin über die möglichen lebensverkürzenden Nebenwirkungen aufgeklärt ist und der Gabe zugestimmt hat (Laufs 2009)¹¹. Aus palliativmedizinischer Sicht wird an dieser Stelle darauf verwiesen, dass es durch eine moderne adäquate Schmerztherapie eher zu einer Verlängerung der Lebenszeit kommen kann.

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), in der Literatur auch als freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) bezeichnet, wird von vielen – außerhalb des wissenschaftlich-akademischen Diskurses – als sogenanntes „Sterbefasten“ und legaler Ausweg am Lebensende verstanden. Doch zwischen diesen Begrifflichkeiten ist zu unterscheiden:¹²

- Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit lässt offen, ob eine Person sich selbstständig ernähren kann oder dies nur mit technischer oder pflegerischer Hilfe geschehen kann. Der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken impliziert hingegen die Selbstständigkeit der natürlichen Nahrungsaufnahme.
- Im Gegensatz zu den englischen Begriffen voluntary refusal und voluntary stopping lässt der deutsche Begriff Verzicht offen, ob es sich um die Verweigerung eines Angebots oder um den Verzicht aufgrund einer rational begründeten Entscheidung handelt.
- Während der Begriff Verzicht den Weg beschreibt, verdeutlicht der Begriff Sterbefasten das Ziel: Es wird die Handlung vom Ende und der Intention her beschrieben, den Tod herbeizuführen. Dies verschleiert die ethische Bewertung und führt häufig zu dem Kurzschluss, jedes „Sterbefasten“ sei als Suizid zu werten.

¹¹ Laufs A., Katzenmeier C., Lipp V. (2009): Arztrecht. C. H. Beck: München, 6. Auflage

¹² Starke P. (2020): Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken – Zur ethischen Lagebestimmung eines ambivalenten Begriffs. Ethik Med (32): 171–187

- Grundsätzlich ist zwischen medizinisch-terminalen und nicht terminalen Situationen zu unterscheiden.
- Der bewusste Verzicht auf Essen und Trinken setzt einerseits eine erhebliche Willensanstrengung voraus, andererseits ist zur Erhaltung der Lebens- bzw. Sterbequalität eine begleitende fachkundige pflegerische Versorgung notwendig.

Zur theologisch-ethischen Debatte siehe u. a. Zimmermann et al. 2020¹³

Sterbebegleitung

Der Begriff wird unterschiedlich verwendet: Im rechtlichen Kontext wird darunter die angemessene medizinische und pflegerische Basisversorgung ohne lebensverkürzende Wirkung verstanden. Wird etwa dem Patienten/der Patientin eine gewünschte und medizinisch indizierte Schmerztherapie bewusst verweigert oder gemessen am aktuellen medizinischen Standard nur unzureichend gewährt, kann dies als strafbare Körperverletzung geahndet werden.

Die Hospiz- und Palliativbewegung fasst den Begriff Sterbebegleitung weiter. Ausgehend von dem Schmerzverständnis total pain, wie es unter anderem von Cicely Saunders vertreten wurde, besteht die Sterbebegleitung hier aus vier Säulen: (1) der medizinischen und (2) der pflegerischen Versorgung sowie (3) der psychosozialen und (4) der spirituellen Begleitung.

„Spiritual Care“ und „Seelsorge“ ist jedoch nicht identisch und wird auch im Rahmen der Sterbebegleitung unterschieden.¹⁴

¹³ Zimmermann M., Zimmermann R. (2020): Lebenssatt! Theologisch-ethische Überlegungen zum 'Sterbefasten'/Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). ZEE (64): 37–52.

¹⁴ Nauer D. (2015) Spiritual Care statt Seelsorge? Kohlhammer: Stuttgart

IV. STELLUNGNAHME VON DR. DR. H.C. VOLKER JUNG, KIRCHENPRÄSIDENT DER EKHN, ZUM „RECHT AUF SELBSTBESTIMMTES STERBEN“

Aus dem Bericht zur Lage in Kirche und Gesellschaft für die 11. Tagung der Zwölften Kirchensynode der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau, Frankfurt, April 2021

(...) Mitten in der Corona-Krise hat eine erneute Debatte um die Sterbehilfe, genauer um den assistierten Suizid begonnen. Ausgangspunkt waren Verfassungsbeschwerden gegen § 217 StGB, in dem erstmals die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung geregelt war.

Das Bundesverfassungsgericht hat dieses Gesetz für nichtig erklärt und geurteilt, dass mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht auch ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ gegeben sei. Im Sinne eines Abwehrrechtes gegen Eingriffe des Staates in das ganz persönliche Leben darf deshalb die Beihilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid nicht unmöglich gemacht werden. Die Gesetzgebung steht nun vor der Aufgabe, hierfür Regelungen zu treffen. Erste Gesetzentwürfe liegen vor. Was zu regeln ist, ist sehr weitreichend, denn die Möglichkeit der Suizidbeihilfe muss nach der Argumentation des Bundesverfassungsgerichtes grundsätzlich für alle Volljährigen gegeben sein, und – das haben viele so überhaupt nicht erwartet – unabhängig davon, ob sie in einem Sterbeprozess sind oder nicht. Das ist wesentlich weitreichender als in vielen anderen westlichen Ländern.

Theologisch ist meines Erachtens nicht zu kritisieren, dass im Urteil des Verfassungsgerichtes das Selbstbestimmungsrecht sehr hoch veranschlagt wird. Zu fragen ist allerdings, ob insbesondere beim selbstbestimmten Suizid nicht die freie Selbstbestimmung idealisiert wird. In vielen Fällen ist ein Suizid ja gerade nicht Ausdruck freier Entscheidung, sondern tiefster Verzweiflung und psychischer Erkrankung. Es wird immer Situationen geben, in denen es gut ist, Menschen vor einer Entscheidung zu schützen, die nicht rückgängig gemacht werden kann. Kritisch zu hinterfragen am Urteil des Bundesverfassungsgerichtes ist auch, ob ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben notwendigerweise die Verpflichtung für den Staat beinhaltet, einen Suizid zu ermöglichen.

Über die kritischen Fragen an das Urteil hinaus muss kritisch bedacht werden, inwiefern ein gesetzlich geregelter Verfahrensweg zur Suizidhilfe zu einer Option werden kann, die zu ergreifen Menschen sich gedrängt fühlen könnten. Das wäre dann alles andere als eine selbstbestimmte Entscheidung. Der Staat – und das hat das Bundesverfassungsgericht auch betont – kann hier durchaus Schutzregulierungen vornehmen und sollte das nach meiner Auffassung auch unbedingt tun.

Sehr viel hängt jetzt an der gesetzlichen Ausgestaltung. Diese kann sich durchaus daran orientieren, dass in erster Linie Menschen auch in schwierigen Lebenssituationen zum Leben zu ermutigen sind. Aus christlicher Sicht ist das eine Perspektive, die sich am Evangelium, am großen Ja Gottes zum Leben, orientiert. Dies bedeutet, weder den Suizid moralisch zu verurteilen noch Menschen paternalistisch zu bevormunden. Es bedeutet auch nicht, aus dem Blick zu verlieren, dass es tragische Einzelfälle geben kann, in denen Menschen durch einen assistierten Suizid beim Sterben geholfen werden kann. Die Orientierung an Gottes Ja zum Leben bedeutet auch nicht, dass damit gefordert wäre, das Leben um jeden Preis zu verlängern. Zu diesem Leben gehört auch ein gesegnetes Loslassen und Sterbenlassen. Allerdings muss es, wenn die Beihilfe zum Suizid geregelt werden soll, darum gehen, gerade die Freiheit der Entscheidung wirklich zu sichern.

Meines Erachtens ist es auf jeden Fall nötig, zwischen dem Suizidwunsch in einem Sterbeprozess und in anderen Lebenssituationen zu unterscheiden. Zum einen ist es hier nötig, die Möglichkeiten der palliativen Begleitung zu stärken, wohl wissend, dass auch diese nicht alle suizidalen Gedanken verstummen lassen kann. Aber sie bietet auch den dringend notwendigen Raum, dass ein Mensch sich mit der häufig anzutreffenden paradoxen Ambivalenz der Gefühle auseinandersetzen kann – die Ambivalenz, zur gleichen Zeit sowohl sterben wie leben zu wollen.

15 <https://www.faz.net/aktuell/politik/die-gegenwart/evangelische-theologen-fuer-assistierten-suizid-17138898.html> (zuletzt aufgerufen am 20.04.2021)

Für heftige Diskussionen hat die Debatte gesorgt, ob der assistierte Suizid auch in diakonischen Einrichtungen möglich sein sollte. In einem FAZ-Beitrag im Januar¹⁵ haben Diakonie-Präsident Ulrich Lillie, die Theologieprofessorin Isolde Karle und der Theologieprofessor Reiner Anselm eine Diskussion darüber angestoßen, ob es sinnvoll sein könnte, dazu besondere Teams auszubilden und angemessene Verfahren zu entwickeln.

So würde die Suizidbeihilfe nicht den Sterbehilfeorganisationen überlassen. Meines Erachtens ist es richtig, die Debatte zu führen. Dem Vorschlag folge ich jedoch nicht. Der assistierte Suizid sollte kein Regelangebot in diakonischen Einrichtungen sein. Wer in diakonische Einrichtungen geht, soll wissen: Hier wird alles für mich getan, um mich in allen Situationen gut zu begleiten. Und hier wird mir niemand den Suizid ungefragt als eine Option nahebringen. Zugleich sollte klar sein: Auch über Suizid darf ich hier sprechen und umgekehrt darf angesprochen werden, ob jemand von suizidalen Gedanken bedrängt ist. Denn wir wissen heute, dass das Sprechen über die Sorgen und Nöte, die hinter Sterbewünschen stehen, selbst präventiven Charakter hat. Wer dann immer noch keinen anderen Ausweg für sich sieht – auch solche Fälle wird es leider immer geben –, darf und muss nicht des Hauses verwiesen werden.

Orientierung am Evangelium heißt auf jeden Fall, auch in tragischen Situationen mit Liebe an der Seite von Menschen zu bleiben. Das heißt keineswegs, selbst Suizidhilfe zu leisten. Dazu kann auch niemand gezwungen und genötigt werden. In einzelnen, tragischen Fällen wird es aus evangelischer Sicht auf das Gewissen des Einzelnen ankommen. Und das Gewissen ist kein beliebiges Gefühl. Es braucht eine Rechtfertigung vor Gott, für die ich mit meiner ganzen Person einzustehen habe. (...)

V. ZWÖLF PUNKTE FÜR DIE PERSÖNLICHE REFLEXION UND FÜR DIE BESPRECHUNG IM TEAM

In den folgenden zwölf Kapiteln werden Aspekte benannt, die für die Auseinandersetzung mit der Thematik „Suizidhilfe“ bedeutsam sind. Nach einer kurzen Einführung in die einzelnen Unterthemen folgen Anregungen zur Eigenreflexion und Hinweise auf Unterstützungsstrukturen bzw. weiterführende Literatur und Materialien. Die einzelnen Kapitel sind so aufgebaut, dass sie auch jeweils für sich gelesen und bearbeitet werden können.

Bitte beachten:

Wenn es Ihnen selbst nicht gut geht oder Sie sich selbst mit Gedanken an einen Suizid beschäftigen, versuchen Sie mit anderen darüber zu sprechen.

*Eine hilfreiche Anlaufstelle ist zudem die **Telefonseelsorge**. Sie ist anonym, kostenlos und rund um die Uhr erreichbar unter: 0800 / 111 0 111 und 0800 / 111 0 222.*

Es gibt auch die Möglichkeit einer E-Mail-Beratung oder eines Hilfe-Chats. Weitere Informationen finden Sie unter: www.telefonseelsorge.de

V.1. SUIZIDALITÄT ERKENNEN UND VERSTEHEN¹⁶

Was ist Suizidalität?

Suizidfantasien im Sinne von „Dieses Leben macht so keinen Sinn mehr, es wäre besser, ich wäre nicht mehr da“ können in verschiedenen Phasen des Lebens auftreten. Sie sind in der Regel Ausdruck einer akuten psychischen Belastung, für die als möglicher Ausweg das Ende des eigenen Lebens fantasiert wird. Allerdings liegt der Schwerpunkt dabei eher auf der Vorstellung, dass das Leben *so, wie es derzeit ist*, nicht länger ertragen werden kann und so nicht weitergehen soll.

Zu unterscheiden sind solche Fantasien von einem Zustand der Suizidalität, in dem ein möglicher Suizid als konkrete Handlungsoption auftaucht. Es handelt sich dabei um eine extreme psychische Krise, in der Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit, Sinnlosigkeit, Scham, Schuld, Ärger und Wut vorherrschen. Suizidalität impliziert immer auch Ambivalenz, da es zunächst nicht unbedingt darum geht, sterben zu wollen, sondern darum, nicht zu wissen, wie man weiterleben kann. In dieser Phase der Ambivalenz werden oft andere Menschen auf die eigene Situation aufmerksam gemacht, zum Teil explizit, aber auch über eher indirekte Hinweise. Solche indirekten Hinweise können zum Beispiel bestehen in Gedanken übers „Aussteigen“, Äußerungen, „weit weg sein“ zu wollen, in Todeswünschen, Gefühlen von Aussichts- und Hoffnungslosigkeit, Schweigsamkeit und in einem psychosozialen Rückzug.

Hinweise auf Suizidalität können wiederum beim jeweiligen Gegenüber Gefühle von Alarmiertheit, Fürsorge, Angst, Scham, Schuld, Ärger, Wut, Inkompetenz oder Hilflosigkeit wachrufen und bisweilen eine Neigung, diese Hinweise nicht wahrhaben zu wollen. Es herrscht Unsicherheit in Hinblick darauf, wie diese Hinweise zu verstehen sind und vor allem, wie ihnen zu begegnen ist. Suizidalität ist damit nicht nur ein intrapsychischer Prozess, sondern auch Teil eines Beziehungsgeschehens.

¹⁶ Dieser Abschnitt wurde erstellt von Diplom-Psychologin Jutta Lutz, Psychologische Psychotherapeutin, Studienleiterin am Zentrum Seelsorge und Beratung (ZSB) der EKHN, Friedberg.

Suizidalität ist zudem wechselhaft, sowohl was die Heftigkeit der Suizidimpulse betrifft als auch in Hinblick auf ihre Präsenz im Bewusstsein. Suizidale Menschen sind nicht immer in gleichem Maße suizidal, und die Gefahr geht nicht von den suizidalen Gedanken aus, sondern von den suizidalen Handlungen. Entscheidend ist also die Frage, wie groß der jeweilige Handlungsdruck ist und wie viel innere Beweglichkeit ein suizidaler Mensch im Blick auf seine Suizidgedanken hat, das heißt, ob auch andere Optionen denkbar sind.

Psychische Hintergründe für Suizidalität

Sind alle Gedanken, Gefühle und Handlungen eines Menschen auf die Beendigung des eigenen Lebens ausgerichtet, kann dies als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung verstanden werden, in der ein Mensch sehr verzweifelt über sich selbst und sein eigenes Leben ist. Ein solcher Mensch hat keine Hoffnung mehr und sieht für sich keine andere Perspektive als den Tod.

Aktuelle Auslöser für eine solche krisenhafte Zuspitzung können Trennungs- und Verlusterfahrungen, Kränkungen, Beschämungen, Demütigungen, Arbeitslosigkeit, schwere Erkrankungen, Isolation im Alter, Autonomieverlust, Angst vor Abhängigkeit etc. sein, die zu einer Labilisierung der psychischen Widerstandskraft führen können.

Die Auslöser für die suizidale Krise sind damit häufig beziehungsorientiert und können frühere konflikthafte Beziehungserfahrungen (wie Ablehnungs- und Gewalterfahrungen) wachrufen. Es kann zu einem Wiederaufleben früher intrapsychischer Konflikte kommen, die mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden sind, und zu der Vorstellung, dass nur eine suizidale Handlung aus diesem Gefühlszustand herausführen kann. Die Gefühle sind zu übermächtig und es ist kein anderer Ausweg denkbar. Wenn solche ubiquitären Trennungs- und Kränkungserfahrungen, wie sie viele Menschen im Laufe ihres

Lebens machen, in eine suizidale Krise führen und nicht anders psychisch verarbeitet werden können, hat dies meist mit unzureichend bewältigten Lebens- und Entwicklungskrisen in der Kindheit und Jugend zu tun.

Vielen Suiziden liegt auch eine psychische Erkrankung zugrunde. Eine 2004 publizierte internationale Studie kam zu dem Ergebnis, dass 30 Prozent aller Suizidenten eine affektive Störung (meist Depression) hatten, 17 Prozent eine Abhängigkeitserkrankung, 14 Prozent eine Schizophrenie und 13 Prozent eine Persönlichkeitsstörung.¹⁷

Insgesamt nehmen die Suizidraten seit den 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts in Deutschland ab, wobei jedoch dem Suizid im Alter größere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Bei alten Männern nehmen Suizide zu, und jede zweite Frau, die sich in Deutschland suizidiert, ist älter als 60 Jahre.

Elemente einer suizidpräventiven Haltung

Aufgrund dieser psychischen Hintergründe von suizidalen Krisen bedarf es im Kontakt mit suizidalen Menschen einer besonderen Haltung, die auf der einen Seite den Suizidwunsch respektiert und auf der anderen gleichzeitig mögliche psychische Konfliktsituationen fokussiert. Es gilt,

- die suizidale Person ernst zu nehmen und die Suizidalität der Person nicht „wegnehmen“ zu wollen;
- ein Verständnis für den Auslöser und die suizidale Dynamik zu entwickeln;
- aufmerksam für Enttäuschungen und Kränkungen zu sein;
- mit dem suizidalen Menschen Wahrheiten auszuhalten und anzusprechen;
- die eigenen Grenzen zu kennen;
- nicht auf jeden Fall Leben retten zu wollen;
- sich gegebenenfalls Hilfe zu holen in Form von kollegialer Beratung oder Supervision.

¹⁷ Bertolote J. M., Fleischmann A., De Leo D., Wassermann D. (2004): Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25 (4): 147–155

Vor allem geht es darum, gemeinsam mit dem suizidalen Menschen zu versuchen, einen Blick für den Auslöser der aktuellen Suizidalität zu erhalten, zu schauen, wie bisherige Krisen verlaufen sind und bewältigt werden konnten und welche anderen Optionen es gibt. Eine den Spielraum alternativer Möglichkeiten eröffnende, zugewandte und zugleich realitätsorientierte Haltung kann helfen, den aktuellen Handlungsdruck in der Suizidalität zu vermindern.

Anregung zur Eigenreflexion

- Können Sie sich an Phasen Ihres eigenen Lebens erinnern, in denen Suizidfantasien als mögliche Lösung von Problemen aufgetaucht sind? Was war für Sie hilfreich, um Ihren Blick wieder erweitern und Perspektiven entwickeln zu können?
- Wie kommen Sie mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht zurecht? Können Sie sich diesen stellen oder neigen Sie dazu, diesen auszuweichen, sich in Aktivitäten zu flüchten?
- Sind Sie innerlich bereit und aufmerksam, wenn Menschen Hinweise auf eine suizidale Krise geben?
- Kennen Sie Ihre eigenen Grenzen und können Sie zu diesen stehen?

Weiterführende Literatur

- Gerisch B. (2012): Suizidalität. Psychosozial-Verlag: Gießen
- Lindner R., Fiedler G., Götze P. (2003): Diagnostik der Suizidalität. Dtsch Arztebl 100(15): A-1004-1007
- Lindner R. (2006): Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Psychosozial-Verlag: Gießen
- Lindner R., Goldblatt M., Briggs S., Teising M. (2021): Todeswünsche am Ende des Lebens: Häufig ambivalent. Dtsch Arztebl 118(21): A-1050 -1052
- Mann A. (2012): Suizid und Suizidalität. In: Kremer R., Lutz J., Nagel B. (Hrsg.): Notfallseelsorge – Theologische und psychologische Aspekte. Forum GesundheitsMedien: Merching

V.2. ZUR NOTWENDIGKEIT DER EIGENEN POSITIONIERUNG ZUM THEMA SUIZID UND SUIZIDHILFE

Im Zusammenhang mit der eigenen Biografie und der Berufsbiografie haben viele Menschen Erfahrungen mit dem Thema Suizid. Dies kann von der Androhung bis zum durchgeführten Suizid gehen, es kann eine einmalige, bisweilen traumatisierende oder auch eine in unterschiedlicher Weise wiederkehrende Erfahrung sein.

In manchen Biografien gibt es Phasen mit eigener Suizidalität. Diese Erfahrungen spielen eine Rolle, wenn es darum geht, eine eigene Position zum Thema Suizid und Suizidhilfe zu finden. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema sollte nicht erst dann einsetzen, wenn man gebeten wird, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Es bedarf Zeit, Wahrhaftigkeit gegenüber den eigenen Gefühlen und Distanz, sich mit den eigenen Prägungen auseinanderzusetzen, die sich auf die religiöse, die professionelle und die private Einstellung bezieht, wenn ein Suizidwunsch im professionellen Umfeld geäußert wurde. Insofern ist es wichtig, erfahrungsbezogene Anteile der eigenen Position zu reflektieren. Dies kann in Form einer Eigenreflexion anhand der unten stehenden Fragen sowie durch Fortbildung bzw. Supervision geschehen.

Anregung zur Eigenreflexion

- Wie sind Sie in Hinblick auf das Thema Suizid erzogen und geprägt?
- Was haben Sie schon selbst in diesem Zusammenhang erlebt?
- Empfinden Sie Schuld aus Ihrem Handeln oder Unterlassen in der Vergangenheit?
- Was sagen Kolleg:innen, Vorgesetzte, Träger, Kirche, Gesellschaft, Freund:innen und Familie?
- Welche Werte vertreten Sie selbst?
- Welche ethischen Prinzipien liegen Ihrer eigenen Berufstätigkeit zugrunde?
- Welche Lebensziele verfolgen Sie im Beruf und auch im Privaten als „ganzer Mensch“?

Erfahrungen mit (assistiertem) Suizid in der eigenen Biografie und Berufsbiografie

- Wie stark wirkt das Ereignis / wirken die Ereignisse traumatisierend?
- Welche Fragen beschäftigen Sie, zum Beispiel: „Hätte ich es erkennen / verhindern können?“, „Hätte es nicht einen anderen Weg gegeben?“
- Welche Emotionen hat dies ausgelöst / löst dies in der Erinnerung immer noch aus, zum Beispiel Wut, Ärger, Trauer, Schuld, Schmerz?
- Inwieweit können Sie / konnten Sie den Schritt nachvollziehen?
- Wie stark prägen diese Erfahrungen Ihre derzeitige Einstellung zum Thema assistierter Suizid?

Wenn hilflose und schwer leidende Patient:innen Suizid-„Hilfe“ erbitten, geschieht dies meist mit starker Emotionalität – und diese findet häufig umfassende Resonanz: eine Mischung aus Angst, Erschrecken, Abwehr, Verständnis, Empörung, Trauer, Wut, Scham, Schuld. Es werden Gefühle, Emotionen, ethische Haltungen und Weltanschauung bei allen Menschen, die einbezogen werden, aktiviert, und es werden Einstellungen angesprochen, für die schwer Worte gefunden werden oder die tabuisiert sein können.

Mit einer solchen Gefühlslage sollten Haupt-, Neben- und Ehrenamtliche nicht alleingelassen werden und sie sollten sich nicht in zeitliche oder emotionale Zwänge drängen lassen. Es sollte möglich sein, in Einzelgesprächen mit Seelsorger:innen, Therapeut:innen oder in Supervisionsgruppen Raum und Zeit zur (Selbst-)Klärung zu finden. In Pflege- und Behandlungsteams sollte die Möglichkeit zu (ambulanter) ethischer Fallbesprechung gegeben sein (siehe Kapitel V.9.). Einrichtungsträger sollten spezielle Ansprechpersonen benennen, die außerhalb der Vorgesetztenebene dafür zur Verfügung stehen.

Wichtig ist, dass eine verständliche Erläuterung der aktuellen Rechtslage erfolgt (Kapitel II.) und damit der Rahmen für den jeweiligen Handlungsspielraum verdeutlicht wird. Gruppendynamische Prozesse sollen bedacht (Kapitel V.7.) und ethische, kulturelle und religiöse Prägungen und Überzeugungen bewusst gemacht werden, die auch zu unterschiedlichen Positionen innerhalb eines Teams führen können (Kapitel V.10.).

Zur Klärung der eigenen Position können folgende Fragen hilfreich sein:

- Sehen Sie Suizid als Selbst-„Mord“ an, der moralisch oder religiös untersagt ist?
- Was bedeuten Selbstbestimmung und Autonomie in diesem Kontext für Sie?
- Gibt es Formen von Leiden, die Sie selbst als untragbar ansehen?
- Welches Gottesbild prägt Sie? Ein strafender Gott? Ein barmherziger Gott? Ein liebender Gott? Und welche Konsequenz ergibt sich daraus für Ihre religiöse Position zur Suizidhilfe?
- Können Sie in Ihrem persönlichen Umfeld über solche Fragen sprechen? Finden Sie dort Verständnis und können sich austauschen?
- Haben Sie persönlich die Möglichkeit, sich professionelle Unterstützung zu holen?

Religiös-theologische Einstellung

- Welche religiös-theologische Position nehmen Sie ein und wie stark gewichten Sie zum Beispiel den Aspekt Selbstbestimmung?
- Inwieweit decken / unterscheiden sich Ihre Einstellungen bei einem (assistierten) Suizid von Ihren sonstigen Positionen in der Begleitung Sterbender?
- Wie stehen Sie spirituell zum assistierten Suizid?
- Ist es für Sie vorstellbar, in diesem Zusammenhang liturgisch zu agieren?
- Inwieweit sehen Sie Ihre religiös-theologische Position als „grundsätzlich“ an und wie flexibel sind Sie / möchten Sie in einer konkreten Situation sein?

Professionelle Einstellung

- Wie gut können Sie sich vorstellen, Menschen zu begleiten, die einen (assistierten) Suizid planen?
- Wie stark wollen Sie / können Sie die professionelle Distanz wahren?

Persönliche Einstellung

- Wie stehen Sie persönlich zur Möglichkeit eines assistierten Suizids für sich selbst? Lehnen Sie dies kategorisch ab oder wäre dies unter bestimmten Bedingungen denkbar?
- Wie sehen Sie dies im engen persönlichen Umfeld?
- Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang:
 - die Reduzierung / die Einstellung der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit?
 - die Einnahme von Medikamenten in suizidaler Absicht?
 - die palliativmedizinische Versorgung?

Hinweise auf Unterstützungsstrukturen

- Begleitung durch das Zentrum Seelsorge und Beratung (ZSB) durch Beratung und Supervisor:innen.
Siehe: <https://zsb.ekhn.org/fachberatung-seelsorge.html>
- Kursangebote des ZSB: <https://zsb.ekhn.org/weiterbildung.html>
 - zum Beispiel: KSA-Update, Auffrischungstage in erfahrungsbezogener Seelsorge
 - zum Beispiel: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende – das Thema Sterbehilfe in der Seelsorge
- Supervision durch das IPOS bzw. Supervisor:innen des ZSB:
<https://www.ipos-ekhn.de/supervision>

V.3. ZUR AKTUELLEN DISKUSSION INNERHALB DER EVANGELISCHEN THEOLOGIE

Das Thema des assistierten Suizids ist seit vielen Jahren ein Dauerbrenner in der theologischen Ethik. Insbesondere dann, wenn einmal wieder gesetzgeberische Entscheidungen anstehen, verfassen viele Theolog:innen sowie kirchliche und diakonische Institutionen engagierte Stellungnahmen. Dies war der Fall im Kontext des Verbots geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe im Jahr 2015 und auch, nachdem das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 dieses Verbot für nichtig erklärte. Angesichts der Debatte um verschiedene politische Vorschläge zur gesetzlichen Neuregelung wurde eine besonders intensive Diskussion innerhalb der evangelischen Theologie ausgelöst, als Diakonie-Präsident Ulrich Lillie gemeinsam mit dem Theologen Reiner Anselm und der Theologin Isolde Karle am 11. Januar 2021 ein Statement in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ veröffentlichte mit dem Titel „Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen“.

Darin wird das Angebot des assistierten Suizids in diakonischen Einrichtungen durch dort beschäftigtes Personal zur bedenkenswerten Möglichkeit erklärt. Begründet wird dieser ethische Standpunkt mit der evangelischen Hochschätzung individueller Selbstbestimmung, der Ermöglichung eines respektvollen, seelsorgerlich begleiteten Angebots sowie der Hoffnung, problematischen Sterbehilfeorganisationen dadurch die Grundlage zu entziehen. In ersten Leserbriefreaktionen unterstützte die Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD den Vorstoß, da die Möglichkeit zum assistierten Suizid ein Ausdruck der Würde schwerstkranker Menschen sein könne und da eine Begleitung durch Seelsorger:innen wünschenswert sei. Demgegenüber kritisierte der Theologe Dietrich Korsch die vorgebrachten Argumente als fragwürdig, da sich mit ihnen auch eine Tötung auf Verlangen rechtfertigen ließe. Die EKD bekräftigte umgehend in einer Stellungnahme ihre Ablehnung professioneller Suizidbeihilfe, da die Selbsttötung nicht zur normalen Option neben anderen werden dürfe.

Zwei Wochen später erschien ebenfalls in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ eine Gegenrede zum ersten Artikel seitens der Theologen Peter Dabrock und Wolfgang Huber. Sie argumentieren, dass vor dem Hintergrund des Gedankens der Gottebenbildlichkeit Selbstbestimmung nicht absolut gesetzt werden dürfe,

sondern immer mit der Unantastbarkeit menschlichen Lebens abgewogen werden müsse. Assistierter Suizid müsse eine tragische Gewissensentscheidung im Einzelfall bleiben und dürfe nicht zur Regel gemacht werden. Ein solcher widerspreche dem beruflichen Selbstverständnis von Mitarbeiter:innen diakonischer Einrichtungen ebenso wie dem ökumenischen ethischen Konsens. Außerdem könne sich aus einer Befürwortung von Suizidassistenz früher oder später auch eine Befürwortung von Tötung auf Verlangen ergeben. Der Theologe Roderich Barth kritisierte diese Positionierung wiederum mit dem Argument, dass sie ein spezifisch evangelisches Verständnis von Selbstbestimmung zu verwässern drohe. Menschliche Selbstbestimmung sei als Inbegriff ethischer Reflexivität kein paternalistisch eingrenzungsbedürftiger Gegenpol, sondern vielmehr die Grundlage sowohl von Moral als auch von Religion.

Demgegenüber schließt sich die Mehrheit der theologischen und diakonischen Stellungnahmen einer kritischen Sichtweise an. Mehrere große diakonische Einrichtungen betonten, ihre Bewohner könnten sich darauf verlassen, dass es dort keine planvoll vorbereiteten Suizide oder Tötungen auf Verlangen geben würde. Todeswünsche seien oft nicht das Ergebnis freier Selbstbestimmung und sollten eher mit einer würdevollen seelsorgerlichen und palliativmedizinischen Begleitung bis zuletzt beantwortet werden. Der Theologe Günter Thomas argumentierte, dass kein Mensch das Recht habe, dem Urteil „nicht lebenswert“ über ein menschliches Leben zuzustimmen, das Gott barmherzig angenommen hat. Wenn in diakonischen Einrichtungen aus der Verantwortungs- und Schuldübernahme in tragischen Einzelfällen ein religiös flankiertes geschäftsmäßiges Angebot gemacht würde, führe dies zu einem Vertrauensverlust.

Der Theologe Ulrich Körtner betonte in Abgrenzung zu einem verabsolutierten und abstrakten Selbstbestimmungsbegriff, dass der Mensch in seinem Leben und Sterben Gott gegenüber verantwortlich sei. Der Einsatz für das Leben und die Entscheidung für den Tod seien aus christlicher Sicht keine gleichrangigen Optionen. Es gelte, dem Leben bis zuletzt zu dienen, anstatt genau dasjenige Handeln in Kirche und Diakonie zu institutionalisieren, gegen das man bisher

immer argumentiert habe. Auch die Theologin Elisabeth Gräß-Schmidt warnte vor einem oberflächlichen Verständnis von Freiheit als beziehungsloser Willkür und vor der Gefahr einer gesellschaftlichen Normalisierung oder gar heimlichen Verpflichtung zum assistierten Suizid. Stattdessen müsse Suizidprävention das oberste Ziel bleiben.

In einer kontroversen Sitzung des Rates der EKD zeigte sich: Alle Diskussions- teilnehmer:innen sind sich einig, dass Kirche und Diakonie Menschen in Grenzsituationen begleiten sollen, dass man sich primär darum bemühen müsse, Suizide zu verhindern, dass der assistierte Suizid nicht zu einer normalen Option unter anderen werden sollte und dass es Grenzsituationen geben könne, in denen keine eindeutigen Antworten möglich sind. Alle diese Aspekte betonten auch Ulrich Lillie, Reiner Anselm und Isolde Karle in ihrem zweiten Statement in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ vom 25. Mai 2021. Gleichwohl werden darin auch die nach wie vor vorhandenen Unterschiede in der ethischen Einschätzung deutlich, wenn an der Forderung nach einer Öffnung diakonischer Einrichtungen für das Angebot des assistierten Suizids festgehalten wird, um Ängsten vor Leidenssituationen am Lebensende entgegenzuwirken, um ethische Bevormundungstendenzen zu vermeiden und um Suizidwillige nicht an Sterbehilfeorganisationen verweisen zu müssen.

Anregung zur Eigenreflexion

- Welche theologisch-ethischen Argumente beider Seiten finden Sie plausibel?
- Wo liegen – angesichts der zum Schluss genannten Gemeinsamkeiten – eigentlich die für Sie relevanten Unterschiede der Positionen?
- Was würde sich Ihrer Meinung nach für die Bewohner:innen und Mitarbeiter :innen diakonischer Einrichtungen ändern, wenn dort assistierter Suizid angeboten würde?

Weiterführende Literatur

- Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) (2011): Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende. Wien. https://evang.at/wp-content/uploads/2015/07/110509_GEKE_Leben_hat_seine_Zeit.pdf (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
- Diakonie Deutschland (2020): Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid. Ein Diskussionspapier der Diakonie Deutschland. Berlin. 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 (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
- Körtner U. H. J. (2021): Dem Leben dienen – bis zuletzt. Die Debatte zur Suizidbeihilfe und der Auftrag der Diakonie. Mehrteilige Serie auf zeitzeichen.net. <https://zeitzeichen.net/node/8835> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

V.4 AUTONOMIE UND FREIER WILLE – WAS BEDEUTET DAS?

Das Bundesverfassungsgericht hat sein Urteil zur Verfassungswidrigkeit des Verbots geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe damit begründet, dass sich aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht das Recht auf Suizid und auf die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe ableite. Die Entscheidung zum Suizid sei Ausdruck persönlicher Autonomie bzw. Selbstbestimmung sowie von Menschenwürde. Dies gelte für Gesunde ebenso wie für Kranke und habe einzig einen autonom gebildeten, freien Willen zur Voraussetzung. Mit diesen Formulierungen identifiziert sich das Gericht mit bestimmten Weltanschauungen und Menschenbildern, die zu anderen philosophischen und theologischen Vorstellungen in Spannung stehen.

Freier Wille, Autonomie, Selbstbestimmung und Menschenwürde: Wie diese Begriffe angemessen zu definieren sind, welchen Stellenwert sie für die Rede vom Menschen haben und in welchem Verhältnis sie zueinanderstehen – das sind sehr anspruchsvolle und seit der Antike umstrittene philosophische bzw. theologische Fragen. Kann die Entscheidung zum Suizid wirklich als Ausdruck von Autonomie gewertet werden oder beendet sie die Autonomie bzw. stellt eine Absage an die Autonomie dar (so beispielsweise Immanuel Kant)? Kann Menschenwürde wirklich mit Selbstbestimmung gleichgesetzt werden oder ist die Menschenwürde gerade nicht von menschlichen Fähigkeiten abhängig und muss der Selbstbestimmung gegebenenfalls Grenzen setzen? Ist die menschliche Freiheit eine absolute oder ist sie immer begrenzt, in Beziehungen eingebunden und muss erst durch Fürsorge ermöglicht werden?

In der Medizinethik meint der Begriff Autonomie normalerweise die Notwendigkeit, dass Patientenwünsche im Behandlungsprozess berücksichtigt werden und dass Patient:innen in medizinische Eingriffe informiert einwilligen. Informierte Einwilligung setzt Kompetenz, Freiwilligkeit, Wissen und Zustimmung voraus. Darum wird heute eine umfassende ärztliche Aufklärungspflicht gefordert. Eine Überbetonung des Ideals des selbstbestimmten Patienten kann jedoch auch zur Überforderung von Menschen mit Unterstützungsbedarf oder zu einer fragwürdigen reinen Dienstleistungsmedizin führen. Im Diskurs zum Thema Suizidbeihilfe werden immer wieder begründete Zweifel daran formuliert, ob geäußerte Sterbewünsche tatsächlich in der Regel Ausdruck einer wohlüberlegten freien Entscheidung sind. Erfahrungsgemäß spielen vielmehr häufig

behandelbare psychische Erkrankungen, verzweifelte Wünsche nach Schmerzlinderung und Zuwendung oder kommunikative Anliegen eine ausschlaggebende Rolle. Infolge der geplanten neuen Gesetzgebung besteht zudem die Gefahr, dass die Freiheit der Entscheidung zusätzlich durch einen entstehenden sozialen und ökonomischen Rechtfertigungsdruck für „Suizidverweigerer“ oder durch die Abhängigkeit von entscheidenden Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen in Beratungsstellen eingeschränkt werden könnte.

Der Fall eines auf rationalen Abwägungen basierenden Bilanzsuizids durch einen vom Sterbeprozess noch entfernten Menschen stellt – insbesondere in der diakonischen Praxis – eine extreme Ausnahme dar und sollte daher nicht Grundlage einer Gesetzgebung für alle Fälle sein. Theologische Ethik teilt die Hochschätzung des Selbstbestimmungsrechts, weiß aber auch, dass Schwäche und Abhängigkeit stets zum menschlichen Leben gehören (dürfen). Darum steht ein selbstbestimmtes Leben nicht im Gegensatz zur Fürsorge. Für die Selbstbestimmung am Lebensende sind vor allem gute Pflege und vertraute Menschen wichtig. Es muss sichergestellt sein, dass nicht bei Menschen Suizidassistent geleistet wird, deren Sterbewunschäußerungen eigentlich Ausdruck psychischer Erkrankungen bzw. vorübergehender Lebenskrisen oder Hilferufe sind. Daher muss in der Gesetzgebung die Suizidprävention eindeutig Vorrang haben, gerade auch im Blick auf die Gestaltung medizinischer und sozialer Rahmenbedingungen.

Anregung zur Eigenreflexion

- Was stellen Sie sich unter einem selbstbestimmten und menschenwürdigen Sterben vor?
- An wen denken Sie, wenn Sie über gesetzliche Regelungen zur Suizidassistent nachdenken: an einen heroischen Philosophen oder an einen Menschen mit depressiver Erkrankung?
- Wie kann verhindert werden, dass ältere Menschen, die ihren Verwandten nicht zur Last fallen möchten, sich unter Druck gesetzt fühlen, Angebote zur Suizidassistent in Anspruch zu nehmen?

Weiterführende Literatur

- EKD (2005): Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. Hannover. <https://www.ekd.de/Sterben-hat-seine-Zeit-941.htm> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
- Vogel B. (Hrsg.) (2006): Im Zentrum: Menschenwürde. Politisches Handeln aus christlicher Verantwortung. Christliche Ethik als Orientierungshilfe. Berlin. <https://www.kas.de/documents/252038/253252/7dokumentdok.pdf89511.pdf/deb4a9c5-4e9b-eabd-22bd-21ed91057f86?version=1.0&t=1539665230095> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
- Dabrock P., Huber W. (2021): Selbstbestimmt mit der Gabe des Lebens umgehen. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 25. Januar 2021, S. 6, <https://zeitzeichen.net/node/8828> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

V.5. WIE KOMMUNIZIERE ICH MIT DER PERSON, DIE SUIZIDHILFE ERFRAGT?

Niemand denkt über Suizid nach, weil das ein „leichter Ausweg“ aus einer unangenehmen Situation wäre. Hinter Suizidgedanken stehen akute Leiderfahrungen und tiefe persönliche Krisen und möglicherweise auch psychische Erkrankungen. Solche existenziellen Erschütterungen entziehen sich moralischen Kategorien. Das bedeutet: Man kann einen Suizid nicht moralisch bewerten als gut oder schlecht, richtig oder falsch, legitim oder verwerflich, und das Gleiche gilt für den Suizidwunsch. Daher muss jedes Gespräch mit einer suizidwilligen Person geprägt sein von unbedingter Annahme und Wertschätzung, ohne Bewertung oder Verurteilung des Suizidwunsches.

Es ist gut möglich, dass ich als Gesprächspartner:in, die einer suizidwilligen Person gegenübersteht, in meinem eigenen Leben bereits Erfahrungen mit dem Thema Suizid gemacht habe. Sei es, dass ich mich zu einem kritischen Zeitpunkt meines Lebens mit einem Suizidwunsch selbst auseinandergesetzt habe. Sei es, dass ich in der Familie, im Freundes- oder Kolleg:innenkreis miterlebt habe, dass sich jemand suizidierte oder es versuchte. In letzterem Fall ist dieses Erleben vielleicht mit eigenen Schuld- oder Versagensgefühlen bzw. eigener Trauer behaftet. Trotzdem – und gerade deshalb! – muss ich mir als Gesprächspartner:in klarmachen, dass der suizidwillige Mensch, der vor mir sitzt, damit nicht in Zusammenhang steht, sondern seine eigene Geschichte, sein eigenes Schicksal und sein eigenes Leiden mitbringt.

Generell wird in der Suizidprävention (zum Beispiel in der Notfallseelsorge) davon ausgegangen, dass ein Suizid immer nur die „zweitbeste Lösung“ ist. Die „beste Lösung“ gilt es, mit dem betroffenen Menschen zusammen zu suchen – sei es, dass eine Therapie angeboten wird, Hilfe bei einer Trennung gewährt wird oder andere psychosoziale Maßnahmen getroffen werden.

Der Fall einer unheilbar kranken Person liegt anders. Natürlich muss unter allen Umständen ausgelotet werden, ob medizinisch, palliativ, psychosozial, psychologisch oder psychiatrisch alles getan worden ist, um das aktuelle Leiden zu lindern. Hier ist die Expertise des gesamten, gegebenenfalls erweiterten Palliativteams gefragt.

Es ist dennoch möglich, dass trotz der palliativen Maßnahmen die Erkrankung selbst oder die Auswirkungen der Erkrankung – Abhängigkeit von anderen, Hilflosigkeit, subjektiv empfundener Würdeverlust – nicht verbessert werden können und daher der Suizidwunsch bestehen bleibt. Das ist hoffentlich die Ausnahme, aber dennoch bleibt es eine Möglichkeit, die vom Gesprächspartner akzeptiert werden muss – unabhängig davon, ob man selbst der Beihilfe zum Suizid ablehnend gegenübersteht oder nicht. Hier die richtigen Worte zu finden, die einerseits von Hoffnung für eine Verbesserung der Situation des suizidwilligen Menschen geprägt sind, gleichzeitig aber von der Akzeptanz des subjektiven Todeswunsches, ist ein Grat, für dessen Beschreiten Erfahrung, Einfühlungsvermögen, Mitgefühl und ein hohes Maß an Selbstreflexion vonnöten sind.

Wer Mitglied in einem Behandlungsteam ist (bspw. als Arzt oder Ärztin, als Pflegekraft, als Physiotherapeut:in, als Ehrenamtliche:r, als Seelsorger:in), unterliegt der Schweigepflicht. In interdisziplinären Teambesprechungen unterliegt das gesamte Team der Schweigepflicht. Seelsorger:innen dürfen allerdings auch im Team nicht preisgeben, was ihnen in der Seelsorge anvertraut worden ist. Besteht der Wunsch nach freiverantwortetem Suizid, so ist dieser Wunsch ohne die Einbeziehung von anderen Menschen, zum Beispiel dem Arzt oder der Ärztin, im Regelfall nicht zu verwirklichen. Von daher ist es für die suizidwillige Person nötig, dass bestimmte Menschen einbezogen werden. Es ist denkbar, dass zwar (zuvor benannte) Menschen vom Suizidwunsch erfahren sollen und dürfen, andere aber auf gar keinen Fall. Diesbezüglich müssen mit der suizidwilligen Person auf jeden Fall klare Absprachen getroffen und ihre Wünsche und Vorstellungen erfragt werden.

Anregung zur Eigenreflexion

- Wir verweisen Sie auf die Fragen, die im vorherigen Kapitel V.2. (Zur Notwendigkeit der eigenen Positionierung zum Thema Suizid und Suizidhilfe) gestellt werden. Diese Fragen sind unter Umständen auch für die Kommunikation mit suizidwilligen Menschen relevant.
- Außerdem verweisen wir auf Kapitel V.1. (Suizidalität erkennen und verstehen). Hier wird darauf hingewiesen, dass bei Suizidwilligen oft eine Ambivalenz der Wünsche festzustellen ist. Das kann einen sprunghaften Wechsel zwischen dem Wunsch, zu sterben, und dem Wunsch, weiterzuleben, beinhalten.

Hilfreiche Materialien

- Gesprächsleitfaden zum Umgang mit Todeswünschen (Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln) als Download verfügbar unter: <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen/> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

V.6. MENSCHEN IN BESONDEREN LEBENSLAGEN

Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (zum Beispiel Depression),
Menschen im hohen Lebensalter, geriatrische Patient:innen

„Erhoffter Tod“ – „alt und lebenssatt“

Bei Menschen in der Hochaltrigkeit oder bei alten Menschen mit einer langen, mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Tod führenden Erkrankung gibt es häufig die verbal geäußerte Hoffnung, dass es „bald vorbei“ sein möge. Dies ist jedoch weniger als Ausdruck von Suizidalität, sondern eher als Lebenssatttheit zu sehen (siehe Coenen-Marx). Der Tod hat keinen Schrecken mehr, das tägliche Leben und Erleben ist eingeschränkt. Große Lebensthemen stehen in dieser Lebensphase nicht mehr offen oder es wird versucht, sich mit den Brüchen, Enttäuschungen und Kränkungen zu arrangieren. Gelungene Versöhnungen, etwa mit Geschwistern oder Kindern, werden als befreiend erlebt. Wo solche „Erlösungen“ ausbleiben, gelingt es vielen Menschen in dieser Phase, das noch Offene hinzunehmen oder zu verarbeiten. Menschen in dieser Phase benötigen häufig viel Pflege und anderweitige Assistenz. Nicht ausgeschlossen sind Momente der Verzweiflung, die durchaus in einen Satz münden können wie: „So gebt mir doch eine Pille, dann ist alles vorbei.“

Zu den ambivalenten Reaktionen am Lebensende gehören Freude am Leben oder Erwartung bedeutender Ereignisse. Das kann vom Erleben eines bedeutenden Ereignisses – Geburtstag, Geburt eines Urenkelkinds – bis hin zu den kleinen Freuden des Alltages gehen wie ein Glas Wein, der Besuch eines nahen Menschen, ein Gespräch mit einer Pflegekraft ... Positive Erfahrungen werden gemacht mit einer guten Palliativversorgung bzw. mit einem Hospiz, jeweils stationär oder ambulant.

Schwierige Abwägungen

Bewusstes Reduzieren von Essen, die Fehleinnahme von Medikamenten oder die Verweigerung der Weiterbehandlung können (!) Anzeichen sein, den eigenen Tod zu beschleunigen. Dies kann (!) mit Wissen oder zumindest mit entsprechender Ahnung der Angehörigen bzw. des Pflegeteams geschehen.

Eine mögliche Fehldeutung: Palliativmedizin als aktive Sterbehilfe

Palliativversorgung wird – gelegentlich auch von Angehörigen – als „aktive Beschleunigung des Sterbeprozesses“ missverstanden. Wenn etwa ein Angehöriger sagt: „Da kam das Palliativteam und hat meiner Frau endlich die erlösende Spritze gegeben“, so wird deutlich, wie wichtig die Kommunikation in Hinblick auf die Tätigkeit der Palliativmedizin ist, die nichts mit „aktiver Sterbehilfe“ zu tun hat.

Krisenzeiten und psychiatrische Erkrankungen

Auslösend für den Wunsch nach Suizid bzw. assistiertem Suizid können sein:

- der Tod einer nahen Bezugsperson, der Gefühle von Einsamkeit und Verlassenheit auslöst und dazu führt, dass der im Leben Gebliebene nun auch nicht mehr allein weiterleben möchte.
- schwere persönliche und familiäre Konflikte, die den allgemeinen Lebensmut sinken lassen. In diesem Zusammenhang geht es häufig auch um eigene oder fremde Schuld, Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch.
- psychiatrische Erkrankungen und Krankheitsepisoden wie Wahn oder schizoaffektive Störungen, ausgelöst durch ein konkretes Ereignis oder chronifiziert wiederkehrend. Psychiatrische Erkrankungen sind häufig bei Kurzkontakten von medizinischen Laien nicht erkennbar.
- Depressionen, die – entgegen dem Verständnis in der Allgemeinbevölkerung – gerade nicht durch bestimmte Ereignisse ausgelöst werden, sondern den Betroffenen „wie eine Grippe“ ereilen.
- eine beginnende Demenz, in der die Erkrankten sich ihres Zustands und dem unaufhaltsamen Fortschreiten ihrer Erkrankung bewusst sind und suizidale Gedanken haben. Inwieweit sie diese ohne die Hilfe anderer Menschen umsetzen, lässt sich dabei häufig nicht einschätzen. Unklar bleibt häufig, wie stringent der Vorsatz, sich selbst töten zu wollen bzw. dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen, bei fortschreitender Demenz verfolgt wird. Damit einher geht die Schwierigkeit zu klären, was der „natürliche Wille“ ist.

- bei alten und hochaltrigen Menschen, dass diese Vorsorge treffen wollen für den Fall, nicht mehr ihrem Ideal oder Wunsch entsprechend (selbstbestimmt) leben zu können.
- bei Menschen, die in der letzten Phase ihres Lebens bzw. schwer erkrankt sind und ihren Tod beschleunigen wollen, um „erlöst zu sein vom Leiden“, um nicht von anderen abhängig zu sein oder um niemandem „zur Last zu fallen“. Die Vorstellung, das Leben (gut) gelebt zu haben („alt und lebenssatt“), kann dabei durchaus vorhanden sein.

Anregung zur Eigenreflexion

Menschen im Alter bzw. in der Hochaltrigkeit werden häufig durch mehrere Professionen betreut. Fallbesprechungen helfen, unterschiedliche Beobachtungen zu einem Bild zusammenzufügen. Hier einige Fragen zum Weiterdenken:

- Welches Fachwissen anderer Disziplinen (Geriatric, Psychiatrie) ist für Ihre Einschätzung hilfreich und wen können Sie hierfür ansprechen?
- Gibt es die Möglichkeit einer Fallbesprechung? Falls ja:
 - Wie gehen Sie mit Ihrer Schweigepflicht um (als Arzt/Ärztin, Pflegekraft, Seelsorger:in, Therapeut:in, Ehrenamtliche:r)?
 - Wenn Sie zum Beispiel als Ehrenamtliche:r etwas erfahren: Wo können Sie sich klärende Hilfe in Hinblick auf die Schweigepflicht holen?
- Welche eigene Vorstellung haben Sie vom Sterben im hohen Alter?
- In welcher Weise prägt Ihre eigene Einstellung Ihre professionelle Rolle?

Weiterführende Literatur

- Coenen-Marx C. (2018): Lebenssatt – das Leben satt. Vom guten Abschiednehmen im hohen Alter. https://www.seele-und-sorge.de/?page_id=3466 (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (Hrsg.) (2015): Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter. Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/broschuere_suizidpraevention_im_alter.pdf (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

V.7. WIE BESPRECHE ICH DAS THEMA IN MEINEM TEAM?

Methodische Hilfestellungen für die Vorbereitung zur Vermeidung von Fallstricken

Wird ein/e Mitarbeiter:in oder Ehrenamtliche:r auf das Thema Suizidassistenz angesprochen und besteht der Wunsch, dies im Team zu besprechen, kann es aufgrund von aktueller Arbeitsbelastung, Zeitdruck oder anderer Rahmenbedingungen schwierig sein, dieses Thema in Ruhe – und für die Mitarbeiter:innen hilfreich – zu besprechen. Deshalb macht es durchaus Sinn, das Thema bereits ohne konkreten Anlass im Vorfeld im Rahmen einer angekündigten Fortbildung oder Teambesprechung aufzugreifen (proaktive Fallbesprechung). Hierzu bedarf es jedoch aufgrund der Sensibilität des Themas einer guten Vorbereitung und einiger Vorüberlegungen.

So kann es beispielsweise sein, dass sich ein Hospizverein vor Jahren gegründet hat, um der Anfrage nach Suizidhilfe bewusst etwas entgegenzusetzen. Im Leitbild des Hospizvereins kann sich ein Satz finden wie: „Eine Beihilfe zum Suizid lehnen wir ab.“ Vor diesem Hintergrund kann es schwierig sein und Irritationen auslösen, wenn unvermittelt und unvorbereitet ganz „offen“ darüber gesprochen werden soll, ob nach einer gesetzlichen Änderung der Hospizverein nun im Einzelfall auch zu einer Suizidbeihilfe bereit wäre. So sollte darauf geachtet werden, dass (a) eine Gesprächsatmosphäre geschaffen wird, die jedem Einzelnen ermöglicht, seine Sichtweise einzubringen, ohne Repressalien fürchten zu müssen und (b) damit gerechnet werden, dass durch die Diskussion (ein bisher vermuteter einheitlicher) Wertekonsens des Teams zu zerbrechen droht. Diese Erfahrungen sind aus vergleichbaren Teamdiskussionen medizin-ethischer Konflikte als Phänomen bekannt und verdeutlichen die Notwendigkeit einer guten Vorbereitung.

Anregung für Vorüberlegungen

- Haben Sie innerhalb Ihres Teams bereits Erfahrung mit dem Austausch über Kernwerte Ihrer Arbeit?
- Kann eine externe Moderation bei diesem Thema entlastend und sinnvoll sein?

Beispiel 1:¹⁸

Wenn die Gruppe noch nicht gewohnt ist, kontrovers zu diskutieren, ist eine Einstimmung in das Thema wichtig. Fallen Sie nicht mit der Tür ins Haus, sondern nehmen Sie sich Zeit, um eine gute Gesprächsatmosphäre zu schaffen, etwa durch folgende Schritte: Geben Sie Regeln für den Austausch vor:

- Jede/r spricht einmal. Bevor eine Person zum zweiten Mal spricht, hat jede/r aus der Runde auch schon einmal gesprochen.
- Jede/r kann auch weitergeben. Niemand muss sprechen, aber jede/r erhält in jeder Runde dazu die Möglichkeit.
- Jede/r richtet die Aufmerksamkeit ganz auf die Person, die gerade spricht.

Geben Sie zunächst ein Thema vor, das nicht direkt mit Suizidhilfe zu tun hat, wie: „Meine drei wichtigsten Werte sind ...“, „Ich verbinde damit ...“ (zum Beispiel Bilder, Hoffnungen, Erinnerungen, ...).

Beispiel 2:

Besprechen Sie das Thema anhand der gemeinsamen Betrachtung eines Films, einer Dokumentation, der Lektüre eines schriftlichen Fallberichts oder Ähnlichem.

Beispiel 3: Pro-Kontra-Methode

Bei dieser Vorgehensweise teilen Sie die Gruppe in zwei beliebige Hälften. Beide Hälften der Gruppe sitzen sich gegenüber, der/die Moderator:in ordnet dem einen Gruppenteil die Pro-, dem anderen die Kontraposition zu. Nun hat jede Gruppe etwa 15 Minuten, Argumente für „ihre“ Position zu sammeln. Wichtig ist, dass die Teilnehmer:innen Argumente finden müssen, die die Position ihrer eigenen Gruppe stärkt und zwar völlig unabhängig davon, welche Position der/die Teilnehmer:in persönlich zu diesem Thema einnimmt!

¹⁸ Die Anregung verdanken wir Pfarrerin Jutta Rottwilm, Studienleitung Fachstelle Organisationsentwicklung, IPOS, Friedberg.

- Die Teilnehmer:innen schreiben die Argumente auf Karten oder bringen sie mündlich vor; der/die Moderator:in hält die Argumente auf einem Flipchart oder einer Pinnwand fest.
- Der/die Moderator:in weist im Verlauf der Sammlung mehrfach darauf hin, dass die vorgebrachten Argumente nicht mit der persönlichen Meinung des Vortragenden übereinstimmen müssen.
- In der nächsten Runde fordert der/die Moderator:in dazu auf, jene Aspekte und Facetten zu benennen, die die einzelnen Teilnehmer:innen für sich selbst neu entdeckt haben.

Die Pro-Kontra-Methode dient der Erkenntnis, dass es in jedem medizinethischen Konfliktfeld auch stichhaltige Argumente der Gegenseite gibt, die wertvoll für die eigene Urteilsbildung sind, und die Bereitschaft, diese anzuhören, einen offenen Diskurs ermöglicht.

V.8. UNTERSTÜTZUNG VON ANGEHÖRIGEN SUIZIDWILLIGER

In einer Studie wurden im Jahr 2020 Seelsorger:innen in der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers zu ihren Einstellungen und Erfahrungen in der seelsorglichen Begleitung eines assistierten Suizids befragt.¹⁸ Ein Ergebnis dieser Studie war, dass die Befragten sich vor allem eine Begleitung bei der Entscheidungsfindung wünschten sowie Hinweise für die Bestattung; daneben berichteten die Interviewten, überwiegend hätten die stattgefundenen Gespräche die Begleitung der Angehörigen zum Thema gehabt.

Menschen, die darüber nachdenken, ob sie assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollen, sorgen sich um ihre Angehörigen und fragen sich, ob und wie sie mit ihnen über ihre Wünsche und Ängste in Hinblick auf ihr Lebensende reden können. Darin unterscheiden sie sich nicht von anderen Menschen, die schwerstkrank sind oder bereits im Sterben liegen.

Nicht selten fällt es Familien und Nahestehenden schwer, über ihre möglichen Ängste und Sorgen am Lebensende offen und ehrlich zu sprechen. Das Reden über die letzten Dinge wird verdrängt, bis es nicht mehr geht. Manchmal machen sich auch Sterbende oder Angehörige etwas vor, um den anderen zu schützen oder weil sie ihn/sie nicht belasten wollen. Gefühle wie Angst, Ohnmacht, Unsicherheit, Wut, Verzweiflung oder auch Schuld können eine gelingende Kommunikation verhindern und Familien belasten, was unter Umständen so weit gehen kann, dass der Trauerprozess der Angehörigen erschwert wird.

Umso wichtiger ist es darum, die familiären Kommunikationsstrukturen im Blick zu haben und ressourcenorientiert die Sterbewilligen sowie ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, miteinander über das zu sprechen, was sie bewegt. Ein Patentrezept, wie, wo und wann so ein Gespräch stattfinden kann, gibt es nicht, weil jede Beziehung anders ist und jede Familie ihre eigene Art hat, wie sie miteinander kommuniziert.

18 Die Befragung wurde von Dr. Dorothee Arnold-Krüger und Dr. Julia Inthorn durchgeführt.

Begleitende können Suizidwillige und ihre Angehörigen lediglich dabei unterstützen, mit ihnen gemeinsam nach Wegen zu suchen, wie sie miteinander über ihre Wünsche und Sorgen reden können. So können sie etwa mit ihnen zusammen erarbeiten, worüber sie reden wollen und was sie dafür brauchen, damit die Kommunikation gelingen kann.

Anregung zur Eigenreflexion

- Wie leicht oder wie schwer fällt es Ihnen persönlich, mit Ihren Angehörigen über Ihre Wünsche und Sorgen für das eigene Lebensende zu sprechen?
- Welche biblischen Geschichten und Bilder könnten Ihnen in Gesprächen mit Suizidwilligen und deren Angehörigen eine Orientierungshilfe sein?
- Gibt es Fort- oder Weiterbildungen in seelsorglicher Gesprächsführung, die Sie besuchen könnten?

Weiterführende Literatur

- Borasio G. D. (2013): Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. C. H. Beck: München, 11. Auflage
- Dunphy J. (2020): Kommunikation mit Sterbenden. Praxishandbuch zur Palliative-Care-Kommunikation. Hogrefe: Göttingen, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage
- Gottschling S., Welsch K. (2019): Übers Sterben reden. Wie Kommunikation in schwierigen Situationen gelingt. Fischer: Frankfurt am Main, 2. Auflage

V.9. UNTERSTÜTZUNG DURCH (AMBULANTE) ETHISCHE FALLBESPRECHUNGEN

Wie für alle ethischen Konfliktsituationen, so kann auch beim Thema Suizidhilfe eine ethische Fallbesprechung durchgeführt werden. Viele Einrichtungen verfügen über Ethikkomitees oder Organisationsstrukturen, die zur Klärung ethischer Fragestellungen einbezogen werden können. Grundsätzlich gilt dabei, dass in der ethischen Fallbesprechung nicht vorgeschrieben wird, wie die einzelnen Personen zu handeln haben, sondern es soll durch eine fachlich qualifizierte Moderation den anfragenden Personen geholfen werden, die ethischen Probleme zu erkennen, diese zu benennen, mögliche Lösungsvorschläge zu diskutieren, um zu einer eigenen, selbstverantworteten Entscheidung zu gelangen.

Sinnvoll ist es, sich bereits im Vorfeld über die vor Ort gegebenen Strukturen zur Einberufung ethischer Fallbesprechungen zu informieren:

- Besitzt Ihre Einrichtung ein Ethikkomitee?
- Wer ist bei Ihnen für die Moderation ethischer Fallbesprechungen zuständig und kann angefragt werden?

Für den ambulanten Bereich hat die Landesärztekammer Hessen im Jahr 2016 den Verein Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V. gegründet.

<https://ambulante-ethikberatung-hessen.de/>

Kontakt von Montag bis Donnerstag: 8–16 Uhr, Freitag: 8–12 Uhr.

Derzeit gibt es im Raum der EKHN die folgenden drei Regionalgruppen, die eine kostenlose Beratung anbieten:

Regionalgruppe Marburg-Biedenkopf

Ansprechpartner: Dr. Kornelia Götze und Britta Thomé

Kontakt über die Bezirksärztekammer Marburg

Tel.: (06421) 48 70 054

E-Mail: lkmb@aebh.de

Regionalgruppe Frankfurt-Offenbach

Ansprechpartner: Boris Knopf und Thomas Ruhl

Kontakt über die Bezirksärztekammer Frankfurt

Tel.: (069) 97 67 27 11

E-Mail: frankfurt-offenbach@aebh.de

Regionalgruppe Hochtaunuskreis

Ansprechpartner: Dr. Peter Oldorf

Kontakt über den Pflegestützpunkt HTK im Landratsamt Bad Homburg

Tel.: (06172) 99 95 171

E-Mail: ethikberatung@hochtaunuskreis.de

Einen grundsätzlichen Überblick zur Arbeitsweise der ambulanten Ethikberatung und zur Unterstützung (und ihrer Grenzen) im Fall der Suizidhilfe bietet das Vortragsvideo von Prof. Dr. med. Fred Salomon beim Digitalen Hospiztag 2021: <https://www.youtube.com/watch?v=rY98jjaejjY&t=3s> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

V.10. MÖGLICHE KONFLIKTE IM ÖKUMENISCHEN TEAM

(zum Beispiel bei unterschiedlicher ethischer bzw. kirchlicher Bewertung)

Der Umgang mit dem Thema Suizidhilfe verlangt neben einer persönlichen Positionierung auch den Einbezug der Wertvorstellung des Trägers und der jeweiligen Berufsethik. Zusätzlich können auch religiöse und kirchlich-theologische Positionen dazu führen, dass innerhalb eines Teams Konflikte in Hinblick auf eine gemeinsame Linie im Umgang mit dem Thema Suizidhilfe auftreten. Diese Konflikte können grundsätzlicher Art sein (etwa komplette Ablehnung aus religiösen Gründen) bis hin zu unterschiedlichen Bewertungen eines Einzelfalls (grundsätzlich Offenheit für Grenzfälle, aber Ablehnung in diesem konkreten Fall). Es kann also sein, dass in einem ökumenischen Hospizverein ein Konflikt ausbricht, weil der eine Teil der Gruppe eine Suizidbegleitung aus religiösen Gründen für möglich erachtet und der andere Teil oder eine andere Person aus religiösen Gründen hier nicht mitgehen kann. An dieser Stelle kann und soll nicht dargestellt werden, welche Grundhaltungen es in den einzelnen Religionen und Religionsgemeinschaften zu dem Thema Suizidhilfe gibt, weil dies zum einen den Rahmen dieser Handreichung sprengen würde. Zum anderen gibt es „die“ evangelische, „die“ katholische oder „die“ jüdische Position nicht (siehe Kapitel I / Einleitung).

Konflikte können somit in ökumenischen Teams entstehen

- durch unterschiedliche Bewertungen durch evangelische Christ:innen,
- durch unterschiedliche Bewertungen durch evangelische und katholische Christ:innen,
- durch unterschiedliche Bewertungen zwischen Christ:innen und Atheist:innen,
- durch unterschiedliche Bewertungen in Verbindung mit anderen Religionen, etwa dem Islam.

Zudem kann es in stationären Einrichtungen und unter den Mitgliedern ehrenamtlicher Hospizteams zu Spannungen und Konflikten kommen, wenn Suizidwillige ihre ambivalenten Gefühle und Gedanken nur einzelnen Personen mitteilen, die aufgrund unklarer oder nicht bewusster religiöser Orientierung so darauf reagieren, dass sich der Suizidwillige bevormundet, abgewertet und verurteilt fühlt. Damit es nicht zu solchen Verletzungen kommt, ist es hilfreich,

wenn in Fallbesprechungen der Raum gegeben wird, auch solche oft als intim angesehenen Glaubenspositionen herauszuarbeiten und in einer achtsamen Weise auszutauschen.

Hier können sich als Glaubenspositionen unter anderem gegenüberstehen oder überschneiden:

- der Glaube an Gott, den Herrn über Leben und Tod, der allein den Todeszeitpunkt bestimmen darf;
- die Vorstellung, dass auch schwerstes, unerträglichstes Leiden einen Sinn hat als Chance zur Buße, Umkehr, Reue oder einem Sündenbekenntnis und der Mensch daher keinesfalls Leben verkürzen darf;
- das Verständnis des Evangeliums als Befreiungsbotschaft, die den Menschen erlöst und bevollmächtigt, über sein Leben in allen Phasen zu entscheiden und damit auch Ja zu sagen zu einer Lebensbeendigung bzw. Nein zur Fortsetzung unerträglichen Leidens;
- das grundlegende Bekenntnis zu einer seelsorgerlichen Begleitung und Anwesenheit in allen Lebensphasen;
- die Ablehnung, bei der suizidalen Handlung selbst anwesend zu sein;
- die Unterstützung durch Sakramente;
- die Verweigerung der Krankensalbung im Vorfeld einer geplanten suizidalen Handlung, wie der nachfolgende Textpassus (römisch-katholische Position) erläutert:¹⁹

„Wie die Spendung der Sterbesakramente unmittelbar vor der Begehung einer Selbsttötung aus ethischen und sakramententheologischen Erwägungen nicht zulässig ist, ist auch die Anwesenheit eines Seelsorgers oder einer Seelsorgerin während einer suizidalen Handlung nicht erlaubt. Eine solche Anwesenheit könnte als implizite moralische Billigung des Suizids missverstanden werden. Dies aber stünde im Widerspruch zum Evangelium und zum Gott des Lebens.“²⁰

¹⁹ Die Deutschen Bischöfe, Pastoralkommission, Nr. 51: „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38) – Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden. 23. Februar 2021. Verfügbar unter: (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

²⁰ Ebd., S. 31

Wenn widerstreitende Positionen innerhalb eines Teams bestehen, kann dies zu weiteren Konflikten führen, was die Vermittlung an einen Sterbehilfeverein betrifft. Die unterschiedlichen Sichtweisen und verschiedenen Grenzziehungen sollten darum offen besprochen werden.

Weiterführende Literatur

- Schardien S. (2007): Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Eine ökumenisch-ethische Untersuchung konfessioneller Positionen. Gütersloher Verlagshaus: Gütersloh.
- Klein M. (2020): Du darfst nicht töten. Du musst nicht leiden. Sterbehilfe im Judentum. https://www.deutschlandfunk.de/sterbehilfe-im-judentum-du-darfst-nicht-toeten-du-musst.886.de.html?dram:article_id=482894 (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
- Klein M. (2020): Das Leben gehört nicht dir allein. Selbstbestimmung am Lebensende: Islam. https://www.deutschlandfunk.de/selbstbestimmtam-lebensende-islam-das-leben-gehört-nicht.886.de.html?dram:article_id=482966 (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)

V.11. INFORMATIONSAUSTAUSCH MIT DEM KIRCHLICH-DIAKONISCHEN TRÄGER

Diakonische und kirchliche Einrichtungen befassen sich auf verschiedenen Ebenen intensiv damit, was das Urteil des Bundesverfassungsgerichts für ihre Einrichtungen und für die Menschen, die sie pflegen, begleiten oder betreuen, bedeutet. Sie sind herausgefordert, eine Haltung zu finden, wie sie mit möglichen Wünschen nach einem assistierten Suizid umgehen würden. Die Diakonie Deutschland hat darum im Jahr 2020 einen innerverbandlichen Diskussionsprozess eingeleitet, der es ermöglicht, sich mit dem Thema umfassend zu beschäftigen. Das Papier „Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid“ wurde im Verband im Rahmen verschiedener Veranstaltungen diskutiert. Ende 2021 wird die Diakonie Deutschland hierzu auch eine Handreichung herausgeben.

Nach einer ersten Einschätzung scheint es eine weitgehende Einigkeit innerhalb der Diakonie zu geben, dass der assistierte Suizid nur die sorgsam regulierte Ausnahme sein kann und über den besonderen Einzelfall hinaus nicht zur Regel werden darf. Einigkeit besteht weiterhin bezüglich eines größtmöglichen Respekts vor der persönlichen Gewissensentscheidung derjenigen, die um Assistenz gebeten werden. Ferner prüfen wir bzw. setzen uns dafür ein, dass auch Träger diakonischer Einrichtungen und Dienste die Beteiligung an einem assistierten Suizid für sich und ihre Mitarbeiter:innen ausschließen können.

In einem ersten Rundschreiben der Diakonie Deutschland zum Thema assistierter Suizid (1. Juni 2021) benennt der Bundesverband drei wichtige Ziele als Antwort auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Erstens muss die Suizidprävention maßgeblich verbessert werden. Die nun noch offener zutage tretenden Lücken und Schwächen der bisherigen staatlichen Vorkehrungen bezüglich gelingender Prävention gilt es dringend zu schließen. Zweitens muss der Ausbau der Palliativversorgung vorangetrieben werden. Das 2015 verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz war ein Schritt in die richtige Richtung, ging jedoch nicht weit genug. Drittens muss es eine qualifizierte Beratung von Menschen geben, die einen assistierten Suizid anstreben und nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht mehr einfach abgewiesen werden dürfen. Die Beratung muss eine echte Chance der Lebensbewahrung bieten.

Die EKD hat in einer Stellungnahme am 30. Januar 2021 deutlich gemacht, dass der Lebensschutz an erster Stelle steht. Der assistierte Suizid dürfe kein regelhaftes Angebot in kirchlichen und diakonischen Einrichtungen werden.

Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid

- Es ist sicherlich ratsam, sich mit dem Thema frühzeitig zu befassen, um eine eigene Haltung zu entwickeln. Hierbei können auch Beiträge aus den bereits gelaufenen Diskussionsprozessen eine Orientierung bieten. Informationen und Materialien zum innerevangelischen und -diakonischen Diskussionsprozess finden Sie auf diesen Internetseiten:
 - www.diakonie-gap.de/themen/sterben-und-trauer/beitraege-zum-thema-assistierter-suizid (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
 - www.diakonie-wissen.de/web/grp/assistierter-suizid (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
 - Digitaler Hospiztag 2021 <https://www.evangelische-akademie.de/mediathek/medien/?event=1019> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2021)
- Klären Sie, ob es für Ihr Team / Ihr Arbeitsfeld eine Handreichung oder Ähnliches zum Umgang mit der Frage der Suizidhilfe gibt.
- Hat Ihre Einrichtung (oder der zuständige Verband, die Dachorganisation, der Gesundheitskonzern) sich dazu geäußert?
- Haben Sie als Verantwortliche:r in der Einrichtung dafür gesorgt, dass eine Handreichung oder ein Positionspapier, das zu diesem Thema erstellt wurde, den Mitarbeiter:innen bekannt ist?

Weiterführende Literatur

- Evangelischer Pressedienst (2021): epd-Dokumentation, Sterbehilfe (1). Die Diskussion über mögliche Suizidassistenten in kirchlich-diakonischen Einrichtungen, 7/2021
- EKHN, EKKW, Diakonie Hessen (Hrsg.) (2021): Für(Sorge) am Lebensende. „Jesus Christus spricht: Ich lebe, und ihr sollt auch leben.“ Frankfurt/Main. https://www.diakonie-hessen.de/fileadmin/redaktion/03_Publikationen/Sterben_und_Trauer/fuersorge_lebensende_web.pdf (Die Handreichung ist zudem kostenlos als Printmedium erhältlich: www.diakonie-gap.de)
- Giebel A., Ataie J., Berger-Zell C. (Hrsg.) (im Druck): Selbstbestimmung und Lebensschutz – Ambivalenzen im Umgang mit der Beihilfe zur Selbsttötung. Hospiz-Verlag: Esslingen

V.12. SELBSTFÜRSORGE

Unterstützung und Reflexion durch strukturierte Nachbesprechung, Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE), Supervision, Balint-Gruppen für Ärzt:innen

Für viele Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen gehört der Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod – je nach Arbeitsplatz und Einsatzort – zum Berufsalltag. Wie auch in anderen Einrichtungen (Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst) wurde jedoch lange Zeit unterschätzt, dass einzelne Ereignisse besonders belastend sein können und auch von erfahrenen Mitarbeiter:innen nur schwer zu verkraften sind.

Grundsätzlich hat jeder Mensch Grenzen psychischer und physischer Belastbarkeit und jenseits dieser Grenze drohen körperliche Erkrankung oder Burn-out. Auch wenn der Belastungsgrad variiert und abhängig ist von der persönlichen Situation, der emotionalen Verfasstheit und den herrschenden Rahmenbedingungen, so kann nicht nur die Durchführung oder Verweigerung eines assistierten Suizids, sondern auch die Anfrage oder überhaupt die Thematisierung einer Suizidhilfe vom Einzelnen als besonders belastend erlebt werden.

Als hilfreiche Unterstützung für den Umgang mit derart belastenden Ereignissen hat sich die „Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen“ (SbE) bewährt. Diese ursprünglich in den USA entwickelte Methode des Critical Incident Stress Managements (CISM) wurde in den 1990er-Jahren in Deutschland aufgegriffen und deutschen Verhältnissen angepasst. Die SbE-Methode ist heute bundesweiter Standard, unter anderem für die Einsatznachsorge bei Feuerwehr, Rettungsdienst, THW und Polizei, und hat sich weltweit bewährt.

Hinweis auf Unterstützungsangebote

- IPOS: Liste mit Supervisor:innen
- Kontakt: Pfarrerin Dr. Carmen Berger-Zell
Zentrum Seelsorge und Beratung der EKHN
Kaiserstr. 2, 61169 Friedberg
Tel.: (06031) 16 29 58
Fax: (06031) 16 29 51
E-Mail: carmen.berger-zell@ekhn.de

VI. ANHANG

Mitglieder der AG Medizinethik in der EKHN (in alphabetischer Reihenfolge)

Pfarrer Oliver Albrecht, Propst für Rhein-Main
(Vertreter der Kirchenleitung in der AG)
Schwalbacher Straße 6, 65185 Wiesbaden
Tel.: (0611) 14 09 800
Fax: (0611) 14 09 899
E-Mail: propstei.rhein-main@ekhn.de

PfarrerIn Dr. Carmen Berger-Zell
(Organisatorische Leitung der AG)
Zentrum Seelsorge und Beratung der EKHN
Kaiserstraße 2, 61169 Friedberg
Tel.: (06031) 16 29 58
Fax: (06031) 16 29 51
E-Mail: carmen.berger-zell@ekhn.de

Prof. Dr. Alexander Dietz
Professor für Systematische Theologie und
Diakoniewissenschaft
Hochschule Hannover, Fakultät V
Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover
E-Mail: alexander.dietz@hs-hannover.de

PfarrerIn Kerstin Mann
Klinikseelsorge Asklepios Paulinen Klinik
Geisenheimer Straße 10, 65197 Wiesbaden
Tel.: (0611) 84 72 210
E-Mail: kerstin.mann@ekhn.de

PfarrerIn Bettina Marloth
PfarrerIn für Alten-, Kranken- und Hospizseelsorge
und FachberaterIn für Inklusion in der Propstei
Nord-Nassau
Evangelisches Dekanat an der Dill
Am Hintersand 15, 35745 Herborn
Tel.: (02772) 58 34 200
E-Mail: inklusion.nord-nassau@ekhn.de

Sabine Nagel, M. A. Palliative Care
Leiterin der Hospizfachstelle
Bad Homburger Hospiz-Dienst e. V.
Gluckensteinweg 50, 61350 Bad Homburg
Tel.: (06172) 86 86 868
Fax: (06172) 86 86 854
E-Mail: sabine.nagel@hospizdienst-
bad-homburg.de

Renate Sandforth, Ärztin
Mitglied der Kirchensynode der EKHN
Musikantenweg 34, 60316 Frankfurt
E-Mail: renatesandforth@web.de

Pfarrer Prof. Dr. Kurt W. Schmidt
(Sprecher der AG)
Zentrum für Ethik in der Medizin
am Agaplesion Markus Krankenhaus
Wilhelm-Epstein-Straße 4,
60431 Frankfurt am Main
Tel.: (069) 95 33 25 55
E-Mail: kurt.schmidt@ekhn.de

Pfarrer Christian Wiener, Supervisor (DGFP)
Altenheimseelsorge im Dekanat Kronberg
Georg-Rückert-Straße 2, 65812 Bad Soden
Tel.: (06196) 20 11 29
E-Mail: christian.wiener@ekhn.de

**AG Medizinethik im Auftrag der
Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau**

Sprecher: Pfarrer Prof. Dr. Kurt Schmidt

Zentrum für Ethik in der Medizin am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS

Wilhelm-Epstein-Straße 4 – 60431 Frankfurt am Main

Telefon 069 9533-2555 – Fax 06171 912423

kurt.schmidt@ekhn.de – <http://zem.ekhn.de>

Geschäftsführung: Pfarrerin Dr. Carmen Berger-Zell

Zentrum Seelsorge und Beratung

Kaiserstraße 2 – 61169 Friedberg

Telefon 06031 162950 – Fax 06031 162951

carmen.berger-zell@ekhn.de – <http://zsb-ekhn.de>

Gestaltung: Brunk-Design, Dagmar Brunk