



**Stellungnahme
des Kommissariats der deutschen Bischöfe
– Katholisches Büro in Berlin –
und
des Deutschen Caritasverbands**

zu drei Gesetzesentwürfen betreffend die Regulierung der Suizidassistenz

- Entwurf eines Gesetzes zur Regulierung der Suizidhilfe, *eingbracht von den Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Petra Sitte u.a. (SHG-E) (BT-Drs. 20/2332)*
- Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (SbStG-E), *eingbracht von den Abgeordneten Renate Künast, Nina Scheer u.a. (BT-Drs. 20/2293)*
- Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (StGB-E), *eingbracht von den Abgeordneten Lars Castellucci, Ansgar Heveling u.a. (BT-Drs. 20/904)*

und zum Antrag

- Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen, *eingbracht von den Abgeordneten Lars Castellucci, Ansgar Heveling u.a. (BT-Drs. 20/1121)*

I. Allgemeine Anmerkungen

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020¹ hat eine politische wie ethische Debatte um Suizid und Suizidassistenz und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen ausgelöst. Es hat sich dabei gezeigt, dass Selbstbestimmung in Bezug auf den eigenen Tod ein ausgesprochen komplexes Thema darstellt. Ein prozedurales Schutzkonzept, das das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber zu regeln nahelegt, muss jedenfalls die Balance von Autonomie und Verantwortung, von Freiheit und Fürsorge, von Individualität und einem Leben in Beziehung so wahren, wie es für ein humanes Zusammenleben erforderlich ist. Es muss daher auch den vom Bundesverfassungsgericht herausgestellten Gefahren, die von einem Angebot von Suizidassistenz für die Autonomie des Einzelnen ausgehen, Rechnung tragen und der Tendenz entgegenwirken, dass sich der assistierte Suizid als selbstverständliche Form der Lebensbeendigung durchsetzt. Ein solches Schutzkonzept muss mithin das fundamentale Freiheitsrecht auch wirksam schützen, das eigene Leben und Weiterleben in keiner Weise begründen zu müssen.

¹ 2 BvR 2347/15, https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

Nach christlichem Verständnis ist die Menschenwürde unantastbar und zugleich gottgegeben, jeder Mensch gleich wertvoll und von Gott geliebt. Wir sind getragen von dem Glauben, dass Gott ein Freund des Lebens ist, der jedem einzelnen Menschen das Leben schenkt, ihn bedingungslos annimmt und ihn auch in schweren Zeiten nicht alleine lässt.² In der pastoralen und caritativen Praxis sollen Suizid und Suizidassistenzwünsche nicht tabuisiert, sondern diese Gedanken ernst genommen und ins Gespräch gebracht werden, um zu ergründen, warum eine Person „so nicht mehr leben möchte“. Darauf kann die Frage aufbauen, wie die Entscheidung für das Leben unterstützt werden kann. Vor diesem Hintergrund halten wir das Angebot der Suizidassistenten nicht für den richtigen Weg, um mit schweren, belastenden Lebenssituationen und mit dem Sterben umzugehen. In Forschung und Praxis zeigt sich, dass hier ein dem Leben zugewandtes Gesamtklima, hinwendende Fürsorge, eine gute Pflege und umsichtige Suizidprävention eine große und hilfreiche Rolle spielen (s. hierzu unsere Ausführungen unter III. zum Antrag „Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen“ sowie das Positionspapier in der Anlage).

Diese Überzeugung führt uns dazu, dass der Maßstab einer Regulierung der Suizidassistenten vor allem darin besteht, ob diese sicherstellt, dass ein Suizid nicht aufgrund inneren Drucks, äußerer Beeinflussung oder aufgrund von Unkenntnis von Auswegen aus aktuellen Problemlagen begangen wird. Gerade auch alte und kranke Menschen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, dürfen sich keiner Situation ausgesetzt fühlen, die sie dazu nötigt, sich mit Suizidassistenten als selbst zu bestimmender Form der Lebensbeendigung auseinander setzen zu müssen.

Bei der anstehenden Regulierung der Suizidassistenten geht es daher nicht nur um den konkreten Einzelfall und die nach Suizidassistenten nachfragenden Menschen bzw. von ihrer Umgebung zu treffenden individuellen Entscheidung. Auch geht es nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht nur um Suizidassistenten für tot- oder schwerkranke Menschen. Der Bundestag hat ganz allgemein über die Weichenstellung für den künftigen Umgang mit Suizidassistenten in Deutschland zu entscheiden, die bei Menschen in Krisen in allen Altersphasen des Lebens auftreten können. Zu beobachten ist, dass das Verlangen nach Suizidassistenten zunimmt.³ Zahlen aus der Schweiz zeigen, dass es sich bei Personen, die sich gewaltsam suizidieren und solchen, die Suizidassistenten in Anspruch nehmen, um unterschiedliche Personengruppen handelt.⁴ Während aufgrund eines guten Suizidpräventionsprogramms in der Schweiz⁵ die Zahlen von Tod durch Suizide sukzessive sinken, steigen die Zahlen von Tod durch Suizidassistenten stetig an.⁶ Die häufig in der politischen Debatte geäußerte Erwartung, dass durch die leichte Zugänglichkeit von Suizidassistenten Suizide vermieden werden können, hat sich damit nicht bestätigt. Zudem gibt es Anzeichen dafür, dass in der Schweiz in den letzten Jahren die Zahl der älteren Menschen wächst, die Suizidassistenten in Anspruch nehmen.⁷

² Bischof Dr. Georg Bätzing, Pressebericht des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz anlässlich der Pressekonferenz zum Abschluss der Herbst-Vollversammlung der Deutschen Bischofskonferenz am 29. September 2022, Ziffer 9, https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_2022/2022-141-HVV-Fulda-Pressebericht-Vorsitzender.pdf (zuletzt abgerufen am 23.11.2022)

³ Deutscher Ethikrat, Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme vom 22. September 2022, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>, S. 138

⁴ Bernd Röhrle, Der assistierte Suizid in der aktuellen Debatte: Relevante Erkenntnisse und offene Fragen aus der Psychologie (2022), in: Monika Bobbert (Hrsg.), Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung, Nomos, S. 93 ff.

⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>. (zuletzt abgerufen 18.11.2022).

⁶ Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2016 - Todesursachenstatistik (Auswertung Obsan 2016) | Publikation | Bundesamt für Statistik (admin.ch), <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de.html> (zuletzt abgerufen 18.11.2022).

⁷ Vgl. Positionierung der kfd anlässlich der Notwendigkeit der gesetzlichen Regelung des assistierten Suizids in Deutschland vom 17. Juni 2022 (https://www.kfd-koeln.de/export/sites/kfd-koeln/galleries/dokumente/Publikation/Popa_assistierter_Suizid_2022_Broschuere.pdf, zuletzt abgerufen am 18.11.2022) mit Verweis auf

Einer humanen Gesellschaft muss es ein Anliegen sein, eine Kultur der Lebensbejahung und Fürsorge zu erhalten. Vor dem Hintergrund der anstehenden Herausforderungen (Zunahme von Krisen, steigende Belastung öffentlicher Haushalte, Situation des Gesundheits- und Pflegesystems und einer alternden Gesellschaft) kommt es für ein überzeugendes Schutzkonzept darauf an, welche Signale der Gesetzgeber mit der Neuregelung des assistierten Suizids an die Gesellschaft sendet.

1. Legislatives Schutzkonzept zur Regulierung der Suizidassistenz

Bei der konkreten gesetzlichen Ausgestaltung einer Regulierung der Suizidassistenz kommt dem Schutz von vulnerablen Personengruppen einschließlich älter werdender Menschen mit Suizidgedanken eine besondere Bedeutung zu. Es gilt, ein qualitativ anspruchsvolles und umfassendes legislatives Schutzkonzept zu entwickeln, das soweit wie möglich die Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches zu gewährleisten versucht und zugleich eine Kultur der Lebensbejahung und Fürsorge bewahrt⁸. Das BVerfG benennt in seinem Urteil zu Recht die Gefahr, „dass sich Sterbe- und Suizidhilfe – auch angesichts des steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen – zu normalen Formen der Lebensbeendigung in einer Gesellschaft entwickeln können, die soziale Pressionen begründen und individuelle Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume verengen“⁹. Dieser soziale Druck kann die Freiheit und Selbstbestimmung einschränken und Suizidentschlüsse fördern. Das BVerfG hält fest: „In Wahrnehmung dieser Schutzpflicht ist der Gesetzgeber nicht nur berechtigt, konkret drohenden Gefahren für die persönliche Autonomie von Seiten Dritter entgegenzuwirken. Er verfolgt auch insoweit ein legitimes Anliegen, als er verhindern will, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt“¹⁰.

Vor diesem Hintergrund sollte das Angebot von Suizidassistenz zum Zwecke der Selbsttötung weder weiterhin unreguliert der Entwicklung von Angebot und Nachfrage überlassen bleiben noch besonders vom Staat unterstützt werden. Die Annahme von angebotener Suizidassistenz muss nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Einzelfall faktisch möglich sein.¹¹ Freiverantwortlich getroffene Suizidentscheidungen müssen – wie vom Bundesverfassungsgericht gefordert – aus verfassungsrechtlichen Gründen akzeptiert werden. Das Recht, autonom über die Art und Weise des eigenen Sterbens entscheiden zu können, darf aber keinesfalls als Berechtigung oder gar Verpflichtung zur indifferenten Hinnahme von (freiverantwortlichen) Suiziden missverstanden werden.¹² Suizidassistenz muss daher auch nicht besonders – etwa durch den flächendeckenden Aufbau einer gesonderten Infrastruktur für Suizidassistenz – staatlich gefördert werden. Es gibt keinen Rechtsanspruch auf Suizidassistenz, wohl aber einen Anspruch auf gute medizinische und pflegerische Versorgung durch unser Gesundheitssystem. Die Abgabe letaler Mittel ist keine Aufgabe der Gesundheitsversorgung.

Minder, Jaqueline; Harbauer, Gregor: Suizid im Alter. In *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* (2015), S. 67-77, S.71 f.

⁸ Laut der Umfrage „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“ im Auftrag des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands vom 22.11.2022 treibt fast jeden Dritten die Angst um, am Lebensende eine Last zu sein (vgl. <https://www.dhpv.de/presseinformation/wie-deutsche-ueber-das-sterben-denken.html> und https://www.dhpv.de/files/public/Presse/2022_BevBefragung_2022_Ergebnisse_kurz_PK.pdf)

⁹ BVerfGE, s. Fn 1, Rn 257.

¹⁰ BVerfGE, a.a.O., Rn 233.

¹¹ BVerfGE, a.a.O.: Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben „gewährleistet das Recht, selbstbestimmt die Entscheidung zu treffen, sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen“ (Rn 201), also „angebotene Hilfe anzunehmen“ (Rn 213), insbes. die „fachkundige Hilfe kompetenter und bereitwilliger (...) Ärzte (Rn 213).

¹² Deutscher Ethikrat, s. Fn 3, S. 32.

a) Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens

Die Umsetzung eines Suizidwillens ist eine irreversible Handlung. Die Feststellung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens ist neben dem Grundsatz der Selbstvornahme das entscheidende Kriterium für die Abgrenzung der straflosen Beihilfe zum Suizid zu den strafrechtlichen Tötungsdelikten (§§ 211, 212 StGB) sowie der Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB. Wenn das allgemeine Bekenntnis zur Freiverantwortlichkeit mehr als nur eine Leerformel sein soll, müssen die Voraussetzungen für eine freiverantwortliche Entscheidung zur Inanspruchnahme von Suizidassistenten auch inhaltlich konkretisiert, d.h. der geltende Maßstab so präzise wie möglich beschrieben werden.¹³ Die verbindliche Feststellung der Freiverantwortlichkeit von Menschen mit dem Willen, Suizidassistenten in Anspruch zu nehmen, ist fachlich gesehen eine anspruchsvolle Aufgabe und sollte keinesfalls ohne Einbindung von ausgebildeten Fachärztinnen/Fachärzten oder psychologischen bzw. ärztlichen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Psychiaterinnen/Psychiatern erfolgen. Umstritten ist, ob für die Annahme der Freiverantwortlichkeit der Ausschluss von psychischen Störungen gemäß §§ 20, 21 StGB bereits reicht, die Grundsätze der Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung sinngemäß zu übertragen sind oder ob mit Blick auf die Irreversibilität der Entscheidung nicht besser ein der besonderen Schutzfunktion gerecht werdender Maßstab *sui generis* anzulegen ist. Unseres Erachtens sollte der Gesetzgeber auch diese Frage selbst entscheiden und allgemein verpflichtend vorgeben. Dies sollte in enger Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer erfolgen¹⁴, um in der Praxis eine einheitliche Handhabung in Deutschland bei der Feststellung der Freiverantwortlichkeit sicherzustellen. Bei alledem ist auch die Frage des Alters einzubeziehen: Freiverantwortliche Entscheidungen von erheblicher Tragweite werden im westlichen Rechtssystem Heranwachsenden typischerweise erst ab einem gewissen Alter zugestanden. Dies gilt erst recht bei Handlungen mit irreversiblen Folgen.

b) Gewährleistung der Beratung im allgemeinen Regelsystem

Beratung ist eine der wesentlichen Schutzmaßnahmen gegen innere Not und Verzweiflung sowie gegen inneren wie äußeren gesellschaftlichen Druck, dem sich Menschen durch vielfältige soziale Belastungen, aber auch durch das Angebot der Suizidassistenten ausgesetzt fühlen können. Eine Beratungspflicht, die alle drei Gesetzgebungsvorschläge vorsehen, wird deshalb ausdrücklich begrüßt.

Die organisatorische wie inhaltliche Ausgestaltung der Beratung fällt in den drei Gesetzgebungsvorschlägen jedoch sehr unterschiedlich aus. Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Sachverhaltskonstellationen und Ursachen für den Wunsch, Suizidassistenten in Anspruch zu nehmen – der Ethikrat hat in seinem Gutachten zur Veranschaulichung zehn exemplarische Fallvignetten für Suizidwünsche gebildet – ist eine Regelung erforderlich, welche einerseits die notwendige Flexibilität und individuelle Offenheit gewährleistet und gleichzeitig für alle einheitlich inhaltliche Mindestvorgaben festlegt.

Wir halten es für sachgerecht, die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens und die Beratung voneinander zu trennen. Die Person in der Beratung kann sich so darauf konzentrieren, mit dem Menschen, der in einer Krise Suizidassistenten begehrt, über den Sterbewunsch, die dahinterliegenden Gründe und sozialen Nöte zu sprechen und alternative Lösungsmöglichkeiten zum Suizid anzubieten.

Neben der medizinischen und ggf. palliativ-medizinischen Beratung kommt es insbesondere auch auf die Berücksichtigung psycho-sozialer Aspekte an. In organisatorischer Hinsicht birgt der von *Helling-Plahr/Sitte u.a.* sowie für das behördliche Verfahren bei *Künast/Scheer u.a.* vorgeschlagene Aufbau einer speziellen Beratungsinfrastruktur die Gefahr einer Engführung der Beratung auf einen vorgegebenen Verfahrensschritt auf dem Weg zur Durchführung der Suizidassistenten.

¹³ Vgl. auch Deutscher Ethikrat, s. Fn 3, Zusammenfassung Ziffern 17, 18 und 29.

¹⁴ Stephan Rixen (2022), *Medikalisierte Freiverantwortlichkeit in Gesetzesentwürfen?* In: Monika Bobbert (Hrsg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit* (vgl. Fn 2), S. 251 (263).

Diese Gefahr ist hingegen viel weniger ausgeprägt, wenn die Beratung im allgemeinen Regelsystem verortet bleibt, wie *Castellucci/Heveling* u.a. es vorschlagen. Die Beratung ist auf diese Weise offener gestaltet, weitet den Blick über das Beratungsanliegen „Suizid/Suizidassistentz“ hinaus auf mögliche Ursachen des Suizidwunsches und deren lebensweltliche Einbettung. Sie ist niedrighschwelliger zugänglich und bietet bessere Rahmenbedingungen. Die ratsuchende betreffende Person befindet sich nicht bereits sichtbar auf einem „spezifischen“ Beratungsweg mit klarem Ziel- und Endpunkt und ist gegebenenfalls eher in der Lage, Vertrauen in andere Lösungswege oder Hilfestellungen zu entwickeln. Eine Beratung im Regelsystem ist auch flexibler, kann bereits vorhandene Vernetzungsstrukturen nutzen und diese ausbauen sowie einfacher einen multiprofessionellen Ansatz verfolgen. Diese Vernetzung und Multiprofessionalität ist nach unserer Erfahrung ein wichtiger Bestandteil einer Beratung von Menschen in Krisensituationen mit Suizidwunsch.

c) Schutz der Selbstbestimmung der Menschen in stationären Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor einer ungewollten Konfrontation mit Suizidassistentzangeboten

Im Gesundheits- und Sozialwesen müssen auch Orte geschaffen werden, in denen Bewohnerinnen und Bewohner, die in einer Einrichtung Tür an Tür leben, nicht in Situationen gebracht werden, ungewollt mit Suizidassistentz konfrontiert zu werden oder sich damit auch nur näher befassen zu müssen. Menschen, die Suizidassistentz als Option für sich ausschließen, müssen sich auch darauf verlassen können, dass ihr Wille respektiert wird und sie sich stationären Einrichtungen anvertrauen können, ohne in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld (gegebenenfalls wiederholt) mit Suizidassistentz und ihrer Durchführung konfrontiert zu werden. Niemand sollte sich angesichts seiner bestehenden Hilfsbedürftigkeit für sein Weiterleben-Wollen rechtfertigen müssen. Dies setzt einen rechtssicheren Handlungsrahmen voraus, für den der Staat zu sorgen hat.¹⁵ Orte, die dafür bekannt sind, dass sie dem Leben bis zuletzt dienen, tragen auch dazu bei, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft nicht als „normale“ und sozial verträgliche Form der Lebensbeendigung durchsetzt. Damit wird auch den Grundsätzen der Wahlfreiheit und des Trägerpluralismus Rechnung getragen, die im Sozial- und Gesundheitsrecht der Bundesrepublik Deutschland verankert sind.

Damit Träger und Einrichtungen ihrem jeweiligen Leitbild entsprechende Angebote machen und an die neuen Rahmenbedingungen anpassen können¹⁶, brauchen sie Rechtssicherheit. Zwar beachten alle vorliegenden Gesetzentwürfe den Leitsatz 6 des BVerfG, dass in Deutschland niemand zur Suizidhilfe verpflichtet ist. Unseres Erachtens sollte gleichwohl ausdrücklich klargestellt werden, dass dieser Grundsatz sowohl für natürliche wie auch für juristische Personen und damit auch für Träger und Einrichtungen des Gesundheit- und Sozialwesens gilt.

Eine gesetzliche Regelung sollte auch gewährleisten, dass Einrichtungen Dritten, die Suizidassistentz anbieten, den Zutritt zu einer stationären Einrichtung untersagen dürfen, wenn sie aufgrund ihres Leitbilds die Durchführung von Suizidassistentz in ihren Räumlichkeiten ablehnen. Sie würde dazu beitragen, Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden, die für die Beteiligten eine große Belastung darstellen würden. Eine gesetzliche Regelung erscheint auch erforderlich, weil Grundrechte der Beteiligten betroffen und in einen Ausgleich zu bringen sind.

Entwicklungen in der Schweiz, in denen Einrichtungen einseitig dazu verpflichtet wurden, trotz entgegenstehender Leitbilder Suizidassistentz zu leisten bzw. Suizidassistentzvereinen in ihren Einrichtungen Zutritt zu gewähren, wenn die Einrichtungen staatliche Mittel erhalten, beobachten nicht nur konfessionell gebundene Träger und Einrichtungen mit großer Sorge.

¹⁵ Deutscher Ethikrat, s. Fn 3, S. 147.

¹⁶ Vgl. in diesem Zusammenhang auch Deutscher Ethikrat, s. Fn 3, Zusammenfassung Ziffer 49 und S. 138f.

Im Kanton Zürich konnte ein solcher staatlicher, kantonal angeordneter Zutrittszwang in letzter Minute abgewendet und das Wahlrecht jedenfalls für Pflege- und Altenheime in privater Trägerschaft erhalten bleiben.¹⁷ In anderen Kantonen der Schweiz besteht bisher mehrheitlich ein uneingeschränktes Recht der Träger und Einrichtungen selbst zu entscheiden, ob sie Suizidassistenten in ihren Räumen anbieten, sie mit Suizidassistentenvereinen kooperieren oder ob sie die Durchführung ablehnen und eine andere Sterbekultur vertreten. Eine solche Regelung entspricht nicht nur dem institutionellen Freiheitsrecht der Einrichtungen und dient nicht nur der Orientierung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden in der jeweiligen Einrichtung, die sich möglicherweise genau aufgrund dieser Kultur für die Arbeit in der Einrichtung entschieden haben. Sie ist auch für die Bewohnerinnen und Bewohner eine wichtige Orientierungs- und Entscheidungshilfe bei der Wahl der für sie passenden Einrichtung.

Wir schlagen daher folgende Formulierung vor, die Trägern von Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Rechtssicherheit gewährleistet und den Ausschluss der Duldung als Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts auf Suizidassistenten an besondere Voraussetzungen knüpft:

„Träger von Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind nicht verpflichtet, an einer Selbsttötung mitzuwirken oder die Durchführung von Maßnahmen der Suizidassistenten in ihren Räumlichkeiten zu dulden. Voraussetzung für den Ausschluss der Duldung ist, dass der Träger dies in einem grundlegenden Leitbild sowie der Hausordnung festlegt und dies in den Verträgen mit den Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern vereinbart ist“.

Der gesamte Alltag des Zusammenlebens in einer Einrichtung mit all seinen Abläufen, Routinen und Rahmenbedingungen muss zur Umsetzung eines solchen Leitbilds und Schutzkonzeptes rechtssicher so organisiert werden können, dass keine suizidaffine bzw. suizidförderliche Atmosphäre entstehen kann bzw. ihr Entstehen höchst unwahrscheinlich wird. Die gesetzliche Regelung gibt den Trägern und Einrichtungen ein Instrument in die Hand, erkennbare Angebote von Suizidassistenten z.B. durch Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumen rechtssicher abwehren zu können. Die Regelung führt zu Klarheit und Orientierung für Bewohnerinnen/Bewohner, Mitarbeitende und Besucherinnen/Besucher.

Die gesetzlich festgeschriebenen Anforderungen an Transparenz und vertraglichen Vereinbarungen würden zudem kulturell zur gewünschten Enttabuisierung im Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie einer offenen internen wie externen Kommunikation führen. In katholischen Einrichtungen bestehen daneben seelsorgerische Angebote. Sie sind Anlass, über den Tod, vorhandene Ängste und Wünsche in der Begleitung im Sterben von Anfang an zu sprechen und eine Begleitung des Einzelnen im Sterben zu gewährleisten. Wählen Bewohnerinnen und Bewohner bewusst eine Einrichtung, welche nach ihrem transparent bei Vertragsschluss vorgestellten Leitbild die Suizidassistenten als Form des Sterbens ablehnt und ändert sich die Einstellung der Bewohnerin/des Bewohners im Laufe der Zeit, ist bei einem später auftretenden dauerhaften Wunsch nach Suizidassistenten in der Regel die Durchführung z.B. an einem anderen Ort möglich.¹⁸

¹⁷<https://www.nzz.ch/zuerich/private-altersheime-sollen-suizidhilfe-weiterhin-verbieten-koennen-ein-referendum-ist-unwahrscheinlich-ld.1710011>. Der Beschluss des Kantonrates über die parlamentarische Initiative von Hanspeter Göldi betreffend die Selbstbestimmung am Lebensende auch in Alters- und Pflegeheimen vom 27. Juni 2022, KR-Nr. 110b/2019, wurde mit Beschluss vom 31.10.2022 teilweise für Einrichtungen in privater Trägerschaft wieder aufgehoben.

¹⁸ Auch der Deutsche Ethikrat (s. Fn 3) weist in der Zusammenfassung in Ziffer 48 und auf S. 136, 151 auf die Möglichkeit hin, den eigenen Suizidwunsch außerhalb der Räumlichkeiten einer Einrichtung zu erfüllen: „Sollte sich trotz aller suizidpräventiven Bemühungen der Suizidwunsch einer Person zu einem festen Willen verdichten, können Einrichtungen und Institutionen im Rahmen einer würdevoller Suizidassistenten die Option für ein in dieser Weise „abschiedliches Leben“ gewährleisten – je nach dem eigenen Selbstverständnis innerhalb der Einrichtung selbst, an einem anderen Ort oder durch eine andere, zur Assistenten bereite Person“.

Erforderlich ist eine Ergänzung in allen drei Gesetzentwürfen. Zudem bedarf es entsprechender Klarstellungen in weiteren Normen des SGB sowie im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz.

II. Kommentierung der Gesetzesentwürfe zur Regulierung der Suizidassistenz im Einzelnen

Im Folgenden wird auf die einzelnen Gesetzesvorschläge der Abgeordnetengruppen *Helling-Plahr/Sitte u.a.* (Punkt 1), *Künast/Scheer u.a.* (Punkt 2) und *Castellucci/Heveling u.a.* (Punkt 3) näher eingegangen.

1. Entwurf eines Gesetzes zur Regulierung der Suizidhilfe, Suizidhilfegesetz, *Helling-Plahr/Sitte u.a.* (SHG-E)

Ziel des Gesetzentwurfs ist es, „das Recht auf selbstbestimmtes Sterben zu gewährleisten und das individuelle Selbstbestimmungsrecht zu sichern“¹⁹.

Gemäß § 6 Abs. 1 SHG-E darf eine Ärztin/ein Arzt einer Person, die aufgrund eines autonom gebildetem, freien Willen ihr Leben beenden möchte, ein „Arzneimittel“ zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben. Erforderlich für die Verschreibung des letalen Mittels durch die Ärztin/den Arzt ist:

- Die vorher erfolgte medizinische Aufklärung durch die Ärztin/den Arzt (§ 6 Abs. 2 SHG-E).
- Die Feststellung der Freiwilligkeit durch die Ärztin/den Arzt (§ 6 Abs. 1, Abs. 5 SHG-E).
- Die Vorlage einer Bescheinigung, dass ein einmaliges Beratungsgespräch bei einer für die Beratung von Suizidwilligen speziell zugelassenen und staatlich finanzierten Beratungsstelle nach § 4 Abs. 7 SHG-E stattgefunden hat.
- Die Einhaltung eines Abstands von mindestens 10 Tagen (§ 6 Abs. 4 SHG-E) und höchstens acht Wochen zwischen Beratung bei einer Beratungsstelle und Verschreibung des letalen Mittels (§ 6 Abs. 3 SHG-E).

Den Bundesländern wird die Aufgabe zugewiesen, eine flächendeckende, neu aufzubauende Beratungsinfrastruktur zu organisieren und zu finanzieren (vgl. § 5 Abs. 1 S. 1 SHG-E). Den einzurichtenden Beratungsstellen wird gemäß § 5 Abs. 3 SHG-E ein Anspruch auf eine angemessene öffentliche Förderung der Personal- und Sachkosten eingeräumt. Neben den geltenden strafrechtlichen Regelungen sind keine besonderen Haftungs- und Sanktionsregelungen vorgesehen, wenn die beteiligten Personen sich nicht an das vorgeschriebene Verfahren zur Suizidassistenz halten.

Berufsständische Verlautbarungen der Bundes- bzw. Landesärztekammern, welche zum Ausdruck bringen, dass es sich bei Suizidassistenz nicht um eine ärztliche Aufgabe handelt²⁰, sollen gem. § 2 Abs. 3 SHG-E künftig nicht mehr möglich sein.

Nach unserer Auffassung misst der Gesetzentwurf der gesetzlichen Ausgestaltung eines Schutzkonzepts zum sicheren Ausschluss von inneren wie äußeren Notsituationen sowie der verlässlichen Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit und Dauerhaftigkeit des Suizidwillens zu wenig Bedeutung bei.

¹⁹ BT-Drs. 20/2332, S. 14.

²⁰ Vgl. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB vom 25.06.2021, A 1431 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Hinweise_der_BAEK_zum_aerztlichen_Umgang_mit_Suizidalitaet_und_Todeswuenschen_nach_dem_Urteil_des_Bundesverfassungsgerichts_zu_Paragraf_217_StGB_Stand_25.06.2021.pdf

Die vorgesehene spezielle Beratungsinfrastruktur halten wir für problematisch. Zwar ist positiv hervorzuheben, dass *Helling-Plahr/Sitte u.a.* die Pluralität des Beratungsangebots unterstützen (§ 5 Abs. 1 S. 1 SHG-E), auf die Wichtigkeit einer unverzüglichen Beratung (§ 3 Abs. 3 SHG-E) und die Notwendigkeit einer auskömmlichen Finanzierung des Beratungsangebots (§ 5 Abs. 3 SHG-E) hinweisen. Eine speziell für den Fall der Suizidassistenz aufzubauende Struktur schafft unseres Erachtens aber keine optimale Beratungssituation und trägt dem Umstand nicht hinreichend Rechnung, dass Suizidwünsche häufig nicht Ausdruck sind, gar nicht mehr weiterleben zu wollen, sondern so nicht mehr weiterleben zu wollen. Aus unserer Sicht ist es zielführender, die Beratung im Rahmen des bestehenden Regelsystems sicherzustellen und im Rahmen der Suizidprävention ausreichend zu finanzieren (vgl. Ausführungen Teil I 1b) sowie Teil III).

a) Zu § 3 Abs. 1 S. 2 SHG-E – Autonom gebildeter, freier Wille und Volljährigkeit

§ 3 Abs. 1 S. 2 SHG-E legt dar, dass eine Person regelmäßig erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres Bedeutung und Tragweite einer Suizidentscheidung vollständig erfassen kann. Offen bleibt, in welchen Ausnahmefällen entgegen der Regelvermutung des § 3 Abs. 1 S. 2 SHG-E für Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs Suizidassistenz zulässig sein soll. Wir halten eine Regelung, die Suizidassistenz bei Minderjährigen ausschließt, für vorzugswürdig. Dieser Regelung kommt zudem eine gewisse Signal- und suizidpräventive Orientierungswirkung zu. Die damit verbundene Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts besonders reifer junger Menschen ist von verschiedenen Experten geprüft worden und erscheint auch einer großen Zahl der Mitglieder des Ethikrats für zumutbar.²¹

b) Zu § 4 SHG-E – Beratung

Der Entwurf enthält in § 4 Abs. 2 SHG-E eine regelhafte, nicht abschließende Aufzählung über mögliche Beratungsinhalte. Neben der medizinischen Beratung werden auch weitere Punkte wie z.B. Handlungsalternativen zum Suizid (Ziff. 2), die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten (Ziff. 5) und jede nach Sachlage erforderliche weitere medizinische, soziale und juristische Beratung unter Hinzuziehung einer Fachkraft (Ziff. 6) aufgeführt. Der Gesetzentwurf betont in der Begründung zu § 4 Abs. 3 SHG-E sowie zu § 3 Abs. 2 SHG-E zudem, wie wichtig es für die autonome Entscheidung des Suizidwilligen ist, Handlungsalternativen zu kennen. Gleichzeitig ist der Gesetzentwurf allerdings von der Sorge geprägt, dass die Beratung den Suizidwilligen bevormunden oder lenken könnte. Entsprechend hält § 4 Abs. 1 Satz 2 SHG-E fest, dass die Beratung nicht bevormunden darf.

Der Gesetzentwurf von *Helling-Plahr/Sitte u.a.* sollte jedenfalls in § 4 SHG-E den Grundsatz aufnehmen, dass die Beratung vom Grundwert jedes Menschenlebens auszugehen hat (vgl. insoweit auch die Vorschriften zur Beratung in den Gesetzentwürfen von *Künast/Scheer u.a.* § 4 Abs. 3 S. 2 SbStG-E). Auch sollte die Beratung über bestehende Alternativen zum Suizid und mögliche Hilfeangebote verpflichtend sein (vgl. *Castellucci/Heveling u.a.* Begründung zu § 217 Abs. 2 Ziffer 3 S. 15). Richtet sich die Beratung faktisch alleine nach den Fragen der zu beratenden Person mit Suizidwillen, besteht die Gefahr, dass es primär um den Erhalt des formellen Beratungsnachweises als Voraussetzung für die Herausgabe des letal wirkenden Mittels geht und sich die Beratung auf die Aufklärung der Modalitäten im Zusammenhang mit der Durchführung der Suizidassistenz verengt (z.B. Wirkung des letal wirkenden Mittels). Damit verliert die Beratung als ein wichtiger Pfeiler eines legislativen Konzeptes ihre Schutzfunktion.

Als problematisch erachten wir in diesem Zusammenhang auch § 4 Abs. 7 S. 2 SHG-E. Demnach darf die Beratungsstelle nicht auf dem Beratungsschein festhalten, dass der Suizidwillige keine oder nur eine eingeschränkte Beratung über die nach § 3 Abs. 2 SHG-E „entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte“ erhalten hat und dass diese ihm möglicherweise unbekannt sind.

²¹ Vgl. auch Deutscher Ethikrat, s. Fn 3, Zusammenfassung Ziffer 26 und S. 90f.

Diese Information ist jedoch für die Ärztin/den Arzt, der nach § 6 SHG-E über die Feststellung der Freiverantwortlichkeit und die Verschreibung des letalen Mittels entscheiden muss, bedeutsam.

c) Zu § 6 Abs. 1 SHG-E – Ärztliche Feststellung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens

Die Verantwortung zur Verschreibung des letal wirkenden Mittels liegt nach dem Konzept des Gesetzesentwurfs letztlich allein bei einer einzelnen Ärztin/einem einzelnen Arzt. Auch wenn laut der Begründung zu § 4 Abs. 5 SHG-E als prozeduraler Schutzmechanismus in das Verfahren ein 4-Augen-Prinzip implementiert sein soll, entscheidet eine einzelne Ärztin/ein einzelner Arzt alleinverantwortlich darüber, ob ein freiverantwortlicher, von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit getragener Suizidwunsch vorliegt. Diese Ärztin/dieser Arzt verschreibt zugleich das letal wirkende Mittel. Das scheint uns nicht sachgerecht.

Obwohl die Beurteilung der Frage, wann von einer Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens als Voraussetzung der Verschreibung des Arzneimittels gemäß § 6 Abs. 1 SHG-E auszugehen ist, besondere fachliche Kenntnisse voraussetzt, sieht der Entwurf zudem selbst weder berufliche noch inhaltliche besondere Qualifikationsanforderungen für die Begutachtung durch die Ärztin/den Arzt vor. Aus unserer Sicht wäre die Einbindung einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten bzw. einer Psychiaterin/eines Psychiaters unerlässlich. Diese wichtige fachliche Anforderung an die Ärztin/den Arzt müsste im Gesetz selbst geregelt werden (vgl. oben I 1 a). Ihre Festlegung sollte weder gemäß § 6 Abs. 6 SHG-E an den Verordnungsgeber delegiert werden, noch den unterschiedlichen ärztlichen Fachgesellschaften bzw. Landesärztekammern überlassen bleiben.

d) Zu § 6 Abs. 2 und 3 SHG-E – Verschreibung des letalen Mittels

Gemäß § 6 Abs. 2 SHG-E ist die Ärztin/der Arzt zur medizinischen Beratung des Suizidwilligen verpflichtet. Eine weitergehende allgemeine, juristische und soziale Beratung soll zum Zeitpunkt des Arztgesprächs bereits in einer Beratungsstelle im Sinne des § 5 SHG-E stattgefunden haben. Ob tatsächlich eine entsprechende inhaltliche Beratung stattgefunden hat, kann die Ärztin/der Arzt dem Beratungsschein, der ihm nach § 6 Abs. 3 SHG-E vorzulegen ist, allerdings nicht entnehmen, da eine fehlende Vermittlung der nach § 3 Abs. 2 SHG-E „entscheidungserheblichen Gesichtspunkte“ gemäß § 4 Abs. 7 S. 2 SHG-E auf dem Beratungsschein nicht festgehalten wird. Wir halten dies wie oben unter II 1 b) dargelegt inhaltlich für problematisch. Wir sehen hierin aber auch im Hinblick auf die Vorgaben des § 6 Abs. 1 SHG-E ein Risiko für die Ärztin/den Arzt. § 6 Abs. 1 SHG-E bestimmt, dass eine Ärztin/ein Arzt nur einer Person, die ihr Leben im Sinne des § 3 SHG-E beenden möchte, ein letal wirkendes Mittel verschreiben darf. Die Ärztin/der Arzt kann, wie dargelegt, letztlich aber nicht sicher wissen, ob die Vorgabe des § 3 Abs. 2 SHG-E erfüllt ist.

e) Zu § 6 Abs. 4 SHG-E und § 6 Abs.3 SHG-E – Warte- und Beratungsfristen

Die in § 6 Abs. 4 SHG-E als Regel vorgegebene Wartezeit für die Verschreibung und Durchführung der Suizidassistenz von 10 Tagen nach einem einmaligen Beratungsgespräch halten wir zusammen mit Experten und Expertinnen für den Regelfall für zu kurz, um die Dauerhaftigkeit des Suizidwillens nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts sicher feststellen zu können. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) etwa fordert zur Feststellung der Dauerhaftigkeit des Suizidwillens einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten.²²

²² Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) fordert in ihren Eckpunkten vom 01.06.2022 schon beim Thema Begutachtung z.B. mindestens 3 Monate zwischen zwei Begutachtungen, um die Freiverantwortlichkeit ausreichend abzusichern; https://dgppn.de/_Resources/Persistent/df3567dba85e7d801d61df34abdf9bbf2663501b/2022-06-01_Suizidassistenz_Eckpunkte_legislatives%20Schutzkonzept%20FIN.pdf.

Nach § 6 Abs. 3 SHG-E entfällt nach 8 Wochen die Legitimationswirkung des von der Beratungsstelle ausgestellten Scheins. Eine solche Frist schwächt unseres Erachtens die präventive Wirkung der Beratung nach § 4 SHG-E. Menschen, die nach der Beratung noch unentschlossen sind und mit ihrer persönlichen Entscheidung ringen, könnte eine solche Gültigkeitsfrist dazu veranlassen, den Verfahrensvorgang trotzdem zu beschleunigen. Entscheidend sollte der individuelle Reflexionsbedarf von Menschen in Krisensituationen sein.

f) Zusätzlicher Regelungsbedarf zum Schutz der Selbstbestimmung der Menschen in stationären Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor einer ungewollten Konfrontation mit Suizidassistentenangeboten

Der Schutz der Autonomie von Menschen, welche Suizid und Suizidassistenten für sich als Form des Sterbens ausschließen und daher im unmittelbaren Lebens- und Wohnumfeld konfrontiert werden wollen, sollte auch im Gesetzentwurf *Helling-Plahr/Sitte u.a.* gewährleistet werden.

Die Notwendigkeit, den erforderlichen generalpräventiven Schutz der Autonomie von vulnerablen Personengruppen in stationären Einrichtungen vor der Konfrontation mit Angeboten der Suizidassistentensicherheit zu stellen, wurde bereits im allgemeinen Teil unter I 1 c) ausführlich dargestellt. Um dem Selbstbestimmungsrecht von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflege- und Betreuungseinrichtungen in beide Richtungen Rechnung tragen zu können und eine entsprechende Wahlmöglichkeit im stationären Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens zu gewährleisten, könnte der Gesetzesentwurf von *Helling-Plahr/Sitte u.a.* wie folgt ergänzt werden:

§ 2 SHG-E - Recht auf Hilfeleistung

- (1) Jeder darf einem anderen, der aus autonom gebildetem, freiem Willen sein Leben beenden möchte, Hilfe leisten und ihn bis zum Eintritt des Todes begleiten.*
- (2) Niemand kann verpflichtet werden, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.*
- (3) Niemand darf unbeschadet des § 6 aufgrund seiner Berufszugehörigkeit untersagt werden, Hilfe zu leisten oder Hilfeleistung zu versagen.*
- (4) (neu): Träger von Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind nicht verpflichtet, an einer Selbsttötung mitzuwirken oder die Durchführung von Maßnahmen der Suizidassistenten in ihren Räumlichkeiten zu dulden. Voraussetzung für den Ausschluss der Duldung ist, dass der Träger dies in einem grundlegenden Leitbild sowie der Hausordnung festlegt und dies in den Verträgen mit den Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern vereinbart ist.*

2. Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben (SbStG-E) und zur Änderung weiterer Gesetze (*Künast/Scheer u.a.*)

Der Entwurf von *Künast/Scheer u.a.* setzt den Fokus auf die Regelung des sicheren Zugangs zu bestimmten Betäubungsmitteln, damit unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen Suizidwillige ihren Sterbewunsch umsetzen können.²³

Mit Blick auf die unterschiedlichen Lebenssituationen differenziert der Vorschlag bei der inhaltlichen und prozeduralen Ausgestaltung der Verfahren wie folgt:

- § 3 SbStG-E: Voraussetzungen für den Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige in medizinischer Notlage.
- § 4 SbStG-E: Allgemeine Voraussetzungen für den Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige.

²³ Vgl. *Künast/Scheer u.a.*, BT-Drs. 20/2293, S. 2 (Lösung).

Werden die Verfahrensregeln nicht eingehalten, drohen gemäß § 8 SbStG-E Sanktionen des Straf- bzw. Ordnungswidrigkeitsrechts. Für geschäftsmäßige Hilfeanbieter, die keine Ärztinnen oder Ärzte sind, gelten gemäß § 5 Abs. 3 SbStG-E besondere zusätzliche Voraussetzungen (Zulassungspflicht; Ausschluss der kommerziellen Suizidassistenz). Der Entwurf enthält überzeugende Regelungen zum Schutz im Umgang mit dem gefährlichen letal wirkenden Mittel und bekennt sich gemäß § 5 Abs. 1 S. 1 und S. 2 SbStG-E zum Grundsatz der Selbstvornahme (in Abgrenzung zu § 216 StGB) und zum Ausschluss der Zulässigkeit von Vorausverfügungen von Sterbewilligen gemäß § 7 Abs. 2 SbStG-E. Bei der Ausgestaltung des legislativen Schutzkonzeptes bedarf der Entwurf von *Künast/Scheer u.a.* aus unserer Sicht zum Schutz vulnerabler Gruppen und Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit aber bei beiden Verfahren nach § 3 und § 4 SbStG-E noch der inhaltlichen Konkretisierung und Ergänzung.

a) Zu § 2 Abs. 1 S. 1 SbStG-E – Begriffsbestimmungen

Der Gesetzesentwurf sieht in den Begriffsbestimmungen in § 2 Abs. 1 S. 1 SbStG-E eine klare Regelung zum Ausschluss des assistierten Suizids für Kinder und Jugendliche vor. Der Regelungsvorschlag und die in ihm bestimmte Beschränkung der Zulässigkeit des assistierten Suizids auf volljährige und einseitsfähige Personen in § 2 Abs. 1 S. 1 SbStG-E wird begrüßt. Sie dient der Rechtssicherheit und knüpft bei der Festlegung einer verbindlichen Altersgrenze im Sinne der Einheit der Rechtsordnung an allgemeine Regeln der Geschäftsfähigkeit an. Sie ist auch inhaltlich überzeugend. Bei einem Suizid handelt es sich um eine „endgültige nicht mehr revidierbare Totalverfügung über das eigene Leben“²⁴. Dass der Gesetzgeber an eine derartige Entscheidung hohe Anforderungen im Hinblick auf die Entscheidungsfähigkeit stellt, ist richtig. Dieser Regelung kommt damit auch eine gewisse Signal- und suizidpräventive Orientierungswirkung zu. Die damit verbundene Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts besonders reifer junger Menschen ist von verschiedenen Experten geprüft worden und erscheint auch einer großen Zahl der Mitglieder des Ethikrats für zumutbar.²⁵

b) Zu § 3 SbStG-E – Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige in medizinischen Notlagen

Liegt eine „medizinische Notlage“ vor, kann die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zum Zwecke der Selbsttötung nach § 13 Abs. 1 S. 1 SbStG-E das letal wirkende Mittel verschreiben, wenn die Voraussetzungen der Ziff. 1-6 SbStG-E erfüllt sind.

(1) Zu § 3 Abs. 1 S. 1 SbStG-E – Begriff „medizinische Notlage“

Künast/Scheer u.a. verzichten bewusst auf eine Legaldefinition des unbestimmten Rechtsbegriffs „medizinische Notlage“ (vgl. Begründung S. 13).

Dies bewerten wir als kritisch. Zur Vermeidung einer ungeklärten Abgrenzung zwischen den beiden Verfahren mit unterschiedlichen Voraussetzungen halten wir eine Legaldefinition der medizinischen Notlage für erforderlich. Denkbar ist z.B. die Einführung von einschränkenden Kriterien wie „unmittelbare Todesnähe“ oder „unerträglicher chronischer Schmerzen trotz ständiger Einnahme von starken Medikamenten“ für das Verfahren nach § 3 SbStG-E.

²⁴ Franz-Josef Bormann, Desiderate einer gesetzlichen Neuregelung der Suizidassistenz, in Zeitschrift für medizinische Ethik 2021/4, S. 511 (518).

²⁵ Vgl. auch Deutscher Ethikrat, s. Fn 3, Zusammenfassung Ziffer 26 und S. 90 f.

(2) Zu § 3 Abs. 1 Ziff. 2, Ziff. 4 und Ziff. 6 SbStG-E – Feststellung der freien Willensbildung des Sterbewilligen

Nach unserer Auffassung sollte eine Person mit psychologischer Fachkompetenz wie z.B. Psychiaterinnen/Psychiater sowie ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten in die Verfahren nach § 3 SbStG-E bei der Feststellung der Freiwilligkeit des Suizidwunsches regelmäßig verpflichtend eingebunden werden. Der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt kommt in diesem Verfahren die entscheidende Rolle zu. Anforderungen an seine Qualifikation werden nicht bestimmt. Er stellt gemäß § 3 Abs. 1 Ziff. 2 SbStG-E die Freiverantwortlichkeit nach dem Maßstab des § 2 Abs. 1 SbStG-E und gemäß § 3 Abs. 1 Ziff. 4 SbStG-E die Dauerhaftigkeit des Suizidwillens fest, verschreibt das letal wirkende Mittel und nimmt es selbst in Empfang. Aufgrund der psychischen Ursachen der allermeisten Suizide ist es wichtig, dass die behandelnde oder die Entscheidung prüfende Ärztin/der behandelnde oder die Entscheidung prüfende Arzt über die notwendige psychiatrische Fachkunde verfügt. Aber auch die Qualifikation der zweiten Ärztin/des zweiten Arztes, der bzw. die nach § 3 Abs. 1 Ziff. 6 SbStG-E die Zweitbestätigung vornimmt, wird nicht bestimmt. Dabei ist es aber zu begrüßen, dass der Entwurf überhaupt ein ärztliches Vier-Augen-Prinzip auch im Verfahren nach § 3 SbStG-E regelmäßig vorsieht.

Zu Recht hält der Entwurf ferner fest, dass, wenn „auch nur geringe Zweifel“ an der freien Willensbildung bestehen, gemäß § 3 Abs. 1 Ziff. 2 SbStG-E ein Gutachten einzuholen ist. Es wird aber auch hier nicht konkretisiert, welche fachliche Expertise der Gutachter aufweisen muss. Da es sich um die Überprüfung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwilligen handelt, regen wir an, eine Person mit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Fachkompetenz vorzusehen.

(3) Zu § 3 Abs. 1 Ziff. 3 SbStG-E – Beratungsumfang

Der in § 3 Abs. 1 Ziff. 3 SbStG-E vorgegebene medizinische Hinweis auf die Möglichkeiten etwa der Palliativmedizin ist wichtig, aber nicht ausreichend. Gerade mit Blick auf die Unschärfe des Begriffs der medizinischen Notlage fehlt ein verpflichtender allgemeiner Hinweis auf bestehende weitere Alternativen zum Suizid (z.B. Sterbebegleitung in einem stationären Hospiz) und etwa auf psycho-soziale Hilfsangebote, die für eine freiverantwortliche Entscheidung des Suizidwilligen von Bedeutung sein könnten. Selbstverständlich sollte ferner sein, dass die Vorgabe, dass das Beratungsgespräch vom Grundwert jedes Menschenlebens auszugehen hat, nicht nur für die Beratung im Verfahren nach § 4 SbStG (§ 4 Abs. 3 S. 2 SbStG-E) gilt, sondern auch im Verfahren nach § 3 SbStG-E.

Wir regen daher an, in § 3 Abs. 1 folgenden Satz 2 (neu) aufzunehmen:

„Dabei hat das Gespräch zwischen Ärztin oder Arzt und Sterbewilligen vom Grundwert jedes Menschenlebens auszugehen und verfolgt im Übrigen das Ziel, dass den Sterbewilligen alle Umstände und Hilfsangebote bekannt werden, die ihre Entscheidung ändern können.“

(4) Zu § 3 Abs. 1 Ziff. 6 SbStG-E – Wartefrist

Zwischen der medizinischen Erst- und Zweitbeurteilung muss gemäß § 3 Abs. 1 Ziff. 6 SbStG-E eine Wartefrist von mindestens zwei Wochen bestehen.

Vor dem Hintergrund, dass sich eine medizinische Notlage aktuell nicht auf Krankheitsfälle mit Todesnähe beschränkt, halten wir eine Frist von zwei Wochen als für zu kurz bemessen, um die Dauerhaftigkeit des Sterbewillens sicher feststellen zu können.

(5) Zu § 3 Abs. 4 SbStG-E – Härtefallregelung

In „Fällen einer außergewöhnlichen Härte“ soll von der Zwei-Wochenfrist abgesehen werden können. Wir halten diesen Regelungsvorschlag für zu unbestimmt. Der Begriff der medizinischen Notlage ist gesetzlich nicht definiert. Es erscheint zweifelhaft, ob sich in unbestimmten Notlagen „außergewöhnliche Härtefälle“ rechtssicher bestimmen lassen.

In jedem Fall ist es erforderlich, dass beim Absehen von der Zwei-Wochenfrist nach § 3 Abs. 4 SbStG-E das Vorliegen der Gründe für die besondere Härte gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 SbStG-E zu dokumentieren ist.

§ 3 Abs. 2 S. 1 SbStG-E sollte wie folgt ergänzt werden:

(2) Das Vorliegen der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen und die Umstände eines außergewöhnlichen Härtefalles nach Absatz 4 sind zu dokumentieren.

c) Zu § 4 StStG-E – Allgemeine Voraussetzungen für den Zugang zu Betäubungsmitteln für Sterbewillige

Liegt keine medizinische Notlage vor, stellt eine staatliche Behörde gemäß § 4 Absatz 4 S. 2 SbStG-E eine Bescheinigung über das Recht des oder der Sterbewilligen auf Zugang zu dem letal wirkenden Betäubungsmittel aus. In dem Regelverfahren nach § 4 ist die Abgabe des letal wirkenden Mittels somit ohne Mitwirkung von Ärztinnen oder Ärzten möglich. Die Vergabe eines letal wirkenden Mittels ist keine ärztliche Gesundheitsdienstleistung. Insofern halten wir im Prinzip die konzeptionelle Entscheidung für vertretbar, dass im Regelfall eine staatliche Behörde die Entscheidung über die Herausgabe des tödlich wirkenden Mittels durch Ausstellung eines Bescheids treffen kann – und nicht eine Ärztin/ein Arzt durch Verschreibung. Ärztinnen/Ärzte sollten aber zwingend in den Beratungsprozess des Suizidwilligen einbezogen werden.

(1) Zu § 4 Abs. 1 und 2 SbStG-E – Prüfung der Glaubhaftmachung des Sterbewunsches

Im von *Künast/Scheer u.a.* vorgesehenen Regelfall des behördlichen Verfahrens muss der Suizidwillige die Dauerhaftigkeit seines Sterbewunsches gemäß § 4 Abs. 2 Ziff. 2 SbStG-E und „die Tatsache, dass die den Sterbewunsch bekundende Person frei ist von Druck, Zwang und ähnlichen Einflussnahmen durch Dritte“ gemäß § 4 Abs. 2 Ziff. 3 SbStG-E selbst glaubhaft machen. Zudem muss er oder sie gemäß § 4 Abs. 2 Ziff. 4 SbStG-E die Frage beantworten, warum staatliche oder private Hilfsangebote nicht geeignet sind, den Sterbewunsch zu beseitigen. Welche Kriterien die Behörde an die Glaubhaftmachung des Vorliegens der Freiverantwortlichkeit des Sterbewillens anlegen soll, bleibt offen (vgl. Ausführungen oben I 1a).

(2) Zu § 4 Abs. 3 SbStG-E – Beratung

Um den behördlichen Bescheid auf Zugang zu dem letal wirkenden Mittel zu erhalten, muss die suizidwillige Person sich nach *Künast/Scheer u.a.* zweimal von einer für diesen Spezialfall zugelassenen unabhängigen Beratungsstelle beraten lassen. Die zertifizierte Beratungsstelle stellt einen Schein aus, dass eine Beratung stattgefunden hat und keine Zweifel an den in § 4 Abs. 2 SbStG-E genannten Voraussetzungen bestehen. Hinsichtlich des Inhalts der verpflichtenden Beratung gibt das Gesetz in § 4 Abs. 3 S. 2 SbStG-E nur allgemein vor, dass das Beratungsgespräch vom Grundwert jedes Menschenlebens auszugehen hat und im Übrigen das Ziel verfolgt, dass den Sterbewilligen alle Umstände und Hilfsangebote bekannt werden, die ihre Entscheidung ändern könnten. Zur Sicherstellung einer gut reflektierten selbstbestimmten Entscheidung sehen *Künast/Scheer u.a.* keine weitere gesetzliche Konkretisierung der verpflichtenden Beratungsinhalte vor.

Die Einführung einer gesonderten Beratungsinfrastruktur für die Suizidassistenz mit Scheinvergabe durch zertifizierte Beratungsstellen halten wir, wie oben unter I 1b) dargelegt, für nicht sachgerecht. Darüber hinaus halten wir eine multiprofessionelle Beratung für notwendig, die zumindest zwei Elemente enthält: Es bedarf einer ärztlichen Aufklärung, die Suizidwillige insbesondere in Fällen körperlichen und seelischen Leidens intensiv z.B. über die Möglichkeiten der palliativ-medizinischen Beratung, Begleitung und Versorgung berät, aber auch über die medizinischen Aspekte eines assistierten Suizids kompetent aufklärt und berät. Daneben bedarf es einer psychosozialen Beratung, die etwaige Ängste und Sorgen der Suizidwilligen in den Blick nimmt und versucht Lebensperspektiven zu öffnen. Diesen Ansatz sehen wir in § 4 Abs. 3 SbStG-E nicht ausreichend verwirklicht.

Ferner sollte, um mögliche Interessenkollisionen auszuschließen, gesetzlich klargestellt werden, dass die Beratung nach § 4 Abs. 3 SbStG-E nicht von Beratungsstellen vorgenommen werden darf, die organisatorisch oder personell mit Vereinen und Einrichtungen verbunden sind, die Suizidassistenz anbieten.

(3) Zu § 4 Abs. 3 SbStG-E – Fristen

Beim allgemeinen Verfahren muss gemäß § 4 Abs. 3 S. 1 SbStG-E zwischen den beiden verpflichtenden Beratungsgesprächen ein „Abstand von mindestens zwei und höchstens zwölf Monaten“ bestehen.

Eine Mindestfrist von 2 Monaten halten wir aus der Erfahrung der Praxis in Übereinstimmung mit vielen psychologischen Expertinnen und Experten zur Sicherstellung der Dauerhaftigkeit des Sterbewillens für kurz. Die Festlegung von Maximalfristen bei der Beratung erscheint nicht unproblematisch. Der mit dem Fristablauf verbundene neue Beginn des kompletten Verfahrens könnte auf Menschen, die nach einer ersten Beratung noch mit ihrer Entscheidung ringen, Druck ausüben. Aus der Suizidforschung wissen wir, dass insbesondere die Annahme von schweren Schicksalsschlägen häufig mindestens ein Jahr dauert.²⁶ Entscheidend für die Beratung sollte der individuelle Gesprächsbedarf von Menschen in Krisensituationen sein.

(4) Zu § 4 Abs. 4 SbStG-E – Behördliche Entscheidung

Die behördliche Überprüfung und Gewährung des Zugangs zu dem Betäubungsmittel gemäß § 4 Abs. 4 SbStG-E erfolgt ausschließlich auf Grundlage der Glaubhaftmachung durch den Suizidwilligen selbst, die Bescheinigung der Beratungsstelle und die Bestätigung des Fortbestands seines Willens zur Selbsttötung durch den Suizidwilligen nach Erhalt der schriftlichen Belehrung über die Wirkungsweise und mögliche Nebenwirkungen des Betäubungsmittels. Eine eigene Prüfung der Freiwilligkeit des Suizidwillens nimmt die Behörde nicht vor und die verpflichtende Einbindung einer unabhängigen Begutachtung durch fachkundige Personengruppen mit psychologischer bzw. psychiatrischer/psychotherapeutischer Fachexpertise ist auch im behördlichen Verfahren nicht vorgesehen. Sie muss sich auf die Richtigkeit der ihr vorliegenden Unterlagen verlassen. Es ist fraglich, ob dies angesichts der Tragweite der Entscheidung sachgerecht ist.

d) Zu § 5 Abs. 1 S. 1 und S. 2 SbStG-E – Umsetzung des Sterbewunsches (Grundsatz des Selbstvollzugs)

Künast/Scheer u.a. betonen durch eine ausdrückliche Klarstellung im Gesetz, dass der bzw. die Sterbewillige das letal wirkende Mittel selbst einnehmen muss (vgl. ausführliche Begründung *Künast/Scheer u.a.* Ziff. II S. 11 und S. 15 zu § 5 Abs. 1 SbStG-E).

²⁶ Monika Bobbert, Freier, informierter und dauerhafter Wille? (2022), in: Monika Bobbert (Hrsg.), Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit (vgl. Fn 4), S. 323 (349 f.).

Mit Blick auf zu erwartende Anfragen von Patientinnen und Patienten an Ärztinnen und Ärzte, diese mögen die Umsetzung des Sterbewunsches für sie übernehmen, wird zudem in Satz 2 noch mal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dies Ärztinnen und Ärzten untersagt ist. Damit bestätigt der Gesetzgeber den tragenden Grundsatz der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB. Dies ist auch als ein Signal an die Gerichte zu werten, die Trennlinie bei der Auslegung der Tatherrschaft nicht zugunsten eines sehr weit verstandenen, schrankenlosen Autonomiebegriffs aufzuweichen.²⁷

e) Zu § 5 Abs. 5 SbStG-E, § 6 Abs. 1 SbStG-E und § 8 SbStG-E – Regelungen zum Umgang mit letalen Mitteln

Nach Erhalt des letal wirkenden Mittels sind Sterbewillige sowie die zum Besitz zugelassenen Personen dazu verpflichtet, die Betäubungsmittel bis zum Vollzug so aufzubewahren, dass sie vor dem Zugriff Dritter angemessen gesichert sind. Die Weitergabe an andere ist untersagt. Nach § 6 Abs. 1 SbStG-E sind abgegebene Betäubungsmittel binnen vier Wochen zurückzugeben, wenn die Sterbewilligen von ihrem Sterbewunsch Abstand genommen haben. Das ist in der Regel anzunehmen, wenn die Selbsttötung nicht binnen Jahresfrist nach Abgabe des Mittels vollzogen wurde.

Klare Regelungen zum Schutze des Rechtsverkehrs sind hilfreich. Geregelt und gemäß § 8 SbStG-E sanktioniert wird die Kontrolle und Dokumentation der Abgabe, Aufbewahrung und Verwendung letaler Mittel auch zum Schutze anderer Personen.

f) Zu § 7 Abs. 2 SbStG-E – Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung von Sterbewilligen ersetzt gemäß § 7 Abs. 2 StGB-E ihre nach diesem Gesetz erforderliche Erklärung nicht. Diese gesetzliche Klarstellung wird von uns ausdrücklich begrüßt. Denn dieser Grundsatz wird insbesondere im Zusammenhang mit Personen, die an Demenz erkrankt sind, unter Betonung eines weit verstandenen Autonomieverständnisses zunehmend abstrakt in Frage gestellt.²⁸

g) Zu § 8 Abs. 3 SbStG-E – Straftaten und Ordnungswidrigkeiten

Künast/Scheer u.a. sehen zum Ausschluss von Normalisierungstendenzen ein Werbeverbot vor, das allerdings nicht im Strafrecht angesiedelt ist, sondern gemäß § 8 Abs. 3 S. 2 SbStG-E als Ordnungswidrigkeit geahndet wird.

Wir begrüßen, dass der Regelungsvorschlag ein Werbeverbot vorsieht, halten es aber für kritisch, dass unterhalb der Schwelle der groben Anstößigkeit eine öffentliche Werbung und Information über die Wirkungsweise von letal wirkenden Betäubungsmitteln zulässig sein soll.

²⁷ So aber zur Abgrenzung zwischen strafloser Beihilfe zum Suizid und strafbarer Tötung auf Verlangen vgl. Beschluss des BGH v. 28.06.2022, Az. 6 StR 68/21, <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=28.06.2022&Aktenzeichen=6%20StR%2068%2F21>

²⁸ So ist die Frage z.B. im Deutschen Ethikrat umstritten, s. Fn 3, Zusammenfassung Ziffer 28 und S. 68, 76f. Auch *Helling-Plahr/Sitte u.a.* stellen die Möglichkeit einer Zulässigkeit im Einzelfall in der Begründung zu § 2 Abs. 1 auf S. 13 lose in den Raum, freilich ohne eine Entscheidung zu treffen „*Ob psychische Erkrankungen oder eine Demenzerkrankung entgegensteht, ist im konkreten Einzelfall zu betrachten.*“

h) Zusätzlicher Regelungsbedarf – Schutz der Selbstbestimmung der Menschen in stationären Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor einer ungewollten Konfrontation mit Suizidassistenzeangeboten

Das Gesetz dient gemäß § 1 Abs. 1 S. 1 SbStG-E dem Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes und auf freier Willensbildung beruhendes Sterben durch Selbsttötung.

In § 1 Abs. 2 SbStG-E wird als Grenze auf den Leitsatz des Bundesverfassungsgerichts hingewiesen, dass niemand verpflichtet ist, bei einer Selbsttötung zu helfen.

Wie unter I. 1 c) dargelegt, halten wir die Gewährleistung von Orten im Gesundheits- und Sozialwesen, in denen keine Suizidassistenzeangebote unterbreitet werden dürfen und Suizidassistentz nicht geduldet wird, für außerordentlich wichtig.

Dies zu regeln, ist in § 1 Abs. 2 SbStG-E in einem Satz 3 möglich:

§ 1 Abs. 2 S. 3 SbStG-E (vgl. Unterstreichung)

„Niemand ist verpflichtet, bei einer Selbsttötung zu helfen. Dies gilt auch für alle nach diesem Gesetz zulässigen Handlungen, die Sterbewilligen Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung ermöglichen. Träger von Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind ebenfalls nicht verpflichtet, an einer Selbsttötung mitzuwirken oder die Durchführung von Maßnahmen der Suizidassistentz in ihren Räumlichkeiten zu dulden. Voraussetzung für den Ausschluss der Duldung ist, dass der Träger dies in einem grundlegenden Leitbild sowie der Hausordnung festlegt und in den Verträgen mit den Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern vereinbart ist.“

Zudem sollte die Begründung zu § 1 Abs. 2 SbStG-E (Seite 12) wie folgt geändert werden (vgl. Unterstreichung bzw. Streichung):

Absatz 2 betont einen herausragend wichtigen Punkt. Ebenso wenig wie Sterbewilligen ihre auch ethische Entscheidung zur Selbsttötung verwehrt werden darf, dürfen andere Menschen gezwungen sein, an der Ermöglichung oder Umsetzung derartiger Entscheidungen mitzuwirken. Ob Arzt, Pfleger, Beamter oder Familienangehöriger – kein Mensch (~~niemand im Sinne von: keine natürliche Person~~) ist zu entsprechenden Handlungen verpflichtet. Gleiches gilt für juristische Personen, die Träger von Einrichtungen und Diensten des pluralistisch aufgestellten Gesundheits- und Sozialwesens sind. Ihnen steht es frei, nach ihrem Selbstverständnis und Leitbild ihre sozialen Pflege- und Dienstleistungen sowie die Unterstützung bei der Suizidassistentz anzubieten oder zu verweigern. Widerspricht die Mitwirkung oder Duldung von Suizidassistentz dem eigenen Leitbild der Einrichtung in der Begleitung beim Sterben (z.B. Hospiz) oder den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner, können der Träger bzw. die Einrichtungsleitung den Zugang oder die Werbung von Suizidhilfeorganisationen in ihren Hausordnungen untersagen und entsprechenden Organisationen den Zugang verweigern. Dies dient auch dem Schutz der Selbstbestimmung derjenigen Menschen, die Suizidassistentz als Option für sich ausschließen und dieser Möglichkeit der vorzeitigen Lebensbeendigung in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld nicht ausgesetzt sein wollen. Eine solche Regelung trägt auch dazu bei, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft nicht als selbstverständliche Form der Lebensbeendigung durchsetzt.

3. Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (StGB-E) (Castellucci/Heveling u.a.)

Der Entwurf stellt – in Anlehnung an § 217 StGB a.F. - das abstrakt für den Lebensschutz bestehende besondere Risiko durch die geschäftsmäßige Suizidassistenz in den Fokus der Strafbarkeit. Zum generalpräventiven Schutz insbesondere von Personen in schweren Lebenslagen und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit ihrer Entscheidung wird durch § 217 Abs. 1 StGB-E die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung grundsätzlich unter Strafe gestellt, sofern nicht die Voraussetzungen des in § 217 Abs. 2 StGB-E festgelegten Schutzkonzeptes erfüllt sind.

Das Angebot zur Suizidassistenz von geschäftsmäßigen Hilfeanbietern wie Suizidassistenzvereinen oder Ärztinnen und Ärzten ist gerechtfertigt und damit in Deutschland auch weiterhin wie nach aktueller Rechtslage möglich, wenn die Verfahrensvoraussetzungen nach § 217 Abs. 2 StGB-E eingehalten werden.

Zur eigenständigen Umsetzung des Suizidwunsches mit fremder Hilfe wird durch die Änderung des § 13 Abs. 1 S. 1 BtMG erreicht, dass es bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB-E Ärztinnen und Ärzten erlaubt ist, das letal wirkende Mittel zu verschreiben.

Nach dem Entwurf von *Heveling/Castellucci u.a.* ist eine Teilnahme an einem assistierten Suizid nach § 217 Abs. 1 StGB-E für Angehörige und Nahestehende des Suizidenten gemäß § 217 Abs. 3 StGB-E straflos, wenn sie nicht geschäftsmäßig handeln.

a) Zu § 217 StGB-E – Umsetzung der Vorgaben als Straftatbestand im allgemeinen Strafrecht

Werden die Voraussetzungen des § 217 Abs. 2 StGB-E nicht eingehalten, drohen allen Personen, die „geschäftsmäßig“ handeln, strafrechtliche Sanktionen (Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe). „Geschäftsmäßig ist jede Art von Suizidförderung, die nicht in einer außergewöhnlichen, einmaligen Konfliktsituation erfolgt. Die Suizidhilfe ist danach bereits dann strafbar, wenn sie mit Wiederholungsabsicht angeboten wird“.²⁹ Auf eine Gewinnerzielungsabsicht kommt es nicht an.

Mit Blick auf den hohen verfassungsrechtlichen Rang der Rechtsgüter Autonomie und Leben hält das Bundesverfassungsrecht den Einsatz des Strafrechts grundsätzlich für möglich, um die widerstreitenden Interessen in Ausgleich zu bringen.³⁰ Es liegt somit im Rahmen des bestehenden gesetzgeberischen Gestaltungs- und Entscheidungsspielraums, die geschäftsmäßige Suizidassistenz grundsätzlich strafrechtlich gemäß § 217 Abs. 1 StGB-E zu verbieten. Anders als die Vorgängerregelung des § 217 StGB a.F. lässt die Ausnahmevorschrift des § 217 Abs. 2 StGB-E zu, dass sich auch im Bereich der geschäftsmäßigen Suizidhilfe Angebote von Suizidhilfevereinen oder Ärztinnen und Ärzten entwickeln, mit denen ein Suizidwilliger den eigenen Sterbewunsch in Deutschland mit fremder Unterstützung umsetzen kann.

Durch § 217 Abs. 2 StGB-E wird so ein neues Verfahren eingeführt, welches neben generalpräventiven Gründen gerade auch dem Schutz der Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens und dem Ausschluss von äußerem Zwang dient. Mit diesem Verfahren kann die Freiverantwortlichkeit und Dauerhaftigkeit des Suizidwillens dokumentiert und der Anschein einer unzulässigen strafbaren Fremdeinwirkung nach §§ 211, 212, 216 StGB oder unterlassenen Hilfeleistung entkräftet werden.

²⁹ Vgl. Begründung zu § 217 Abs. 1 StGB-E, S. 12.

³⁰ BVerfGE, s. Fn 1, Rn 260, 267, 268, 339.

b) Zu § 217 Abs. 1 StGB-E und § 217 Abs. 2 Ziff. 1 StGB-E – Anwendungsbereich und Ausschluss des assistierten Suizids von Kindern und Jugendlichen

Wer bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren geschäftsmäßige Suizidassistenz durchführt, macht sich gemäß § 217 Abs. 1 StGB-E strafbar. Gleiches gilt für die Umsetzung von Suizidwünschen von nicht einsichtsfähigen Personen gemäß §§ 20, 21 StGB. Das ergibt sich aus dem Umkehrschluss von § 217 Abs. 2 Ziff. 1 StGB-E.

Wir begrüßen die klare Regelung, welche an die allgemeinen Regeln der Geschäftsfähigkeit anknüpft und der Rechtssicherheit wie dem Lebensschutz dient. Vor dem Hintergrund der existentiellen Bedeutung von Suizidentscheidungen und der generell für Minderjährige geltenden zulässigen rechtlichen Beschränkungen erscheint es naheliegend, für eine solche Entscheidung Volljährigkeit zu verlangen. Die damit verbundene Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts besonders reifer junger Menschen ist von verschiedenen Experten geprüft worden und erscheint auch einer großen Zahl der Mitglieder des Ethikrats für zumutbar.³¹

c) Zu § 217 Abs. 2 Ziff. 2 StGB-E – Feststellung der Freiverantwortlichkeit

Zum generalpräventiven Schutz insbesondere von Personen in schweren Lebenslagen und Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit ihrer Entscheidung soll gemäß § 217 Abs. 1 StGB-E die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung grundsätzlich strafbar sein, sofern nicht die Voraussetzungen des in § 217 Abs. 2 StGB-E festgelegten Schutzkonzeptes erfüllt sind. Danach ist das Handeln von geschäftsmäßigen Suizidassistenten gerechtfertigt, wenn

- gemäß § 217 Abs. 2 Ziff. 2 StGB-E nach (in der Regel) zweimaligen Begutachtung durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Abstand von drei Monaten ergibt, dass „keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vorliegt und nach fachlicher Überzeugung das Sterbeverlangen freiwillig, ernsthaft und dauerhafter Natur ist“ und
- gemäß § 217 Abs. 2 Ziff. 3 StGB-E nach dem ersten Gespräch mit der Fachärztin/dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nach § 217 Abs. 2 Ziff. 2 StGB-E eine umfassende ergebnisoffene Beratung stattgefunden hat, die auf die Situation der/des Betroffenen abgestimmt ist und einen multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz verfolgt sowie auf Alternativen zum Suizid hinweist.

Zu begrüßen ist, dass der Entwurf personell wie fachlich klar zwischen der Begutachtung des freien, dauerhaften und ernsthaften Sterbewillens in § 217 Abs. 2 Ziff. 2 StGB-E und der Beratungspflicht nach § 217 Abs. 2 Ziff. 3 StGB-E unterscheidet. So wird deutlich, dass die Beratung vor allem dazu dient, dem Suizidwilligen konkrete Hilfe zur Lösung seiner Probleme anzubieten.

Die für die Herausgabe des letalen Mittels wesentliche Verfahrensvoraussetzung – die Begutachtung des freien Willens – wird hingegen durch eine andere Person vorgenommen, die unabhängig sowohl von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt bzw. der die Suizidassistenz leistenden Person oder Organisation ist. Positiv für den gesamten Entscheidungs- und Begleitprozess ist ferner, dass neben einer fachlich qualifizierten Person, die die Freiverantwortlichkeit nach Ziff. 2 feststellen muss, weitere Personen mit spezifischer Fachkunde gezielt in den Prozess eingebunden werden (Ziff. 3) und dies zwischen den zwei Begutachtungsterminen erfolgt. Die nach Suizidassistenz nachfragenden Menschen erhalten so die für ihre Sorgen und Nöte passenden Hilfs- und Beratungsangebote und die begutachtende Person erhält die für ihre Entscheidung wichtigen Informationen. Ein Alleinstellungsmerkmal des Entwurfs von *Castellucci/Heveling u.a.* im Vergleich zu den beiden anderen Gesetzgebungsvorschlägen ist, dass die fachlichen Anforderungen an die psychologische fachliche Qualifikation der begutachtenden Person im Gesetz selbst vorgesehen sind.

³¹ Vgl. auch Deutscher Ethikrat, s. Fn 3, Zusammenfassung Ziffer 26 und S. 90 f.

Die Berufsgruppe der Psychiaterinnen/Psychiater bzw. der ärztlichen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten besitzt eine besonders hohe Fachkompetenz speziell für den Ausschluss von inneren Zwängen und Nöten oder psychischen Erkrankungen. Sie gehören deshalb zu Recht in den verpflichtend zu beteiligenden Personenkreis im Rahmen des legislativen Schutzkonzeptes bei der Feststellung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens.

d) Zu § 217 Abs. 2 Ziff. 3 StGB-E – Beratungspflicht

Wir begrüßen bei der Beratungspflicht den gewählten multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz und die Einbindung von Angeboten der Beratung aus der allgemeinen Regelstruktur gemäß § 217 Abs. 2 Ziff. 3 StGB-E. Anders als die beiden anderen Gesetzentwürfe wählt der Entwurf *Castellucci/Heveling u.a.* zu Recht nicht den Weg über spezifisch für die Beratung im Verfahren des assistierten Suizids zugelassene Beratungsstellen (vgl. a. die Ausführungen unter I. 1. b).

Die Beratung und Information erstreckt sich umfassend sowohl auf bestehende medizinische, schmerztherapeutische, palliative und weitere Behandlungsalternativen wie auch auf weitere u. a. psychische, soziale und ökonomisch bedeutsame Aspekte. Der breit gewählte interdisziplinäre Ansatz gewährleistet, dass mit Blick auf die Vielzahl der unterschiedlichen Lebenssachverhalte der Suizidwilligen die für ihre individuelle Krisensituation jeweils passende Beratung angeboten werden kann.

Dem verpflichtenden Hinweis in der Beratung auf bestehende Alternativen zum Suizid und entsprechenden Hilfsangeboten wird in § 217 Abs. 2 Ziff. 3 lit. b) und lit. c) StGB-E zur Sicherstellung der persönlichen Integrität und Autonomie zu Recht ein besonderes Gewicht eingeräumt. Auch die sozialen Auswirkungen des Suizids auf das Umfeld werden in lit d) in den Blick genommen, damit Suizidwillige eine umfassende Grundlage für ihre selbstbestimmte und reflektierte Entscheidung haben. Die Erfahrung in der Praxis zeigt, dass auf diesem Weg für viele Menschen in solchen Beratungsgesprächen individuelle Lösungen gefunden werden, neuer Lebensmut gefasst und vom ursprünglich geäußerten Suizidwunsch dauerhaft und selbstbestimmt Abstand genommen wird.

e) Zu § 217 Abs. 2 Ziff. 2 und § 217 Abs. 2 Ziff. 4 StGB-E – Wartefristen

Zwischen den beiden Terminen bei der Psychiaterin/dem Psychiater bzw. bei der ärztlichen Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten liegt in der Regel gemäß § 217 Abs. 2 Ziff. 2, 2. HS StGB-E eine Wartezeit von mindestens 3 Monaten. Beim Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung reicht im Ausnahmefall des § 217 Abs. 2 S. 2 StGB-E ein Begutachtungstermin. Zwischen dem letzten Termin bei der ärztlichen Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten bzw. bei der Psychiaterin/dem Psychiater und der Durchführung des Suizids besteht allerdings in jedem Fall gemäß § 217 Abs. 2 Ziff. 4 bzw. iVm § 217 Abs. 2 S.2 StGB-E eine Wartefrist von mindestens 2 Wochen.

Die Volatilität des Suizidwillens erfordert, dass Beratung und Begutachtung in einem den individuellen Umständen (wie z. B. Alter oder Art und Schwere der Erkrankung) Rechnung tragenden und fachlich angemessenen Mindestzeitraum vorgenommen werden. Die in § 217 Abs. 2 StGB-E vorgesehene Regelung erscheint uns angemessen und vertretbar zum Nachweis der Dauerhaftigkeit des Suizidwillens und Ausschluss von Kurzschlussreaktionen. Sie berücksichtigt auch die besondere Situation von schwerkranken Menschen.

f) Zu § 217a StGB-E – Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung

Wir begrüßen den Vorschlag eines strafrechtlichen Werbeverbots als generalpräventives Instrument mit dem Ziel, Normalisierungstendenzen vorzubeugen. Ein individuelles Gespräch ist besser geeignet als die öffentliche Werbung für das Angebot von Suizidhilfe und die Informationen darüber, mit welchen Betäubungsmitteln man am vermeintlich sichersten das Leben beenden kann.

Letzteres halten wir angesichts der typischen Verlaufsmuster von Suizidgedanken („Ansteckungsgefahr“) für gefährlich. Wir halten es deshalb für geboten, dass die öffentliche Information unterhalb der Schwelle der grob anstößigen Werbung sowie sachliche Informationen in der Öffentlichkeit über die Wirkungsweise letal wirkender Mittel verboten werden. Suizidwillige Personen erhalten über die gesetzlich vorgesehene individuelle Pflichtberatung alle erforderlichen Informationen.

g) Weiterer Regelungsbedarf

(1) Grundsatz des Selbstvollzugs (§ 217 Abs. 2 Ziff. 5 neu StGB-E)

Das in der Begründung aus Seite 8/9 zu begrüßende klare Bekenntnis von *Castellucci/Heveling u.a.* zum Erhalt der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB und dem Grundsatz des Selbstvollzugs für die Fälle der Suizidassistenz begrüßen wir.

Dieser wichtige Grundsatz sollte – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Urteils des BGH vom 28. Juni 2022 (Az.: 6 StR 68/68/21) – vom Gesetzgeber bekräftigt und aktualisiert werden. Vorgeschlagen wird, § 217 Abs. 2 StGB-E durch eine neue Ziff. 5 zu ergänzen:

§ 217 Abs. 2 Die Förderungshandlung im Sinne des Absatz 1 ist nicht rechtswidrig, wenn

Ziff.5 (neu) die Selbsttötung eigenhändig vollzogen wird.

(2) Schutz der Selbstbestimmung der Menschen in stationären Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor einer ungewollten Konfrontation mit Suizidhilfeangeboten

Aktuell ist nicht absehbar, wie sich die Praxis der Suizidassistenz in Deutschland entwickeln wird und welchen Einfluss das auf die Gesellschaft haben wird. *Castellucci/Heveling u.a.* sehen etwa angesichts des steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen durchaus die Gefahr von sozialen Pressionen, insbesondere für alte und kranke Menschen, wenn sich die geschäftsmäßige Suizidassistenz als „normale“ sozial verträgliche Form der Lebensbeendigung durchsetzen würde.³²

Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber nahegelegt, ein Schutzkonzept vorzulegen, das innerem und äußerem Druck entgegenwirkt.³³

Wie wir unter I 1 c) dargelegt haben, müssen im Gesundheits- und Sozialwesen auch Orte vorhanden sein, in denen Bewohnerinnen und Bewohner nicht in die Situation gebracht werden, ungewollt mit Suizidassistenz konfrontiert zu werden. *Castellucci/Heveling u.a.* legen in der Begründung dar, dass bestimmte Einrichtungen Suizidassistenz vertraglich oder in ihren Hausordnungen ausschließen können. Diese Ausführungen in der Begründung reichen indes nicht aus. Aus Gründen der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit bedarf es einer gesetzlichen Regelung, welche nicht nur für konfessionelle Einrichtungen, die sich auf das kirchliche Selbstbestimmungsrecht berufen können, sondern für alle Träger und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die Möglichkeit eröffnet, die Durchführung von Maßnahmen der Suizidassistenz in ihren Räumlichkeiten auszuschließen.

³² Begründung S. 12.

³³ BVerfGE, s. Fn 1, Rn 250 und Rn 280. Dass solche Szenarien keine Panikmache sind, zeigen aktuelle Berichte z.B. aus Kanada. Der Stern berichtet in einem Artikel vom 13. August 2022, dass der Verdacht bestehe, dass Behinderte und teure Patienten überredet worden sind, Euthanasie zu beantragen, um die Kosten im Gesundheitssystem zu senken.

Wir schlagen daher vor, jeweils folgende Formulierung in Normen des SGB (z.B. § 2 Abs.4 (neu) Selbstbestimmung SGB XI; § 11 Abs.6 (neu) Leistungsarten SGB V) sowie im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (§§ 3, 12 WBG) einzufügen:

„Träger von Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind nicht verpflichtet, an einer Selbsttötung mitzuwirken oder die Durchführung von Maßnahmen der Suizidassistenten in ihren Räumlichkeiten zu dulden. Voraussetzung für den Ausschluss der Duldung ist, dass der Träger dies in einem grundlegenden Leitbild sowie der Hausordnung festlegt und dies in den Verträgen mit den Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern vereinbart ist“.

(3) Ärztliche Aufklärungspflicht und Dokumentation über Wirkung und Nebenwirkungen des letal wirkenden Betäubungsmittels

Der Entwurf lässt offen, wer die suizidwillige Person über die Wirkungsweise und die Nebenwirkungen des letal wirkenden Mittels medizinisch aufklärt.

In Betracht kommt die Psychiaterin/der Psychiater bzw. die ärztliche oder psychologische Psychotherapeutin/der Psychotherapeut im Zusammenhang mit der Begutachtung des freiverantwortlichen und dauerhaften Suizidwillens oder die Ärztin/der Arzt im Rahmen des allgemeinen Behandlungsvertrags, wenn diese/dieser gem. § 13 Abs. 1 S. 3 und S. 4 BtMG-E das letal wirkende Mittel verschreibt. Wichtig erscheint, durch eine Regelung z.B. in § 217 Abs. 2 S. 3 StGB-E sicherzustellen, dass jedenfalls über die Risiken- und Nebenwirkungen tatsächlich aufgeklärt worden ist.

(4) Rückgabe des ausgegebenen letal wirkenden Mittels

Im Gesetzentwurf fehlen Regelungen, die den sorgfältigen Umgang mit den letal wirkenden Mitteln nach Aushändigung sicherstellen. Angesichts der letalen Wirkung der verschriebenen Betäubungsmittel und der davon ausgehenden Gefahren für die Allgemeinheit und unbeteiligter Dritte halten wir weitergehende Regelungen für die Sicherheit und Kontrolle des allgemeinen Betäubungsmittelverkehrs für dringend geboten. Auch fehlen Regelungen zur verpflichtenden Rückgabe des ausgegebenen letal wirkenden Mittels, wenn das ausgegebene Betäubungsmittel nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Verschreibung und Aushändigung eingenommen wird, etwa weil die suizidwillige Person von ihrem Suizidwillen dauerhaft oder zeitweise wieder Abstand genommen hat.

Neben dem allgemeinen Schutz des Betäubungsmittelverkehrs ist diese Frage für geschäftsmäßige Anbieter von Suizidassistenten strafrechtsrelevant, da gemäß § 217 Abs. 2 Ziff. 4 StGB-E die rechtfertigende Wirkung bereits zwei Monate nach Aushändigung entfällt. Denkbar wäre zum Beispiel, die Bundesregierung gemäß § 13 Abs. 3 BtMG dazu zu ermächtigen, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats nähere Voraussetzungen für die Verschreibung, Aufbewahrung und Rückgabe des letalen Mittels zu regeln. Alternativ könnte in § 13 BtMG selbst in Abs. 1b (neu) eine entsprechende Sonderregelung gesetzlich nach dem Vorbild der Verschreibung von Betäubungsmitteln für Palliativpatienten gemäß Abs. 1a im BtMG und damit verbundene Sorgfaltspflichten der Ärztinnen /Ärzte selbst geregelt werden.

(5) Ergänzende Regelungen zur Qualitätssicherung und Durchführung der Suizidassistenten

Dem Gesetzentwurf fehlen Regelungen etwa für die Qualitätssicherung der Durchführung der gemäß § 217 Abs. 2 StGB-E rechtmäßigen geschäftsmäßigen Suizidassistenten. Geprüft werden sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren, ob in Ergänzung zu § 217 StGB-E weitere Regelungen geboten sind.

Während Ärztinnen und Ärzte umfangreichen Regelungen des Medizin- und Standesrechts unterliegen, gilt dies nicht für Organisationen und Vereine, die Suizidassistenten anbieten, sowie die dort arbeitenden Personen. Die Einhaltung der Voraussetzungen von Eignung und Zuverlässigkeit soll nach *Castellucci/Heveling u.a.* auch nicht fortlaufend kontrolliert werden, da es sich nach diesem Konzept bei der geschäftsmäßigen Suizidassistenten-Tätigkeit nicht um eine zulassungspflichtige Tätigkeit handelt.

Neben der allgemeinen Strafbarkeitsnorm in § 217 Abs. 2 StGB-E gibt es auch keine weiteren (differenzierende) Regelungen, welche z.B. die kommerzielle Suizidhilfe explizit ausschließt und Suizidassistenten an den Grundsatz der Selbstlosigkeit gemäß § 55 AO bindet. Ebenfalls gibt es keine einschränkende Vorgaben zur maximalen Vergütung der Suizidassistentengebühren. Wie in der Schweiz kann die Unterstützung damit an die Zahlung höherer Summen oder die Übertragung von Vermögenswerten nach Tod geknüpft werden.

(6) Regelung eines Monitorings/Evaluierungsklausel

Der Entwurf sieht zudem keine Klausel zum Monitoring und Evaluierung der Neuregelung vor.³⁴ Das Artikelgesetz zur Neuregelung der Suizidassistenten sollte um eine entsprechende Evaluierungsklausel ergänzt werden. Um frühzeitig gesellschaftlichen Tendenzen entgegen wirken zu können, die den Druck erhöhen, als alter Mensch über die Inanspruchnahme von Suizidassistenten regelhaft nachdenken zu müssen, sollten auch die Daten des assistierten Suizids (mindestens die insgesamt Zahlen sowie Zahlen zu bestimmten identifizierbaren Betroffenenengruppen) erfasst werden. Diese Daten sollten auch der Forschung für Suizidprävention zur Verfügung stehen.

III. „Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen“ (Antrag Castellucci/Heveling u.a.)

Es ist uns ein großes Anliegen, dass der Antrag zur Suizidprävention präzisiert und jedenfalls gemeinsam mit der Regulierung der Suizidassistenten verabschiedet und alsbald umgesetzt wird.

Eine gesellschaftliche Kultur der Lebensbejahung lässt Menschen in Krisen nicht allein. Sie findet ihre Konkretion in Angeboten der Suizidprävention. Der Stärkung und dem Ausbau der Suizidprävention, Palliativmedizin und Hospizarbeit, aber auch einer guten Pflegepolitik kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu. Der Deutsche Ethikrat hat diese Aspekte daher in den Mittelpunkt seines aktuellen Gutachtens „Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit“³⁵ gestellt. Wir müssen die Sorgen und Ängste von Menschen ernst nehmen, nicht erst, wenn sie die Verschreibung eines letal wirkenden Mittels beantragen wollen, sondern lange bevor sich ein Suizidwunsch überhaupt verfestigt. Wichtig ist auch, dass Menschen im Regelsystem möglichst frühzeitig Beratung und Unterstützung erfahren, multiprofessionell und gut vernetzt. Zu Recht weist der Deutsche Ethikrat darauf hin, wie wichtig eine gute psychologische Versorgungsstruktur sowie der Ausbau der suizidpräventiven Angebote sowie der Palliativ- und Hospizarbeit ist. Wir haben hier Defizite in unserem Land, die angegangen und behoben werden sollten. Schon aufgrund der Verpflichtung zum Lebens- und Integritätsschutz müssten sich Staat und Gesellschaft deshalb gemeinsam darum bemühen, dass Menschen nicht in Situationen geraten und verbleiben, in denen sie sich den Tod, als vermeintlich kleineres Übel, dem Leben vorzuziehen genötigt sehen.³⁶

³⁴ Vgl. anders *Künast/Scheer u.a.* § 9 SbStG-E und *Helling-Plahr/Sitte u.a.* § 7 SHG-E.

³⁵ Deutscher Ethikrat, s. Fn 3.

³⁶ Vgl. auch Deutscher Ethikrat, a.a.O., Zusammenfassung Ziffern 32-34 und S. 108. Explizit zur Verantwortung auf den unterschiedlichen Ebenen Staat und Institutionen (Zusammenfassung Ziffern 52-57 und S. 27 f.), Mesoebene (Zusammenfassung Ziffern 45-47 und S. 24f) und Beratung/Begleitung im Einzelfall (Zusammenfassung Ziffer 39-44 und S. 22/24).

In einer alternden Gesellschaft dürfen wir schließlich nicht darin nachlassen, die Situation der Pflegenden und Gepflegten in der ambulanten und stationären Pflege weiter nachhaltig zu verbessern. Es gilt Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Beschäftigten tatsächlich ermöglichen, gerne in diesem Bereich zu arbeiten und den dort versorgten Menschen ermöglichen, sich selbst der Pflege und Betreuung ohne Sorge und Angst anvertrauen zu können. Eine Situation, in der ein älterer oder kranker Mensch eher eine gute Infrastruktur für den assistierten Suizid vorfindet als ausreichende und angemessene Rahmenbedingungen, um sich vertrauensvoll in Pflege zu begeben und Hilfe anzunehmen, kann niemand wollen.

Wir begrüßen den Antrag „Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen“ von *Castellucci/Heveling u.a.* als wesentlichen Baustein eines Schutzkonzeptes, das über die Regulierung der Suizidassistenz hinaus ein Signal für den Schutz des Lebens sendet. Er fordert die Bundesregierung auf, die unter II. Ziff. 1 – 9 (S. 3 und 4) aufgeführten suizidpräventiven Maßnahmen zu ergreifen. Aufgabe von Politik und der Gesellschaft ist es, Suiziden in jedweder Form vorzubeugen.

Suizidprävention und deren gesetzliche Verankerung und Finanzierung sind daher eine politische Aufgabe. Suizidprävention ist umfassend zu denken und nicht nur im Kontext der Prävention von assistierten Suiziden, wiewohl ein enger Zusammenhang zur anstehenden Regulierung des Verfahrens besteht.

Auf folgende Änderungs- beziehungsweise Ergänzungsbitten möchten wir an dieser Stelle insbesondere aufmerksam machen und darüber hinaus auf das Positionspapier des Deutschen Caritasverbandes zu den Eckpunkten eines Suizidpräventionsgesetzes verweisen, das wir dieser Stellungnahme beifügen (**Anlage**):

1. Zu II. Ziffer 1 des Antrags

Wir begrüßen, dass mit der Ziffer 1 die Bundesregierung aufgefordert werden soll, „einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Suizidprävention vorzulegen, der den Schwerpunkt auf die Förderung der seelischen Gesundheit in den Alltagswelten legt und der – z. B. im betrieblichen Gesundheitsmanagement oder in Jobcentern – Angebote zur Bewältigung beruflicher oder familiärer Krisen fördert“.

2. Zu II. Ziffer 2 des Antrags

Gemäß II Ziffer 2 des Antrags wird der Aufbau eines deutschlandweiten Suizidpräventionsdienstes mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren gefordert, der Menschen mit Suizidgedanken und ihre Angehörigen rund um die Uhr online und unter einer bundeseinheitlichen Telefonnummer einen sofortigen Kontakt mit geschulten Ansprechpartnerinnen und -partnern ermöglicht.

Wir begrüßen diese Forderung ausdrücklich. Sie will gewährleisten, dass Menschen mit Suizidwünschen schnell und niedrigschwellig Hilfe erhalten. Es ist aber wichtig, hier die verschiedenen Akteure und Akteurinnen differenzierter aufzuführen und deren Aufgaben zu benennen. Essentiell ist, dass die Hotline konkret zu regionalen und wohnortnahen Hilfsangeboten vermittelt. Von fundamentaler Bedeutung ist daher der Ausbau der psychiatrischen Krisendienste sowie weiterer suizidpräventiver Angebote unter der Einbeziehung von ehrenamtlich Tätigen.

a) Es sollte eine Notfallhotline respektive einheitlichen Onlinepräsenz eingeführt werden.

Wir schlagen vor, bestehende Strukturen zu nutzen, auf ihnen aufzubauen beziehungsweise diese in eine Notfallhotline respektive Onlinepräsenz zu integrieren. Damit Menschen in einer suizidalen Krise, aber auch in anderen psychischen Not- und Krisenlagen, schnell Zugang zu niedrigschwelliger Hilfe finden, bedarf es allgemein bekannter Angebote, die mit entsprechenden personellen und finanziellen

Kapazitäten ausgestattet sind, um Wartezeiten möglichst zu vermeiden. Mit den beiden einheitlichen und bundesweit erreichbaren Rufnummern der Telefonseelsorge gibt es bereits eine solche gut vernetzte bundesweite Infrastruktur. Suizidprävention ist ein Kernthema der Arbeit der Telefonseelsorge³⁷, die in 2021 von über einer Million Menschen vor allem per Telefon, aber auch per Mail, Chat und in persönlich geführten Beratungsgesprächen in Anspruch genommen wurde, wobei die Anrufversuche und damit der Bedarf nach Unterstützung noch deutlich höher liegt. Die Telefonseelsorge bietet auch die App Krisenkompass an.³⁸

Methodenvielfalt und Multimedialität ist zu fördern, um eine möglichst große Zielgruppe ansprechen zu können. Der Aufbau einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle mit einer bundeseinheitlichen kostenlosen telefonischen Hotline und Website könnte hier u.U. weiterhelfen, um Rat suchende Menschen schnell und niedrigschwellig zu bestehenden Angeboten zu vermitteln, wie beispielsweise zur Telefonseelsorge und zu Peer-to-Peer-Angeboten wie [U25] die, wie auch die professionellen Präventions- und Interventionsangebote (s.u.), auskömmlich finanziert werden müssen.

b) Darüber hinaus müssen aufsuchende und fachlich geschulte Akteure in die akute psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung eingebunden werden.

Neben der Einrichtung einer Hotline/Online-Plattform sollte auch die Verbesserung von psychiatrischer Krisenhilfe erreicht werden.

Psychiatrische Notfall- und Krisendienste bieten ein psychosoziales Beratungs- und Hilfeangebot für Menschen mit Suizidabsichten, in psychischen Krisen und für psychiatrische Notfälle sowie auch für Angehörige und Mitbetroffene. Diese Krisendienste arbeiten mit speziell geschulten, erfahrenen Fachkräften. Sie müssen rund um die Uhr erreichbar sein und anders als bspw. reine Suizidpräventionsdienste bei Bedarf auch aufsuchend tätig werden können. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehören diagnostische Abklärung, therapeutische Krisenintervention sowie eine verlässliche Weiterleitung zu anderen, erforderlichen Hilfen. Es geht dabei nicht darum, neue Einrichtungen zu schaffen, sondern darum, durch die Vernetzung, Kooperationen und Koordination vorhandener Dienste und Einrichtungen die Funktion einer „Krisenhilfe“ in den Regionen und Ländern aufzubauen. Solche „Krisenhilfen“ gibt es bspw. bereits in Bayern sowie in Berlin, hier u.a. gefördert durch den Caritasverband für das Erzbistum Berlin. Um der föderalen Zuständigkeit Rechnung zu tragen, sollte die Suizidprävention in bestehende Organisations-/Koordinationsstrukturen der Länder eingebettet werden (z. B. in die Psychiatriekoordination der Länder, Sucht- bzw. Drogenkoordination, Sozialpsychiatrische Dienste, etc.).

c) Daneben muss dringend an der Verfügbarkeit der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung gearbeitet werden.

Suizidgefährdete Menschen müssen schnell und bedarfsgerecht unterstützt bzw. behandelt werden. Entsprechende Unterstützungs- und Versorgungsangebote im lokalen Umfeld sind wesentliche Voraussetzungen erfolgreicher Suizidprävention. Die aktuelle Verteilung niedergelassener Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten mit Kassensitz ist nicht ausreichend, um eine effiziente Versorgung von suizidalen Menschen mit psychischen Problemen und in akuten psychischen Krisen sicherzustellen. Wartefristen von 6 bis 8 Monaten auf einen Therapieplatz sind zu lang. Besonders kritisch ist die Situation in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Hier betragen die Wartezeiten bis zu 12 Monate. Es braucht daher dringend einen Ausbau und eine bedarfsgerechtere Verteilung der niedergelassenen Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten, um diesem Defizit entgegenwirken zu können.

³⁷ s. unter <https://www.telefonseelsorge.de/>

³⁸ s. <https://www.telefonseelsorge.de/krisenkompass/>

3. Zu II. Ziffer 4 des Antrags

Wir begrüßen den Ansatz einer breit angelegten bundesweiten Informations- und Aufklärungskampagne zu den Themen psychische Gesundheit und Suizidalität. So können auch bestehende Hilfsangebote und Ansprechpartner bekannt gemacht werden (vgl. dazu II Ziff. 2 und Ziff. 9 des Antrags). Die Kampagne sollte sowohl bundesweite als auch regionale Angebote umfassen, die sich aufeinander beziehen. So wird Bürgerdialog ermöglicht.

4. Zu II. Ziff. 6 des Antrags

Wir begrüßen ausdrücklich den Ansatz, unter Einbeziehung der Berufsverbände und Kammern Fort- und Weiterbildungsangebote für ärztliche, therapeutische und soziale Berufsgruppen zu entwickeln. Wichtig ist darüber hinaus, das Thema psychische Gesundheit und Suizidalität in den Curricula von Berufen im Gesundheits- und Sozialwesen zu verankern. Nur so können Suizidwünsche rechtzeitig erkannt und besprochen werden. Regelmäßige Supervision und Ethikberatung muss ermöglicht und finanziert werden.

5. Zu II. Ziffer 8 des Antrags

Ziffer 8 des Antrags weist die Bundesregierung auf die Notwendigkeit, gemeinsam mit den Bundesländern und Kommunen einen breiten Bürger-Beteiligungsprozess zu Angeboten und Bedarfen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention vor Ort zu initiieren hin.

Wir setzen uns für den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ein und unterstützen auch den Wunsch nach einem breiten Dialog zu Angeboten und Bedarfen. Das Wissen über die Möglichkeit der Hospiz- und Palliativversorgung ist für eine freiverantwortliche Entscheidung über das eigene Lebensende von sehr großer Bedeutung. Konkrete, bereits bekannte Maßnahmen zur Umsetzung eines solchen Dialogs sollten allerdings bereits im Antrag aufgeführt werden.

Wir fordern deshalb, insbesondere folgende Maßnahmen gesetzlich zu verankern:

- Individueller Rechtsanspruch auf Beratung zu den Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorgeplanung im Sinne von Advance Care Planning.
- Sterbebegleitung und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sollte gestärkt werden. Für die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer An- und Zugehörigen in der Palliativphase ist eine Verbesserung des Personalschlüssels erforderlich, die im Rahmen der Umsetzung des Personalbemessungssystems nach § 113c SGB XI erfolgen muss. Die finanzielle Verantwortung für die Verbesserung der Palliativversorgung und die Förderung einer hospizlichen Kultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen darf nicht zu einer Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohnerinnen und Bewohner führen.
- Anspruch auf palliatives Fallmanagement insbesondere nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Erforderlich ist insbesondere die Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf ein palliatives Fallmanagement als eine Leistung, die von bestehenden Diensten der Regelversorgung erbracht wird für Menschen, die keinen Anspruch auf SAPV oder besonders qualifizierte Palliativ-Mediziner nach § 87 Abs. 1b SGB V haben.
- Bestehende Hürden in der Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit müssen abgebaut werden, damit pflegende Angehörige Auszeiten für die Pflege besser in Anspruch nehmen können. Pflegezeit und Familienpflegezeit sollten zu einer einheitlichen Pflegekarenz zusammengeführt werden. Psychosoziale Fachkräfte sollten regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung integriert werden.

- Öffentlichkeitsarbeit zu den Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Beratung, Begleitung und Versorgung sollte verstärkt werden. Städte, Kommunen, Länder und insbesondere der Bund sollten in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrts- und Sozialverbänden und Kirchen Kampagnen durchführen mit dem Ziel, die hospizlich-palliativen Möglichkeiten besser bekannt und breiteren Gesellschaftsschichten zugänglich zu machen. Es geht darum, diese Themen in unserer Gesellschaft zu enttabuisieren. Für den Bund böte sich hierfür z.B. die koordinierende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an. Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens sowie Kranken- und Pflegekassen sollten verpflichtet werden – ähnlich wie es bereits in der stationären Altenhilfe vom Gesetzgeber vorgeschrieben ist – besser über die palliativen medizinisch-pflegerischen Möglichkeiten und die hospizlich-palliativen Beratungs-, Begleitungs- und Versorgungsangebote am Lebensende zu informieren (z.B. über Beiträge in Mitgliederzeitschriften, Broschüren und Flyern).

6. Zu II. Ziffer 9 des Antrags

Mit der Ziffer 9 wird die Bundesregierung aufgefordert, gemeinsam mit den Bundesländern und Kommunen, u.a. im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz, den Ausbau niedrigschwelliger, kostenloser und zielgruppenspezifischer professioneller und ehrenamtlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote inklusive Krisenhilfe, Therapie und Selbsthilfe für Menschen mit Suizidgedanken und für deren Angehörige voranzubringen; dazu gehört bspw. die Möglichkeit der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung in Alten- und Pflegeheimen.

Wir begrüßen den Ansatz, Netzwerke vor Ort systematisch auf- und auszubauen. Häufig liegen die Gründe für den geäußerten Wunsch zu sterben weniger begründet im Bereich psychischer Störungen und Krankheit als in dem Wunsch nach persönlicher Nähe, Angst vor Kontrollverlust, Einsamkeit oder Lebensattheit.

Wir unterstützen daher den vorgeschlagenen Ausbau von niedrigschwelligen, kostenlosen, zielgruppenspezifischen, professionellen und ehrenamtlichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten (s. a. oben die Ausführungen unter III. 2). Durch solche Angebote und Hilfen können mögliche Depressionen und soziale Notlagen frühzeitig erkannt werden und es besteht die Chance, eine Verfestigung des Suizidwunsches präventiv und möglichst frühzeitig entgegenzusteuern. Zielführend sind Ansätze, die u.a. eine Peer-to-Peer-Strategie verfolgen. Diese sind evidenzbasiert relevant für die Suizidprävention.

7. Neu: Festlegung eines Zeit- und Umsetzungsplans

Um die Verbindlichkeit des Antrags zu erhöhen, sollte der Bundestag die Bundesregierung auffordern, bis zum Sommer 2023 einen konkreten Zeit- und Umsetzungsplan für die in II Ziff. 1-9 des Antrags aufgeführten Maßnahmen vorzulegen.

Berlin, Freiburg den 24.11.2022

Präsidentin
Eva Maria Welskop-Deffaa

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg

Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
Berliner Büro

Ihre Ansprechpartnerin
Anja Alexandersson
Referat Teilhabe und Gesundheit
Telefon-Durchwahl 0761 200-406
E-Mail: anja.alexandersson@caritas.de

www.caritas.de

Datum 19.10.2022

Position

Eckpunkte eines Suizidpräventions- gesetzes

vom 19.10.2022

I. Allgemeines

Suizide in Deutschland

Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland nach den offiziellen Statistiken etwa 10.000 Menschen das Leben. Die Anzahl der Suizide in Deutschland ist mehr als dreimal so hoch wie die der Verkehrstoten.¹ Die WHO geht von einer bevölkerungsbezogenen standardisierten Suizidrate von 12,3 pro 100.000 Einwohner_innen aus². Hinzu kommt eine Vielzahl von Suizidversuchen, zu denen keine verlässlichen Zahlen vorliegen, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden und nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Internationale Studien gehen jedoch davon aus, dass die Anzahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-fache übertreffen. Demnach kann in Deutschland von etwa 100.000 bis 300.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden.³

Altersspezifische Verteilung

Die bevölkerungsbezogene Suizidrate steigt mit dem Alter an. Menschen im Alter über 55 Jahre und dort besonders Männer in Übergangskrisen zum Renteneintritt, aber auch Personen

¹ Statistisches Bundesamt: [Suizide in Deutschland - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de/DE/Presseportal/Neuerscheinungen/Sonderveroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/Suizide_in_Deutschland.html) und [Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online: Ergebnis 23211-0002 \(destatis.de\)](https://www.destatis.de/DE/Presseportal/Neuerscheinungen/Sonderveroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/Suizide_in_Deutschland.html)

² Vgl. [Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online: Ergebnis 23211-0002 \(destatis.de\)](https://www.destatis.de/DE/Presseportal/Neuerscheinungen/Sonderveroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/Suizide_in_Deutschland.html)

³ * Die Angaben über vollendete Suizide beruhen auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes vom November 2021. Da Daten zu den Suizidversuchen nicht systematisch erhoben werden, sind die Angaben Schätzungen auf Basis der Ergebnisse in kleineren Erhebungsgebieten im Rahmen der Studie „Monitoring Suicidal Behaviour in Europe“ (publiziert in Schmidtke et al. 2001, 2004).

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.

Vorstandsbereich
Vorstandsmitglied
Funktion

im hohen Alter sind bereits heute Risikogruppen, bei denen die Suizidzahlen jährlich steigen. Betrachtet man die absoluten Zahlen, so zeigt sich, dass die meisten Suizide im mittleren Lebensalter zu verzeichnen sind. Absolut liegt der Häufigkeitsgipfel im Altersfeld von 50 bis 54 Jahre. Betrachtet man die relative Häufigkeit, zeigen sich in den höchsten Altersgruppen die höchsten Suizidraten. Das Suizidrisiko ist ab dem 75. Lebensjahr etwa doppelt, ab dem 85. Lebensjahr mehr als dreimal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung. Als Grund für diese hohen Zahlen wird häufig eine zunehmende Einsamkeit im Alter genannt. Damit ist Suizid aber keineswegs nur ein Problem der Altersgruppe Ü50. Auch die Suizidraten der Gruppe unter 25 Jahren ist im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen statistisch signifikant, weil der Suizid in dieser Altersgruppe die zweithäufigste Todesursache ist. Die Zahl der Suizidversuche wird hier auf ein zwanzigfaches geschätzt.⁴

Suizidprävention - Entfaltung in mehreren Dimensionen

Die Rate der Verkehrstoten in Deutschland ist in den letzten 50 Jahren stark zurückgegangen und von über 100 pro 100.000 Fahrzeuge im Jahr 1970 auf unter 10 ab dem Jahr 1995 und dann weiter auf unter 5 ab dem Jahr 2020 gefallen. Dieser starke Rückgang der Anzahl der Verkehrstoten wird im Zusammenhang mit den erfolgreichen Bemühungen in der Unfallprävention gesehen. Trotz der Unterschiede bei diesen beiden Mortalitätsgruppen kann der mehrdimensionale Ansatz bei den Präventionsbemühungen im Straßenverkehr auch für die Suizidprävention herangezogen werden. Präventionsmaßnahmen müssen auf mehreren Ebenen zugleich ansetzen und das einzelne Individuum, das interpersonelle Geschehen, seinen sozialen Kontext und die gesellschaftliche Dimension im Sinne eines „socio-ecological model“ gleichermaßen in den Blick nehmen (Cramer/Kapusta 2017).⁵ Diese verschiedenen Dimensionen müssen zusammengebracht und als Ganzes im Rahmen eines nationalen Suizidpräventionsprogrammes Berücksichtigung finden.

Der Deutsche Caritasverband steht als christlicher Wohlfahrtsverband für das Bekenntnis zum Leben. Er sieht es als seinen gesellschaftlichen Auftrag an, sich im Rahmen der Begleitung der laufenden Gesetzgebungsinitiativen zum assistierten Suizid für eine Lösung einzusetzen, die wirksam verhindert, dass Menschen sich unter Druck gesetzt fühlen, über Suizid und Suizidhilfe als Möglichkeiten der Beendigung des eigenen Lebens nachdenken zu müssen. Auch für alte und kranke Menschen ist die Freiheit, die Fortsetzung des eigenen Lebens nicht begründen zu müssen, unbedingt zu schützen.

Die Gesetzgebung zur Suizidhilfe ist durch eine Gesetzgebung zur Suizidprävention zu begleiten. Ziel muss es sein, dass Angebote der Suizidprävention für alle, die seiner bedürfen, flächendeckend, niedrighschwellig, kostenfrei und, wenn gewünscht, anonym erreichbar zu. Den Angeboten kommt umso mehr Bedeutung zu, als sich in der überwiegenden Zahl der Fälle zeigt, dass ein Suizidwunsch mehr den Wunsch nach Veränderung signalisiert als den Wunsch zu sterben.

Da Suizide häufig von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (und Belastungen) begangen werden, werden bei der Anamnese oft nur medizinische Probleme in den Blick genommen. Epidemiologische Untersuchungen machen aber deutlich, dass auch soziale, soziologische und ökonomische Faktoren Einfluss auf Suizidraten in der Bevölkerung haben können. Nachahmungstaten sind beispielsweise weniger geworden, seitdem in den Medien vermehrt über Auswege und Lösungen aus den Krisen berichtet und weniger Einzelheiten über

⁴ Suizidprävention: eine Globale Herausforderung. Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016, S. 28. [9789241564779-ger.pdf \(who.int\)](#)

⁵ Suizidbericht Österreich 2021

Suizidaten beschrieben wurden. Mit dem Ausbau der psychosozialen Versorgung und einer stärkeren Betreuung der Menschen in Krisenzeiten durch Psychotherapeut_innen und Ärzt_innen können Menschen gestärkt und aus ihren Krisen herausgeführt werden.⁶ Gesundheitspolitische Strategien sollten insoweit über die Erhaltung von körperlicher Gesundheit, Verhinderung oder Reduktion von Erkrankungen, Behinderung und Sterblichkeit hinaus einen stärkeren Fokus auf die seelische Gesundheit richten und einem ganzheitlichen Präventionsansatz folgen. Psychische Erkrankungen und der Suizid dürfen nicht stigmatisiert werden, sondern müssen, auch wegen ihrer Auswirkungen auf das familiäre und unmittelbare soziale Umfeld, stärker präventiv in den Blick genommen werden. Suizidales Verhalten ist bereits frühzeitig erkennbar und zeigt sich in verschiedenen Warnsignalen, wie länger anhaltenden ambivalenten Gedanken zum Tod, Selbstzweifel und Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Die Entscheidung zum letzten Schritt wird lange abgewogen.

Der Deutsche Caritasverband fordert deshalb umfassende Maßnahmen für eine niedrigschwellige, nachhaltige und wirksame Stärkung der Suizidprävention.

II. Forderungen des DCV Im Einzelnen

1. Ausbau psychosozialer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung

Suizidgefährdete Menschen müssen schnell und bedarfsgerecht unterstützt bzw. behandelt werden. Entsprechende Unterstützungs- und Versorgungsangebote im lokalen Umfeld sind wesentliche Voraussetzungen erfolgreicher Suizidprävention. Die aktuelle Verteilung niedergelassener Psychotherapeut_innen mit Kassensitz ist nicht ausreichend, um eine effiziente Versorgung von suizidalen Menschen mit psychischen Problemen und in akuten psychischen Krisen sicherzustellen. Wartezeiten von 6-8 Monaten auf einen Therapieplatz sind zu lang. Besonders kritisch ist die Situation in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Hier betragen die Wartezeiten bis zu 12 Monate. Es braucht daher dringend einen Ausbau und eine zielgenauere Verteilung der niedergelassenen Vertragspsychotherapeut_innen im Rahmen einer Bedarfsplanung, um diesem Defizit entgegenwirken zu können.

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Etablierung von psychiatrischen Notfall- und Krisendiensten. Psychiatrische Notfall- und Krisendienste bieten ein psychosoziales Beratungs- und Hilfeangebot für Menschen mit Suizidabsichten, in psychischen Krisen und für psychiatrische Notfälle sowie auch für Angehörige und Mitbetroffene. Diese Krisendienste arbeiten mit speziell geschulten, erfahrenen Fachkräften. Sie müssen rund um die Uhr, also 24/7 erreichbar sein und anders als bspw. reine Suizidpräventionsdienste bei Bedarf auch aufsuchend tätig werden können. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehören diagnostische Abklärung, therapeutische Krisenintervention sowie eine verlässliche Weiterleitung zu anderen, erforderlichen Hilfen. Es geht dabei nicht darum, neue Einrichtungen zu schaffen, sondern darum, durch die Vernetzung, Kooperationen und Koordination vorhandener Dienste und Einrichtungen die Funktion einer „Krisenhilfe“ in den Regionen und Ländern aufzubauen. Solche „Krisenhilfen“ gibt es bspw. bereits in Bayern sowie in Berlin, hier u.a. gefördert durch den Caritasverband für das Erzbistum Berlin.

⁶ Supra Bericht 2011 für Österreich. Einen ähnlichen Bericht gibt es für Deutschland nicht, man kann aber vermutlich es könnte Ähnlichkeiten zum deutschsprachigen Nachbarland geben. Für Lokale Angebote lässt sich eine Wirksamkeit feststellen: [Thieme E-Journals - Nervenheilkunde / Abstract \(thieme-connect.com\)](#)

Um der föderalen Zuständigkeit Rechnung zu tragen, sollte die Suizidprävention in bestehende Organisations-/Koordinationsstruktur der Länder eingebettet werden (z. B. in die Psychiatriekoordination der Länder, Sucht- bzw. Drogenkoordination, Sozialpsychiatrische Dienste, etc.). Die aktuellen Maßnahmen zur Umsetzung auf Länderebene sollten in einem jährlichen Suizidbericht der Koordinierungsstelle (s.u. unter 2.a)) beschrieben werden. Damit wird die Suizidprävention stärker organisatorisch eingebettet und strukturiert.

2. Aufbau eines breiten Spektrums an Angeboten zur Suizidprävention

Die Beratung, Begleitung und Betreuung suizidgefährdeter Menschen sollten präventiv weit vor einer medizinischen Behandlung ansetzen und eine große Bandbreite suizidpräventiver Maßnahmen, Angebote und Beratungsstellen vorhalten. Diese müssen zielgruppenspezifisch und niedrigschwellig erreichbar sein und auch sogenannte „Peer-to-Peer“-Angebote umfassen. Sie reichen von Begleitung durch ehrenamtliche Peerberater_innen aus dem sozialen Umfeld, über die Sensibilisierung von Lehrpersonal, Polizei und Mitarbeitenden im Gesundheitswesen bis hin zu besonders geschulten Mitarbeitenden in Kriseninterventionseinrichtungen und der Notfallseelsorge.

Zum Ausbau der Suizidprävention schlagen wir folgende Maßnahmen vor:

a) Bundesweit flächendeckende Erreichbarkeit der Angebote auf verschiedenen Kommunikationskanälen

Alle Angebote müssen sich in ihrer Struktur und Erreichbarkeit an der vorgesehenen Zielgruppe ausrichten. Für viele Menschen ist ein aufzusuchendes Beratungsangebot mit einem Ort zur persönlichen Begegnung eine gute Hilfe. Andere greifen lieber zum Telefon und suchen ein Gespräch. Wieder andere Zielgruppen nutzen das Internet und suchen eine Online-Beratung über Mail, Chat oder App. Gerade junge Menschen erfahren Online-Angebote als einfach und unkompliziert. Nachweislich werden junge Menschen mit erhöhtem Suizidrisiko z.B. mit der anonymen Online-Suizidpräventionsberatung "[U25] Deutschland" der Caritas (kurz: [U25]) durch speziell ausgebildete Ehrenamtliche gut erreicht⁷. Dies spiegelt sich auch in der hohen Inanspruchnahme des Angebotes wider. Besonders die Möglichkeit, in einem geschützten anonymen Rahmen offen und ehrlich sein zu können, ohne Konsequenzen wie beispielsweise eine Klinikeinweisung fürchten zu müssen, wird von den Ratsuchenden immer wieder als hilfreich hervorgehoben. Um solche Angebote wie [U25] bekannt zu machen und um die Hilfesuchenden in ihrem „Lebensraum Internet“ zu erreichen, müssen alle medialen Möglichkeiten genutzt werden. Neben der Mail-Beratung gehört deshalb auch die Öffentlichkeitsarbeit auf social media Kanälen wie Instagram und YouTube ins Portfolio einer zeitgemäßen Suizidprävention.

Damit Menschen in einer suizidalen Krise, aber auch in anderen psychischen Not- und Krisenlagen, schnell Zugang zu niedrigschwelliger Hilfe finden, bedarf es allgemein bekannter Angebote, die mit entsprechenden personellen und finanziellen Kapazitäten ausgestattet sind, um Wartezeiten möglichst zu vermeiden. Mit den beiden einheitlichen und bundesweit erreichbaren Rufnummern der Telefonseelsorge gibt es bereits eine solche gut vernetzte bundesweite Infrastruktur. Allerdings berichtet die Telefonseelsorge Deutschland, dass von 16 Millionen Anrufen jährlich nur ca. 1 Millionen persönlich angenommen werden können. Hier könnte u.U. der Aufbau einer bundesweiten Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstelle mit einer

⁷ Siehe dazu auch EVALUIERUNG DER ONLINE-SUIZIDPRÄVENTIONS-BERATUNG, Prof. Dr. Mark Stemmler; Prof. Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), 2020.

bundeseinheitlichen kostenlosen telefonischen Hotline und Website weiterhelfen, die zu bestehenden Angeboten vermitteln müsste, wie beispielsweise zur Telefonseelsorge und zu Peer-to-Peer-Angeboten wie [U25].

Eine nationale Koordinierungsstelle könnte die sektoren- und ressortübergreifende Zusammenarbeit zu dem Thema unterstützen. Aufgabe der Koordinierungsstelle sollte die Erstellung eines jährlichen fundierten Suizidberichts sein sowie die fachliche Unterstützung von Maßnahmen in den Bundesländern umfassen.

b) Multiprofessionelle Präventions- und Interventionsangebote

Es ist wünschenswert, bestehende lokale Angebote der Gesundheits-, Sucht- und Gewaltprävention, sowie der Kinder- und Jugendhilfe zu erweitern und um den Aspekt der Suizidprävention zu ergänzen. Diese sollten zudem stärker vernetzt werden und mit multiprofessionellem Ansatz z.B. seelsorglich, psychologisch, psychiatrisch und sozialarbeiterisch arbeiten. Für den Fall, dass das soziale Umfeld nicht in der Lage ist, die Betroffenen ausreichend zu unterstützen, sollten Kriseninterventionsdienste und therapeutische Wohngemeinschaften gerade im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe bereitgehalten werden. Selbsthilfeangebote müssen unterstützt und Spezialprogramme mit proaktiven, aufsuchenden Angeboten für „systemferne“ / schwer erreichbare Zielgruppen (z. B. vereinsamte junge und alte Menschen, chronisch kranke Menschen, Menschen mit multiplen Problemlagen, Menschen in Notquartieren etc.) gefördert werden.

Ergänzend müssen einzelne Maßnahmen hinzukommen, die nicht der Suizidprävention im engeren Sinne hinzugerechnet werden können, jedoch in Abstimmung mit dieser umgesetzt werden sollten. Zu nennen sind besonders Maßnahmen gegen Einsamkeit. Einsamkeit stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Gesundheit dar und erhöht das Risiko für chronischen Stress, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen, Demenz, eine verkürzte Lebenserwartung und auch Suizid. Hier sollten Strategien und altersspezifische Konzepte entwickelt werden, wie Einsamkeit vorgebeugt werden kann bzw. die betroffenen Personen aus der Einsamkeit und Isolation wieder herausfinden können. Dies kann bspw. durch die (Weiter-)Entwicklung neuer Wohnkonzepte im Sozialraum für Menschen, die von sozialer Isolation bedroht sind geschehen (z. B. Mehrgenerationen-Häuser, Alters-Wohngemeinschaften), durch Besuchsdienste, Integrationsinitiativen, aufsuchende multiprofessionelle Teams in Zusammenarbeit mit psychosozialen Personal, ehrenamtliche Besuchsdienste (auch in Alten-/Pflegeheimen), die (Weiter-)Entwicklung/Unterstützung von zielgruppenspezifischen „Freizeitträumen“ und Kommunikationsangeboten (Jugendzentren, Peer-Telefon-/Chat-/Maldienste für alte Menschen, Schulungen für alte Menschen in der Nutzung neuer Medien) etc.

c) Peer-to-Peer-Begleitung als Ergänzung zu professionellen Angeboten fördern

Ergänzend zu professionellen Angeboten können auch ehrenamtliche Peers Menschen in suizidalen Krisen, wie auch in anderen psychischen Not- und Krisenlagen begleiten. Die Erfahrungen des Deutschen Caritasverbandes mit [U25] haben gezeigt, dass gleichaltrige Ehrenamtliche ressourcenaktivierend Betroffene unterstützen können. Als Gleichaltrige mit ähnlichen Sozialbezügen und Erfahrungen können sie oft die Belange ihrer Klientinnen und Klienten besser nachvollziehen als ausgebildete Therapeuten_innen. Als Expert_innen aus Erfahrung bilden sie das Bindeglied zwischen professioneller Begleitung und Betroffenen und können in ihren Mails z.B. auch Ängste und Barrieren thematisieren, die die Ratsuchenden vom Aufsuchen professioneller therapeutischer Unterstützung abhalten.

d) Auskömmliche Finanzierung der Peer-to-Peer Angebote

Wie auch die Professionelle Präventions- und Interventionsangebote müssen diese ehrenamtlichen Peer-to-Peer Angebote auskömmlich finanziert werden. Ehrenamtliche Peer-Angebote benötigen Anleitung und Betreuung durch hauptamtliche Koordinierungskräfte, die die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich Beratenden sicherstellen. Dazu zählt auch das Angebot von Supervision, die Ehrenamtliche bei der Aufarbeitung der schwierigen Thematik unterstützen kann und entsprechend refinanziert werden muss. Eine Finanzierung soll analog zu § 39a Absatz 2 SGB V durch einen angemessenen Zuschuss aus dem SGB V zu den notwendigen Personal- und Sachkosten erfolgen. Der Zuschuss könnte aus den Beratungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zur Zahl der Beratungen ergibt, bestimmt werden. Eine hauptamtliche Fachkraft sollte in einem Vollzeitstellenäquivalent höchstens 45 ehrenamtlich Tätige betreuen, die bis zu zwei aktive Beratungen gleichzeitig übernehmen können. Niedrigschwellige Angebote für spezifische Zielgruppen.

Niedrigschwellige und anonyme (Online-)Krisenangebote in unterschiedlichen Sprachen (auch Leichte Sprache) sind ebenso auf und auszubauen wie auch religions- und kultursensible Beratung. Als weitere beispielhaft zu nennen wären hier Projekte mit niedrigschwelligem Zugang wie Gesundheitskioske in sozialen Brennpunkten, Trauer-Cafés sowie Selbsthilfegruppen. Für Hilfesuchende, die nicht mobil sind, müssen aufsuchende Angebote vorgehalten werden. Die Bedürfnisse und besonderen Erfordernisse von Menschen mit Behinderung müssen ebenfalls beachtet und die Barrierefreiheit und Zugänglichkeit der Angebote sichergestellt werden.

e) Unterstützung für Angehörige

Neben Angeboten für Menschen mit Suizidgedanken muss unabdingbar auch über die Unterstützung ihrer An- und Zugehörigen nachgedacht werden. Hier kann im Einzelfall akuter Gesprächs- und Therapiebedarf bestehen, der aufgefangen werden muss. Eine entsprechende Beratungs- und Therapiestruktur sollte innerhalb der bestehenden Psychosozialen Krisendienste oder der Psychosozialen Beratungsstellen auf- und ausgebaut werden.

f) Aufklärung und Wissen über Suizidalität und Hilfsangebote in akuten Krisen

Zentrales Anliegen der Suizidprävention muss es sein, das Wissen über Suizidalität durch Information und Aufklärung in der Bevölkerung zu verbessern und eine diskursive Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Suizid zu fördern. Auch Projekte, die dies schon umsetzen (bspw. das Schulsuizidpräventionsprojekt der Caritas [AUSWEG]los) müssen bedarfsgerecht ausgebaut und langfristig gefördert werden.

Hierdurch soll die Sensibilität für Anzeichen einer Krise erhöht, die Krisenkompetenz der Bevölkerung verbessert und das Hilfesuchverhalten in Krisensituationen - durch einen höheren Bekanntheitsgrad psychosozialer Hilfsangebote - gefördert werden.

g) Förderung der Suizidforschung

Die Ursachen für Suizide und für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe sowie Suizid- und Sterbewünsche sind komplex. Um besser zu verstehen, wie diese entstehen, welche Ursachen ihre Entstehung begünstigen und wie ihnen effizient entgegengetreten werden kann, bedarf es gut ausgebauter und langfristig finanzierter Forschungsvorhaben. Sinnvoll erscheint überdies eine

verlässliche Statistik zu Suiziden in Deutschland. Häufig wird die Datenlage noch als unklar eingeordnet, weil Suizide gerade im Jugendalter oftmals fälschlich den Unfällen zugerechnet werden. Assistierte Suizide sind eigens zu erfassen, um möglichem gesellschaftlichen Erwartungsdruck frühzeitig entgegenwirken zu können.

Grundlegend ist auch eine qualifizierte und regelmäßige Datenlage über die Angebote zur Suizidprävention, sowie eine wissenschaftlich fundierte Dokumentation und Evaluation ihrer Arbeit.⁸ So lassen sich Wirkungszusammenhänge epidemiologisch erfassen und Präventionsangebote passgenau weiterentwickeln.

3. Prävention von (assistierten) Suiziden erfordert eine gute Hospiz- und Palliativversorgung

Damit Menschen den Assistierten Suizid nicht als einzige Möglichkeit sehen, einem fremdbestimmten langen Sterbens- und Leidensprozess zu entgehen, muss die Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut, weiterentwickelt und die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung in der Gesellschaft bekannter werden.

Wir schlagen folgende Maßnahmen vor:

a) Individueller Rechtsanspruch auf Beratung zu den Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorgeplanung im Sinne von Advance Care Planning

Die Möglichkeit der Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung gemäß § 132g Abs. 1 SGB V existiert bisher nur in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Zur Förderung der palliativen Entscheidungskompetenz sollten jedoch auch Menschen, die zu Hause leben, ob jung oder alt, gesund oder krank, einen Anspruch auf diese Form der Beratung haben, damit auch sie auf Wunsch dabei unterstützt werden, ihre ganz persönlichen Vorstellungen und Wünsche zu ihrer Versorgung am Lebensende selbstbestimmt zu verwirklichen. Diese Beratung sollte unterschiedliche Lebensbereiche und nicht nur gesundheitsbezogene Fragen umfassen und nicht an einen bestimmten Zeitpunkt geknüpft sein. Dazu sollte es einen individuellen Rechtsanspruch im SGB V für alle Versicherten auf eine qualifizierte Beratung ähnlich der Regelung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) nach § 132g SGB V geben. Die Beratung sollte von den Krankenkassen in Form von Pauschalen finanziert werden.

Regelungen eines prozeduralen Schutzkonzeptes im Kontext des Assistierten Suizids müssen sprachlich wie auch inhaltlich klar von der Gesundheitlichen Versorgungsplanung getrennt werden.

b) Sterbebegleitung und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen stärken

Die palliative Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase erfordert einen hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand. Dieser Mehraufwand umfasst sowohl die pflegerische und medizinische Versorgung als auch die psychosoziale Begleitung, Betreuung und Versorgung von sterbenden Menschen wie auch ihrer An- und Zugehörigen. Für die Begleitung der

⁸ U25 wird im Rahmen eines Forschungsprojektes der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) evaluiert. Erste Ergebnisse gibt es voraussichtlich 2024.

Bewohner_innen und ihrer An- und Zugehörigen in der Palliativphase ist eine Verbesserung des Personalschlüssels erforderlich, die im Rahmen der Umsetzung des Personalbemessungssystems nach § 113c SGB XI erfolgen muss. Perspektivisch sollte pro Einrichtung (je nach Anzahl der Bewohner in einem Verhältnis von 1:50) einen zusätzlichen, Stellenanteil für in palliative Care qualifizierte Pflegefachpersonen mit erweiterter Pflegekompetenz gesetzlich verankert werden.

Für die Finanzierung dieses Personalanteils sind zwei Wege denkbar: 1. Refinanzierung aus dem SGB V, da in der letzten Lebensphase der Aufwand an medizinischer Behandlungspflege nochmals erheblich zunimmt, 2. Als Aufwand für die palliative Beratung, Begleitung und Versorgung aus dem SGB XI. Da der Koalitionsvertrag vorsieht, die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen vollständig aus dem SGB V zu refinanzieren und da das zusätzliche Pflegefachpersonal nach § 8 Absatz 6 SGB XI, das gegenwärtig aus dem SGB V refinanziert wird, perspektivisch in die Personalbemessung des SGB XI überführt werden soll, lassen sich die beiden alternativ genannten Finanzierungswege letztlich integrieren. Wichtig: Die finanzielle Verantwortung für die Verbesserung der Palliativversorgung und die Förderung einer hospizlichen Kultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen darf nicht zu einer Steigerung des Eigenanteils der Heim-Bewohner_innen führen.

Wichtig ist daneben die Verbesserung der Gesprächskompetenzen von Mitarbeitenden im Sozial- und Gesundheitswesen durch Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Suizidprävention und zum Umgang mit Sterbewünschen, zum Wissen über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung und zum Erwerb von Kompetenzen in Palliative Care (insbesondere geriatrischer Palliative Care).

Die Finanzierung von Supervision und Ethikberatung in Einrichtungen und Diensten, die mit schwerkranken und sterbenden Menschen, suizidalen Menschen und Menschen mit Sterbewünschen arbeiten, sollte zudem zum Standard werden.

c) Anspruch auf palliatives Fallmanagement insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Viele kranke und sterbende Menschen machen in unserem stark segmentierten Gesundheits- und Pflegesystem die bedrohliche Erfahrung von Versorgungsbrüchen. Insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fühlen sich viele Betroffene und ihre An- und Zugehörigen, die schon durch die Verarbeitung der Diagnose oder der Erkrankung sehr belastet sind, mit der Organisation der Anschlussversorgung überfordert. Die meisten Menschen kennen sich im Gesundheits- und Pflegesystem nicht genügend aus und wissen nicht, wann, wo und bei wem sie für die Anschlussversorgung zu Hause die notwendige medizinisch-pflegerische Unterstützung, Heil- und Hilfsmittel bekommen bzw. wie sie notwendige Termine koordinieren können.

Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird die notwendige Unterstützung und Koordinierung von Hilfen oftmals bereits geleistet. Anspruch auf eine Versorgung mit SAPV haben aber nur Betroffene mit speziellen Krankheitsbildern.

Auch Menschen, die keinen Anspruch auf SAPV haben, aber bei der Organisation der notwendigen Hilfen Unterstützung benötigen, sollen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden, einen gesetzlichen Anspruch auf ein palliatives Fallmanagement im Rahmen des SGB V erhalten. Das palliative Fallmanagement sollte für Menschen, die an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leiden oder aufgrund einer Krankheit absehbar ihrem Lebensende zugehen, ein Beratungsgespräch mit einem sog. „Palliativ-Lotsen“ umfassen – unabhängig davon, ob sie

ambulant durch einen Hausarzt oder stationär bspw. im Krankenhaus versorgt werden. Aufgabe des Palliativ-Lotsen ist die Beratung über die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Begleitung und Versorgung sowie ggfs. Unterstützung bei der Beantragung und Organisation gesundheitlicher, pflegerischer, psychologischer, sozialer, spiritueller und sonstiger Unterstützungsangebote. Ein solches Palliatives Fallmanagement kann damit zur Verringerung von Zukunftsängsten beitragen, da die Versorgung kontinuierlich bedarfsgerecht an den individuellen Krankheitsverlauf angepasst werden kann.

Zur Umsetzung schlagen wir Folgendes vor:

Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf ein palliatives Fallmanagement für Menschen, die keinen Anspruch auf SAPV oder besonders qualifizierte Palliativ-Mediziner nach § 87 Abs. 1 b haben, als eine Leistung, die von bestehenden Diensten der Regelversorgung erbracht wird:

- Für Pflegefachkräfte ambulanter Pflegedienste mit Weiterbildung in Palliative Care muss das Leistungsverzeichnis häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V entsprechend erweitert werden,
- für sog. „Brücken-Schwestern“ in Krankenhäusern muss der § 11 Abs. 4 SGB V Versorgungsmanagement ausgebaut werden, damit sie diese Patienten auch ambulant weiterbegleiten können.

Palliatives Fallmanagement sollte flächendeckend verfügbar und möglichst niedrigschwellig angelegt, zugehend und kostenfrei sein. Perspektivisch wäre das Palliative Fallmanagement damit dann auch als eigenständige Leistung im Rahmen der (vielerorts noch zu gründenden) Hospiz- und Palliativnetzwerke denkbar.

d) Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen für die Begleitung und Pflege durch An- und Zugehörige verbessern

Bestehende Hürden in der Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit müssen abgebaut werden, damit pflegende Angehörige Auszeiten für die Pflege besser in Anspruch nehmen können. Pflegezeit und Familienpflegezeit sollten zu einer einheitlichen Pflegekarenz zusammengeführt werden. Bei Inanspruchnahme dieser Leistung sollen pflegende Angehörige eine Lohnersatzleistung im Umfang der jeweiligen Arbeitszeitreduzierung bei Teilzeitbeschäftigung im Umfang von mindestens 15 Stunden pro Woche oder bis zu 6 Monate bei Vollausstieg erhalten. Die Sterbekarenz darf nicht auf die Höchstdauer der Inanspruchnahme der Pflegekarenz angerechnet werden. Zudem soll die Betriebsgröße für den Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, die derzeit bei 25 Beschäftigten liegt, auf die für die Pflegezeit geltende Betriebsgröße von 15 Beschäftigten reduziert werden. Des Weiteren darf es keine Abschläge beim Rentenanspruch geben, wenn sich An- und Zugehörige durch Inanspruchnahme eines Pflegedienstes entlasten.

e) Psychosoziale Fachkräfte regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung integrieren

Schwerstranke Menschen sind gefordert, sich mit den körperlichen Symptomen ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Daneben kann die Erkrankung gravierende psychische, soziale, seelische und finanzielle Auswirkungen haben. All diesen Dimensionen muss – im Sinne des „total pain“ Konzepts von Cicely Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung – mit einer umfassenden und der menschlichen Komplexität gerecht werdenden Schmerzbehandlung auch

in der SAPV entsprochen werden. Dazu ist neben der medizinischen und pflegerischen Dimension die Verankerung der psychosozialen Dimension im Rahmen des § 132 d SGB V notwendig. Damit können künftig psycho-soziale Fachkräfte fest in das Behandlungsteam integriert werden und psycho-soziale Leistungen, die bereits auf Palliativstationen und in stationären Hospizen regulärer Teil der palliativen Behandlung sind, auch regelhaft in der SAPV erbracht werden.

Zudem muss gerade mit Blick auf den ländlichen Raum weiterhin gewährleistet sein, dass die SAPV auch im Rahmen eines Kooperationsmodells zwischen den versorgenden Ärzten und ambulanten Pflegediensten erbracht werden kann.

f) Öffentlichkeitsarbeit zu den Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Beratung, Begleitung und Versorgung verstärken

Städte, Kommunen, Länder und insbesondere der Bund sollten in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrts- und Sozialverbänden und Kirchen Kampagnen durchführen mit dem Ziel, die hospizlich-palliativen Möglichkeiten besser bekannt und breiteren Gesellschaftsschichten zugänglich zu machen. Es geht darum, diese Themen in unserer Gesellschaft zu enttabuisieren. Für den Bund böte sich hierfür z.B. die koordinierende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an. Die BZgA hat bereits im Bereich anderer gesellschaftlich eher marginalisierter und tabuisierter Themen (wie z.B. der Aufklärung zu Aids und anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen sowie zu Suchtthemen) eine gute Aufklärungsarbeit geleistet. Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens sowie Kranken und Pflegekassen sollten verpflichtet werden - ähnlich wie es bereits in der stationären Altenhilfe vom Gesetzgeber vorgeschrieben ist - besser über die palliativen medizinisch--pflegerischen Möglichkeiten und die hospizlich-palliativen Beratungs-, Begleitungs- und Versorgungsangebote am Lebensende informieren (z.B. über Beiträge in Mitgliederzeitschriften, Broschüren und Flyern).

4. Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention als Pflichtthema in den Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufe

In der aktuellen Debatte um den Suizid und Suizidhilfe wird deutlich, dass Suizidprävention insbesondere die Lebenssituation vulnerabler Personen oder Personengruppen in den Blick nehmen muss. Nicht zuletzt hochaltrige Menschen tragen sich mit dem Gedanken an Suizid und Suizidhilfe. Auch unter den Menschen, die Dienste der Caritas in Anspruch nehmen oder in Einrichtungen der Caritas leben, sind Menschen mit Suizidgedanken. Hier ist vor allem auf Krankenhäuser, stationäre und ambulante Hospize, wie stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und auf Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe aufmerksam zu machen. Deswegen ist es sehr wichtig, die Aufmerksamkeit von Mitarbeitenden für psychische und ggf. suizidale Krisen zu erhöhen und sie auf Situationen vorzubereiten, in denen sie auf Menschen in suizidalen Krisen treffen, indem sie bereits in der Ausbildung lernen, wie sie Menschen in suizidalen Krisen begegnen können. Dies gilt auch für andere Berufsgruppen, z.B. Lehrer_innen, Polizei, Feuerwehr oder Sozialarbeiter_innen. Zudem sollten mögliche Peers in den Blick genommen werden. Gut ausgebildete Peers sind häufig gute und lebensnahe Gesprächspartner_innen. In den Curricula von Aus- Fort- und Weiterbildungen und Studiengängen / Lehrplänen sollte das frühe Erkennen von psychischen Krankheiten und Krisen, aber auch der Umgang mit Suizid- und Sterbewünschen verpflichtend verankert werden. Ausbildungsinhalte

Deutscher Caritasverband e.V.

sollten darauf abzielen, Berührungspunkte zu existenziellen Themen abzubauen und die Kompetenz zum Dialog zu verbessern. Neben medizinischen, psychologischen und juristischen Inhalten sollten deshalb auch ethische, interkulturelle und interreligiöse Handlungskompetenzen vermittelt werden. Train-the-Trainer Programme stellen eine wirksame Möglichkeit dar, niedrigschwellige und lebensnahe Hilfe zu ermöglichen. Hilfreich kann überdies die Bereitstellung von Handlungsanweisungen und Ratgebern sein, die im Notfall einen ersten Überblick verschaffen und Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Freiburg/ Berlin, 19.10.2022

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakte:

Dr. Elisabeth Fix, Referatsleiterin Kontaktstelle Politik (Tandemleitung), Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875, elisabeth.fix@caritas.de

Elisabeth Frischhut, Referentin im Referat Teilhabe und Gesundheit, Deutscher Caritasverband/ Freiburg, Tel. 0761 200 252, elisabeth.frischhut@caritas.de

Steffen Beringhoff, Referent im Referat Teilhabe und Gesundheit, Deutscher Caritasverband /Berliner Büro, Tel. 0761 200 372, steffen.beringhoff@caritas.de

Diana Kotte, Referentin für das Suizidpräventionsangebot [U25], im Referat Online-Beratungsplattform, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 0761 200 26, diana.kotte@caritas.de