

Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid

Ein Diskussionspapier der Diakonie Deutschland

Zusammenfassung:

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts am 26. Februar 2020 zu § 217 StGB „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Beihilfe zum Suizid“ betrifft auch viele Menschen, denen sich die Diakonie in ihren verschiedenen Handlungsfeldern zuwendet. Bei den meisten Menschen mit Sterbewunsch steht hinter diesem Wunsch ein Hilferuf nach einem erträglichen und menschenwürdigen Leben. Sie sehen möglicherweise den assistierten Suizid als Lösung, weil ihnen im Zweifel geeignete Hilfen nicht zugänglich sind bzw. ihnen Informationen über die Möglichkeiten einer palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung fehlen oder weil sie im Kontext einer psychischen Erkrankung keinen anderen Ausweg sehen. Die hier vorgelegten Überlegungen verfolgen das Ziel, Suizidhilfe als geschäftsmäßige Dienstleistung bedeutungslos werden zu lassen.

In diesem Sinne setzt sich die Diakonie Deutschland mit Nachdruck für ein qualifiziertes und bedarfsorientiertes Angebot der Suizidprävention und die umfassende Begleitung von Menschen in existenziellen Lebenslagen sowie in schweren Krankheitsverläufen und am Ende ihres Lebens ein. Darüber hinaus befürwortet die Diakonie ein legislatives Schutzkonzept des Lebens im Kontext des assistierten Suizids. Dem hier vorgelegten Grundlagentext, der als Diskussionsgrundlage der innerverbandlichen Verständigung dienen soll, wird neben der Begleitung anstehender Gesetzgebungsvorhaben auch die Erarbeitung einer Handreichung mit Handlungsempfehlungen im Umgang mit Nachfragen nach assistiertem Suizid für diakonische Dienste, Einrichtungen und Träger folgen.

In dem vorliegenden Text werden mögliche Auswirkungen des Urteils auf das gesellschaftliche Klima, Werte und Menschenbilder beschrieben. Die Situation von psychisch erkrankten Menschen, von Menschen mit schweren Behinderungen sowie von alten, schwerkranken und sterbenden Menschen, die Suizidgedanken haben bzw. formulieren, wird umfassend beleuchtet. Die Erfahrung zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Menschen von ihrem Suizidwunsch Abstand nimmt, wenn beispielsweise eine psychische Erkrankung (oft auch in Kombination mit schweren somatischen Erkrankungen oder Lebenskrisen) erkannt und behandelt wird, die Möglichkeiten der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung bekannt sind und auch zur Verfügung stehen, und wenn einsame und isolierte Menschen wieder Kontakte knüpfen können und erfahren, wie bedeutungsvoll sie für andere sein können.

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Jutta Ataie
jutta.ataie@diakonie.de

Dr. Astrid Giebel
astrid.giebel@diakonie.de

Dr. Katharina Ratzke
katharina.ratzke@diakonie.de

Mit dem Grundlagentext bringt sich die Diakonie Deutschland in den Meinungsbildungsprozess zu einem gesellschaftlich und ethisch sensiblen Thema mitgestaltend ein.

Zum Hintergrund:

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat am 26. Februar 2020 entschieden, dass der am 10. Dezember 2015 in Kraft getretene § 217 StGB zur „Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ verfassungswidrig und damit nichtig ist. Anlass waren Verfassungsbeschwerden von schwerkranken Personen, die ihr Leben mit geschäftsmäßig angebotener Unterstützung Dritter selbst beenden wollten. Das Urteil handelt von Menschen mit Sterbewunsch, die sich „selbstbestimmt, ohne äußeren Zwang und wohlüberlegt zur Selbsttötung entschlossen haben“. Gleichzeitig verweist das Gericht selbst auf unterschiedliche Daten, die deutlich machen, dass der wohlbedachte und selbstbestimmte Suizid in der Realität die Ausnahme ist.

Die Entscheidung des BVerfG leitet aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben ab. Die Entscheidung der/des Einzelnen, ihrem/seinem Leben entsprechend ihrem/seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, sei im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasse auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

Mit dem Urteil ebnet das BVerfG den Zugang zur Beihilfe zum Suizid – durch natürliche und juristische Personen und für jeden Menschen, der sich für einen assistierten Suizid entscheidet, unabhängig von dem Vorliegen sogenannter materieller Kriterien (z. B. dem Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung).

Der Gesetzgeber steht vor der Aufgabe, neue gesetzliche Regelungen für Menschen mit Sterbewunsch, die für die Durchführung des Suizids die Hilfe anderer in Anspruch nehmen wollen, zu schaffen. Er kann dabei unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches stellen, Aufklärungs- und Wartepflichten einführen und Erlaubnisvorbehalte vorsehen. Und er sollte ein gesetzliches Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitkonzept entwickeln.

Die Bundesregierung strebt nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts über die Sterbehilfe nun eine gesetzliche Neuregelung an. In Reaktion auf die Gerichtsentscheidung hat der Bundesgesundheitsminister Expert*innen angeschrieben, um deren Stellungnahme in einen politischen Meinungsbildungsprozess für eine mögliche Neuregelung der Suizidhilfe einbeziehen zu können.

Ein besonderes Augenmerk ist auf die vom BVerfG ausdrücklich hervorgehobene Pflicht des Staates zur umfassenden Suizidprävention zu richten.

Gemäß Rz. 274 des Urteils liegt der Verfassungsordnung des Grundgesetzes ein Menschenbild zugrunde, das von der Würde des

Menschen und der freien Entfaltung der Persönlichkeit in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung bestimmt ist. Dieses Menschenbild habe Ausgangspunkt jedes regulatorischen Ansatzes zu sein.

Das Grundgesetz selbst aber kennt den Begriff der Selbstbestimmung nicht, sondern benennt lediglich „die freie Entfaltung der Persönlichkeit“ (Art. 2 Abs. 1 GG). Die Diakonie Deutschland vollzieht die verfassungsrechtlichen Wertungen des BVerfG nach. Sie unterstreicht aber auch die vom Gericht gesehenen erheblichen Gefahren, die eine eindimensionale Interpretation und Umsetzung des Urteils nach sich ziehen könnte, weil sie der verzweifelten Lage suizidwilliger Menschen – auf individueller, sozialer, spiritueller und/oder wirtschaftlicher Ebene – nicht gerecht würde.

Die freiverantwortete Entscheidung eines Menschen, sich das Leben zu nehmen, da sie oder er für sich keine andere Möglichkeit sieht, respektiert die Diakonie Deutschland als individuelle Gewissensentscheidung. Sie sucht nach ethisch verantwortbaren Lösungen, auch diese Menschen bis zum Ende ihres Lebens zu begleiten, weil nicht jeder Schmerz stillbar und nicht jede unerträgliche Situation aufgelöst werden kann. Ungeachtet dessen bleibt es dabei, dass uns jeder Suizid mit der Frage zurücklässt, ob wir als Diakonie, Kirche und Gesellschaft alles getan haben, um im konkreten Einzelfall gemeinsam nach alternativen Wegen zu suchen und neue Perspektiven zu finden.

Zu einem präventiven Schutzkonzept gehört die Sorge um ein entsprechendes gesellschaftliches Klima.

Nach Rz. 275 des Urteils kann die staatliche Schutzpflicht zugunsten der Selbstbestimmung und des Lebens folgerichtig erst dort gegenüber dem Freiheitsrecht der/des Einzelnen den Vorrang erhalten, wo diese oder diesen Einflüssen ausgeliefert ist, die die Selbstbestimmung über das eigene Leben gefährden. Diesen Einflüssen dürfe die Rechtsordnung durch Vorsorge und durch Sicherungsinstrumente entgegenzutreten. Jenseits dessen sei die Entscheidung der/des Einzelnen, ihrem/seinem Leben ein Ende zu setzen, als Akt autonomer Selbstbestimmung anzuerkennen.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind diese Passagen von großer Bedeutung. Denn sie verweisen auf den Bezug menschlicher Entscheidungen und die Kontextabhängigkeit, in der Menschen ihre Autonomie und Selbstbestimmung leben oder aber auch in ihrer Selbstbestimmung beeinträchtigt werden. Auch individuelle innere und äußere Zwänge aufgrund von körperlichen und/oder seelischen Problemen oder aufgrund von prekären sozialen und wirtschaftlichen Lebenslagen sind als solche Beeinträchtigungen anzuerkennen.

Die Wahrung der Würde eines Menschen bedeutet, seine Selbstbestimmung zu respektieren und diese auch und gerade dann zu achten, wenn die Spielräume für seine Autonomie aufgrund von Krankheit, Behinderung, Alter oder Armut kleiner werden. Würde geht nicht dadurch verloren, dass jemand aufgrund von schweren Erkrankungen oder aufgrund von Pflegebedürftigkeit in zunehmende Abhängigkeit gerät. Um dieser Würde in jeder Lebenssituation eines Menschen die ihr zustehende Achtung entgegenzubringen, bedarf es

neben dem Raum für Selbstbestimmung auch des Raumes für die die Selbstbestimmung erst komplettierende Möglichkeit der Fürsorge. Die umfassende Achtung der Würde findet sich in der hierin liegenden Verschränkung dieser beiden Aspekte verankert.

Das Ziel eines legislativen Schutzkonzepts muss es daher sein, das Bewusstsein dafür wach zu halten, dass das gesellschaftliche Klima immer die Einschätzung des eigenen Lebens mitprägt und wie schmal daher die Grenze sein kann zwischen einer eigenen Entscheidung und einer Entscheidung, die zwar von einem Einzelnen getroffen wird, die aber vorrangig eine Reaktion auf gesellschaftliche Einflüsse darstellt.

Zudem muss das Schutzkonzept der Tatsache Rechnung tragen, dass sich unter den Menschen mit suizidaler Absicht auch viele finden, die krankheitsbedingt phasenweise in ihrer Willens- und Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sein können.

„Zur Freiheit hat uns Christus befreit“ (Gal 5,1) lautet eine zentrale christliche Grunderkenntnis. Diese Freiheit ist jedoch nicht autonom, sondern relational angelegt, auf die Beziehung zu Gott, zu sich selbst und zu Mitmenschen. Selbstbestimmung, Gewissensfreiheit, die Freiheit das Leben selbst zu gestalten sind historisch erkämpfte Errungenschaften und richten sich gegen jede Form der Bevormundung. Bezogen auf persönliche Grenzsituationen und existenzielle Notlagen stellt sich die Frage, in welcher Freiheit genau, mit welchen Handlungsoptionen, in welchem gesellschaftlichen Klima, durch welche Beeinflussungen im (familialen) Nahbereich lebenswichtige Entscheidungen getroffen werden, inwieweit Autonomie unter extremem Leidensdruck überhaupt möglich ist oder ggf. durch „tödliches Mitleid“ bedroht sein kann.

Die Sorge, eine übergroße Belastung für die Solidargemeinschaft und auch für die An- und Zugehörigen zu sein, kann wesentlich dazu beitragen, dass sich der Wunsch nach (assistiertem) Suizid entwickelt. Der freie Wille kann auch in Folge von Lebensumständen und Krankheit beeinträchtigt sein. Gefühle, Bedürfnisse, Ängste und Einflüsse von außen beeinflussen alle Entscheidungen. Das heißt, der Mensch beschließt in seiner Bezogenheit auf andere und im gesellschaftlich-kulturellen Kontext (in dem (assistierter) Suizid als normale Lösung akzeptiert ist oder nicht), welchen Schritt er angesichts der Notlage, in der er sich befindet, gehen möchte.

Aufeinander angewiesen sein, Verletzbarkeit und Zerbrechlichkeit sind wesentliche Grundbedingungen und unabänderliche Eigenschaften unseres menschlichen Daseins. Insbesondere am Anfang und am Ende unseres Lebens sind wir auf die Fürsorge von anderen angewiesen. Die Wahrnehmung der grundsätzlichen Begrenztheit und Verwundbarkeit des eigenen Lebens ist eine Aufgabe, die auf allen gesellschaftlichen Ebenen vermittelt und gelebt werden will. Die bewusste Annahme der eigenen Sterblichkeit und der Fragilität des menschlichen Daseins kann die Aussicht auf das Krank- und Altwerden sowohl bei sich selbst als auch bei anderen weniger bedrohlich erscheinen lassen.

Im geäußerten Wunsch „Ich will nicht mehr leben“ klingt häufig die eigentlich gemeinte Äußerung mit: „ich will SO nicht mehr leben“.

Eine rasche Zustimmung zu einem Wunsch nach assistiertem Suizid unter Verweis auf die Autonomie birgt die Gefahr, zu verkennen, dass das Vorbringen von Sterbewünschen nicht automatisch gleichbedeutend mit dem Vorliegen von Suizidalität ist. Der Wunsch zu sterben ist nicht immer unzweifelhaft und eindeutig. Da ist die Sehnsucht nach „dem Erlöst sein vom Leiden durch den Tod“ einerseits und „die Hoffnung auf Besserung“ andererseits. Im diakonischen Verstehen geht es nicht darum, diese Ambivalenz aufzulösen, sondern darum, sie wahrzunehmen, sie gemeinsam auszuhalten und mit ihr umzugehen – ohne das Gegenüber in die eine oder andere Richtung zu drängen. Oberstes Ziel ist es, mit dem Menschen, der über Suizid nachdenkt, in Beziehung zu treten und gemeinsam die hinter dem Wunsch zu sterben verborgenen Nöte, Befürchtungen, Sorgen, Fragen und Sehnsüchte zu verstehen, damit auch andere Wege aus der Krise vorstellbar werden.

Dies verlangt – im Kontext von Lebensberatung, Suizidprophylaxe und Krisen- und Notfallversorgung – psychotherapeutische Kompetenz, um Menschen in dieser Ambivalenz zu begleiten. In der Begleitung von schweren und zum Tode führenden Krankheiten verlangt dies Angebote der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung sowie gesamtgesellschaftlich den Gedanken wechselseitiger Anerkennung, der fordert, dass wir jedem Menschen in einer Haltung der Annahme und des Respekts begegnen, dem Gesunden ebenso wie der/dem Kranken, der/dem Genesenden ebenso wie der/dem Sterbenden.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist (assistierter) Suizid eine individuelle Entscheidung, die in lebensgeschichtliche und situative Kontexte eingebunden und damit auch ein gesellschaftliches Phänomen ist. Ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren sind oft Gründe dafür, dass sich leidvolle und herausfordernde Erfahrungen in schwierigen Lebensphasen zu einem Todeswunsch verdichten.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist es erforderlich, mithilfe eines Verfahrens sicherzustellen, dass der Wunsch nach Selbsttötung nicht aufgrund einer durch Druck oder Erwartungshaltung beeinflussten oder aufgrund einer akuten Verzweiflung oder psychischen Erkrankung herbeigeführten Entscheidung entsteht und – ganz im Sinne des Urteils – auch nicht der (ärztlich) assistierte Suizid sukzessive als primärer Weg betrachtet wird, mit schwerer oder unheilbarer Krankheit umzugehen.

Eine gesetzlich geregelte ärztliche Mitwirkung am assistierten Suizid würde den Arztberuf verändern und ist hinsichtlich seiner sozialetischen Konsequenzen bedenklich. Ein noch näher zu bestimmendes Verfahren

als Teil des legislativen Schutzkonzepts sollte auf einem vertrauensvollen Dialog zwischen Betroffenen und gegebenenfalls den der Person Nahestehenden basieren und auf multiprofessionelle Kompetenzen zurückgreifen, auch wenn den Ärztinnen und Ärzten hier eine besondere Verantwortung zukommt, etwa beim Ausschluss einer depressiven Störung.

Die Diakonie Deutschland erkennt, dass der Suizid im Einzelfall angesichts der Notlage, in der sich ein Mensch befindet, als die für ihn einzig wählbare Option erscheinen kann. Um im Prozess der Entscheidungsfindung eine vorschnelle Einengung auf eine Lösung zu vermeiden, erscheint es aus Sicht der Diakonie Deutschland erforderlich, regelhaft ein psychotherapeutisches Angebot vorzuhalten. Gleichzeitig sehen wir die Gefahr, dass Kranke und/oder ihnen nahestehende Personen einen möglichen ärztlich assistierten Suizid als primären/zunehmend normalen Weg betrachten könnten, mit schwerer oder unheilbarer Krankheit umzugehen.

Zudem sind die – langfristigen – Auswirkungen von assistiertem Suizid auf die (auch indirekt) beteiligten Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in Hinblick auf deren „moral injury“ bzw. „moral distress“ zu berücksichtigen. Moralische Dilemmata treten für im Gesundheits- und Pflegebereich arbeitende Menschen auf, wenn sie sich aufgrund gesellschaftlicher und/oder institutioneller Erwartungen nicht in der Lage fühlen, in Übereinstimmung mit ethischen Grundwerten zu handeln bzw. das Empfinden haben, gegen das eigene Berufsethos zu verstoßen. Immer wiederkehrende Situationen mit moralischen Notlagen gehen mit emotionaler Erschöpfung einher, führen zum Burn-out- oder Cool-out-Syndrom und haben in der Folge einen erheblichen negativen Einfluss auf die Pflegequalität und die psychische Gesundheit der Pflegenden.

Wer als Ärztin oder Arzt Menschen aus einer konkreten Gewissensentscheidung heraus in einer solchen Situation begleitet und dabei die rechtlich vorgegebenen prozeduralen Schritte einhält, muss sich darauf verlassen können, nicht straf- oder berufsrechtlich belangt zu werden. Mit dem BVerfG betonen wir, dass es keine Verpflichtung auf eine ärztliche Beihilfe zum Suizid geben kann, weder rechtlicher noch moralischer Art.

Nach unserer Einschätzung geht die größte Gefahr für eine Ausweitung des assistierten Suizids nach wie vor von sogenannten „Sterbehilfeorganisationen“ aus. Anlass zur Sorge und Aufmerksamkeit besteht, weil die Autonomie bei dieser Form des assistierten Suizids nur eine scheinbare ist. Ist der Suizidassistent erst einmal im Haus, ist es für den Betroffenen psychologisch schwierig, die Entscheidung zum Suizid zu revidieren, da der Rücktritt als persönliche Schwäche interpretiert werden kann. Bei der Ausgestaltung eines legislativen Schutzkonzepts setzt sich die Diakonie Deutschland weiterhin für ein Verbot von geschäftsmäßigen Formen des assistierten Suizids ein.

„Bedenkt: den eigenen Tod, den stirbt man nur, doch mit dem Tod der anderen muss man leben“ (Mascha Kaléko). In Folge des Suizids haben sich An- und Zugehörige sowie Mitarbeitende mit einer Vielfalt von sich zum Teil widersprechenden Gefühlen und Umständen auseinanderzusetzen, die in der Regel als belastend empfunden werden, da sie persönliche und juristische Verunsicherungen auslösen. Viele Betroffene fühlen sich in dieser Situation überfordert.

Unsere Sorge gilt auch den Personen, die von einem assistierten Suizid indirekt betroffen sind. Der Suizid eines nahestehenden Menschen gehört zu den traumatischsten Erlebnissen und hat für An- und Zugehörige wie auch für Mitarbeitende weitreichende Folgen. Oft löst er bei den unmittelbar davon Betroffenen eine existentielle Krise aus. In ihrer Wahrnehmung gibt es in der Regel ein Leben vor und ein Leben nach dem Ereignis. Suizidtrauernde setzen sich, oft über lange Zeiträume und immer wieder, mit dem Hinterfragen von Ursachen und der sie selbst betreffenden Schuld auseinander und die Frage nach den Gründen des Suizids wird für viele nie wirklich beantwortet.

Auch hier ist die Politik gefordert, professionelle psychosoziale und spirituelle Unterstützungsstrukturen zu fördern, die für vom (assistierten) Suizid Betroffenen helfen, den Verlust zu verarbeiten.

Die Diakonie Deutschland tritt – durch die Bereitstellung hospizlicher und palliativer Beratung und Begleitung, durch psychotherapeutische Unterstützung und Lebensberatung, Suizidprophylaxe sowie von Notfall- und Telefonseelsorge – dafür ein, alles dem Menschen und der Gesellschaft Mögliche zu tun, um eine Situation zu vermeiden, bei der aufgrund von Erkrankung oder bei einer anderen Notsituation (vermeintlich) kein anderer Ausweg als die Selbsttötung bleibt.

Suizidprävention kann nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden, die Strategien auf unterschiedlichen Ebenen zusammenführt. Wegen der unterschiedlichen Lebenssituationen, die in einem Suizidwunsch enden können, ist ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten notwendig. Suizidwillige Menschen sind aus unterschiedlichen Gründen sehr verletzlich und schutzbedürftig. Wir wissen nicht, wie sich ein gesellschaftliches Klima, in dem es zunehmend als normal empfunden wird, sein Leben durch (assistierten) Suizid zu

beenden, auf diese Menschen und ihre Suizidwünsche auswirken wird. Allerdings wissen wir aus der internationalen Forschung, dass ein einfacher Zugang zu tödlichen Mitteln, wie zum Beispiel zu Waffen, als Risikofaktor für Suizide gilt. Als Diakonie tun wir alles uns Mögliche, um einem solchen Klima eine Kultur der Beziehung, der Zuwendung und der Sorge für das verletzte, leidende und verlöschende Leben entgegenzusetzen, und auf diesen Wegen Hoffnung zu vermitteln.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland zielen die Bestimmungen des BVerfG auf eine sehr kleine Gruppe von Menschen, die – legt man vorliegende Daten zur Inanspruchnahme von assistiertem Suizid in der Schweiz oder in den USA zugrunde – einen hohen Sozialstatus und Bildungsabschluss aufweisen und als Recht für sich reklamieren, ihrem Leben selbstbestimmt ein Ende zu setzen, da Schmerzen oder Abhängigkeit von Pflegeleistungen ihrer Vorstellung von Würde widerspricht. Die Biographien und Schicksale von Menschen, die einen Suizid begehen bzw. ihn erwägen, denen wir in unserer diakonischen Praxis begegnen, verweisen hingegen auf andere Gruppen und schwierige Lebenslagen. Dabei spielt die Thematik der Isolation und möglichen Einsamkeit bei beiden Gruppen eine Rolle.

Der Anteil von Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen an den Suiziden wird auf 80 bis 90 Prozent geschätzt (s. a. Urteil des Bundesverfassungsgerichts). Doch auch andere Aspekte, wie zum Beispiel die Angst vor unerträglichen Schmerzen, vor Kontrollverlust, vor dem sozialen Bedeutungsverlust, finanziellen Schwierigkeiten oder drohender Armut, sowie auch vor familiärer und gesellschaftlicher Stigmatisierung können Auslöser für Suizidwünsche bzw. suizidales Handeln sein.

Bevor gesetzliche Regelungen ansetzen ist aus Sicht der Diakonie Deutschland der Suizidwunsch und die dahinterliegenden Ursachen und Gründe von (potentiell) Betroffenen als eigentliches Problem in den Blick zu nehmen. Daten (s. a. Urteil) belegen, dass ein kurzfristig gefasster Suizidentschluss – wenn die Selbsttötung nicht gelingt – im Nachhinein von den Betroffenen selbst in etwa 80 bis 90 Prozent als Fehleinschätzung gewertet und revidiert wird. Vorurteile und Vorverurteilungen in Bezug auf Suizidwünsche, aber auch in Bezug auf psychische Erkrankungen verhindern eine wirksame Prävention und schwächen die Sensibilität für mehr oder weniger deutliche, insbesondere aber verdeckte Ankündigungen eines Suizids. Sie führen auch dazu, dass Menschen sich in psychosozialen Krisen keine professionelle Hilfe suchen. Ein umfassendes Krankheitsverständnis, das von einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit ausgeht und psychische Krisen und Erkrankungen auch als subjektiv sinnhafte Erfahrungen versteht, ist nachweislich hilfreich, um Stigmatisierung und Ausgrenzung abzubauen.

Die Suizidverhinderung bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems bzw. der

Gemeindepsychiatrie. Und sie muss zentraler Bestandteil eines legislativen Schutzkonzepts sein, das suizidpräventive Hilfen umfasst und ggf. psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten ermöglicht. Unerlässlich sind flächendeckende Krisendienste, an die sich Menschen, Betroffene, wie nahestehende Personen, rund um die Uhr wenden können. Auch familiäre Zusammenhänge, Verantwortungsgemeinschaften, soziale Netzwerke und die Zivilgesellschaft insgesamt sind gefragt. Viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leben sozial isoliert und sind einsam, was wiederum ein Risiko für Suizidwünsche darstellt. Gleichzeitig ist eine Enttabuisierung des Themas notwendig. Menschen mit chronischen und schweren Erkrankungen, in für sie ausweglosen Situationen, denken oft auch über ihre Selbsttötung nach. Diese als Option zu haben bzw. offen mit anderen darüber sprechen zu können, eröffnet vielen erst die Möglichkeit, sich dennoch schrittweise für das Leben zu entscheiden.

Sowohl bei jungen Menschen (von 15 bis 29 Jahren) wie auch im höheren Alter treten mehr Suizide auf als in anderen Lebensabschnitten, und wir benötigen entsprechende, altersspezifische Vorgehensweisen, um Suizide zu vermeiden. Die Diakonie Deutschland fordert die politischen Entscheidungsträger*innen mit Nachdruck auf, flächendeckend psychiatrische Notfall- und Krisendienste in allen Bundesländern aufzubauen, um Suizide in akuten Krisen möglichst zu verhindern. Darüber hinaus benötigen wir auf Suizidwünsche, psychosoziale Krisen und existenzielle Nöte vorbereitete und fortgebildete Ärzt*innen, Pflegekräfte, psychosoziale Fachkräfte, Koordinator*innen sowie Ehrenamtliche.

Nach jetzigem Kenntnisstand liegen keine gesicherten Daten für Suizide (Suizidversuche) bei Menschen mit Körperbehinderungen, geistiger Behinderung oder psychischer Behinderung vor. Assistierter Suizid bildet Wertsetzungen in der Gesellschaft ab – und: verändert sie. Der Druck auf Menschen mit Behinderungen und deren Zu- und Angehörige, sich für die Beendigung des Lebens zu entscheiden, kann zunehmen.

Nach den nationalsozialistischen Krankenmorden hat der Schutz von Menschen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen besonders hohen Stellenwert im Recht und in der Ethik in Deutschland. Da die Morde als ein „guter Tod“ (Euthanasie) verbrämt und in die Nähe eines selbst gewählten Lebensendes gebracht wurden, muss das Angebot eines assistierten Suizids für Menschen, deren Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sein könnte, besonders kritisch geprüft werden. Der Lebensschutz darf allerdings nicht so gefasst werden, dass einem Menschen mit Behinderungen der „gleichberechtigte Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten“ verwehrt wird (UN-Behindertenrechtskonvention).

Zu den wichtigsten Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention gehört „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner

individuellen Autonomie – einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“. Für Menschen, deren Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt ist, wird dies in Auslegung der UN-Konvention durch eine unterstützte Entscheidung (supported decision making) im Unterschied zu einer die persönliche Entscheidung ersetzenden Entscheidung eines rechtlichen Betreuers konkretisiert.

Aus der Sicht der Diakonie sind Freiheit und Autonomie grundsätzlich relational zu verstehen. Insofern schließt das Konzept einer unterstützten Entscheidung bei Menschen mit Behinderungen an die allgemeinen Rahmenbedingungen einer qualifizierten selbstbestimmten Entscheidung an.

Allerdings sind Menschen ohne Beeinträchtigungen häufig schlecht geeignet, Menschen mit Beeinträchtigungen bei lebenswichtigen Entscheidungen zu unterstützen, weil sie sich ein gutes Leben mit Beeinträchtigungen nicht vorstellen können. Für sie liegt der Gedanke einer Selbsttötung nahe, wenn sie sich Beeinträchtigungen vorstellen, die die Verwirklichung ihrer Lebensziele durchkreuzen. Dieser Wahrnehmung des Lebens mit Beeinträchtigungen stehen zahlreiche Untersuchungen und Lebenszeugnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen entgegen. Sie haben aber nicht zu einem veränderten allgemeinen Bewusstsein vom Sinn und von der Qualität des Lebens mit und ohne Beeinträchtigungen geführt. Deshalb ist zu befürchten, dass der Wunsch nach einem assistierten Suizid, wird er von einem Menschen mit Beeinträchtigungen geäußert, von Menschen ohne Beeinträchtigungen unzutreffend verstärkt wird.

Vor diesem Hintergrund muss das unten skizzierte Schutzkonzept beim Vorliegen langjähriger Beeinträchtigungen verstärkt werden. Dabei geht es um die Gesprächsangebote, die bei fraglicher Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit noch höheren Anforderungen genügen müssen. Es geht aber auch darum, dem Druck zu widerstehen, der sich im Zusammenhang mit dem Assistenzbedarf und der Alltagsbegleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen ergibt. Das ist eine der Funktionen des strikten Tötungsverbots. Das Verbot zu töten schließt auch das Verbot ein, Menschen dazu zu überreden, in den Tod zu gehen. Dies ist in der Diskussion um die Suizid-Assistenz zu unterstreichen.

Obwohl alte Menschen zu den Hochrisikogruppen für Suizide gehören, werden Alterssuizide und ihre Folgen als ein gesundheitspolitisches Problem oft unterschätzt bzw. übersehen. In der medizinischen und geriatrischen Behandlung alter Menschen zeigt sich bislang häufig eine Lücke.

Um alte Menschen mit und ohne Pflegebedarf zu schützen, müssen deren existentielle Ängste – beispielsweise vor Einsamkeit, Armut, unerträglichen Schmerzen und vor Überlastung Dritter – wahrgenommen werden. Menschen, die über (assistierten) Suizid nachdenken, erleben Grenzsituationen oder befürchten einen Kontrollverlust, die sie überfordern und die die Freude am eigenen Leben in einer Weise mindern, die scheinbar keinen anderen Ausweg zulassen, als das eigene

Leben beenden zu wollen. Eine tiefgreifende Selbstverunsicherung macht Viele außergewöhnlich verletzlich und schutzbedürftig.

Umso wichtiger sind psychosoziale Unterstützungsstrukturen, insbesondere auch altersspezifische psychotherapeutische Angebote als unabdingbarer Teil einer umfassenden Gesundheitsversorgung von alten Menschen. Gesamtgesellschaftlich geht es um ein verändertes Verständnis von Alter und altern, bei dem nicht nur Defizite betont werden, sondern das Augenmerk stärker auf die Förderung von weiterhin vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen gerichtet wird.

Ganz konkret geht es darum, psychosoziale Angebote und Einrichtungen aufzubauen, sowie sorgende Gemeinschaften zu fördern, die alte Menschen in ihrem sozialen Umfeld erreichen, sie entlasten und sie zugleich an konkreten alltäglichen Lebensvollzügen beteiligen und gemeinsam mit ihnen Auswege aus einer vermeintlich ausweglosen Situation suchen. Die Diakonie Deutschland fordert die politisch Verantwortlichen dazu auf, die Suizidprävention im Alter stärker als bisher ins Blickfeld zu rücken und den Aufbau psychosozialer Hilfsangebote für alte Menschen sowie Sorgende Gemeinschaften zu fördern.

Die menschliche Existenz ist untrennbar mit Schmerzen verbunden. Die Erfahrung von Leid gehört zu unserem Leben hinzu. Deshalb stellt sich das breite Spektrum hospizlicher und palliativer Maßnahmen in den Dienst einer Kultur der lindernden Fürsorge, des liebevollen Unterlassens und des Zur-Seite-Stehens.

Im Zentrum hospizlich-palliativer Sorge steht das Bemühen Lebensqualität und Wohlbefinden, unter den erschwerten Bedingungen des Krank-seins, möglichst lange zu erhalten. Gelungene Hospiz- und Palliativarbeit zeichnet sich zuallererst durch ihre zutiefst respektvolle Haltung und eine sehr weitgehende Zentrierung auf die Wünsche und Bedürfnisse des schwerkranken Menschen und nahestehenden Personen aus. Hier liegt auch der Schlüssel für die gemeinsame Erschließung von Ressourcen (persönliche Kompetenzen und Potentiale und soziale Verbundenheiten) des schwerkranken Menschen, die er in die Gestaltung des Krankheits- und Sterbeprozesses einbringen kann. Hospizlich-palliative Sorge bietet Möglichkeiten, Schmerzen und andere Probleme im Zusammenhang mit dem Krankheits- und Sterbeprozess zu verringern bzw. aufzufangen, einschließlich ggf. der palliativen Sedierung, die Schmerzlinderung (aber nicht Lebensverkürzung) zum Ziel hat.

Nach allem, was wir bislang wissen, sind es vor allem psycho-soziale-spirituelle Leiden und nicht unerträgliche körperliche Symptome, die kranke und alte Menschen dazu veranlassen, ihr Leben vorzeitig beenden zu wollen. Die meisten derjenigen, die ihr Leben als „nicht lebenswert“ empfinden, berichten von Ängsten: der Angst vor künftigem Leiden; der Angst, die Würde zu verlieren; der Angst, ihren Angehörigen zur Last zu fallen; der Angst, verlassen zu werden und der Angst, die Kontrolle über den eigenen Körper, ihre Handlungsfähigkeit und damit ihre Autonomie zu verlieren. Die Erfahrung in der Begleitung von

Sterbenden zeigt, dass der Todeswunsch oft seine Bedeutung verliert, wenn es gelingt, Menschen während der letzten Phasen ihres Lebens das Gefühl zu vermitteln, dass sie auch weiterhin wichtig und wertvoll sind und mit ihrer Erfahrung und ihrem Dasein positiv wirken können.

Die aktuelle Aufgabe liegt darin, die bestehenden hospizlichen und palliativen Begleitungs- und Versorgungsmodelle in einer Weise auszubauen, dass durch psychosoziale Fachkräfte die Betroffenen in ihren Belangen und Bedürfnissen umfassend wahrgenommen, unterstützt und gestärkt werden. Mit ihrer breitgefächerten Methodenkenntnis tragen psychosoziale Fachkräfte dazu bei, das Zusammenwirken von physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen differenzierter zu verstehen und im Querschnitt der hospizlich-palliativen Versorgung die grundlegende Dimension der Beziehungsqualität einzubeziehen. Erst diese, den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit betrachtende Perspektive, macht eine, die Mehrdimensionalität des Lebens und Leidens berücksichtigende multiprofessionelle Behandlung möglich.

Aus Sicht der Diakonie ist hier der Gesetzgeber gefordert. Zum einen muss die zweidimensionale Professionalität der Teams der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung um die Expertise einer oder ggf. mehrerer psychotherapeutischer und -sozialer Fachkräfte erweitert und eine entsprechende Finanzierung sichergestellt werden. Zum anderen müssen stationäre Pflegeeinrichtungen durch finanzielle Verbesserungen und dadurch länger werdende Pflege- und Betreuungszeiten je Bewohnerin und Bewohner endlich in die Lage versetzt werden, den Schwerpunkt in der Pflege wieder auf den zwischenmenschlichen Beziehungsprozess zu legen, der von gegenseitiger Achtung und Toleranz getragen wird.

Weiterhin müssen die bestehenden palliativen Versorgungsmöglichkeiten und Modelle der Sterbebegleitung grundsätzlich bekannt und verfügbar gemacht werden. Allein das Wissen um wirksame Hilfsangebote kann Sicherheit geben und Ängste vor nicht selbst beeinflussbaren Situationen nehmen. Wünsche, das eigene Leben beenden zu wollen, können so abgemildert oder ganz aufgehoben werden.

Die Diakonie steht an der Seite von allen Menschen und ist auch für Menschen da, die trotz aller Hilfs- und Beratungsangebote, den Entschluss fassen, aktiv aus dem Leben zu scheiden.

Es gibt Menschen, die ihre Lebenssituation und Zukunft als so belastend erleben, dass sie – trotz aller Unterstützung – für ihre Probleme keine Lösung sehen und auf existenzielle Fragen ihres Lebens keine sinnstiftende Antwort finden. Diese existenzielle Not kann zusammen mit weiteren Belastungen zu der Entscheidung führen, dem eigenen Leben aktiv ein Ende zu setzen.

Die diakonische Sorgeskultur basiert auf einem dem Menschen zugewandten, empathisch-teilnehmenden Verständnis von Unterstützung, das den Respekt für die Entscheidung des einzelnen Menschen impliziert. Fürsorge im diakonischen Selbstverständnis (ver)urteilt nicht, grenzt nicht aus und entscheidet sich nicht für ein „entweder“ „oder“. Dieses Selbstverständnis umfasst nicht nur, den

anderen in seiner selbstbestimmten Freiheit und höchstpersönlichen Entscheidung ernst zu nehmen und seine Gefühle zu achten, sondern impliziert auch die Bereitschaft, damit einhergehende ethische Spannungen auszuhalten, und dem anderen mit persönlicher Integrität zu begegnen. In der Praxis bedeutet dieses Verständnis der Fürsorge, auch Menschen im Zugehen auf den selbstgewählten Tod nicht allein zu lassen und den letzten Lebensweg mit ihnen gemeinsam zu gehen, ohne selbst Suizidassistenten zu leisten. Diese Haltung bedeutet aber nicht, die Gelegenheit zur Beihilfe sozusagen „in den Hausordnungen von Einrichtungen festschreiben“.

Suizidassistenten ist eine zulässige Handlung, aber keine rechtliche Verpflichtung.

Die nicht-wertende diakonische Haltung kommt ebenfalls in der Sorge für die Mitarbeitenden zum Ausdruck. Der assistierte Suizid stellt eine Handlung dar, unter der christliche Werte nicht immer leicht miteinander in Einklang zu bringen sind und auch das „Erleben“ einer assistierten Selbsttötung hinterlässt tiefe, emotionale Spuren. Deshalb sollten Mitarbeitende die Möglichkeit haben, sich von der Arbeit mit einem Menschen, der assistierten Suizid beabsichtigt, zurückzuziehen, wenn sie aufgrund persönlicher, moralischer oder ethischer Werte in einen Gewissenskonflikt geraten. In diesen Fällen besteht die Herausforderung darin, die Kontinuität in der Begleitung und Versorgung durch andere Mitarbeitende zu gewährleisten.

Die Diakonie Deutschland unterstützt ein legislatives Schutzkonzept des Lebens im Kontext des assistierten Suizids, in dem selbstbestimmte Entscheidungen über das eigene Dasein in einer Kultur der Sorge und des Füreinander-Daseins eingebunden sind.

Vorgaben für ein legislatives Schutzkonzept zu beschreiben, stellt uns als Diakonie vor ein Dilemma: Einerseits kann die gesetzliche Regulierung der Suizidhilfe einer Normalisierung des assistierten Suizids Vorschub leisten und andererseits sehen wir die Schutzbedürftigkeit verschiedener Gruppen und die Notwendigkeit umfassender Unterstützung dieser Menschen.

Den Kern eines mehrdimensionalen und mehrphasigen Schutzkonzepts muss unserer Ansicht nach ein umfassender Beratungsprozess bilden. Nur der geschützte Raum von fachlich fundierten Beratungsangeboten ermöglicht es Menschen, die hinter ihren Todeswünschen liegenden Ursachen zu verstehen, zwischen emotionalen, möglicherweise krankheitsbedingten und äußeren Beweggründen zu unterscheiden und alternative Lösungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Unserer Ansicht nach ist das alleinige Gespräch zwischen Ärzt*in und Patient*in hier nicht ausreichend. Beratung im Kontext des (assistierten) Suizids bedarf der multiprofessionellen Expertise, damit auch die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen eines zukünftigen Lebens herausgearbeitet werden können.

Unabdingbar ist, dass diese **Beratungsangebote** kostenfrei sind und die Beratungsstruktur ausreichend Raum und Zeit bietet, um das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die die selbstbestimmte Entscheidung

vorübergehend einschränken kann, auszuschließen, bzw. um über deren Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und die Ernst- und Dauerhaftigkeit der Todeswünsche zum Thema zu machen. Die Beratung verlangt immer die Klärung ob die Entscheidung freiverantwortlich ist, ohne äußeren Druck und im Wissen um die Konsequenzen. Letztendlich ist die Dauer des Beratungsprozesses abhängig sowohl von der biographischen Vorgeschichte und den vorhandenen Bewältigungsstrategien als auch von der sozialen Lebenssituation, in die der jeweilige Mensch eingebunden ist.

Als Teil der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für das Schutzkonzept sehen wir auch die Organisation und das Zur-Verfügung-Stellen von **Unterstützungsangeboten** zur Lösung sozialer, lebenspraktischer und ökonomischer Probleme. Mit den Gedanken an (assistierten) Suizid sind oft existenzielle Fragen nach dem Sinn des bisherigen Lebens verbunden und eine immer begrenzter werdende Zukunftsperspektive konfrontiert mit Überlegungen, was im Leben (noch) Wert hat. Deshalb ist es wichtig, dass neben der psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen auch die seelsorgerische Unterstützung zur Verfügung steht.

Im Spektrum der Hilfen spielen auch ehrenamtliche und niedrigschwellige **Begleitangebote** eine wesentliche Rolle. Schwierige Lebensphasen brauchen vor allem Menschen, die einfach da sind - ohne einen Auftrag erfüllen zu müssen. Ehrenamtlich Engagierte bringen ein Stück Normalität und Alltag in ein durch Leid und Ausweglosigkeit bestimmtes Leben und bauen auch Brücken zurück in die Gesellschaft. Gerade in der Gewinnung neuer Lebensperspektiven und neuem Lebensmut gibt es eine Reihe von informellen, aktiven Fürsorgemöglichkeiten, die oft noch zu wenig bekannt sind. Der Telefonseelsorge kommt hier eine besondere Bedeutung zu.

Suizid ist immer noch ein Tabuthema. Es ruft Ängste und Unsicherheiten hervor, etwas falsch zu machen und etwa den Todeswunsch des Anderen noch zu verstärken. Neben der Aufklärung der Gesamtgesellschaft gehört auch die Schulung von Fachkräften und Laien zu einem Schutzkonzept des Lebens. Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, psychosoziale und seelsorgerische Fachkräfte und ehrenamtlich Engagierte müssen darin geschult werden, das zwiespältige Erleben und Verhalten von Menschen mit Selbsttötungsabsichten besser wahrzunehmen und zu verstehen.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland soll das Schutzkonzept in erster Linie Leben schützen und zielt darauf ab, die Zahl der (assistierten) Suizide möglichst gering zu halten. Je besser das Schutzkonzept und die unterstützenden und begleitenden Hilfen sind, umso weniger geraten Menschen in ausweglose Situationen, die sie an Suizid bzw. assistierten Suizid denken lassen. Gleichzeitig muss vor allzu bürokratischen Regelungen gewarnt werden. Ein zu stark formalisiertes Schutzkonzept birgt das Risiko des gedankenlosen Durchlaufens der geforderten Schritte und lädt dazu ein, sich der eigentlichen Aufgabe des „Da-Seins“ und „Zu-Hörens“ zu entziehen. Vermieden werden muss unserer Ansicht nach auch, dass das Schutzkonzept zu einer unzumutbaren Hürde für diejenigen wird, die sich für eine assistierte Selbsttötung entschieden haben. Gleichzeitig muss das Schutzkonzept in jedem Fall sicherstellen, dass der suizidwillige Mensch jederzeit und bis zur letzten Minute seinen Entschluss widerrufen kann.

Die grundsätzlichen Bedenken im Hinblick auf eine Liberalisierung der Suizidbeihilfe bestehen weiter. Aus diesem Grund ist es uns besonders

wichtig, dass an Beratungsstellen für Menschen, die assistierten Suizid in Erwägung ziehen, strenge fachliche Qualitätsanforderungen gestellt werden, die die Zuverlässigkeit der Angebote sicherstellen. Besonders gefahrenträchtige, menschenunwürdige und geschäftsmäßige Formen müssen untersagt werden.

Wir benötigen in allen Bevölkerungsschichten mehr Informationen über psychische Erkrankungen, ihr Vorkommen z. B. im Kontext von schweren körperlichen Erkrankungen oder im Rahmen von Einsamkeit bzw. als Folge von schwerwiegenden Belastungen und Traumata sowie mehr Informationen über die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere auch psychotherapeutische Angebote.

Als Gesellschaft müssen wir weiterhin alles dafür tun, dass jeder Mensch in Würde leben und sterben kann. Dies impliziert auch eine intensivere Aufklärung über die Möglichkeiten der hospizlichen Begleitungs- und palliativen Behandlungsmöglichkeiten. Viele, wenn nicht alle, Selbsttötungen von Menschen mit schweren Erkrankungen und am Ende ihres Lebens könnten mit großer Wahrscheinlichkeit vermieden werden, wenn die Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Versorgung besser bekannt und der Zugang zu ihnen leichter wäre. Selbst extreme Schmerzen, kaum zu ertragendes Leid und existentielle Ängste können mit entsprechender ärztlicher, pflegerischer, psychosozialer und spiritueller Expertise gelindert werden. Darüber hinaus ist der Wandel des Behandlungsziels von der kurativen (= heilenden) zur palliativen (= lindernden) Sorge um den Menschen fast immer mit einer Entscheidung zum Verzicht auf weitere lebensverlängernde Maßnahmen oder zum Abbruch einer bestehenden Therapie verbunden. Ein solcher Therapieverzicht erfüllt in der Regel den Wunsch der Patienten, in Ruhe sterben zu dürfen.

Fazit:

Es wird in allen Altersgruppen Menschen geben, deren Leiden so groß ist, dass sie keine Hilfsangebote für sich als adäquat empfinden und sich, in Kenntnis aller Möglichkeiten, für den (assistierten) Suizid entscheiden. Nichtsdestotrotz fordert die Entscheidung des BVerfG uns als Gesellschaft in besonderer Weise heraus, verzweifelte Menschen dabei zu unterstützen, die Orientierung im Leben zurückzugewinnen, ihnen ökonomischen, sozialen, psychischen und spirituellen Halt zu geben und mit ihnen gemeinsam Wege zu finden, wie sie ihr Leben in aller Gefährdung und Einschränkung bis zum Schluss selbstbestimmt leben und es als selbstbestimmt, zugleich als beziehungsorientiert erleben können.

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Jutta Ataie
jutta.ataie@diakonie.de

Dr. Astrid Giebel
astrid.giebel@diakonie.de

Dr. Katharina Ratzke
katharina.ratzke@diakonie.de