

Lebensperspektiven schaffen.
Ethische Leitlinie zum Umgang mit
assistiertem Suizid

Inhalt

1.	Begriffsdefinitionen.....	5
1.1.	Todes- und Selbsttötungswünsche	5
1.2.	Suizid, assistierter Suizid und ärztlich assistierter Suizid.....	6
1.3.	Sterbenlassen und Sterbebegleitung.....	7
2.	Normative Grundlagen: Autonomie und Selbstbestimmung.....	8
3.	Ethische Positionierung der Malteser	10
3.1.	Suizidprävention in Malteser Einrichtungen und Diensten	11
3.2.	Das Verhalten von Malteser Verbund, Einrichtungs- und Dienstleitungen gegenüber Personen und Organisationen, die sich zur Suizidassistenz bereit erklären und/oder anbieten.....	11
3.3.	Umgang mit Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern von Malteser Einrichtungen und Diensten im Kontext von Suizidbeihilfe	11
3.4.	Seelsorgliche Begleitung und psychosoziale Unterstützung	12
3.5.	Kommunikation innerhalb der Malteser Einrichtungen und Dienste.....	12
4.	Empfehlungen.....	13
4.1.	Umgang mit Suizidprävention in den Malteser Einrichtungen und Diensten	13
4.1.1.	Wie sollte mit Todeswünschen von betreuten und begleiteten Personen oder dem Wunsch nach Suizidassistenz umgegangen werden?	13
4.1.2.	Welche Angebote zur Suizidprävention können Einrichtungen und Dienste bereithalten?	14
4.1.3.	Welche Rolle hat Ethikberatung im Umfeld von Todes- oder Suizidwünschen?	15
4.1.4.	Welche Rolle kommt der Beratung zur Patientenverfügung bzw. der gesundheitlichen Versorgungsplanung bei der Suizidprävention zu?	15
4.1.5.	Wie können Hospiz- und Palliativangebote sowie Trauerbegleitung suizidpräventiv wirken?.....	16
4.2.	Ausschluss von Angeboten der Suizidassistenz in Malteser Einrichtungen und Diensten	16
4.2.1.	Kann ein assistierter Suizid in Malteser Einrichtungen und Diensten ausgeschlossen werden?	16
4.2.2.	Dürfen haupt- oder ehrenamtliche Mitarbeitende unter Berufung auf ihre Gewissensfreiheit Beihilfe zum Suizid in Malteser Einrichtungen und Diensten leisten?	16
4.2.3.	Ist es mit einer haupt- oder ehrenamtlichen Tätigkeit bei den Maltesern zu vereinbaren, sich außerhalb des Dienstrahmens öffentlich für assistierten Suizid zu engagieren?	17

4.2.4.	Soll Suizidassistenz durch Dritte in Malteser Einrichtungen und Diensten geduldet werden?	17
4.2.5.	Wie soll mit Personen mit Suizidabsichten umgegangen werden, wenn sie an der Inanspruchnahme einer Suizidassistenz festhalten?	19
4.3.	Verhalten von Malteser Verbund, Einrichtungs- und Dienstleitungen gegenüber Personen bzw. Organisationen, die zur Suizidhilfe bereit sind oder diese anbieten	19
	Welches Vorgehen wird empfohlen, wenn sich eine Sterbehilfeorganisation in einer Einrichtung/bei einem Dienst oder direkt bei Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten, Gästen und Klientinnen und Klienten meldet und ihre Dienste anbietet?.....	19
4.4.	Umgang mit Kooperationspartnern von Einrichtungen und Diensten.....	20
	Welches Vorgehen wird empfohlen, wenn externe Kooperationspartner (zum Beispiel Hausärztinnen und Hausärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten) Suizidassistenz in Malteser Einrichtungen oder Diensten anbieten?	20
4.5.	Seelsorgliche Begleitung und psychosoziale Unterstützung	20
4.5.1.	Wie sollte in Malteser Einrichtungen und Diensten eine seelsorgliche Begleitung bei Todeswünschen, suizidalen Absichten oder durchgeführten Suiziden gestaltet werden?.....	20
4.5.2.	Sollte eine seelsorgliche Begleitung auch bei einer Durchführung des assistierten Suizids erfolgen?	21
4.5.3.	Seelsorgliche Begleitung und andere psychosoziale Unterstützungsangebote für Mitarbeitende	21
4.6.	Wie sollten Mitarbeitende zu Grenzfragen am Lebensende geschult werden?	22
4.7.	Kommunikation.....	22
4.7.1.	Welche Informationen zum Suizid und zur Suizidbeihilfe sollten im Einzugs- bzw. Aufnahmeprozess vermittelt werden?	22
4.7.2.	Wie sollte innerhalb der Einrichtung bzw. des Dienstes nach einem Suizid kommuniziert werden?.....	22
4.7.3.	Wie sollte außerhalb der Einrichtung bzw. des Dienstes nach einem Suizid kommuniziert werden?.....	23
	Literatur	24

Einleitung

In seinem Urteil vom 26.02.2020 zum in § 217 Abs. 1 StGB niedergelegten Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst, das laut BVerfG die Freiheit einschließt, sich das Leben zu nehmen. Das Urteil spricht von der Entscheidung zum Suizid „als Akt autonomer Selbstbestimmung [, der] von Staat und Gesellschaft zu respektieren [ist].“¹ Dies schließt die Freiheit ein, hierfür die Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen. Niemand könne jedoch, so das Bundesverfassungsgericht, dazu verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.² Die Regelung der assistierten Selbsttötung stehe indes im Spannungsverhältnis verschiedener verfassungsrechtlicher Schutzaspekte: Neben der Pflicht des Staates, zu gewährleisten, dass Menschen mit Suizidabsichten ihr Leben selbst beenden und hierfür Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen können, müsse der Staat andererseits auch die Autonomie solcher Personen gewährleisten und „das hohe Rechtsgut Leben (.) schützen“³.

Dieses Urteil hat direkte Auswirkungen auf die Malteser Einrichtungen und Dienste. Mit dem Thema Suizid und Suizidassistenz sind z.B. die Bereiche Krankenhaus, Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospizdienste und Demenzdienste, des Weiteren die Jugendhilfe, Migrationshilfe und andere Dienste konfrontiert.

Die Malteser verstehen unter dem Schutz von Autonomie zunächst den Schutz des Lebens als notwendige und unabdingbare Voraussetzung für personale Autonomie und die sich hierin begründende Würde des Menschen. Dies hat zur Folge, dass die Malteser in ihren Einrichtungen und Diensten allen Menschen, insbesondere einsamen, schwachen und kranken Menschen, die aufgrund ihrer Lebenssituation besonders verletzlich sind, einen geschützten Raum für das Leben anbieten und zudem in der Gesellschaft für den Schutz des menschlichen Lebens eintreten. In den Malteser Einrichtungen und Diensten werden Suizidgedanken und -wünsche ernst genommen und Personen mit Suizidabsichten mit Respekt und Empathie begegnet. Gleichwohl hilft der Malteser Verbund als katholische Träger-Organisation weder bei der Vorbereitung noch bei der Durchführung eines Suizids, noch unterstützt er eine Suizidassistenz durch Dritte.

In der vorliegenden Leitlinie legen die Malteser ihre Argumente dar und begründen ihr Konzept für einen geschützten Raum für das Leben, der vor allem beinhaltet, Menschen mit Suizidabsichten Handlungsalternativen zu eröffnen. Die Leitlinie greift ethische Fragen auf, die im Umgang mit diesen Menschen und ihrer Bitte um assistierten Suizid auftreten.

¹ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, S. 1.

² Vgl. ebd. S. 2.

³ Ebd.

Hierzu werden nachfolgend zunächst das Handlungsfeld anhand von Begriffsdefinitionen abgesteckt (Kapitel 1) und die normativen Grundlagen insbesondere anhand einer Bestimmung der Begriffe der Autonomie und Selbstbestimmung dargelegt (Kapitel 2). Nachfolgend wird das Spektrum relevanter ethischer Fragen dargestellt (Kapitel 3) und ethisch reflektierte Empfehlungen für den Umgang mit Fragen, die in der Praxis bei dem Wunsch nach Suizid und Suizidbeihilfe auftreten, formuliert (Kapitel 4).

1. Begriffsdefinitionen

1.1. Todes- und Selbsttötungswünsche

Todeswünsche beschreiben „ein komplexes Phänomen, das in seinen Ursachen, Bedeutungen und Konsequenzen sehr unterschiedlich zu betrachten ist“⁴. Todeswünsche, die z.B. nach Mitteilung einer gravierenden Diagnose im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen oder in palliativen Situationen auftreten oder sich in Lebenskrisen anderer Art entwickeln, in denen die Betroffenen sich zuspitzende Belastungen und Konflikte erleben, sind nicht ungewöhnlich. Gründe für Todeswünsche können „physische, psychologisch-emotionale, soziale Faktoren und ein Gefühl des Verlustes der Selbstwirksamkeit“⁵ sein. Ein Kennzeichen von Todeswünschen ist oftmals deren Unstetigkeit und Ambivalenz, die in einem Wechselverhältnis von Todeswunsch und gleichzeitig bestehendem Lebenswunsch und Lebenswillen besteht. Häufig sind Todeswünsche keine genuinen (Selbst-)Tötungswünsche, sondern ein Ausdruck dafür, dass sich eine betroffene Person nach dem baldigen Ende einer als leidvoll erlebten Situation sehnt, die sie selbst aus eigenem Antrieb oder mit eigenen Mitteln nicht verändern kann. Ein geäußelter Todeswunsch bedeutet meist, dass die betroffenen Personen unter den gegebenen aktuellen Umständen nicht mehr weiterleben wollen. Damit steht im Vordergrund oftmals nicht primär der Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, sondern die Wahrnehmungen und/oder die Angst, die aktuelle Lebenssituation weder ertragen noch selbstständig ändern zu können, die schließlich zu der Konsequenz führen können, einen Suizid als Ausweg zu erwägen. Die belastenden Faktoren solcher Lebenssituationen können jedoch u.U. verändert werden, so dass den betroffenen Personen ihr Weiterleben wieder möglich wird.⁶

Gleichwohl können sich Todeswünsche in Stufen kontinuierlich von der „Akzeptanz des Todes im Sinne von Lebensattheit, dem Hoffen auf baldigen Beginn des Sterbeprozesses mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung bis hin zur akuten Suizidalität“⁷ entwickeln, die mit einem zunehmenden Handlungsdruck hin zu einer (bewusst geplanten) Selbsttötung

⁴ S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung von 2020, S. 414.

⁵ Vgl. ebd. S. 414.

⁶ Vgl. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung, Stand 16.09.2021, S. 6.

⁷ S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung von 2020, S. 413.

verbunden ist. Unter dem Begriff der Suizidalität lassen sich „alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf Tötung des eigenen Lebens ausgerichtet sind, (...) fassen“⁸.

Als ein grundlegendes Merkmal für Suizidalität ist allerdings die Ambivalenz hinsichtlich des Wunsches zu sterben oder zu leben festzuhalten.⁹

Die Einflussfaktoren für Suizidalität sind vielfältig und sowohl auf der Ebene des Individuums als auch der Gesellschaft, des Nahumfelds der betroffenen Personen und insbesondere persönlicher Beziehungen verortet: „Suizidalität ist ein Phänomen, welches sich in menschlichen Beziehungen entwickelt, sich in Beziehungen ereignet und durch die Erfahrungen in Beziehungen auch verändert.“¹⁰ Auslöser für solche als krisenhaft erlebten Situationen können die Trennung von einem Partner, der Verlust einer Arbeitsstelle, Ängste vor Autonomieverlust im Alter oder eine schwere Erkrankung sein.¹¹ Häufig treten diese krisenhaften Situationen begleitet von psychischen Erkrankungen auf, aber auch außerhalb von psychischen Störungen.¹² Dies bedeutet jedoch nicht zwingend, dass die Freiverantwortlichkeit eingeschränkt sein muss.¹³

Allerdings können gesellschaftliche Veränderungen und Erwartungen dazu führen, dass in bestimmten Situationen Druck entsteht, der autonome Entscheidungen des Individuums beeinflussen kann.¹⁴ Auch vor diesem Hintergrund bleibt es fraglich, unter welchen Umständen Suizidalität als ein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit aufgefasst werden kann, da sie durch kognitive Einengung, durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not sowie durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folge bestimmt sein kann.¹⁵

1.2. Suizid, assistierter Suizid und ärztlich assistierter Suizid

Als Suizid wird ein Akt der bewussten und vollendeten Selbsttötung bezeichnet.¹⁶ Unter assistiertem Suizid oder Suizidbeihilfe oder Suizidassistenz versteht man die Unterstützung

⁸ Lindner, Reinhard: Männersuizid – psychodynamische Aspekte, in: Blickpunkt DER MANN 2008; 6 (1), S. 32-36 (S. 32).

⁹ Vgl. Schneider, Barbara, Vortrag Deutscher Ethikrat, 17.12.2020.

¹⁰ Lindner, Reinhard, Vortrag Deutscher Ethikrat, 17.12.2021

Vgl. Vorläufige Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zu den Gesetzentwürfen zum assistierten Suizid, November 2022, S. 2.

<https://www.bundestag.de/resource/blob/923644/5bda1e13e9763f403d4d3dd56204d13a/Schneider-data.pdf> [02.05.2023]

¹² Bis zu 90 % der vollendeten Suizide werden mit einer psychischen Störung in Verbindung gebracht. Vgl. World Health Organization (Hrsg.) (2014): Preventing Suicide. A Global Imperative, S. 43. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056> [02.05.2023].

¹³ Vgl. Vorläufige Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zu den Gesetzentwürfen zum assistierten Suizid, November 2022, S. 2.

¹⁴ Vgl. Klesse, Raimund/ Teising, Martin/ Lewitzka, Ute u.a.: Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch? Das Konzept der „freien“ Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden, in: psychosozial 45 Jg. (2022) Heft III (N. 169), S. 3-32 (S.3).

¹⁵ Vgl. Wolfersdorf, Manfred/ Etzersdorfer, Elmar: Suizid und Suizidprävention. Stuttgart 2011, S. 104.

¹⁶ Zu Begriffsdefinitionen s.a. Stellungnahme des Ethikrates im Bistum Trier „Assistierter Suizid“, 2016.

eines Menschen mit Suizidabsichten bei der Durchführung seiner Selbsttötung. Aus der Perspektive einer Suizidbeihilfe handelt es sich um eine Beihilfe zur Selbsttötung bzw. um Suizidassistentz. Diese kann vielfältige Formen haben und z.B. in der Beschaffung oder Zubereitung eines tödlich wirkenden Mittels, in der Anleitung der Handhabung dieses Mittels oder in der Vermittlung bzw. Begleitung zu Dienstleistern einer organisierten Suizidbeihilfe bestehen. In Deutschland sind die Selbsttötung und daraus folgend auch die Beihilfe zur Selbsttötung nicht strafbar. Bis zum Februar 2020 war allerdings die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe nach § 217 StGB rechtswidrig und strafbar. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 26.02.2020 ist das strafrechtliche Verbot einer geschäftsmäßigen Suizidassistentz für verfassungswidrig erklärt worden und somit ebenfalls gegenwärtig nicht mehr strafbar.

Der entscheidende Unterschied zwischen der Beihilfe zum Suizid (Suizidassistentz) und einer Tötung auf Verlangen besteht darin, dass im ersteren Fall die Tatherrschaft bei der Person mit Suizidabsichten liegt, d.h. diese den letzten zum Tod führenden Akt selbst ausführt.

Besonders diskutiert wird der ärztlich assistierte Suizid, bei dem eine Ärztin oder ein Arzt auf der Grundlage und im Rahmen ihres bzw. seines ärztlichen Berufs Suizidbeihilfe leistet. Der Deutsche Ärztetag hat in Konsequenz aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 die berufsrechtlichen Regelungen der Bundesärztekammer für Ärztinnen und Ärzte zur Suizidbeihilfe geändert, indem das standesrechtliche Verbot der Hilfe zur Selbsttötung im Jahre 2021 aus der Musterberufsordnung gestrichen wurde. Gleichzeitig bleibt allerdings nach Auffassung des Bundesärzteschlusses „ärztliches Handeln von einer lebens- und gesundheitsorientierten Zielrichtung geprägt“¹⁷, und die Hilfe zur Selbsttötung gehört weiterhin nicht zum Aufgabenspektrum der Ärzteschaft; beim (ärztlich) assistierten Suizid handelt es sich nicht um eine medizinisch indizierte Maßnahme, die dem oben skizzierten Muster von klinischen Therapieentscheidungen folgt.

Gegenstand kontroverser Diskussionen ist die Frage, ob eine normativ relevante Grenze zwischen der Beihilfe zum Suizid und der Duldung einer durch Dritte vollzogenen Suizidassistentz gezogen werden kann. Dies betrifft insbesondere enge Sorgebeziehungen, wie etwa die ärztliche Behandlung oder die Pflege von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern. So erhebt sich die Frage, ob eine Duldung, etwa durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten oder anderen Ressourcen, letztendlich immer eine moralisch relevante Mitwirkung an der Selbsttötung bedeutet oder ob eine Duldung grundsätzlich von einer Mitwirkung getrennt werden kann.

1.3. Sterbenlassen und Sterbebegleitung

Der Handlungskontext der Suizidbeihilfe ist abzugrenzen von Sterbenlassen durch Behandlungsverzicht der Patientin bzw. des Patienten sowie durch ärztliches und

¹⁷ Beschlussprotokoll des 124. Deutschen Ärztetags, TOP IVb Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Änderung des § 16 MBO-Ä, S.2.

pflegerisches Handeln zum einen im Sinne einer Einschränkung von Behandlungsmaßnahmen bei einer fehlenden auf Heilung ausgerichteten Indikation mit der Folge des Beginns des Sterbeprozesses und zum anderen von dem sich abzeichnenden Lebensende, wenn der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat.

Abzugrenzen von einer Suizidbeihilfe ist auch die Sterbebegleitung bzw. der Sterbebeistand. Es besteht Konsens, dass der Sterbeprozess nicht durch Maßnahmen verlängert werden darf, für die keine medizinische Indikation besteht. Zudem hat jeder Mensch das Recht, die Aufnahme oder die Weiterführung einer medizinischen Behandlung abzulehnen. In solchen Fällen kann eine palliative Behandlung und Begleitung in den Vordergrund treten. Diese Entscheidung wird im klinischen Kontext als Therapiezieländerung bezeichnet.

Auch die palliative Behandlung richtet sich streng nach den Kriterien der medizinischen Indikation und der Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten. Sie stellt kein resignatives Aufgeben, sondern eine vorwiegend symptomorientierte pflegerische und ärztliche Behandlung dar, mit der den Patientinnen und Patienten in einem absehbaren oder begonnenen Sterbeprozess eine unterstützende Behandlung am Ende des Lebens angeboten wird. Hierzu gehören eine konsequente Schmerztherapie, die körperliche Pflege, die Linderung von Angst und Atemnot sowie insbesondere auch menschliche Zuwendung und seelsorglicher Beistand.¹⁸ Bestimmte palliativtherapeutische Maßnahmen, etwa eine notwendige Schmerztherapie, können das Risiko implizieren, dass durch die Maßnahmen ein vorzeitiger Tod bei den behandelten Patientinnen und Patienten eintritt. Da eine solche Möglichkeit eine nicht intendierte und nicht gänzlich vermeidbare Nebenwirkung bei einer medizinisch indizierten Handlung darstellt, ist es weitreichend akzeptiert, dass eine solche Handlungsweise ethisch gerechtfertigt ist.

2. Normative Grundlagen: Autonomie und Selbstbestimmung

In der Bundesrepublik Deutschland stellen die Achtung und der Schutz der Würde des Menschen das oberste Moralprinzip und zugleich das oberste Rechtsprinzip dar. Die Würde des Menschen gründet in dem Vermögen des Menschen, durch Vernunft sein Handeln planen und bestimmen zu können und damit Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen. Dieses Vermögen wird als Autonomie (gr. auto = selbst, nomos = Gesetz; Selbstgesetzgebung) verstanden, und die hierin gründende Würde kommt jedem Menschen unterschiedslos zu. Praktischer Ausdruck der Autonomie sind dem Menschen zukommende Eigenschaften wie Selbstbestimmung, Urteilsfähigkeit, Verstehen, Freiwilligkeit und Authentizität.¹⁹ Häufig werden nach alltäglichem Begriffsverständnis und auch in vielen medizinethischen Zusammenhängen die Begriffe der Autonomie und Selbstbestimmung synonym verwendet. Gleichwohl beschreibt die *Autonomie* in der philosophischen Tradition die Verfasstheit des Menschen als vernunftbegabtes und moralfähiges Wesen und somit als Person, wohingegen die *Selbstbestimmung* die praktische Manifestation der Autonomie der

¹⁸ Vgl. Stellungnahme des Ethikrates im Bistum Trier „Assistierter Suizid“, 2016, S. 8.

¹⁹ Vgl. Beauchamp, Tom/ Childress, James: Principles of Biomedical Ethics, Oxford 2019, S. 99-154.

Person bezeichnet, die jedoch von äußeren Bedingungen abhängen kann. Autonomie als ein jedem Menschen zukommendes Vermögen kennt demnach keine Einschränkungen oder Abstufungen, hingegen die Selbstbestimmung sehr wohl.²⁰ Selbstbestimmung als praktische Verwirklichung von Autonomie ist keineswegs als individualistische Selbstbezogenheit zu verstehen, sondern ist als Voraussetzung für moralisches Handeln immer auf den anderen Menschen und auf die Beziehung zur Lebenswelt gerichtet.

Beispiele für eine eingeschränkte Selbstbestimmung bei uneingeschränkt fortbestehender Autonomie können besonders in bestimmten Lebenssituationen erkannt werden, in denen Menschen auf die Unterstützung anderer angewiesen sind, etwa in Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Alter.

In einer Beziehung, in der Menschen auf andere angewiesen sind, ist es daher von fundamentaler Bedeutung, dass ihre Autonomie geachtet und geschützt wird, indem Selbstbestimmung weitestgehend ermöglicht wird. Eine solche Beziehung muss daher von einer „selbstbestimmungsermöglichenden Sorge“²¹ getragen sein. Notwendige und unabdingbare Voraussetzung für Autonomie und Selbstbestimmung ist zunächst das Leben des Menschen. Daher muss das Leben als ein fundamentales Gut ebenfalls einer hohen Achtung und einem hohen Schutz unterliegen. Wenn man davon ausgeht, dass sich selbstbestimmtes Handeln gegen das eigene Leben richten kann und wenn hierfür die Hilfe Dritter in Anspruch genommen werden soll, muss in einer solchen Situation zumindest eingehend geprüft werden, inwieweit die betreffende Person tatsächlich selbstbestimmt handelt, ferner, inwieweit die Helfer eine moralische (Mit-)Verantwortung für die Handlung übernehmen.

Die Grundlage für Autonomie und Selbstbestimmung und eine hierin gründende besondere Würde des Menschen findet sich in ähnlicher Weise in der Auffassung des Christentums, das diese Würde allerdings mit der Gottebenbildlichkeit des Menschen begründet. Selbstbestimmung ist demnach eingebunden in die Beziehung zu Gott und zu den anderen Menschen, die alle Kinder Gottes sind. Nach diesem Verständnis ist „die recht verstandene Idee der Autonomie (...) untrennbar mit der Verpflichtung auf das für alle Menschen verbindliche Gewissen („Sittengesetz“) verbunden (.). Dieses gebietet die unbedingte Achtung des menschlichen Lebens und damit eine umfassende Fürsorge für die Schwächsten.“²² Insbesondere in der Diskussion um den assistierten Suizid kritisieren die Deutschen Bischöfe eine Verwechslung von Autonomie mit Autarkie. Die Schweizer Bischofskonferenz macht in ihrer Orientierungshilfe „Seelsorge und assistierter Suizid“ zudem deutlich, dass jede Entscheidung, auch die, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, soziale Konsequenzen und Auswirkungen auf die ethischen Normen einer Gesellschaft habe: „Denn im entscheidenden Moment sind Schwerkranke mit dem Beispiel derer konfrontiert, die den assistierten Suizid als vorteilhaft für die eigene Person und für die Gesellschaft

²⁰ Vgl. Beckmann, Jan Peter: Autonomie: Aktuelle ethische Herausforderungen der Gesellschaft, Freiburg 2021.

²¹ Vgl. Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, 2016.

²² Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz: „Bleibt hier und wacht mit mir.“ Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Bonn 2021, S. 15.

betrachten.“²³ Somit weisen auch die Bischöfe auf das Problem hin, dass ein gesellschaftlicher Druck ausgeübt werden könnte, in problematischen und ökonomisch belastenden Situationen aus dem Leben zu scheiden.

Selbstbestimmung bezeichnet demnach nicht ein unbeschränkt selbstbezogenes Handeln, sondern Handeln findet immer in sozialen Bezügen statt und unterliegt einer diesbezüglichen Verantwortung. Insofern wirken sich auch ein Suizid sowie Suizidbeihilfe auf das jeweilige Umfeld aus. Insbesondere in der Gemeinschaft in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen ist die Situation gegeben, dass der Tod und die Umstände des Todes von Mitbewohnerinnen und -bewohnern sowie Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden und Auswirkungen auf alle Personen haben, die in der Einrichtung leben, arbeiten oder diese regelmäßig besuchen. Dies gilt gerade auch bei einem Suizid und bei assistiertem Suizid.

Würden diese genannten Beziehungsstrukturen und Verantwortungszusammenhänge außer Acht gelassen, läge es nahe, den Suizid als eine selbstverständliche „emanzipatorische Selbsttechnik“²⁴ zu begreifen. Eine Fokussierung auf eine so verstandene Selbstbestimmung birgt allerdings die Gefahr, eine Entscheidung insbesondere von kranken, leidenden und sterbenden Menschen gegen den Suizid gegen den Vorwurf ihrer emanzipatorischen Unfähigkeit rechtfertigen zu müssen. Dies könnte eine Aufkündigung der gesellschaftlichen Solidarität mit diesen Menschen zur Folge haben. Eine weitere Folge könnte darin bestehen, dass der Suizid als selbstverständliche Norm aufgefasst würde und damit ein unterschwelliger oder gar offener Druck auf Kranke und Schwache entstehen könnte, zur "Entlastung" ihrer Mitwelt von der Möglichkeit der Suizidassistenz Gebrauch zu machen. Das Bundesverfassungsgericht verweist in seinem Urteil auf stetig wachsende Zahlen von Suizidassistenz in der Schweiz und Töten auf Verlangen in den Niederlanden und Belgien.²⁵ Auch wenn diese Daten nicht vorschnell gedeutet werden sollten, besteht die Gefahr, dass mit dem vermehrt in Anspruch genommenen Angebot von Suizidassistenz ein gesellschaftlicher Gewöhnungseffekt mit Risiken für die individuelle Freiheitsausübung entstehen könnte.²⁶

3. Ethische Positionierung der Malteser

Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit Suizid und Suizidbeihilfe ergeben sich insbesondere im Hinblick auf (1) die Suizidprävention in Malteser Einrichtungen und Diensten, (2) das Verhalten von Malteser Verbund, Einrichtungs- und Dienstleitungen gegenüber Personen und Organisationen, die zur Suizidassistenz bereit sind oder diese anbieten sowie (3) den Umgang mit Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern

²³ Seelsorge und assistierter Suizid. Eine Orientierungshilfe für die Seelsorge der Schweizer Bischofskonferenz, 2019, S. 7.

²⁴ Macho, Thomas: Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne, Berlin 2017, S. 8.

²⁵ Vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. S. 72f.

²⁶ Vgl. Deutscher Ethikrat: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, 2022, S. 117.

von Einrichtungen und Diensten im Kontext von Suizidbeihilfe. Ferner stellen sich Fragen nach (4) der seelsorglichen Begleitung und psychosozialen Unterstützung sowie (5) der Kommunikation innerhalb der Malteser Einrichtungen und Dienste.

3.1. Suizidprävention in Malteser Einrichtungen und Diensten

Aufgrund ihrer christlichen und weltanschaulichen Überzeugungen unterstützen die Malteser nicht bei der Vorbereitung eines Suizids, lehnen ihre Beteiligung bei der Durchführung eines Suizids ab und dulden eine Suizidassistenz in ihren Einrichtungen und Diensten nicht, auch nicht durch Dritte. Die Malteser respektieren Menschen, die den Wunsch nach Suizid äußern. Aufgrund ihrer Überzeugungen legen die Malteser den Fokus auf die Bereitstellung eines „geschützten Raumes“. In diesem sind insbesondere kranke, leidende und sterbende Menschen vor oben genannten möglichen problematischen gesellschaftlichen Einflussnahmen geschützt, zudem wird auf ihre individuellen und aktuellen Lebenssituationen differenziert eingegangen. Insofern stellen die Malteser ihr Konzept eines geschützten Raumes in den Kontext der Suizidprävention. Im Sinne einer umfassenden „Kultur der Lebensbejahung“²⁷ sollte „der gesamte Alltag des Zusammenlebens (...) mit all seinen Abläufen, Routinen und Rahmenbedingungen so organisiert sein, dass keine suizidaffine bzw. suizidförderliche Atmosphäre entstehen kann bzw. ihr Entstehen höchst unwahrscheinlich wird“.²⁸

3.2. Das Verhalten von Malteser Verbund, Einrichtungs- und Dienstleitungen gegenüber Personen und Organisationen, die sich zur Suizidassistenz bereit erklären und/oder anbieten

Vor dem Hintergrund der oben genannten ethischen Argumente stellen die Malteser ihre Mitarbeitenden, Einrichtungen, Dienste und andere Ressourcen für die Durchführung eines Suizids durch Dritte nicht zur Verfügung. Damit bieten die Malteser den ihnen anvertrauten Personen einen geschützten Raum, in dem Suizidassistenz nicht durchgeführt wird.

3.3. Umgang mit Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern von Malteser Einrichtungen und Diensten im Kontext von Suizidbeihilfe

Die Ablehnung von Suizidassistenz in Einrichtungen und Diensten der Malteser wirkt sich in gleicher Weise auf die Kooperationen mit anderen Partnerinnen und Partnern der Malteser aus. Diese können in Einrichtungen der Malteser und umgekehrt können Malteser in Einrichtungen von Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern tätig werden. Hierzu gehören z.B. externe Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Hospizdienste, Pflegeeinrichtungen etc. Das Konzept des geschützten Raumes beinhaltet, dass Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner in den Einrichtungen der Malteser

²⁷ Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin – und des Deutschen Caritasverbands zu drei Gesetzesentwürfen betreffend die Regulierung der Suizidassistenz, November 2022, S. 3. <https://www.bundestag.de/resource/blob/923386/f46922ae28eaa4ffa784d0a69ec58ba9/Kommissariat-der-dt-Bischoefe-data.pdf> (03.05.2023]

²⁸ Rixen, Stephan: Rechtliche Zulässigkeit des Verbots der Suizidhilfe in katholischen Einrichtungen, in: Gesundheitsrecht. Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht, Jg. 22 (2/2023), S.72.

keine Handlungen durchführen können, die im Zusammenhang mit einem assistierten Suizid stehen. Umgekehrt werden sich die Malteser Dienste nicht an Handlungen in den Einrichtungen von Kooperationspartnern beteiligen, die im Kontext einer Suizidassistenz stehen. Die Malteser respektieren die Behandlungsfreiheit und die freie Arztwahl. Eine Suizidassistenz stellt allerdings keine ärztliche oder pflegerische Maßnahme dar und lässt sich mit der christlichen und weltanschaulichen Grundhaltung der Malteser und den in ihren Einrichtungen und Diensten gelebten „Kultur der Lebensbejahung“ nicht vereinbaren. Daher lehnen die Malteser strukturelle Angebote der Suizidassistenz in eigenen sowie deren Unterstützung in kooperierenden Einrichtungen und Diensten ab.

3.4. Seelsorgliche Begleitung und psychosoziale Unterstützung

Mit dem Konzept eines geschützten Raumes verbindet sich ein Angebot einer intensiven Beziehung zu den Personen mit Suizidabsichten, die insbesondere Seelsorgende sowie haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende der psychosozialen Dienste einschließt. Daher halten die Malteser diese Angebote vor und sorgen dafür, dass sie für Personen, die Todeswünsche äußern, unmittelbar zur Verfügung stehen.

3.5. Kommunikation innerhalb der Malteser Einrichtungen und Dienste

Ein Gespräch über einen Todeswunsch kann ein sehr persönliches Geschehen darstellen, das zwischen dem bzw. der Betroffenen und einer einzelnen weiteren Person geführt wird. Das Konzept eines geschützten Raumes beinhaltet in solchen Fällen, dass diese Informationen in der Regel möglichst mit Einwilligung der Betroffenen dem Team der Einrichtung bzw. des Dienstes mitgeteilt und dort besprochen werden. Die Mitarbeitenden sollten dem Betroffenen sensibel kommunizieren, dass sie mit dieser Nachricht nicht allein gelassen werden können. Auch für das Team und die gesamte Einrichtung bzw. den gesamten Dienst ist es von erheblicher Bedeutung, dass Todeswünsche von versorgten anvertrauten Personen frühzeitig reflektiert und mögliche situative Gründe im Team eruiert und wenn möglich verändert werden können. Zudem können gegebenenfalls auch Mitarbeitende das Angebot einer professionellen Unterstützung benötigen, etwa in Form einer kollegialen Beratung, einer Supervision des Teams oder einer seelsorglichen Begleitung.²⁹ Insofern wird das Ziel verfolgt, einerseits den Schutz des Vertrauensverhältnisses zu wahren und andererseits den bzw. die Mitarbeitenden vor der Belastung durch den alleinigen Umgang mit einer gravierenden Entscheidung zu schützen und daher möglichst mit Einwilligung des bzw. der Betroffenen den Kreis der in die situationsspezifische Kommunikation mit den Betroffenen einbezogenen Mitarbeitenden in der Einrichtung bzw. dem Dienst sensibel zu erweitern.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich für die Malteser die Verpflichtung, Strukturen vorzuhalten, in denen Mitarbeitende unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste sich über das Thema des Suizids bzw. der Suizidassistenz untereinander austauschen können. Es bestehen bereits etwa der Malteser Ethik-Beirat, die Ethikkomitees, die Netzwerke Ethik und

²⁹ Vgl. S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung von 2020, S. 115.

der Bereich Seelsorge, der Malteser Hospizbeirat und Vernetzungsstrukturen im Bereich der Hospizarbeit.

Zu einer transparenten Kommunikation gehört, dass die Malteser ihre christlichen und weltanschaulichen Überzeugungen sowie das Konzept eines geschützten Raumes im Hinblick auf Suizidassistenz allen Personen erläutern und begründen, die in eine Malteser Einrichtung einziehen oder Malteser Dienste in Anspruch nehmen. Dies gilt in gleicher Weise für Mitarbeitende, die in Malteser Einrichtungen oder Diensten arbeiten oder eingestellt werden.

4. Empfehlungen

4.1. Umgang mit Suizidprävention in den Malteser Einrichtungen und Diensten

4.1.1. Wie sollte mit Todeswünschen von betreuten und begleiteten Personen oder dem Wunsch nach Suizidassistenz umgegangen werden?

Die Malteser nehmen Menschen mit Suizidwünschen, die in ihren Einrichtungen und Diensten betreut und begleitet werden, ernst und suchen den Dialog mit ihnen. Dabei steht im Vordergrund, über die Gründe für einen Suizidwunsch mit den Betroffenen in einen Gesprächsprozess zu treten, der das Ziel hat, ihre Suizidwünsche zu reflektieren. In diesem Prozess werden vor allem die Faktoren in den Blick genommen, die zu dem Suizidwunsch beitragen, und die Frage untersucht, wie solchen Faktoren im Einzelfall begegnet werden kann.

Vor dem Hintergrund der oben dargelegten Konzepte der Autonomie und Selbstbestimmung der Person geht es dabei insbesondere um eine Sicherstellung von selbstbestimmtem Handeln bzw. Offenlegung versteckter Faktoren, die ein selbstbestimmtes Handeln einschränken. In jedem Einzelfall wird gemeinsam mit den Betroffenen nach Wegen gesucht, die für sie ein selbstbestimmtes Weiterleben ermöglichen würden.

Die Haltung gegenüber Menschen mit Todeswünschen sollte zugewandt und respektvoll sein. Dabei gilt der Respekt nicht dem Todeswunsch als solchem, sondern der Person, und bedeutet nicht, dem Ansinnen einer selbst herbeigeführten aktiven Beendigung des Lebens zuzustimmen oder dabei Hilfe zu leisten. Weder sollten geäußerte oder wahrgenommene Todeswünsche bagatellisiert oder beschwichtigt noch moralisch verurteilt oder dramatisiert werden. Wesentlich für den Respekt gegenüber der Person ist es, für weitere Maßnahmen, etwa die Einbeziehung anderer Personen in die Kommunikation, die Zustimmung des bzw. der Betroffenen einzuholen.

Die Malteser sollten die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Mitarbeitende darauf vorbereitet werden, nach ihrer individuellen Möglichkeit mit Betroffenen über Todeswünsche ins Gespräch zu kommen. Das Ansprechen von Todeswünschen wird durch die Betroffenen oftmals bereits als entlastend erlebt und kann eine suizidpräventive Wirkung haben. Dabei kommt es nicht auf eine professionelle Wortwahl an, sondern darauf, in

Beziehung zu den Betroffenen zu treten, aus einer lebensbejahenden Haltung heraus Fragen zu stellen und Lebensbindungen einfühlsam zu erspüren und zu stärken. Zum Umgang mit Todeswünschen sollten die Malteser Schulungsangebote für Mitarbeitende entwickeln und zur Verfügung stellen.

Die Grundhaltung in der Kommunikation mit der betroffenen Person sollte offen und transparent sein. Es sollten keine falschen Versprechungen gemacht und nicht hinter dem Rücken der Betroffenen gehandelt werden. Dabei sollten Mitarbeitende der betroffenen Person die eigenen Grenzen der beruflichen Kompetenz spiegeln und möglichst versuchen, die Zustimmung der Betroffenen zu erhalten, das Team der Mitarbeitenden einzubinden. Andere Professionen und ggf. das persönliche Umfeld des Betroffenen können in den Prozess nur mit Zustimmung des Betroffenen einbezogen werden.

In jedem Fall befinden sich Menschen mit Suizidgedanken bzw. -absichten in einer existentiellen Krise.³⁰ Wenn sich abzeichnet, dass sich ein Todeswunsch verstetigt oder intensiviert, sollte, wenn möglich mit Einwilligung des bzw. der Betroffenen, eine fachärztliche Untersuchung veranlasst werden. Hinweise auf psychische Störungen müssen fachärztlich bestätigt oder ausgeschlossen werden.

Ziel sollte es sein, Todeswünsche von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern, Gästen oder Klientinnen und Klienten, wenn möglich mit Einwilligung der Betroffenen, im Team zu besprechen. In Akutfällen sollten gefährliche Gegenstände oder Medikamente entfernt und die betroffenen Personen nicht allein gelassen, Kolleginnen und Kollegen informiert, (Not-)Ärztinnen und Ärzte, Polizei, sozialpsychiatrische Fachdienste, ggf. Ordnungsamt oder Amtsgericht eingeschaltet werden. Sollte eine Indikation für eine stationäre Einweisung vorliegen, sollte diese – im Idealfall mit der Zustimmung der Betroffenen – erfolgen.

4.1.2. Welche Angebote zur Suizidprävention können Einrichtungen und Dienste bereithalten?

Auf Ebene der Einrichtungen und Dienste sollten Netzwerkstrukturen zur Suizidprävention aufgebaut werden, die sowohl interne als auch externe Unterstützungs-, Hilfs- und Beratungsangebote aus den Bereichen Pflege, ärztlicher Dienst, Seelsorge, Psychologie und Psychiatrie, Ethikberatung, palliative und hospizliche Angebote, Trauerbegleitung, Krisenintervention, Familien- und Lebensberatung, Selbsthilfegruppen und auch Unterstützungsangebote für Zugehörige einschließen. Zielgruppen sind neben Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern, Gästen, Klientinnen und Klienten auch Zugehörige sowie Mitarbeitende. Diese Unterstützungsstrukturen sollten bekannt gemacht und die Verfahrenswege beschrieben und hinterlegt werden. Insbesondere für Mitarbeitende in der pflegerischen, ärztlichen, therapeutischen und psychosozialen Versorgung, in der

³⁰ Vgl. Vorläufige Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zu den Gesetzentwürfen zum assistierten Suizid, November 2022. S. 2.
<https://www.bundestag.de/resource/blob/923644/5bda1e13e9763f403d4d3dd56204d13a/Schneider-data.pdf>
[02.05.2023]

hospizlichen Begleitung, und für Seelsorgende und Führungskräfte sollte ein Schulungskonzept zum Thema Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität entwickelt und angeboten werden.

4.1.3. Welche Rolle hat Ethikberatung im Umfeld von Todes- oder Suizidwünschen?

Bei konkretisierten Todeswünschen (z.B. Freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit) und bei der Äußerung von Suizidabsichten sollte immer eine Ethikberatung in Form einer Ethischen Fallbesprechungen durchgeführt werden. Dabei sollte angestrebt werden, wenn möglich die betroffenen Personen und deren Zugehörige in den Beratungsprozess einzubinden. Die Ethikberatung kann auch unterstützend tätig werden, wenn ein Team selbst durch einen Suizidwunsch belastet ist und den Wunsch nach Hilfe äußert, und sollte hierfür zur Verfügung stehen. Die Malteser sollten hierfür die notwendigen Voraussetzungen schaffen.

4.1.4. Welche Rolle kommt der Beratung zur Patientenverfügung bzw. der gesundheitlichen Versorgungsplanung bei der Suizidprävention zu?

Die Beratung zur Patientenverfügung und die gesundheitliche Versorgungsplanung (gVp) haben das Ziel, die Selbstbestimmung zu stärken, die Lebensqualität zu verbessern und so Ängsten vor Über-/Untertherapie, Schmerzen und Kontrollverlust insbesondere in der letzten Lebensphase zu begegnen. Mit der Möglichkeit, lebensverlängernde Maßnahmen abzulehnen und so den Sterbeprozess einzuleiten bzw. dem Sterbeprozess seinen Lauf zu lassen, kann Suizidwünschen vorgebeugt werden bzw. können diese an Bedeutung verlieren.

Da im Rahmen der Beratung Fragen zum assistierten Suizid aufkommen können, sollten die Beraterinnen und Berater die Malteser Positionierung vermitteln können, im Umgang mit Todeswünschen geschult und darüber informiert sein, welche internen und externen Kolleginnen und Kollegen sie im Sinne der Suizidprävention mit Zustimmung der Ratsuchenden in den Beratungsprozess einbinden können.

In einer Patientenverfügung kann für einen späteren Zeitpunkt der Nichteinwilligungsfähigkeit über ärztlich indizierte Maßnahmen durch eine Vorausverfügung entschieden werden. Als Voraussetzung für einen assistierten Suizid nennt das Bundesverfassungsgericht die Freiverantwortlichkeit des bzw. der Betroffenen. Eine Freiverantwortlichkeit liegt nicht mehr vor, wenn eine Patientenverfügung greift und die Patientin bzw. der Patient daher nicht mehr einwilligungsfähig ist. Die Beratung zur Patientenverfügung und die gesundheitliche Versorgungsplanung sollten klar und ausdrücklich abgegrenzt werden von Beratungsangeboten im Kontext (möglicher zukünftiger) gesetzlicher Regelungen zum assistierten Suizid.

4.1.5. Wie können Hospiz- und Palliativangebote sowie Trauerbegleitung suizidpräventiv wirken?

Die Hospizarbeit, Palliativversorgung und Trauerbegleitung gründen auf der Idee, durch ganzheitliche Zuwendung Voraussetzungen zu schaffen, die Menschen bis zuletzt ein Leben in Würde ermöglichen. Diese Idee beinhaltet, den schwerstkranken, trauernden und sterbenden Menschen in seiner physischen, psychischen und spirituellen Dimension wahr- und anzunehmen, ohne dass sein Leben künstlich verlängert oder verkürzt wird. Eine solche umfassende und dabei angemessene medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung schafft Rahmenbedingungen, die die Lebensqualität so verbessern, dass Todeswünsche oftmals gar nicht erst entstehen bzw. bestehende Todeswünsche in den Hintergrund treten und neue Lebensperspektiven eröffnet werden.³¹

4.2. Ausschluss von Angeboten der Suizidassistenz in Malteser Einrichtungen und Diensten

4.2.1. Kann ein assistierter Suizid in Malteser Einrichtungen und Diensten ausgeschlossen werden?

Auch wenn die Malteser ausschließen, dass Mitarbeitende Suizidassistenz leisten oder diese vermitteln, und in Malteser Einrichtungen und Diensten eine Beihilfe zum Suizid durch Dritte nicht geduldet wird, kann eine Suizidassistenz durch Dritte aus praktischen Gründen nicht mit Sicherheit verhindert werden. Zum Recht auf Privatheit von Bewohnerinnen und Bewohnern gehören auch der Empfang von Besucherinnen und Besuchern sowie die Möglichkeit, private ungestörte Zeit zu verbringen. Dieses Recht darf nicht einem Generalverdacht der Suizidassistenz durch Dritte untergeordnet werden, auch wenn dies bedeutet, dass potenziell ohne Kenntnis der Mitarbeitenden ein assistierter Suizid mit Unterstützung Dritter geplant und in der Einrichtung durchgeführt werden könnte. Sollte der Eindruck entstehen, dass Suizidabsichten bestehen, sollten Betroffene darauf angesprochen werden (siehe 3.5 und 4.1.1).

4.2.2. Dürfen haupt- oder ehrenamtliche Mitarbeitende unter Berufung auf ihre Gewissensfreiheit Beihilfe zum Suizid in Malteser Einrichtungen und Diensten leisten?

Haupt- und ehrenamtliche Malteser Mitarbeitende müssen die Position der Malteser zum assistierten Suizid kennen, die in den Einrichtungen und Diensten der Malteser sowohl die Beihilfe zum Suizid durch Mitarbeitende als auch die Suizidassistenz durch Dritte ausschließt. Die Bereitschaft, diese Position mitzutragen, ist Grundlage der Tätigkeit und des Engagements in Einrichtungen und Diensten der Malteser. Assistierter Suizid durch Mitarbeitende oder unter Vermittlung von Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Diensten der Malteser sollte über eine Vereinbarung wie z.B. einen Verhaltenskodex ausgeschlossen werden.

³¹ Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (Hrsg.): Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. Inhaltliche und methodische Anregungen zur Diskussion und zur Meinungsbildung vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zu § 217 StGB, 2021, S. 3.f.

4.2.3. Ist es mit einer haupt- oder ehrenamtlichen Tätigkeit bei den Maltesern zu vereinbaren, sich außerhalb des Dienstrahmens öffentlich für assistierten Suizid zu engagieren?

Malteser Mitarbeitende werden von Dritten auch außerhalb des Dienstrahmens als solche wahrgenommen. Ein öffentliches Eintreten für assistierten Suizid von haupt- oder ehrenamtlichen Mitarbeitenden, z.B. bei Veranstaltungen oder als Mitglied oder Unterstützer eines Sterbehilfvereins, kann, auch wenn dies außerhalb des Dienstrahmens geschieht, in der Wahrnehmung durch Dritte nicht von der ausgeübten haupt- oder ehrenamtlichen Tätigkeit bei den Maltesern getrennt werden. Deshalb sollten die Malteser z.B. im Rahmen von Informations- und Schulungsveranstaltungen dafür werben, dass haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitende im außerdienstlichen Umfeld nicht öffentlich gegen die hier vorgelegte Leitlinie zur Suizidassistenz eintreten.

Dies betrifft nicht den Kontext eines assistierten Suizids im privaten Umfeld bei Familienmitgliedern oder nahestehenden Personen außerhalb des Dienstrahmens.

4.2.4. Soll Suizidassistenz durch Dritte in Malteser Einrichtungen und Diensten geduldet werden?

Nach aktueller Rechtsprechung ist Suizidassistenz, auch wenn sie geschäftsmäßig, das heißt mit der Möglichkeit einer wiederholten Durchführung ausgeübt wird, nicht strafbar. Insoweit ist auch eine Duldung von Suizidassistenz grundsätzlich nicht strafbar. In Bezug auf die Duldung einer Suizidassistenz durch Dritte in Malteser Einrichtungen oder Diensten ergeben sich jedoch drei Problemstellungen, die eine Duldung ausschließen: (1) die Garantenstellung durch Mitarbeitende der Einrichtung bzw. des Dienstes, (2) der Zusammenhang von Duldung und Mitwirkung sowie (3) die Auswirkungen auf andere Bewohnerinnen und Bewohner, Patientinnen und Patienten, Gäste, Klientinnen und Klienten, Zugehörige und Mitarbeitende.

(1) Insbesondere Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte in Malteser Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern haben aufgrund ihrer Profession eine besondere Hilfsverpflichtung bzw. Garantenstellung gegenüber den von ihnen betreuten pflegebedürftigen Personen sowie Patientinnen und Patienten. Die Duldung von Suizidassistenz durch Dritte kann dazu führen, dass nicht beteiligte Mitarbeitende in Malteser Einrichtungen und Diensten im Verlauf des assistierten Suizids bewussthlose Personen vorfinden. Da für die Mitarbeitenden in dieser Situation unklar sein kann oder Zweifel bestehen können, ob es sich den gesetzlichen Bestimmungen nach um einen freiverantwortlichen Entschluss zum Suizid bzw. überhaupt um einen Suizid handelt, bestünde die Notwendigkeit und aufgrund der Garantenstellung auch die Pflicht zur Wiederbelebung und Auslösen der Rettungskette. Würde keine Hilfe gewährt, könnte eine Strafbarkeit wegen Tötung durch Unterlassen bestehen. Die Garantenpflicht für Mitarbeitende könnte nur dann entfallen, wenn im Vorfeld Zweifel an der Freiverantwortlichkeit der Suizidabsicht und der Tatherrschaft des bzw. der Betroffenen ausgeräumt würden, z.B. möglicherweise in Zukunft nach entsprechender gesetzlicher

Regelung durch einen Nachweis über einen Abschluss eines festgeschriebenen prozeduralen Verfahrens zur Suizidassistenz. Der BGH hat im Jahr 2019 entschieden, dass „in Fällen des freiverantwortlichen Suizids der Arzt, der die Umstände kennt, nicht mit strafrechtlichen Konsequenzen verpflichtet werden (kann), gegen den Willen des Suizidenten zu handeln“³². Vor diesem Hintergrund sollten im Notfall und bei unklarem Patientenwillen eine Wiederbelebung erfolgen und der Rettungsdienst alarmiert werden.

(2) Insbesondere im Bereich von Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Migrations- und Jugendhilfe, Hospizen und Krankenhäusern kann eine Duldung einer durch Dritte durchgeführten Suizidassistenz aufgrund der engen Versorgungsbeziehung und des Schutzes von Mitbewohnerinnen und -bewohnern, Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden nicht hinreichend von einer Mitwirkung unterschieden werden. So ist im Vorfeld eines durch Dritte begleiteten assistierten Suizids etwa ein Informationsaustausch und Absprachen der Einrichtung mit der die Suizidabsicht verfolgenden Person sowie den Personen bzw. Organisationen, die zur Suizidhilfe bereit sind oder diese anbieten, und zudem eine entsprechende Dokumentation notwendig. Ggf. müssen Räumlichkeiten für Gespräche zwischen der betroffenen Person und den assistierenden Personen und für die Durchführung des assistierten Suizids zur Verfügung gestellt werden, etwa bei Unterbringung im Doppelzimmer. Zudem müsste ggf. die Grundpflege vor und während des assistierten Suizids auf die besonderen Bedarfe bei assistiertem Suizid in Bezug auf Ernährung, Medikation und pflegerische Maßnahmen während des Sterbeprozesses abgestimmt und Mitarbeitende entsprechend unterwiesen bzw. geschult werden. Weitere Notwendigkeiten, die sich für die Einrichtungen ergeben, sind die Kommunikation mit und das Angebot von psychosozialer Unterstützung für alle von der Suizidassistenz Betroffenen. Schließlich liegt die Versorgung des Leichnams bis zur Übergabe an ein Bestattungsinstitut in der Verantwortung von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Hospizen.

Vor diesem Hintergrund gelingt es nicht, eine Duldung von durch Dritte durchgeführte Suizidassistenz in Malteser Einrichtungen und Diensten von einer Form der Mitwirkung an der Selbsttötung abzugrenzen.

Zudem widerspricht die Duldung eines im Verantwortungsbereich der Malteser durchgeführten assistierten Suizids der christlichen und weltanschaulichen Überzeugung der Malteser.

(3) Insbesondere in der engen Gemeinschaft, die in Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Migrations- und Jugendhilfe herrscht, ist die Planung und Durchführung eines assistierten Suizids keine ausschließlich private Angelegenheit. „Der (assistiert vollzogene) Suizid hat Folgen für das Netz der Beziehungen, die die verstorbene Person in der Einrichtung gepflegt hat und andere dort mit ihr gepflegt haben.“³³ Gelangt die Planung und

³² BGHSt vom 03.07.2019 / 5 StR 132/18.

³³ Rixen, Stephan: Rechtliche Zulässigkeit des Verbots der Suizidhilfe in katholischen Einrichtungen, in: Gesundheitsrecht. Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht, Jg. 22 (2/2023), S.75.

Durchführung eines assistierten Suizids Bewohnerinnen und Bewohnern, für die die Einrichtungen der Malteser eine besondere Verantwortung tragen, sowie Zugehörigen und Mitarbeitenden zur Kenntnis, kann dies zu unerwünschten Konsequenzen führen. Diese können von Unruhe über Widerstände, Verunsicherung und Ängste, psychosoziale Belastungen, Auseinandersetzungen, Vertrauensverlust, Gewissenskonflikte bis hin zu Nachahmungseffekten reichen.

Auch aus diesem Grund schließen Malteser Einrichtungen die Duldung eines assistierten Suizids durch Dritte aus und stellen gerade für die Personengruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten, Gästen sowie Klientinnen und Klienten einen geschützten Raum für das Leben dar, in dem diese gegen mögliche Tendenzen einer gesellschaftlichen Normalisierung von assistiertem Suizid abgesichert sind.

4.2.5. Wie soll mit Personen mit Suizidabsichten umgegangen werden, wenn sie an der Inanspruchnahme einer Suizidassistenz festhalten?

Es sollte gegenüber allen Beteiligten eine frühzeitige Kommunikation über den Ausschluss von assistiertem Suizid in Malteser Einrichtungen und Diensten erfolgen. Bereits im Vorfeld des Einzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung, eine Einrichtung der Jugend- bzw. Migrationshilfe oder ein Hospiz sollte im Gespräch die Position der Malteser zum Thema assistierter Suizid kommuniziert werden. Auch im Heim- bzw. Hospizvertrag sollte festgehalten werden, dass die Möglichkeit eines assistierten Suizids in der Einrichtung nicht mit der christlichen und weltanschaulichen Grundhaltung der Malteser vereinbar ist: Weder leisten die Mitarbeitenden der Einrichtung Suizidassistenz noch wird Suizidassistenz durch Dritte in Malteser Einrichtungen geduldet.³⁴ Wenn sich trotz intensiver Bemühungen von Einrichtung und Mitarbeitenden, Alternativen zum assistierten Suizid aufzuzeigen und die Lebensbindung zu stärken, bei der betroffenen Person die Absicht zum assistierten Suizid verfestigt, sollte die Person auf die vereinbarten Regeln hingewiesen und gebeten werden, den Suizid nicht in der Einrichtung durchzuführen.

4.3. Verhalten von Malteser Verbund, Einrichtungs- und Dienstleitungen gegenüber Personen bzw. Organisationen, die zur Suizidhilfe bereit sind oder diese anbieten

Welches Vorgehen wird empfohlen, wenn sich eine Sterbehilfeorganisation in einer Einrichtung/bei einem Dienst oder direkt bei Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten, Gästen und Klientinnen und Klienten meldet und ihre Dienste anbietet?

Die Malteser Einrichtungen und Dienste stellen einen vor Suizidassistenz geschützten Raum zur Verfügung, in denen Suizidassistenz weder durch Mitarbeitende durchgeführt noch die Durchführung durch Dritte geduldet wird. Jegliche Zusammenarbeit mit Organisationen, die Suizidhilfe anbieten, wird abgelehnt. Diese Position schließt auch das Auslegen von entsprechendem Werbematerial oder die Durchführung von Informationsveranstaltungen durch Sterbehilfeorganisationen oder Privatpersonen in Einrichtungen der Malteser aus.

³⁴ Vgl. ebd., S. 79.

Sollte der Kontakt zur Sterbehilfeorganisation durch Personen mit Suizidgedanken bereits erfolgt sein, sollte gegenüber den Organisationen bzw. Personen, die die Suizidhilfe durchführen, die Position der Malteser und die Gründe für den Ausschluss von Suizidassistenten in der Einrichtung bzw. dem Dienst deutlich gemacht und die Durchführung verboten werden.

4.4. Umgang mit Kooperationspartnern von Einrichtungen und Diensten

Welches Vorgehen wird empfohlen, wenn externe Kooperationspartner (zum Beispiel Hausärztinnen und Hausärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten) Suizidassistenten in Malteser Einrichtungen oder Diensten anbieten?

Die Einrichtungs- bzw. Dienstleitung sollte gegenüber allen kooperierenden Partnerorganisationen die Malteser Position zum assistierten Suizid proaktiv vorstellen und zudem verdeutlichen, dass die Durchführung von Suizidassistenten durch Dritte in der Einrichtung bzw. dem Dienst nicht geduldet wird. Ferner sollten alle kooperierenden Partnerorganisationen über suizidpräventive Maßnahmen, Unterstützungsangebote und Ansprechpersonen informiert werden. Sollte von kooperierenden Personen das Ziel der Suizidassistenten dennoch weiterverfolgt werden, sollten diese nachdrücklich dazu aufgefordert werden, die Durchführung des assistierten Suizids in der Malteser Einrichtung zu unterlassen. Gegebenenfalls muss erwogen werden, die Kooperation zu beenden und ein Hausverbot auszusprechen³⁵.

Bei kooperierenden Partnerorganisationen, mit denen schriftliche Verträge oder Vereinbarungen bestehen, sollte der Ausschluss von Suizidassistenten in den Vertrag zusätzlich aufgenommen werden.

Bewohnerinnen und Bewohner, Patientinnen und Patienten sowie Gäste in einem Hospiz haben freie Arzt- und Therapeutenwahl, die die Malteser selbstverständlich respektieren und nachdrücklich befürworten. Sofern diese allerdings Suizidassistenten anbieten, müssen die Malteser bzw. die Einrichtung allen Beteiligten mit Verweis auf die Position der Malteser und die entsprechenden Begründungen unmissverständlich mitteilen, dass eine Suizidassistenten innerhalb der Malteser Einrichtung ausgeschlossen ist.

4.5. Seelsorgliche Begleitung und psychosoziale Unterstützung

4.5.1. Wie sollte in Malteser Einrichtungen und Diensten eine seelsorgliche Begleitung bei Todeswünschen, suizidalen Absichten oder durchgeführten Suiziden gestaltet werden?

Seelsorgerinnen und Seelsorger sollten sich grundsätzlich wie alle am Versorgungs-, Pflege- und Betreuungsgeschehen Beteiligten intensiv mit Fragen über Todeswünsche, Suizidabsicht, Lebensbilanz etc. auseinandersetzen und vertraut machen. Seelsorgerinnen und Seelsorger sollten sich zudem mit dem Handlungsfeld von Suizidprävention und dem Umgang mit Todeswünschen vertraut gemacht haben. Die Grundhaltung der Seelsorge sollte in jedem Fall vorurteilsfrei sein, allerdings das menschliche Leben als ein

³⁵ Vgl. ebd., S. 78.

fundamentales Gut und seinen Schutz als Verpflichtung begreifen. Die grundlegende Möglichkeit der Änderung des Todeswunsches und einer Suizidabsicht sollte auch im Rahmen der Seelsorge beachtet werden.

4.5.2. Sollte eine seelsorgliche Begleitung auch bei einer Durchführung des assistierten Suizids erfolgen?

Die Deutsche Bischofskonferenz schließt eine Anwesenheit einer Seelsorgerin oder eines Seelsorgers während einer suizidalen Handlung aus. „Eine solche Anwesenheit könnte als implizite moralische Billigung des Suizids missverstanden werden. Dies aber stünde im Widerspruch zum Evangelium und zum Gott des Lebens.“³⁶ Die Schweizer Bischofskonferenz versucht in ihrer Handreichung aus dem Jahr 2019, Spielräume für eine möglichst weitgehende Begleitung von Personen mit suizidalen Absichten zu eröffnen. Zwar könne es vorkommen, „dass eine Begleitungsverweigerung in einigen Situationen ein adäquates Mittel wäre, um darauf zu hoffen, dass die Person ihre Entscheidung mit Hilfe des Heiligen Geistes revidiert. Dennoch sind Christinnen und Christen dazu angehalten, sich zu jenen Menschen zu begeben, die sich am Rande des Lebens befinden. Es ist die Liebe zu diesen Menschen, mit ihrem Anspruch nach Wahrheit und Gerechtigkeit, die dieser Haltung zugrunde liegt.“³⁷ Im Papier der Schweizer Bischofskonferenz wird die Anwesenheit einer Seelsorgerin oder eines Seelsorgers beim Akt des Suizids selbst ausgeschlossen, ist aber möglich in dem Zeitraum zwischen dem suizidalen Akt und dem Eintritt des Todes.³⁸

Im Einzelfall sollte eine wohlüberlegte und bewusste Entscheidung über eine adäquate Begleitung erfolgen.

4.5.3. Seelsorgliche Begleitung und andere psychosoziale Unterstützungsangebote für Mitarbeitende

In Malteser Einrichtungen und Diensten kann der Wunsch nach assistiertem Suizid bzw. ein durchgeführter (assistierter) Suizid bei Mitarbeitenden, Zugehörigen, Mitbewohnerinnen und -bewohnern ambivalente Reaktionen auslösen. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn über Jahre enge Beziehungen aufgebaut wurden: Die Ambivalenzen können schwanken zwischen Verständnis für die Entscheidung der Person und einer Ablehnung der Handlung aufgrund persönlicher und eigener berufsspezifischer Wertvorstellungen. Überdies kann der Wunsch nach Begleitung und Beistand sowie das Bedürfnis nach Äußerungsmöglichkeiten bestehen. Auch können Schuldgefühle oder (Selbst-)Vorwürfe bei Mitarbeitenden und Zugehörigen entstehen, dem bzw. der Betroffenen zu wenig zur Seite gestanden zu haben. Daher sollten Mitarbeitende sowohl im Vorfeld bei geäußerten Suizidwünschen als auch gegebenenfalls nach stattgefundenem (assistiertem) Suizid Raum und Zeit haben, über ihre Fragen und Gefühle zu sprechen. Dies kann in Teambesprechungen, in Form von seelsorglicher Begleitung, einer Supervision oder im

³⁶ Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz: „Bleibt hier und wacht mit mir.“ Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Bonn 2021, S. 31.

³⁷ Seelsorge und assistierter Suizid. Eine Orientierungshilfe für die Seelsorge der Schweizer Bischofskonferenz, 2019, S. 17.

³⁸ Vgl. ebd., S. 17f.

Rahmen einer Ethischen Fallbesprechung erfolgen. In Einzelfällen kann eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich sein; ein solches Angebot muss von den Maltesern ermöglicht werden.³⁹

4.6. Wie sollten Mitarbeitende zu Grenzfragen am Lebensende geschult werden?

Alle haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden sollten je nach Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten, Gästen oder Klientinnen und Klienten Informationen und ein Schulungsangebot zum Thema Grenzfragen am Lebensende erhalten. Ziel der Schulungen sollte die Vermittlung und Reflexion der christlichen sowie weltanschaulichen Grundhaltung der Malteser zu Grenzfragen am Lebensende und deren Bezug auf den jeweiligen Kontext der dienstlichen bzw. ehrenamtlichen Tätigkeit sein. Die Hintergründe von Todeswünschen zu verstehen und im Umgang mit diesen Handlungsempfehlungen zu vermitteln sowie Sprachfähigkeit auszubauen soll die Sicherheit und das Kompetenzerleben von Mitarbeitenden stärken.

Für Führungskräfte, die Umgang mit dem Thema assistierter Suizid in Einrichtungen, Diensten und Teams haben, sollte ein eigenes Schulungsmodul entwickelt und angeboten werden.

4.7. Kommunikation

Das Konzept eines geschützten Raums macht eine Kommunikation mit den betreuten und begleiteten Menschen, unter den Mitarbeitenden und den Einrichtungen und den Diensten des Malteser Verbunds erforderlich, die durch Wahrhaftigkeit und Transparenz gekennzeichnet sein sollte. Folgende Empfehlungen sollten beachtet werden:

4.7.1. Welche Informationen zum Suizid und zur Suizidbeihilfe sollten im Einzugs- bzw. Aufnahmeprozess vermittelt werden?

Bereits vor Einzug bzw. im Aufnahmeprozess sollte der Ausschluss von Suizidassistenten in Malteser Einrichtungen und Diensten klar kommuniziert werden. Der Akzent sollte dabei auf dem Schutz des Lebens sowie auf der Darstellung und Begründung von bestehenden Angeboten und Strukturen, die einer Suizidprävention dienen, liegen. Entsprechende Informationen sollten sowohl als gedruckte Broschüre als auch online auf den Malteser Internetseiten bereitgestellt werden. Auch kooperierende Partnerorganisationen und Aufsichtsbehörden sollten aktiv in das Kommunikationskonzept einbezogen werden.

4.7.2. Wie sollte innerhalb der Einrichtung bzw. des Dienstes nach einem Suizid kommuniziert werden?

Mitarbeitende sollten im Rahmen von Teamsitzungen über den (assistierten) Suizid von Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten, Gästen sowie Klientinnen und Klienten informiert werden. Zudem sollten begleitete Gespräche, seelsorgliche Begleitung, Trauerbegleitung und Supervision angeboten werden. Durch das enge Zusammenleben in Einrichtungen der Kranken-, Pflege- oder Migrations- und Jugendhilfe wird das Versterben

³⁹ Vgl. An der Seite der Menschen. Vorläufige Orientierungshilfe für den Deutschen Caritasverband zum Umgang mit dem assistierten Suizid, Freiburg 2021, S. 10.

einer Person vom Umfeld wahrgenommen und sollte durch die Einrichtung bzw. den Dienst kommunikativ begleitet werden. Dabei empfiehlt sich je nach Kontext die persönliche individuelle Ansprache. Ohne den Suizid moralisch zu verurteilen, sollte im Rahmen der Kommunikation die Position der Malteser verdeutlicht werden.

4.7.3. Wie sollte außerhalb der Einrichtung bzw. des Dienstes nach einem Suizid kommuniziert werden?

Nach einem (assistierten) Suizid kann aufgrund von Nachfragen oder regionalen Gegebenheiten eine externe Kommunikation erforderlich sein. Diese sollte durch eine beauftragte Person, etwa die Einrichtungs- oder Dienstleitung, erfolgen. Hierfür steht eine Begleitung durch die Unternehmenskommunikation, die Fachstellen Ethik sowie Hospizarbeit, Palliativversorgung & Trauerbegleitung in Abstimmung mit der Geschäftsführung zur Verfügung. Dabei sollte die Position der Malteser zum Thema des assistierten Suizids und die suizidpräventiven Konzepte der Malteser deutlich gemacht werden.

Literatur

An der Seite der Menschen. Vorläufige Orientierungshilfe für den Deutschen Caritasverband zum Umgang mit dem assistierten Suizid, Freiburg 2021.

Beauchamp, Tom/ Childress, James: Principles of Biomedical Ethics, Oxford 2019.

Beckmann, Jan Peter: Autonomie: Aktuelle ethische Herausforderungen der Gesellschaft, Freiburg 2021.

Beschlussprotokoll des 124. Deutschen Ärztetags, TOP IVb Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Änderung des § 16 MBO-Ä.

BGHSt vom 03.07.2019 / 5 StR 132/18.

BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020.

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Stand Januar 2019, 13. Auflage.

Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, 2016.

Deutscher Ethikrat: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, 2022.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (Hrsg.): Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. Inhaltliche und methodische Anregungen zur Diskussion und zur Meinungsbildung vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zu § 217 StGB, 2021.

Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung, Stand 16.09.2021

Klesse, Raimund/ Teising, Martin/ Lewitzka, Ute u.a.: Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch? Das Konzept der „freien“ Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden, in: psychosozial 45 Jg. (2022) Heft III (N. 169).

Lindner, Reinhard, Vortrag Deutscher Ethikrat, 17.12.2021

Lindner, Reinhard: Männersuizid – psychodynamische Aspekte, in: Blickpunkt DER MANN 2008; 6 (1).

Macho, Thomas: Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne, Berlin 2017.

Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz: „Bleibt hier und wacht mit mir.“ Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Bonn 2021.

Rixen, Stephan: Rechtliche Zulässigkeit des Verbots der Suizidhilfe in katholischen Einrichtungen, in: Gesundheitsrecht. Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht, Jg. 22 (2/2023).

S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung von 2020.

Schneider, Barbara, Vortrag Deutscher Ethikrat, 17.12.2020).

Seelsorge und assistierter Suizid. Eine Orientierungshilfe für die Seelsorge der Schweizer Bischofskonferenz, 2019.

Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin – und des Deutschen Caritasverbands zu drei Gesetzesentwürfen betreffend die Regulierung der Suizidassistenten, November 2022.

<https://www.bundestag.de/resource/blob/923386/f46922ae28eaa4ffa784d0a69ec58ba9/Kommissariat-der-dt-Bischoefe-data.pdf> [03.05.2023]

Stellungnahme des Ethikrates im Bistum Trier „Assistierter Suizid“, 2016.

Vorläufige Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zu den Gesetzesentwürfen zum assistierten Suizid, November 2022.

<https://www.bundestag.de/resource/blob/923644/5bda1e13e9763f403d4d3dd56204d13a/Schneider-data.pdf> [02.05.2023]

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

Wolfersdorf, Manfred/ Etzersdorfer, Elmar: Suizid und Suizidprävention. Stuttgart 2011.

World Health Organization (Hrsg.) (2014): Preventing Suicide. A Global Imperative, S. 43.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056> [02.05.2023]

An der Erstellung der ethischen Leitlinie beteiligte Mitglieder des Ethik-Beirats: Ulrike Dürr, Karin Gollan, Ingo Grave, Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Heinemann, Patrick Hofmacher, Andreas Konen, Prof. Dr. Dirk Lanzerath, Dr. Rainer Löb, Jeanette Möllmann, Doreen Mohr-Hindorf, Martin Mommsen von Geisau, Dr. Werner Neyen, Dr. Elmar Pankau, Nils Schultz, Philipp Freiherr von Loë, Clemens Graf von Mirbach-Harff, Dr. Gabriele von Schierstaedt, Martina Watzlaw.