

## **Forderungen der Malteser für eine Neuregelung zum assistierten Suizid**

Als Malteser gehören wir mit über 80.000 ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitenden zu den großen sozialen Dienstleistern in Deutschland. Wir sind Träger von Altenhilfeeinrichtungen, Krankenhäusern und stationären Hospizen, von Jugendhilfeeinrichtungen (insbesondere für psychisch erkrankte Jugendliche) und Einrichtungen für Geflüchtete. Wir sind einer der größten Anbieter in der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland, engagieren uns in der Palliativmedizin genauso wie in der Trauerarbeit. Zu unseren Arbeitsschwerpunkten gehört die Betreuung und Begleitung einsamer, alter, hilfsbedürftiger und insbesondere demenziell veränderter Menschen. In all diesen Diensten und Einrichtungen begegnen wir hochaltrigen, schwerkranken, sterbenden, sterbewilligen Menschen, die sich mitunter den Tod herbeisehnen.

Unsere Arbeit ist dabei geprägt von Toleranz, Respekt, Wertschätzung und der Achtung der Würde eines jeden Menschen. Dies schließt insbesondere die Achtung der individuellen Bedürfnisse und Willensäußerungen von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern, Gästen und Klientinnen und Klienten ein. Mit Sorge beobachten wir eine gesellschaftliche Entwicklung, die Suizid - auch unter Beihilfe Dritter - als Ausdruck höchster Selbstbestimmung betrachtet. Aus dem Bewusstsein um die Verletzlichkeit vieler der uns anvertrauten Menschen sehen wir uns verpflichtet, uns für eine solidarische mitfühlende Gesellschaft, die das Leben bejaht, einzusetzen und so die Selbstbestimmung vulnerabler Personengruppen zu stärken.

Wir schaffen mit unseren Diensten und Einrichtungen Schutzräume, in denen wir Suizidassistenz weder durchführen noch dulden. Daher fordern wir den Gesetzgeber auf, im Rahmen der Neuregelungen zum assistierten Suizid die gesetzlichen Rahmenbedingungen für derartige Schutzräume zu schaffen. **Weder Einzelpersonen noch Träger dürfen dazu verpflichtet oder genötigt werden, sich am assistierten Suizid beteiligen bzw. diesen notgedrungen in ihren Einrichtungen und Diensten dulden zu müssen.**

Nachfolgend formulieren wir einige bedeutende Punkte, die der Gesetzgeber bei einer Neuregelung des assistierten Suizids beachten muss (I.) und begründen diese mit sehr konkreten Anfragen und Erfahrungen aus der Praxis (II.).

### **I. Forderungen an den Gesetzgeber**

#### **1. Keine Verpflichtung zur Durchführung oder Duldung von assistiertem Suizid für Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens:**

- Suizidassistenz ist weder gesetzlich noch nach unserem Selbstverständnis Aufgabe von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens (Hospizarbeit, Palliativversorgung, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Pflegedienste).
- Weder Einzelpersonen noch Einrichtungen – unabhängig davon, ob sie konfessionell gebunden sind oder nicht – dürfen dazu verpflichtet werden, Suizidassistenz zu leisten, für diese zu werben oder sie zu vermitteln, oder eine Durchführung durch Dritte



zu dulden (Gewissensentscheidung des Einzelnen und ethische Werterhaltung der Einrichtung/ des Trägers).

- Stattdessen bedarf es der Sicherung eines bergenden und schützenden Raumes (in Einrichtungen und Diensten) für vulnerable Personengruppen gegen alle Tendenzen der Normalisierung von assistierten Suiziden.
- Es braucht einen Schutz vor „prekärer Selbstbestimmung“, d.h. einer Selbstbestimmung, die formal freiwillig scheint, tatsächlich aber beeinflusst ist von äußerem Druck und Erwartungshaltungen Dritter.
- Das Beratungsangebot im Hospiz- und Palliativkontext, zur Patientenverfügung oder zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende muss losgelöst von etwaigen verpflichtenden Beratungen im Vorfeld der Beihilfe zum Suizid bleiben. Eine Verpflichtung von Einrichtungen und Diensten in diesen beschriebenen Zusammenhängen zu einer Beratung zur Beihilfe zum Suizid muss ausgeschlossen sein.

## **2. Das gelungene Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 muss fortgeschrieben werden! Es bedarf eines Hospiz- und Palliativgesetzes II:**

### **→ In der ambulanten Versorgung:**

- Ausbau und Förderung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch verstärkte Anreize zur Qualifizierung in Palliative Care von allen in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden; Festlegung einer Fachquote Palliative Care für Pflegefachkräfte in jedem Dienst
- Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) insbesondere durch Anreize in strukturschwachen Gebieten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

### **→ In stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe:**

- Aufbau und Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung durch verstärkte Anreize zur Qualifizierung in Palliative Care von allen in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden und Vergütung der Leistungen über SGB V
- Gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende: Sachgerechte Vergütung insbesondere von koordinativen und qualitätssichernden Leistungen und der gesicherten Einbeziehung von ärztlichem Personal

### **→ In den Krankenhäusern:**

- Aufbau und Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung durch verstärkte Anreize zur Qualifizierung in Palliative Care von allen Mitarbeitenden; Festlegung einer Fachquote Palliative Care für Pflegefachkräfte/Ärzte/-innen in jeder Abteilung eines jeden Krankenhauses
- Ausbau und auskömmliche Refinanzierung von obligatorischen Palliativdiensten (analog der SAPV) in jedem Krankenhaus
- Sicherstellung von Information und Beratung zu hospizlichen und palliativen Angeboten einschließlich der Trauerbegleitung sowie Anschlussversorgung in ein Hospiz- und Palliativnetzwerk im Rahmen des Entlassmanagements

→ **Grundsätzlich:**

- Durchsetzung einer flächendeckenden Informations- und Beratungsstruktur zu Leistungen der Hospizarbeit, palliativen Versorgung und Trauerbegleitung mit Hilfe einer Verankerung in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Initiativen zur Verbesserung des Images der Arbeit in der Pflege insbesondere in Pflegeeinrichtungen und bundesweite Maßnahmen zur Förderung des Pflegeberufes
- Schaffung von Anreizen zum Aufbau von ambulanten Hospizdiensten mit qualifizierten Ehrenamtlichen

### **3. Aufbau einer Infrastruktur der Suizidprävention durch ein Gesetz zur Suizidprävention**

Eine flächendeckende Information und Beratung für Menschen in existentiellen Lebenskrisen, die suizidale Gedanken haben, sowie eine Infrastruktur von Diensten und Einrichtungen der Suizidprävention fehlen. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, für einen ausreichenden Schutz vulnerabler Personen zu sorgen und geeignete Maßnahmen zur Suizidprävention zur Verfügung zu stellen.

- Aufbau flächendeckender Einrichtungen (insbesondere in ländlichen Regionen) zur Beratung und Behandlung suizidaler Menschen:  
niedrigschwellige ambulante Vor-Ort- sowie Online-Beratungs- und Krisenanlaufstellen, stationäre Einrichtungen der Krisenintervention (unabhängig von einer psychiatrischen Klinik) sowie aufsuchende Krisenbegleitung
- Aufbau und Förderung von Netzwerken von Diensten, Einrichtungen, Berufsgruppen, die suizidale Menschen beraten und begleiten
- Bundesweite Aufklärungskampagnen zur Suizidprävention
- Entwicklung von berufsgruppenspezifischen Qualifizierungsstandards mit entsprechender Zertifizierung
- Eine einheitliche Telefonnummer für Menschen in suizidalen Krisen mit hierfür besonders geschultem Personal (24/7)

## **II. Anfragen und Erfahrungen aus der Praxis**

Die vorstehenden Forderungen erwachsen aus unseren reflektierten Erfahrungen in der jahrzehntelangen Arbeit nahe am Menschen. Denn in der Praxis ergeben sich einige sehr konkrete Fragestellungen rund um die Themenfelder Sterbewunsch und assistierter Suizid:

1. *In unserer Praxis begegnen wir schwerkranken, sterbenden oder hochaltrigen Menschen, die sich den Tod herbeisehnen. Wir fragen uns dann, wofür steht der Sterbewunsch? Wenn Sterbewünsche geäußert werden, ist es nicht in erster Linie ein Hilferuf? Ein Zeichen für eine persönliche Krise?*

Aus unserer Erfahrung, die sich mit den Erkenntnissen der Suizidforschung (vgl. Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) u.a.) decken, steht hinter jedem Suizidwunsch („ich will nicht mehr leben“) ein Hilferuf („ich will SO nicht mehr leben“). Daher sehen wir unsere



Aufgabe nicht darin, Sterbewünsche mit Hilfe von Suizidassistenten zu erwidern, sondern dem Anderen in seiner Krise beizustehen und miteinander nach Auswegen zu suchen.

Mit der Aussage, sterben zu wollen, wird das Umfeld nicht zum Schweigen verurteilt, sondern im Gegenteil zur Antwort herausgefordert und zum Ringen um das Leben dieses Menschen. Wir haben vielfach die Erfahrung gemacht, dass Menschen mit Sterbewunsch sich auf diese Weise ernstgenommen, wertgeschätzt, gesehen und gewollt fühlen. Darüber finden sie neue Lebenskraft und Perspektiven und der Sterbewunsch verliert an Bedeutung.

- 2. Was bedeutet es für Mitbewohnerinnen und -bewohner, Patientinnen und Patienten, wenn ein assistierter Suizid im Nachbarzimmer durchgeführt wird? Wie schützen wir vulnerable Menschen (am Lebensende) davor, nicht unter einen Rechtfertigungsdruck bzgl. ihres Weiterlebens zu kommen – angesichts von Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit und finanziellem Kostendruck? Wie können Nachahmungen vermieden werden, die oft einem Suizid folgen (Bsp. Robert Enke)? Und wer hat die Angehörigen im Blick, die bei einem assistierten Suizid mit-betroffen sind und nach einem assistierten Suizid nicht gut weiterleben könn(t)en?*

Wenn ein geschäftsmäßig assistierter Suizid im Nachbarzimmer vollzogen wird, hat das unweigerlich gravierende Auswirkungen auf die Mitbewohnerinnen und -bewohner, Patientinnen und Patienten (z.B. Wird das von mir ebenfalls erwartet? Kann man dem Anderen nicht auf andere Weise helfen? Braucht man mein Bett auch? Wer ist der Nächste?). Was bewirkt also die Entscheidung eines einzelnen Mitbewohners für sein unmittelbares Umfeld?

Jeder Mensch ist eingebettet in ein soziales Gefüge. Jede Entscheidung, auch die, sich das Leben zu nehmen, hat eine Wirkung, die über den einzelnen hinausgeht und seine Umgebung und die Gesellschaft mit betrifft. Das gilt für Angehörige, die mit den Auswirkungen eines Suizids leben müssen („was wäre gewesen, wenn...“) als auch für die Einrichtung im Gesundheits- und Sozialwesen. Deshalb sehen wir unsere Verantwortung darin, das Selbstbestimmungsrecht von Bewohnerinnen und Bewohnern und Klientinnen und Klienten zu schützen und zu stärken, damit sie sich nicht durch die Erwartungshaltung anderer zu suizidalen Handlungen gedrängt fühlen (müssen). Mit unseren Einrichtungen und Angeboten sorgen wir für einen „palliativen“ Schutzraum, in dem Begleitung gelingen kann – ohne das Leben künstlich zu verlängern oder zu verkürzen.

- 3. Was bedeutet ein assistierter Suizid in der Einrichtung für die Mitarbeitenden? Können diese überhaupt unbeteiligt sein? Auch wenn ein extern Suizidhelfender die Assistenz durchführt – bleiben Mitarbeitende nicht weiterhin in der psychosozialen Begleitung und pflegerischen Versorgung - vor und nach dem Suizid? Welche Pflichten haben Mitarbeitende, wenn ein Suizidversuch scheitert? Und was löst das bei Mitarbeitende aus, die Suizidassistenten nicht mit ihrem Berufsethos und ihrem Gewissen vereinbaren können? Was muten wir ihnen zu? Wie sollte eine Grenze zwischen Fürsorge und einer Beteiligung bzw. Duldung klar zu ziehen sein?*

Unsere Mitarbeitenden sind täglich in einer intensiven Beziehung zu Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten. Sie sind in der pflegerischen Versorgung und psychosozialen Begleitung nah am Menschen. Aus dieser Perspektive führt selbst ein ohne Wissen der

Mitarbeitenden durchgeführter assistierter Suizid zu einer „erzwungenen Duldung“. Gleichzeitig heißt es aber, es könne niemand zur Suizidassistenz verpflichtet werden. Eine solche Dilemma-Situation geht mit einer psychischen Belastung für jeden einzelnen Mitarbeitenden und ganze Teams einher.

Allein aus den oben angeführten Anfragen aus der Praxis wird bereits deutlich: **Wir Malteser können und werden keinen assistierten Suizid in unseren Diensten und Einrichtungen zulassen.** Umso mehr wollen wir uns mit unserer langjährigen praktischen Erfahrung an der aktuellen politischen Debatte beteiligen. Nicht beteiligen werden wir uns an der Diskussion um Kriterien, unter denen ein assistierter Suizid ermöglicht werden soll. Unser Anliegen ist es, uns für die uns anvertrauten Menschen, unsere Mitarbeitenden in den Diensten und Einrichtungen und die von Suizid betroffenen Zugehörigen einzusetzen und alles dafür zu tun, damit Menschen mit Sterbewunsch und Wunsch nach assistiertem Suizid angemessene Hilfen und Unterstützung im Sinne der Suizidprävention erfahren.

Köln, 29. März 2021

**Dr. Elmar Pankau**

Vorsitzender des Geschäftsführenden Vorstands des  
Malteser Hilfsdienstes e.V. und  
Vorsitzender der Geschäftsführung der  
Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH

Weitere Ansprechpartner:

**Karin Gollan**

Leiterin der Fachstelle Ethik  
Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH  
Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln  
Tel.: 0221/ 9822-4142  
karin.gollan@malteser.org

**Dirk Blümke**

Leiter der Fachstelle Hospizarbeit, Palliativmedizin und Trauerbegleitung  
Malteser Hilfsdienst e.V.  
Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln  
Tel. 0221/ 9822-2630  
dirk.bluemke@malteser.org