

## Orientierungspapier zur gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids

Derzeit wird im Bundestag über verschiedene Möglichkeiten der gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids diskutiert. Die Katholische Kirche bringt ihre Perspektive in die Debatte ein, die dem christlichen Menschenbild verpflichtet ist. Aus dieser Verpflichtung heraus ergibt sich für uns die Notwendigkeit, das dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zugrunde liegende Autonomieverständnis anzufragen. Selbstbestimmung ist ein zentraler Wert, der allerdings nur relational verwirklicht werden kann. Beziehungen ermöglichen überhaupt erst Selbstbestimmung. Dies gilt für das menschliche Leben insgesamt, vor allem aber für Lebenssituationen, die besonders von Verletzlichkeit geprägt sind. Aus unserer Sicht ist die Stärkung der Suizidprävention und einer umfassenden palliativen und hospizlichen Kultur notwendig, die weder die Über- noch Unterversorgung am Lebensende befördert. Palliativ bedeutet neben medizinischer und pflegerischer Kompetenz auch die seelsorgerliche. Die Katholische Kirche möchte Hilfe im Sterben und nicht Hilfe zum Sterben leisten und lehnt deswegen den assistierten Suizid ab. Dennoch halten wir in der gegebenen Situation eine gesetzliche Neuregelung des assistierten Suizids im Hinblick auf die notwendige Rechtssicherheit für alle Beteiligten für wichtig. Die neue Regelung sollte den vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) herausgestellten „konkret drohende[n] Gefahren für die persönliche Autonomie von Seiten Dritter“ Rechnung tragen, und der Tendenz entgegenwirken, „dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt“<sup>1</sup>. Bei der Erarbeitung des Gesetzes ist das vom Bundesverfassungsgericht postulierte Recht auf selbstbestimmtes Sterben in einen Ausgleich zu bringen mit dem staatlichen Auftrag zum Schutz des Lebens, dem Selbstbestimmungsrecht eines jeden Menschen, der Wahrung institutioneller Rechte sowie der Grundrechte auch der Personen, die in Beziehung zu dem Suizidwilligen stehen. Nicht zuletzt geht es immer auch um den Erhalt der unverzichtbaren gesellschaftlichen Solidarität mit besonders vulnerablen Personen. Unsere Empfehlung gliedert sich in zwei Schritte: Vorrangig muss es darum gehen, die Suizidprävention zu stärken und eine humane, qualitativ gute stationäre und ambulante Pflege zu gewährleisten, der man sich gerne anvertraut. Dies ist ein Aspekt des staatlich-gesetzgeberischen Handelns, den wir ausdrücklich unterstützen. Um einer Normalisierung des assistierten Suizids soweit als irgend möglich entgegenzutreten, ist zu fordern, dass ein neu geregelter gesetzlicher Zugang wenigstens an möglichst anspruchsvolle Voraussetzungen gebunden wird. Ferner sind auch Orte im Gesundheits- und Sozialwesen wichtig, in denen die Bewohnenden nicht ungewollt mit Suizidassistenz konfrontiert werden.

### **I. Stärkung der Suizidprävention und der Hospiz- und Palliativversorgung – eine gesetzliche Regelung muss umfassend sein**

Größte Bedeutung kommt im Rahmen einer gesetzlichen Regelung der substanziellen Stärkung der Suizidprävention zu. Sie ist als integraler Bestandteil nicht nur unverzichtbar, sondern hat Vorrang. Suizidwilligen Menschen kann mit passgenauen, zielgruppenspezifischen und niedrigschwelligen Suizidpräventionsangeboten nachweislich sehr wirksam geholfen werden. Den umfangreichen Forderungen der Fachgesellschaften für Suizidprävention sowie Hospiz-

---

<sup>1</sup> Bundesverfassungsgericht, Urt. V. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a. Rn. 233.

und Palliativversorgung sollte daher unbedingt Beachtung geschenkt werden.<sup>2</sup> Das gilt umso mehr, als eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe an sich schon das Risiko birgt, den assistierten Suizid als gleichwertige Option am Lebensende neben anderen erscheinen zu lassen und damit Suizidprävention erschwert.

Zur Deckung des zu erwartenden Mehrbedarfs im Bereich der Suizidpräventionsmaßnahmen und um heute schon existierende gravierende Versorgungslücken zu schließen, fordern wir:

- Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu der Bedeutung und den Möglichkeiten von Suizidprävention;
- den flächendeckenden Ausbau und die langfristige Finanzierung einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung;
- den Ausbau und die langfristige Finanzierung einer jederzeit erreichbaren psychiatrischen Not- und Krisenintervention;
- den Ausbau und die Absicherung niedrigschwelliger Angebote wie der Onlineberatung durch Peers (z.B. U 25 online-Beratung) und insbesondere der TelefonSeelsorge (24/7);
- die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen sind darauf hin zu überprüfen, ob die Lehrinhalte zum Umgang mit Suizidalität hinreichend verankert sind;
- die Förderung der Forschung zu Suizidalität und Suizidprävention.

Ebenso unverzichtbar sind weitere Anstrengungen für einen bedarfsgerechten Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Hierzu sind sowohl Defizite bei der Umsetzung bestehender gesetzlicher Regelungen abzubauen als auch weitere gesetzliche Regelungen zu implementieren. Daher fordern wir:

- die Öffentlichkeitsarbeit zu den Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Beratung, Begleitung und Versorgung zu verstärken;
- einen individuellen Rechtsanspruch auf Beratung zu den Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorgeplanung im Sinne von Advance Care Planning für alle Menschen einzuführen, um dadurch die palliative Entscheidungskompetenz zu stärken;
- die Sterbebegleitung und Palliativversorgung in stationären (Pflege-)Einrichtungen durch Refinanzierung von zusätzlichem, in (geriatrischer) Palliative Care weitergebildeten Personal sowie von Supervision und Ethikberatung zu stärken;
- einen Anspruch auf palliatives Fallmanagement einzuführen, das Patienten und ihre An- und Zugehörigen insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei der Organisation der Anschlussversorgung unterstützt;
- die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Begleitung und Pflege durch An- und Zugehörige zu verbessern;
- psychosoziale Fachkräfte regelhaft in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu integrieren.

---

<sup>2</sup> Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. „Dem Leben wieder eine Chance geben“ vom 30. März 2022: [https://www.dhpv.de/files/public/aktuelles/news/DGS\\_DHPV\\_Eckpunkte\\_Suizidpra%CC%88vention.pdf](https://www.dhpv.de/files/public/aktuelles/news/DGS_DHPV_Eckpunkte_Suizidpra%CC%88vention.pdf); Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., „Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention“, vom 1. Juni 2022: [https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/220531\\_Forderungen\\_Suizidprvention\\_Ohne\\_Organisationen.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/220531_Forderungen_Suizidprvention_Ohne_Organisationen.pdf).

Eine zentrale Aufgabe muss bei einer älter werdenden Gesellschaft und angesichts von Krankheit zudem die Gewährleistung einer humanen Pflege und Betreuung sein. Gerade wenn Menschen schwächer oder krank werden und zunehmend auf Hilfe angewiesen sind, müssen sie sich sowohl in der stationären wie auch im Bereich der ambulanten Pflege aufgehoben und angenommen fühlen können. Pflege- und Betreuungskräfte müssen ausreichend Zeit zur Verfügung haben, um sich den ihnen anvertrauten Menschen wirklich zuwenden zu können. Wir dürfen als Gesellschaft nicht darin nachlassen, die Situation der Pflegenden und der Gepflegten in der ambulanten und stationären Pflege weiter nachhaltig zu verbessern. Wir müssen Rahmenbedingungen schaffen, die es tatsächlich ermöglichen, gerne in diesem Bereich zu arbeiten und sich selbst der Pflege und Betreuung ohne Sorge und Angst anvertrauen zu können. Eine Situation, in der ein älterer oder kranker Mensch eher einen assistierten Suizid wählt und dafür eine gute Infrastruktur vorfindet als sich vertrauensvoll in Pflege zu begeben und Unterstützung anzunehmen, ist für die Kirche und ihre Caritas nicht tragbar.

## **II. Schützende Abgrenzungen im Rahmen einer gesetzlichen Regelung des assistierten Suizids**

Der Suizid ist eine endgültige, nicht mehr revidierbare Totalverfügung über das eigene Leben mit gravierenden und belastenden Konsequenzen für An- und Zugehörige. Allein schon wegen der Endgültigkeit und Ernsthaftigkeit dieser Entscheidung muss ein Verfahren, das Maßnahmen der rechtlich zulässigen Suizidhilfe vorgeschaltet sein soll, hohe und strenge Schutzstandards erfüllen. Vor allem aber muss es geeignet sein, eine allgemeine Normalisierung der Entscheidung für eine Suizidhilfe zu verhindern und jeden Druck zu einer solchen Entscheidung von den Betroffenen abzuwehren.

Daraus ergeben sich als zu fordernde Abgrenzungen:

### **1. Assistierter Suizid nicht als Regelleistung des Gesundheits- und Sozialwesens**

Beim assistierten Suizid handelt es sich weder um eine notwendige Vorsorgemaßnahme noch um die Behandlung einer Krankheit. Von der Allgemeinheit oder der Gemeinschaft der Versicherten kann nicht verlangt werden, für die selbstbestimmte Entscheidung eines Einzelnen aufzukommen, sein Leben unter Inanspruchnahme von Suizidassistenz zu beenden. Daher dürfen die Kosten für den Erhalt des letalen Mittels und die unmittelbare Suizidassistenz nicht von den allgemeinen Sozialversicherungen übernommen werden.

### **2. Rolle der Ärzteschaft**

„Aufgabe von Ärzten ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“<sup>3</sup> Assistierter Suizid ist hingegen keine ärztliche Aufgabe. Ärzte sind verpflichtet, Sterbewünschen ihrer Patienten und Patientinnen mit Empathie zu begegnen und Alternativen aufzuzeigen. Ärzte sind aber von ihrer Profession her nicht für die Unterstützung von Suiziden zuständig. Aufgaben der Ärzteschaft im Kontext von assistiertem Suizid sollten im Einklang mit den ethischen Grundsätzen für das ärztliche Handeln (Aufklärung, Beratung, Feststellung, Dokumentation) und den Regulierungsgrundsätzen des Gesundheitssystems in Deutschland formuliert werden. Ärzte dürfen nicht dazu verpflichtet werden, Bezugsscheine für letale Mittel auszustellen.

---

<sup>3</sup> „Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB“ in Deutsches Ärzteblatt 2021, A 1428 ff..

### 3. Rolle der Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen

Wünsche nach assistiertem Suizid werden nicht nur an Ärzte, sondern auch an andere Mitarbeitende ambulanter und stationärer Einrichtungen und Dienste des Gesundheits- und Sozialwesens gerichtet. Deshalb muss auch für diesen Personenkreis klar sein, dass er nicht zur Mitwirkung am assistierten Suizid verpflichtet werden kann.

### 4. Zugang zu letalen Mitteln

Die Abgabe letaler Mittel ist keine Aufgabe der Gesundheitsversorgung. Deshalb muss bei der Ausgestaltung des Verfahrens jeder Anschein vermieden werden, dass es sich bei letalen Mitteln um Arzneimittel handelt. Die lückenlose Kontrolle und Dokumentation der Abgabe, Aufbewahrung und Verwendung letaler Mittel ist auch zum Schutz anderer Personen sicherzustellen. Für den Fall, dass von dem Suizidwunsch wieder Abstand genommen wird, sind die Mittel innerhalb einer angemessenen Frist zurückzugeben.

### 5. Neuformulierung im Strafrecht

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<sup>4</sup>. Geschäftsmäßige Suizidassistenz, die mit einer Gewinnerzielungsabsicht verbunden ist und Werbung für assistierten Suizid sind dabei unter Beachtung der Grundsätze des Bundesverfassungsgerichts jedenfalls zu verbieten.

### 6. Regelung von prozeduralen Zugangsbedingungen zu tödlichen Substanzen

Auch durch folgende prozedurale Schutzstandards sollte möglichst abgewehrt werden, dass ein Suizid aufgrund äußerer Beeinflussung oder aufgrund von Unkenntnis von Auswegen aus aktuellen Problemlagen begangen wird. Dies trägt dazu bei, dass der assistierte Suizid nicht zu einer normalen Option am Ende des Lebens wird:

#### a. Volljährigkeit des Suizidenten

#### b. Pflicht zur Inanspruchnahme einer mehrmaligen, umfassenden, multiprofessionellen, ergebnisoffenen Beratung.

Die Beratung und Informationen sollen sich sowohl auf bestehende medizinische, schmerztherapeutische, palliative und weitere Behandlungsalternativen als auch auf weitere u. a. psychische, soziale und ökonomisch bedeutsame Aspekte erstrecken.

#### c. Feststellung der Freiverantwortlichkeit

Die Willensfreiheit des Suizidwilligen ist nach dem Vieraugenprinzip durch unabhängige Gutachten von mindestens einem, besser zwei psychiatrischen Fachärzten zu überprüfen.

#### d. Wartefrist

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, was in der Regel eine Frist von mehreren Monaten bis zum Erhalt der letalen Mittel bedeutet.

#### e. Personelle Trennung

---

<sup>4</sup> Bundesverfassungsgericht, Urt. V. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 260, 267, 268, 339.

Es muss eine personelle Trennung zwischen allen relevanten Verfahrensschritten, insbesondere der medizinischen Aufklärung und Beratung, der Begutachtung sowie der Leistung der Suizidassistenz vorgesehen werden.

## **7. Räume vorsehen, in denen Suizidassistenz ausgeschlossen ist**

Das Bundesverfassungsgericht hat festgehalten, dass niemand verpflichtet ist, an einem Suizid mitzuwirken<sup>5</sup>. Dieser Grundsatz gilt in jedem Fall für natürliche Personen, erstreckt sich aber unseres Erachtens auch auf juristische Personen, die z. B. als Träger von Diensten und Einrichtungen mit Suizidwünschen von Bewohnenden konfrontiert werden. Aus Gründen der Rechtssicherheit soll dies im Gesetz selbst klargestellt werden.

Zudem ist Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens die Möglichkeit einzuräumen, die Duldung von Suizidassistenz in ihren Räumlichkeiten auszuschließen, wenn dies in ihrem Leitbild und ihrer Hausordnung geregelt und in den Verträgen mit den Bewohnenden vereinbart ist. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass Bewohnende, die sich bewusst für die Behandlung in diesen Einrichtungen entschieden haben, nicht mit einem Suizidassistenz-Angebot konfrontiert werden. In diesem Sinne hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt, dass der Gesetzgeber Vorkehrungen treffen kann, „dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen.“<sup>6</sup>

Eine entsprechende Regelung stellt ferner sicher, dass Einrichtungen und Dienste ihre Pflegedienstleistungen entsprechend ihres Betreuungskonzepts sowie ihres ethischen, religiösen oder weltanschaulichen Selbstverständnisses erbringen können.

## **8. Monitoring und Evaluation der Regelung**

Um frühzeitig gesellschaftlichen Normalisierungstendenzen entgegenwirken zu können, sollen auch die Daten des assistierten Suizids (mindestens die insgesamten Zahlen sowie Zahlen zu bestimmten identifizierbaren Betroffenenengruppen) erfasst werden. Diese Daten sollen auch der Forschung zur Verfügung stehen. Bundestag und Bundesregierung sollen sich regelmäßig mit der getroffenen Regelung, deren Auswirkungen und möglichen Schlussfolgerungen und Änderungsbedarfen auseinandersetzen, um gegebenenfalls erforderliche Korrekturen zeitnah vornehmen zu können.

Dieses Orientierungspapier wurde im Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz unter Mitwirkung einer zu diesem Thema eingerichteten Arbeitsgruppe, in der unter anderem der Deutsche Caritasverband vertreten war, erarbeitet.

---

<sup>5</sup> BVerfG Leitsatz 6, 289, 342.

<sup>6</sup> Bundesverfassungsgericht, Urte. V. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 235.