

Diakonie 

Evangelischer Fachverband
End-of-Life-Care

Fachverband Evangelische
Altenhilfe in Bayern e. V.

Fachverband Evangelische
Behindertenhilfe und
Sozialpsychiatrie
in Bayern e. V.



„BIN ICH SO FREI?“

**Arbeitshilfe zum Thema:
Assistierter Suizid für
Einrichtungen der Diakonie**

„Es ist hilfreich einen Raum zu schaffen, in dem sowohl der Wunsch zu sterben und sich evtl. selbst das Leben zu nehmen, als auch die Möglichkeit unter anderen Bedingungen noch leben zu wollen, ohne Bewertung thematisiert werden kann.“ Dorothea Bergmann

INHALTS- VERZEICHNIS

Vorwort	4
TEIL 1: Grundlagen	
Begriffsklärungen	6
Theologische Impulse	8
Ethische Reflexion	12
Gesellschaftliche Aufgabe	13
Umgang mit Sterbewünschen	14
Konkrete Kommunikationshilfen	17
Nützliche Rahmenstrukturen für die Begleitung	19
Hilfestellung zur Erarbeitung einer Position in der Einrichtung	20
TEIL 2: Materialien	
Anregungen für einen Diskussionprozess in Einrichtungen	21
Sterbehilfe Begriffe im Überblick	22
Leitfragen für Mitarbeiter:innen von Einrichtungen	23
Fragebogen für Mitarbeiter:innen	24
Wissenwertes zu Sterbewünschen kurz und knapp	26
Kommunikationsimpulse zum Gespräch über Sterbewünsche	27
Ideen zur Entwicklung und Gestaltung nützlicher Rahmenstrukturen in Einrichtungen	28
Beispiel für „Leitgedanken im Umgang mit Sterbewünschen“ in der stationären Pflege	30
Fragenkatalog für Einrichtungen zur Erarbeitung einer Position - Umgang assistierter Suizid	32
Nützliche Links	33
Literaturhinweise	34

VORWORT



Dorothea Bergmann
Pfarrerin, Supervisorin
(DGSv); Trainerin für
Ethikberatung (AEM)

Leitung Fachstelle
Spiritualität – Palliative Care
– Ethik – Seelsorge Hilfe im
Alter gmbH Innere Mission
e. V. Diakonie München und
Oberbayern

Erste Vorsitzende
Evangelischer Fachverband
End-of-Life-Care



Helena Armbricht
Gerontologin M.Sc.

Referentin für stationäre
Altenhilfe beim Diakonischen
Werk Bayern e. V.

Geschäftsführung des
Fachverbands Evangelische
Altenhilfe in Bayern e. V.



Lena Simoneit
Pädagogin M.A.

Referentin für Unterstützung von
Teilhabe und Selbstbestimmung
von Menschen mit Behinderung

Geschäftsführerin des
Fachverbandes Evangelische
Behindertenhilfe und
Sozialpsychiatrie in Bayern e. V.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Wir sind für die Menschen da“ dieses Anliegen verbindet uns im Kontext der Diakonie in den verschiedensten Angeboten unserer Trägerverbände und Einrichtungen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26. Februar 2020 erklärt den § 217 StGB zur „Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ als verfassungswidrig und damit nichtig.

Dies hat der Diskussion einer Frage, die uns in der Begleitung von Menschen immer wieder begegnet, eine neue Brisanz gegeben. Wir sehen uns mit der Aufgabe konfrontiert Antworten darauf zu finden, was „für den Menschen da sein“ im Kontext des assistierten Suizids heißt.

So entstand der Gedanke zu dieser Arbeitshilfe und Handreichung. Sie will:

- Impulse, Anregungen, Ideen und konkrete Methoden für Einrichtungen und Dienste der Diakonie zur Verfügung stellen und zur Diskussion der Thematik mit den Mitarbeiter:innen einladen,
- inhaltliche Klarheit zu Begrifflichkeiten schaffen,
- relevante ethische Fragen aufzeigen und Lösungsansätze bieten,
- mögliche konkrete Handlungsschritte benennen,
- für die, augenscheinlich besonders mit der Thematik konfrontierten Einrichtungstypen, eine Orientierung bieten, um eine Positionierung in der jeweiligen Einrichtung/ dem jeweiligen Dienst erarbeiten zu können.

Wir sprechen im Folgenden von allen Menschen, die sich uns als Mitarbeiter:innen (gemeint sind hier alle Berufsgruppen) in der Diakonie anvertrauen und in Versorgungsstrukturen der Diakonie um Unterstützung und Beratung bitten als Klient:innen und meinen damit: Bewohner:innen; Patient:innen; Gäste im Hospiz; Menschen mit psychischer Erkrankung; Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung usw..

Vierorts wird die Beihilfe zum Suizid enggeführt auf die Palliative Situation, auf Menschen mit schwerer Erkrankung bezogen. Der Wunsch nach einem assistierten Suizid begegnet uns auch bei Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Begleitenden nicht offensichtlich nachvollziehbar ist. Es ist uns ein Anliegen, die Diskussion über die „Begleitung“ des assistierten Suizids in diakonischen Einrichtungen auf die umfassende Ausrichtung des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zu weiten.

Neben Impulsen aus der theologischen und ethischen Sichtweise enthält die Arbeitshilfe auch eine Reihe von Hinweisen auf bereits vorhandene Positionierungen einzelner diakonischer Träger und Arbeitsgruppen. Und bietet eine kleine Sammlung von, in der Praxis erprobten Papieren zum Umgang mit Sterbewünschen allgemein.

Es ist uns bewusst, dass wir hier nur einen Ausschnitt der vielerorts angelaufenen Diskussionen abbilden können. Auch der Gesetzgebungsprozess um den assistierten Suizid ist lange nicht abgeschlossen und wird noch verschiedene Änderungen

mit sich bringen. Dennoch haben wir uns dazu entschieden zeitnah etwas zu erarbeiten und die umfassendere Recherche nach und nach zu leisten. So ist diese Arbeitshilfe auf Erweiterung hin angelegt. Daher freuen wir uns über Anregungen von Ihrer Seite, die wir gerne als Best-practice-Beispiele in einer ergänzenden Auflage der Arbeitshilfe mitberücksichtigen.



[Dorothea Bergmann](#)
[Evangelischer Fachverband End-of-Life-Care](#)



[Helena Armbricht](#)
[Fachverband Evangelische Altenhilfe in Bayern e. V.](#)



[Lena Simoneit](#)
[Fachverband Evangelische Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in Bayern e. V.](#)

Teil 1: Grundlagen

BEGRIFFSKLÄRUNGEN

Grundlegendes zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Die Sterbehilfe wird im Allgemeinen in vier Formen eingeteilt (Wedler, 2017). Die Form der direkten - auch aktiv genannten - Sterbehilfe beschreibt die Tötung eines anderen Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin. Aktive Sterbehilfe stellt beispielsweise das Injizieren eines tödlichen Medikaments durch eine:n Mediziner:in dar. Die aktive Sterbehilfe wird deshalb auch als „Tötung auf Verlangen“ bezeichnet (Wördehoff, 2012, S. 75). Diese ist nicht nur in Deutschland strafbar, sondern darüber hinaus auch in Ländern mit einer liberaleren Gesetzgebung wie Österreich und der Schweiz (Peter, 2018). Tritt der Tod nicht durch eine aktive Handlung, sondern durch das Unterlassen, Abbrechen oder Begrenzen von Leistungen ein, so handelt es sich um passive Sterbehilfe (Wedler, 2017). Die passive Sterbehilfe umfasst, abweichend von ihrem möglicherweise irreführenden Namen, beispielsweise auch aktive Maßnahmen wie das Beenden einer Beatmung und das damit einhergehende Akzeptieren des darauf eintreffenden Todes (Hübner, 2016). Deshalb wird als Synonym für passive Sterbehilfe auch die Begrifflichkeit Sterben zulassen verwendet. Auch das Unterlassen, beziehungsweise die Einstellung, von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitsgabe zählt zur passiven Sterbehilfe, die unter bestimmten Umständen, wie beispielsweise einer entsprechenden Patientenverfügung, auch juristisch zulässig und nicht strafbewehrt ist (Wördehoff, 2012). Als weitere Form weist die Literatur auf die indirekte Sterbehilfe hin. Diese beschreibt eine lindernde Therapie am Lebensende, wie beispielsweise die Sedierung von Patient:innen bei starken Schmerzen und das Inkaufnehmen eines durch diese Behandlung früher eintretenden Todes (Putz & Steldinger, 2016).

Bei dieser Form steht, anders als bei den anderen Ausprägungen der Sterbehilfe, nicht die Tötungsabsicht, sondern viel mehr die Leidenslinderung im Fokus (Zülicke, 2005). Die vierte Form ist die Beihilfe zur Selbsttötung, diese wird häufig auch über den Begriff assistierter Suizid dargestellt (Hillebrand, 2009). Die Besonderheit des assistierten Suizids ist, dass die Straffreiheit bei dieser Form der Sterbehilfe nur dann gegeben ist, wenn die sterbewillige Person ihren Tod - zum Beispiel durch die aktive Einnahme eines tödlichen Medikaments - selbst herbeiführt (Peter, 2018). Dies impliziert jedoch auch, dass die Person in der Lage sein muss, das Medikament eigenständig einzunehmen und den Akt der Selbsttötung damit eigenständig vorzunehmen. Die Straffreiheit dieser Sterbehilfeform setzt voraus, dass dem assistierten Suizid eine freie Willensbildung vorausgegangen ist (Borasio, 2014).

Eine Kurzübersicht zu den Begrifflichkeiten findet sich im Materialteil.

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Eine weitere Möglichkeit das Sterben zu beschleunigen stellt der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) dar. Dieser ist abzugrenzen vom häufig im Alter eintretenden Appetitverlust. Beim freiwilligen Verzicht entscheiden sich Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung, bewusst gegen die Aufnahme von Flüssigkeit und Nahrung, was in letzter Konsequenz zum Tode führt. Es gibt unterschiedliche Meinungen, wie der FVNF einzuordnen ist, ob es sich hier um eine Form der Selbsttötung handelt und ob die Begleitung - auch medizinische Symptomlinderung dann mit einer Assistenz bei der Selbsttötung gleichzusetzen ist. Ein wesentlicher Unterschied zum assistierten Suizid besteht darin, dass es sich beim FVNF um einen längeren Prozess über mehrere Tage sogar Wochen (je nachdem wie konsequent der Verzicht eingehalten wird) handelt. Es gibt sehr lange eine Möglichkeit dazu sich wieder anders zu entscheiden. Freilich bleibt auch der FVNF in der Begleitung eine große Herausforderung für das Umfeld.

Abgrenzung Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Häufig geschieht eine Vermischung der Begriffe Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Dabei ist zu differenzieren, dass Sterbehilfe einen Sammelbegriff für jegliche Maßnahmen darstellt, die den möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Tod eines Menschen zum Ziel haben. Sterbebegleitung geschieht hingegen ohne Einfluss auf den physiologischen Sterbevorgang zu nehmen. Das Ziel jeglicher Form von Sterbehilfe ist es also, das Sterben eines irreversibel Erkrankten zu beschleunigen, um Leiden zu verhindern oder zu verkürzen. Sterbebegleitung hingegen begleitet und unterstützt sterbende Personen und ihre Angehörigen ganzheitlich auf diesem letzten Lebensweg. Die Sterbebegleitung greift - im Gegensatz zur Sterbehilfe - nicht gezielt in den Sterbeprozess ein.

Aktuelle Entwicklungen der Sterbehilfedebatte

Die Geschichte der Sterbehilfe in Deutschland ist sehr wechselhaft und wird stets unter dem Aspekt der nationalsozialistischen Vergangenheit - somit der damals euphemistisch als Euthanasie bezeichneten aktiven Tötung von Menschen - betrachtet. Nach der Zeit des Nationalsozialismus wurde die Sterbehilfe aus dieser Erfahrung heraus überwiegend abgelehnt. Erst Jahrzehnte später begann die schrittweise Liberalisierung des Themas. In Bezug auf den assistierten Suizid gab es lange Zeit keinerlei gesetzliche Regelung. Eine Selbsttötung stellte nie eine Straftat dar, auch die Beihilfe zu einer solchen Tat ist, zumindest ohne gesetzliche Festlegung, nicht strafbewehrt (Borasio, 2014).

Allerdings sieht die Rechtsprechung eine Garantenpflicht bei Mediziner:innen und nahen Angehörigen, dies bedeutet, unterstützt beispielsweise eine Medizinerin eine Suizidwillige durch Verschreibung des Medikaments und ist bei Einnahme anwesend, müsste sie, um sich nicht strafbar zu machen, direkt lebensrettende Maßnahmen einleiten. Aus diesem Grund hatte der assistierte Suizid trotz eigentlicher Straffreiheit keine tatsächliche Relevanz in Deutschland (Borasio, 2014). Ab dem Jahr 2015 war die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts mit dem §217 StGB verboten (Peter, 2018). Das Strafmaß für die Nichtbeachtung dieses Urteils belief sich auf eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe (Jox & Borasio, 2017). Das damals gefällte Urteil umfasste nicht nur die Sterbehilfe durch geschäftsmäßige Vereine oder Verbände, sondern beispielsweise auch das mehrfache Handeln von Mediziner:innen. Unter dieses Gesetz fielen damit auch unentgeltliche Handlungen auf diesem Gebiet (Putz & Steldinger, 2016).

Studien zur Inanspruchnahme von geschäftsmäßigen Möglichkeiten der Suizidassistenz in Ländern mit entsprechend liberaleren Regelungen, weisen darauf hin, dass die Zahlen stetig steigen. Die Zahl der assistierten Suizide in der Schweiz - bei einer Legalisierung dieses Angebots - vervierfachte sich beispielsweise seit dem Jahr 2008. Ungefähr 1,5% aller Todesfälle sind dort auf den assistierten Suizid zurückzuführen (Elger & Grabherr, 2018). Zeitgleich reduzieren sich die Zahlen der anderweitig unbegleiteten Suizide nicht (Sitte, 2018). In der jüngsten Entwicklung der Sterbehilfedebatte in Deutschland erklärte das Bundesverfassungsgericht am 26. Februar 2020 den §217 StGB jedoch als nichtig und die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung als nicht verfassungswidrig. Nach diesem Urteil forderte der zu dieser Zeit amtierende Bundesgesundheitsminister Spahn verschiedene Institutionen zu Stellungnahmen auf, um weitere gesetzliche Regelungen ausarbeiten zu können. Weitere Schritte stehen aktuell noch aus. In der Legislaturperiode, in der das Urteil des Bundesverfassungsgerichts gesprochen wurde, konnte keine gesetzliche Neuregelung finalisiert werden. Die Schaffung einer gesetzlichen Neuregelung ist nun zur Aufgabe der neuen Ampel-Koalition geworden. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen verschiedene Gesetzesentwürfe vor, eine rasche endgültige Entscheidung ist jedoch nicht absehbar. Währenddessen entschied sich die überwiegende Mehrheit der Ärzt:innenschaft Deutschland auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2015 gemeinsam das Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe aus der Musterberufsordnung für Ärzt:innen zu streichen (ÄrzteZeitung 2021). Seitdem steht es Mediziner:innen frei, auf Basis ihrer eigenen Entscheidung Suizidwillige bei der Selbsttötung zu unterstützen, indem sie beispielsweise ein tödliches Medikament verschreiben.

Suizid

Die Häufigkeit von Suiziden sinkt seit dem Jahr 1975 (Wagner & Haas, 2015). Im Jahr 2019 rangierte der Suizid mit Platz 47 auf der Liste der 79 häufigsten Todesursachen in Deutschland hinter Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen (Statistisches Bundesamt, 2019). In Zahlen ausgedrückt sterben ungefähr 10.000 Menschen in Deutschland jährlich den Tod nach suizidaler Handlung (Schneider & Fiedler, 2021, S. 956). Die häufigsten Motive für einen Suizid sind psychische und somatische Erkrankungen. Probleme in der Partnerschaft, finanzielle Schwierigkeiten oder Suchtproblematiken gelten als eher nachrangig (Löbig et al., 2015). Gerade aber im hohen Alter steigen die Suizidzahlen vergleichsweise stark an (Ohlendorf et al., 2015) und es geschieht eine Umschichtung in den Suizidmotiven (Löbig et al., 2015). Bereits vor der Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids waren Selbsttötungen im Alter und damit auch im Kontext professioneller Care- und Betreuungsarbeit deshalb relevant.

Ein übereinstimmendes Ergebnis verschiedener Forschungen zeigt, dass die kohortenbezogene Suizidwahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter kontinuierlich steigt. Liegt die Suizidrate bei der Altersgruppe der 20-24 Jährigen bei 7,2 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen, steigt sie in der Altersgruppe der 85-89 Jährigen mit 33,8 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen fast auf die fünffache Zahl (Schneider & Fiedler, 2021, S. 957). Der Trend der steigenden Zahl der Suizide mit zunehmendem Alter spiegelt sich auch im Verhältnis von Versuch und tatsächlicher Durchführung wider. Während im jüngeren Erwachsenenalter 20 Suizidversuche einem vollendeten Suizid gegenüberstehen, sind es in der Gruppe der ab 65-jährigen nur noch vier Versuche gegenüber einem vollendeten Suizid (Frühwald, 2021, S. 18). Die Planung und Durchführung eines Suizids erfolgen bei älteren Menschen häufig durchdachter und zielgerichteter. Auch die Suizidmotive wandeln sich über die Lebensspanne. Im früheren Lebensalter sind es mehrheitlich psychische Leiden oder persönliche Probleme, bei Menschen ab 80 Jahren sind es vor allem Einsamkeit und somatische Erkrankungen (Löbig et al., 2015). Vor allem die Sorge vor den negativen Begleiterscheinungen des Alterns stellt außerdem ein wichtiges Motiv der Suizide im Alter dar (Frühwald, 2021).

Bei den erwogenen Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung von Suiziden im Alter gilt deshalb vor allem der Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung zur Linderung von Leiden, möglicherweise altersbedingt, und damit der Verbesserung der empfundenen Lebensqualität als adäquater Ansatzpunkt (Ohlendorf et al., 2015). Neben Suizident:innen betreffen vollendete Suizide immer auch das Umfeld. Schätzungen gehen davon aus, dass jeder vollendete Suizid sechs bis zwanzig weitere Personen betrifft (Schneider & Fiedler, 2021, S. 957). Bei einer Versorgung in einem Pflege- oder Betreuungssetting sind in die direkt betroffenen Personen auch die Mitarbeiter:innen miteinbezogen. Deshalb ist es unabdingbar, auch diesen Personenkreis in die Präventionsmaßnahmen miteinzubeziehen (Wagner & Haas, 2015). Andernfalls kann der Suizid auch zu schwerwiegenden Folgen für die Mitarbeiter:innen führen (Schneider & Fiedler, 2021).

THEOLOGISCHE IMPULSE

Kirche, Diakonie und assistierter Suizid

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2020 zur Legalisierung der geschäftsmäßigen Sterbehilfe veröffentlichten die evangelische und die katholische Kirche eine gemeinsame Stellungnahme, in der sie das Urteil stark kritisierten. So deutlich die gemeinsame nach außen gespiegelte Position der Spitzenvertreter:innen der beiden Kirchen, so uneins jedoch die Positionen innerhalb der evangelischen Kirche. Als Antwort auf das Urteil erschien Anfang 2021 auch ein gemeinsamer Artikel der Theolog:innen Prof. Dr. Reiner Anselm, Prof. Dr. Isolde Karle und Ulrich Lilie. Lilie als Präsident der Diakonie Deutschland sprach sich darin dafür aus, sich dem assistierten Suizid in den kirchlichen Einrichtungen nicht zu verweigern. Bereits 2015 beim vorhergehenden Urteil zum geschäftsmäßigen assistierten Suizid (BVerfG, 2015) hatte die Diakonie Deutschland sich diesbezüglich positioniert. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2020 und der Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Sterbehilfe hat die Diakonie Deutschland nun einen erneuten innerverbandlichen Auseinandersetzungsprozess zu den veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen gestartet. Dieser beinhaltet unter anderem verschiedene Austauschforen, eine mehrmonatige Reihe von virtuellen Diskussionsrunden mit verschiedenen Themen und Expert:innen und abschließend zwei Fachtage. Der Bundesverband der Diakonie suchte dabei den Austausch mit seinen Mitgliedern, um auf einer möglichst breiten Basis im Zuge eines Meinungsbildungsprozesses zu einer gemeinsamen Stellungnahme der Diakonie zu finden. Die Ergebnisse des Prozesses sollen in eine Handreichung zum Umgang mit Wünschen nach Suizidassistenz münden, die bisher noch nicht veröffentlicht ist (Diakonie Deutschland, 2021b). Insgesamt wendet sich die Diakonie von der generell ablehnenden Positionierung der Evangelischen Kirche Deutschland ab und steht dem assistierten Suizid in ihren diakonischen Einrichtungen nicht ausschließend gegenüber. Auch in der Diakonie Bayern und in ihren Fachverbänden startete bereits kurz nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ein interner Auseinandersetzungsprozess. Der Fachverband End-Of-Life-Care brachte die Diskussion gemeinsam mit verschiedenen Referent:innen auch in die Einrichtungen und Dienste und lud deren Mitarbeiter:innen zu virtuellen Austauschforen ein. Die folgenden Beiträge sollen die aktuelle Diskussion verdeutlichen. Es geht hier nicht darum abschließend zu bewerten sondern die diversen Argumentationsstränge aufzuzeigen.

Assistierter Suizid in Evangelischer Kirche und Diakonie (Pfarrer Dr. Michael Frieb, Diakonie München und Oberbayern)

Die Diakonie als Teil der Evangelischen Kirchen steht für das menschliche Leben ein. Sie fördert alles, was das Leben schützt und kämpft gegen Lebensbedingungen, die ungerecht und unaushaltbar sind. Sie weiß, dass jeder Mensch sowohl als Individuum als auch als Teil seiner sozialen Kontakte gese-

hen werden muss und somit die Entscheidung eines Einzelnen Auswirkungen auf andere hat.

Sie betont, dass jeder Mensch durch Gott mit einer unbedingten Menschenwürde ausgestattet wurde. Aus der Menschenwürde ergeben sich Grundrechte und die Bundesrepublik Deutschland legt fest, dass eines dieser Grundrechte das Recht auf Suizid ist.

Damit haben Bewohner:innen auch in Einrichtungen der Diakonie ein Recht darauf, Entscheidungen über das eigene Sterben, sogar über den Suizid, zu treffen. Dieses Grundrecht darf nur eingeschränkt werden, wenn ein Mensch dauerhaft oder akut nicht in der Lage ist, einen ernstlichen Willen zu bilden und die Konsequenzen seiner Entscheidung zu begreifen.

In unserem evangelischen Kontext halten wir es aus, dass es zum Grundrecht auf Suizid verschiedene Glaubensaussagen gibt. Es gibt Christen, die betonen, dass der Suizid in der christlichen Tradition sehr lange als Sünde abgelehnt wurde und der Mensch nicht selbst über den Todeszeitpunkt bestimmen darf.

Es gibt aber auch Christen, die den Menschen als freies Geschöpf ansehen, das diese Entscheidung treffen darf. Aus dem Recht auf Leben entstehe keine Pflicht zu leben. Zudem verweisen sie auf die Heilige Schrift, in der an keiner Stelle die Selbsttötung eines Menschen verworfen wird. Sich durch einen Suizid in die Hände Gottes zu geben, in der Gewissheit, dass die Seele bei Gott weiterlebt, ist für manche Christen ein Weg, den diese in tiefem religiösem Vertrauen gehen.

In vielen theologischen Stellungnahmen wird auf die 10 Gebote verwiesen in denen es heißt: „Du sollst nicht töten“. Der Verweis auf dieses alttestamentliche Verbot sagt allerdings wenig für das Thema des Assistenten Suizids aus: Das Alte Testament verwendet an den beiden Stellen des Tötungsverbots (2. Buch Mose, 20,13 und 5. Buch Mose 5,17) ein hebräisches Verb, das sonst nur sehr selten vorkommt. Das Töten im Kampf und Krieg, die Vollstreckung der Todesstrafe oder das Schlachten von Tieren werden mittels anderer Verben beschrieben. Das Verb aus den Zehn Geboten findet sich meist im Kontext der Blutrache, wenn ein Mensch aus dem Volk Israel durch einen anderen Israeliten zu Tode kommt.

Für einige Exegeten muss der ursprüngliche Wortsinn besser mit „Du sollst nicht morden“ übersetzt werden. Dass ein Mensch einen anderen nicht arglistig und gegen dessen Willen das Leben nehmen darf ist unbestritten. Wenn ein Mensch allerdings für sich selbst entscheidet, sein eigenes irdisches Leben beenden zu wollen, ist das eine andere Situation, zu der das alttestamentliche Tötungsverbot keine Aussage trifft.

Was sollte das für die Arbeit in der Altenhilfe bedeuten? Mitarbeitende von Diakonie und Kirche dürfen im Dienst niemals die Aufgaben aktiver Sterbehelfer:innen übernehmen. Wir müssen in unserer Rolle klar sein: Wir pflegen, fördern, erhalten und

begleiten. In manchen Fällen kann es aber auch sein, dass wir den Kontakt zu einer Sterbehilfe-Organisation herstellen oder beim Suizid im Zimmer bleiben, um den Menschen bis zum letzten wachen Moment zu begleiten. Wir dürfen aber nie das tödliche Medikament vorbereiten und ans Bett bringen. Diese Handlung ist nicht verwerflich, darf aber nicht unsere helfende Rolle infiltrieren. Alle Bewohner:innen müssen sicher sein, dass von uns keine Gefahr ausgeht. Wenn es in Deutschland ein Grundrecht auf Assistierte Suizid gibt, muss es auch in unseren Häusern möglich sein, dieses Grundrecht wahrzunehmen.

Niemand ist allein. Gedanken zum assistierten Suizid anhand von Motiven aus der Bibel. (Pfarrer Michael Bammessel, Präsident der Diakonie Bayern)

„Es ist genug. Ich will nur noch sterben.“ Dieses Gefühl der abgrundtiefen Müdigkeit und Sinnleere kennen schon Menschen aus der Bibel. Der Prophet Elia zum Beispiel lief ohne jeden Vorrat an Essen und Trinken weit hinaus in die Wüste und legte sich einsam unter einem Busch zum Sterben hin. „Sterbefasten“ würde man das heute nennen. Und wie reagiert Gott? Er schickt erst einmal einen Boten mit Röstbrot und einem Krug Wasser. Und als Elia sich gestärkt und geschlafen hat, bekommt er gesagt: Du hast noch einen weiten Weg vor dir! - Ein Verbot oder ein Wort des Tadels („du darfst dir nicht selbst das Leben nehmen!“) steht dagegen nirgendwo in dieser Geschichte. (1. Könige 19, 4-8).

Diese alte Szene kann gut für den Auftrag der Diakonie stehen: Wir lassen die Menschen nicht allein, wenn sie keinen Sinn mehr darin sehen, weiter zu leben. Wir verurteilen ihren Todeswunsch nicht, aber wir machen uns auch nicht zum Vollstrecker. Sondern wir geben ihnen auf einfache, alltägliche Weise Stärkung fürs Leben. Und wenn sie diese annehmen, kann sich noch einmal eine Perspektive eröffnen, ein Sinn.

Den Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, machen Menschen häufig ganz allein mit sich ab. Oft sind es „einsame Entscheidungen“ im wahrsten Sinn des Wortes. Doch aus christlicher Sicht ist der Mensch nicht zum Alleinsein bestimmt. Wir sind von Geburt an soziale Wesen, auf Beziehung angelegt. „Keiner von uns lebt für sich selber und keiner stirbt für sich selber“ (Römer 14,7). Besonders tief verwurzelt ist unsere Beziehung zu Gott. Selbst wenn wir nicht an ihn glauben sollten, sind wir doch Kinder Gottes.

Beim Urteil zum Assistierte Suizid hat das Bundesverfassungsgericht das Recht auf „Selbstbestimmung“ als obersten Maßstab betont. Ja: niemand hat das Recht, über mein Leben zu bestimmen. Doch aus christlicher Sicht würde eine einseitig betonte „Selbstbestimmung“ den Menschen letztlich einsam machen. Denn gibt es nicht immer auch Menschen, denen ich etwas bedeute, die mich vielleicht lieben, oder auch Menschen, die für mich da sind – im Alter z.B. Pflegekräfte? Ist mein Leben nicht auch für sie wichtig? Und bin ich mir sicher, dass Gott nichts mehr mit mir vorhat, er, der mich ins Leben gerufen hat?

Wir sind Beziehungswesen. Darum gehört zur Freiheit immer auch Verantwortung. In „Verantwortung“ steckt „Antwort“, also ein Dialog. Was ich mit meinem eigenen Leben mache, ist nie nur meine eigene Sache. Kann ich meine Entscheidung auch gegenüber denen verantworten, denen ich am Herzen liege?

Allerdings gilt umgekehrt: Es steht niemandem zu, über meine Entscheidungen zu urteilen. Auch hier ist die Bibel ganz klar: „Lasst uns nicht mehr übereinander Urteile fällen.“ (Römer 14, 13). Darum steht uns als Diakonie nicht zu, uns von Menschen zu distanzieren, die den eigenen Tod herbeiführen wollen und darum Beihilfe zur Selbsttötung in Anspruch nehmen möchten. Wir können und wollen nicht beurteilen, was in einem Menschen vorgeht – und schon gar nicht, wie sein Leben im Licht Gottes zu sehen ist.

Was aber für die Diakonie ganz klar ist: Die Würde eines jeden Menschen bleibt einzigartig, auch wenn Außenstehende und vielleicht sogar die betroffene Person selber meinen, nichts mehr von dieser Würde zu erkennen. Das Kronenkreuz, das Zeichen der Diakonie, vereint offenkundige Gegensätze: Das Kreuz einerseits ist das Zeichen des Leides und der scheinbar völligen Entwürdigung des Menschen (Kreuz von Golgatha). Die Krone andererseits ist das Symbol von Ehre und höchster Würde. Das Kronen-Kreuz ist ganz bewusst die Verbindung von beidem. Es steht nicht nur dafür, dass wir im gekreuzigten Jesus den geheimen König der Welt sehen, der durch die Liebe regiert. Sondern das Kronenkreuz steht auch für alle Menschen, die mit schwerem Leid zu kämpfen haben und sich dadurch oft ohnmächtig und entwürdigt fühlen. Auch in ihnen sehen wir in der Diakonie die unvergleichliche Würde von Königskindern, nämlich von Töchtern und Söhnen Gottes. Deswegen ist es immer das Ziel der diakonischen Arbeit, Hilfsbedürftigen und Notleidenden die Würde zu geben, die ihnen zusteht.

Im Zeichen des Kronenkreuzes gibt es deshalb kein unwertes oder sinnloses Leben. Wir können nie von uns aus über einen anderen Menschen sagen: Dieses Leben ist es nicht mehr wert, gelebt zu werden. Wir haben Verständnis, wenn jemand von sich sagt: Mein Leben ist sinnlos. Aber wir werden ihm nicht zustimmen. Unsere Aufgabe kann es nur sein, alles uns Mögliche zu tun, um dem Menschen eine würdevolle letzte Lebensphase zu ermöglichen. Und das heißt vor allem: Ihn nicht allein lassen.

Grenzfall des Lebens. Der Suizid in der Sicht der christlichen Ethik (Prof. Reiner Anselm, LMU München)

Wie die meisten Religionen, bewertet auch das Christentum das Leben des Menschen als eine Gabe Gottes. Die Erzählungen von der Erschaffung des Menschen am Anfang der Bibel verarbeiten damit eine menschliche Grunderfahrung: Niemand kann sich selbst das Leben geben. Jeder Mensch verdankt sein Da-Sein Anderen. Wir sind konstitutiv auf Gemeinschaft angewiesen. Zunächst und unmittelbar auf unsere Eltern, dann aber auch auf die Gesellschaft. Diese unhintergehbare Dimension unserer Lebenswirklichkeit bringt die auf das Grundsätzliche und Ganze gerichtete religiöse Sprache mit der Formel vom Menschen als dem Geschöpf Gottes zum Ausdruck.

Die Rede vom Menschen als dem Geschöpf Gottes beinhaltet noch zwei weitere Aspekte: Zunächst ist hier der egalisierende Aspekt zu nennen: Alle Menschen sind gleichermaßen Geschöpfe Gottes. Geschöpflichkeit bedeutet für den christlichen Glauben daher nicht nur, dass jeder Einzelne mit Gott in einer besonderen Beziehung steht und dadurch seine besondere Würde erhält, sondern auch, dass alle anderen Menschen als Geschöpfe miteinander verbunden sind. Die Rede von den „Kindern Gottes“, wie sie sich etwa im ersten Johannesbrief findet (1 Joh 3,16), bringt genau dies zum Ausdruck.

Schließlich bedeutet die Welt als Schöpfung zu beschreiben, an einer unhintergehbaren Differenz zwischen Gott und Welt festzuhalten. Die besondere Stoßrichtung der biblischen Rede von der Schöpfung liegt darin, Gott als Gegenüber, nicht als Bestandteil der Welt aufzufassen. Auch die Tatsache, dass Gott der Schöpfer alles Lebens ist, führt nicht dazu, dass die Prädikate Gottes auf seine Geschöpfe übertragen werden. Eine Vorstellung von der Heiligkeit als einer besonderen, intrinsischen Qualität des Lebens, auch des menschlichen Lebens, beruft sich zu Unrecht auf die Tradition des Christentums. Aus der Unterscheidung von Schöpfer und Geschöpf ergibt sich auch, dass der christliche Glaube das Leben jedes Einzelnen zwar als Gottes Gabe versteht, damit aber nicht die Vorstellung verbindet, dass dieses Leben Eigentum Gottes bleibt. Mit der Geschöpflichkeit verbindet sich vielmehr der Gedanke menschlicher Freiheit. Im Unterschied dazu, Denkformen, die die bleibende Abhängigkeit des Einzelnen von seiner Herkunft in den Vordergrund stellen und jede Auflehnung gegen diese Abhängigkeit als Verstoß werten, hat gerade das neuzeitliche Christentum herausgestellt, dass der Schöpfer seine Geschöpfe in die Freiheit entlässt und sie dadurch mit einer besonderen Würde versieht. Die biblische Redeweise von der Gottebenbildlichkeit des Menschen bringt diese Freiheit der eigenen Lebensgestaltung, das Nicht-Festgelegt-Sein auf ein bestimmtes, durch die Natur oder den Willen Gottes vorgegebenes Programm zum Ausdruck.

In dieser Freiheit liegen die Würde und auch das Elend des Menschen. Der Mensch kann und darf sein Schicksal selbst in die Hand nehmen. Ihm eignet die Freiheit, sein Leben verantworten zu können. Genau darin aber besteht auch das Elend

des Menschen: Er muss sein Leben gestalten und Entscheidungen treffen. An dieser Freiheit können Menschen scheitern und an der Unsicherheit der Zukunft zerbrechen. Die besondere Pointe christlicher Theologie liegt aber nun darin, die Gewährung von Freiheit mit der Zusage zu verbinden, dass Gott den Einzelnen zwar in die Freiheit entlässt, ihn aber nicht verlässt. Individualität, Freiheit und Würde des Menschen können, so die Leitidee der christlichen Theologie, nur gedacht werden, wenn man von der Treue und auch der Güte Gottes ausgeht, die die Unsicherheit der Zukunft und die Möglichkeit des eigenen Scheiterns ertragbar werden lassen.

Von diesen Grundbestimmungen her ist nun auch die Frage des Suizids in den Blick zu nehmen. Grundsätzlich gehört es zu den besonderen Möglichkeiten und Freiheit des Menschen, sich selbst das Leben nehmen zu können. Diese Fähigkeit findet ihren Niederschlag auch in den Erzählungen der Bibel, in der wiederholt vom Suizid als letzter Handlungsmöglichkeit in einer sonst ausweglosen Situation berichtet wird, so etwa im Falle Simsons (Ri 16, 28-31), Sauls (1 Sam 31, 4-13) und seinen Waffenträgern oder, der Überlieferung des Matthäusevangeliums nach, des Judas. In allen Fällen wird der Suizid nicht verurteilt, sondern in der Mehrzahl der Fälle als eine tragische Handlungsmöglichkeit zur Kenntnis genommen. Dennoch wurden in der Tradition des Christentums neben der vielfältigen Anerkennung des Suizids gerade in Situationen schwerster Anfechtung auch kritische Stimmen erhoben. Besonders zwei Argumentationsweisen sind dabei immer wieder hervorgehoben worden: Zum einen, gerade in der vorneuzeitlichen Theologie, der Gedanke, dass allein Gott als dem Geber des Lebens das Recht zukommt, auch über das Ende eines Lebens zu verfügen. Mit guten Gründen wird diese Auffassung heute mehrheitlich abgelehnt, da sie Gott nach dem Vorbild eines Gutsherrn zeichnet, der über die Menschen als sein Eigentum verfügt.

Zum andern ist der Suizid kritisch gesehen worden, weil man in ihm eine Selbstrechtfertigung des Menschen erblickte. In der christlichen Tradition ist diese Sichtweise erst durch Augustin populär und dann auch stilbildend geworden. Augustin entwickelt diese Sichtweise anhand des Suizids von Ordensschwester, die nach ihrer Schändung durch römische Soldaten als Geschändete nicht mehr weiterleben wollten und sich das Leben nahmen. Augustin argumentiert, dass damit die Ordensfrauen dem Urteil Gottes zuvorkommen und sich selbst richten, statt sich dem Gericht Gottes anzuvertrauen. Er nimmt damit allerdings kein biblisches Motiv auf, sondern greift auf Platons „Phaidon“ zurück. Ebenso hatte auch Platon im Phaidon argumentiert, dass es nämlich gelte, den Tod zu erwarten und nicht selbst zu handeln, ehe es nicht einen entsprechenden Befehl Gottes gebe.

Diese Figur, dass der Suizid ein Auflehnen gegen den Willen Gottes und damit Sünde sei, findet sich seither in zahlreichen Varianten in der theologisch-ethischen Position. Doch auch wenn die Position bis in die Gegenwart populär ist, ist sie doch aus theologischen Gründen zurückzuweisen. Zum einen ist das Argument, hier rechtfertigt sich jemand selbst, statt auf

die Gnade Gottes zu vertrauen und diese zu erwarten, nicht stichhaltig. Denn sie spielt die Gnade Gottes gegen die Verzweiflung der Suizidenten aus und konterkariert sie damit gerade. Denn können Christinnen und Christen im Licht des Gekreuzigten und Auferstandenen nicht darauf vertrauen, dass sich die Gnade Gottes auch und gerade gegenüber demjenigen erweisen wird, der in einer tiefen und ausweglosen Situation für sich keine andere Alternative als den Selbstmord sieht?

Von bleibender Bedeutung sind allerdings zwei andere Anfragen, die sich auf die grundlegende Sozialität des Menschen sowie auf das Verhältnis von menschlichem Leben und menschlicher Freiheit beziehen. Im ersten Fall wird kritisch rückgefragt, ob die nach christlichem Verständnis in der Mitgeschöpflichkeit begründete Solidarität nicht alles daran setzen müsste, ausweglos erscheinende Situationen – gerade im Fall

schwerer Erkrankungen – zu vermeiden und eine zu weitgehende Billigung des Selbstmords nicht seinerseits eine Selbstgefälligkeit derer sei, die entsprechende Unterstützung nicht gewähren möchten. Im zweiten Fall bezieht sich die Skepsis auf die Frage, ob das eigene Leben nicht eine unaufgebbare Bedingung für die Realisierung der Freiheit darstelle und somit sich die Freiheit nicht gegen ihre eigenen Voraussetzungen richten dürfe, ohne selbstwidersprüchlich zu werden. Beide Anfragen können das grundsätzliche Zugeständnis nicht entkräften, dass auch solche Selbstwidersprüchlichkeiten durch die dem Menschen gewährte Freiheit gedeckt sind und dass diese Freiheit nicht gegen die Verpflichtung aller, Verzweifelten zu helfen, ausgespielt werden darf. Sie verweisen jedoch darauf, dass es sich beim Suizid immer um einen Grenzfall des Lebens handelt, der sich grundsätzlichen Beurteilungen entzieht.

ETHISCHE REFLEXION

Ethische Grundlagen

Im Kontext des assistierten Suizids ist es wichtig einen ethischen Reflexionsprozess anzuregen, in der Entscheidungssituation des Einzelfalls ist eine solche Auseinandersetzung unerlässlich. (ethische Fallbesprechung – siehe Anhang). Hinderlich wirken sich dabei extreme, unverrückbare Standpunkte dem Sterbewunsch bzw. dem Suizid gegenüber aus.

1. Extrem:

„Das ist doch ganz in Ordnung, wenn er Sterben will, darf er/ soll er doch!“

2. Extrem:

„Das darf er auf keinen Fall, er muss doch alles, was kommt bewusst durch- und erleben.“

Autonomie/Selbstbestimmung und Fürsorge/Schutz sind dabei zentrale ethische Prinzipien, die aus diversen Blickwinkeln beleuchtet werden müssen.

Wie lassen sich Lebensschutz und Selbstbestimmung in das bestmögliche Verhältnis bringen?

- [Leben ist ein hohes Gut, aus dem sich aber keine Pflicht zum Leben ableiten kann](#)
- [Die Freiheit des Einzelnen über sein Leben selbst zu bestimmen, ist zu respektieren und zu fördern](#)
- [Selbstbestimmung gerät dort an die Grenze, wo sie die Selbstbestimmung des anderen tangiert](#)
- [Selbstbestimmung ist immer im Kontext der Bezüge und Beziehungen zu sehen](#)

Aus der Fürsorgepflicht ließe sich also durchaus die Aufgabe ableiten, den Menschen, der für sich den assistierten Suizid erbittet, auf seinem Weg zu einer tatsächlichen autonomen Entscheidung zu begleiten. In anderen Kontexten spricht z.B. die Medizin von einem Informed Consent und meint damit eine entsprechende Aufklärung über mögliche Therapieansätze oder / und mögliche Folgen der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung. Das geschieht durch Gespräche, in denen der Betroffene Beweggründe, Wertvorstellungen, Wünsche, Ängste und Befürchtungen äußern kann.

Folgende Fragen könnten sich in Bezug auf ethisch verantwortetes Handeln stellen:

- [Wie selbstbestimmt ist die Entscheidung zum assistierten Suizid – wirklich autonom, oder geschieht sie aus irgendeinem Druck heraus?](#)
- [Ist sie im direkten Zusammenhang mit einem psychiatrischen Krankheitsbild \(z.B. Depression\) zu sehen?](#)
- [Welche Folgen wären zu erwarten – nicht nur in medizinischer, sondern auch in sozialer, psychischer oder spiritueller Hinsicht für alle Betroffenen im Umfeld des Suizidwilligen?](#)

- [Hinterfragen und Eröffnen von weiteren Lebensperspektiven](#)
- [Welche Alternativen gäbe es – z.B. Palliative Versorgung; Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit \(FVNF\); palliative Sedierung?](#)

In der Klärung all dieser Fragen bedarf es häufig eines Kompromisses bzw. einer „Verwaltung des geringeren Übels“. Denn es ist eine enorme Entscheidung, und vermutlich wird keiner aus dieser Situation ohne eine gewisse Betroffenheit herausgehen. Aber: Maßgeblich in dieser Situation sind die Werte des Menschen, der die Entscheidung für sich getroffen hat.

Die Deutungshoheit darüber, was für seine:ihre Person ein würdiges, wertvolles Leben ausmacht, obliegt ausschließlich ihm:ihr selbst. Weder Begleiter:innen noch Mitarbeiter:innen, bestimmen, was Lebensqualität und Würde für den anderen heißt: das kann niemand von außen bestimmen. Das allparteiliche Aufzeigen von Optionen, wie Leben dennoch lebenswert sein könnte, soll ein alternatives Spektrum eröffnen ohne den Betroffenen zu bedrängen. Auf der anderen Seite muss auch klar sein, dass Mitarbeiter:innen nicht zur Mithilfe bei der Assistenz gezwungen werden können, auch für Begleiter:innen gilt das Recht der Selbstbestimmung.

Wie lassen sich Selbstbestimmung des Klienten/ Bewohners und Selbstbestimmung des Mitarbeiter:innenn in Beziehung setzen?

- [Aufgabe des Mitarbeitenden Möglichkeiten zu organisieren um den \(Sterbe-\)Wunsch eruiieren zu helfen/und im Dialog explorieren](#)
- [Aufklären und informieren über alternative Optionen](#)
- [Angebote machen, die Alternativen bieten](#)
- [Signale setzen, dass jedes Leben wertvoll ist](#)
- [Deutlich machen, was ich als Begleitender nicht machen kann und möchte](#)
- [Authentisch bleiben im eigenen Tun](#)
- [Anerkennen der Wertvorstellungen des Bewohners](#)
- [Beziehungssystem einbeziehen](#)
- [Gegebenenfalls Möglichkeiten suchen, wie der Bewohnerwille umgesetzt werden kann – „Mittragen der Entscheidung](#)
- [Sich selbst zuzugestehen sich aus der Begleitung zurück zu ziehen](#)

Auf der Träger bzw. Einrichtungsebene folgt daraus die Aufgabe, die Autonomie der Mitarbeiter:innen in diesem Kontext zu schützen und dafür zu sorgen, dass ihre Berufsidentität nicht gefährdet sondern geschützt wird. Dies hat zur Konsequenz, dass das „Bereitstellen der Medikamente“ nicht durch Mitarbeiter:innen der Einrichtung geschehen darf. (vgl.: ICN Pflegekodex: Aufgabe der Pflegenden ist die Begleitung der Menschen dabei mit ihrer Krankheit und damit verbundenen Einschränkungen zurecht zu kommen).

Ebenso würde dem entgegenstehen, den Gedanken zum assistierten Suizid proaktiv seitens der Einrichtung zu verfolgen, quasi als eine Möglichkeit unter vielen. Dieser Weg bleibt immer die letzte Option.

Auf der anderen Seite haben sich im laufenden Diskussionsprozess in den Einrichtungen Mitarbeitende in der Form geäußert, dass es der Beziehungsgestaltung zu Klient:innen widerspricht im Suizid zu assistieren. Bevor er das aber in einem Kontext macht, wo er niemanden kennt - so die Aussage vieler Mitarbeiter:innen aus Betreuung und Pflege - soll er doch lieber in der Einrichtung verbleiben um ihm ein Leben bis zuletzt und ein Sterben im vertrauten Umfeld zu ermöglichen. Neben dem Suizidwilligen und Mitarbeiter:innen in der Versorgung, ist es, im Kontext des Unit of care Gedankens wichtig, das soziale Umfeld mit einzubeziehen. In der Regel sind dies die engsten An- und Zugehörigen aber auch die Mitbewohner:innen der Einrichtungen.

GESELLSCHAFTLICHE AUFGABE

Über die Einrichtungsebene hinaus entsteht für die Gesellschaft, und in unserem Kontext für die Diakonie, die Aufgabe, eine Haltungsänderung in der Gesamtgesellschaft zu initiieren und die Werte einer humanen Gesellschaft unermüdlich nach außen zu transportieren. Das kann die Einrichtung nicht alleine leisten. Quartiersarbeit und eine sorgende Gesellschaft könnten hier als Modelle des Zusammenlebens, die auch die Menschen mit aktuellem Unterstützungsbedarf im Blick behalten, unterstützend wirken.

Gegenwärtig arbeiten die großen Wohlfahrtsverbände und viele andere Organisationen daran, den Gesetzgeber bei der Formulierung der nötigen Gesetze zur Umsetzung des Bundesverfassungsgericht-Beschlusses zu helfen und ihre Positionen einzubringen. Zum Beispiel: „Prävention und gute Palliativversorgung sind Voraussetzungen für Regelung der Suizid-Assistenz. ... Die Diakonie Deutschland setzt sich deshalb für eine deutliche Stärkung der Suizidprävention und der

Was ist ein angemessener Schutzrahmen für die Mitbewohner:innen?

- [Wie kann ein „Trittbrettfahrer“-Effekt vermieden werden oder der Aufbau eines Drucks sich auch mit dem assistierten Suizid aus dem Leben verabschieden zu müssen?](#)
- [Sollen sie proaktiv über den Hintergrund des Versterbens informiert werden?](#)
- [Welche Schutzkonzepte haben wir für sie?](#)
- [Welche Trauersorge ist möglich?](#)

Das Instrument der „ethischen Fallbesprechung“ oder einer Ethikberatung wird für die Auseinandersetzung der Entscheidungsfindung sehr hilfreich sein. Erfahrungsgemäß sind bei solchen Situationen mehrere ethische Fallbesprechungen in unterschiedlichen Settings nötig.

palliativen Versorgung ein. „Der assistierte Suizid muss eine sorgfältig geregelte Ausnahme bleiben,“ so Lillie weiter: „Der Gesetzgeber muss diese Ausnahme konsequent und flächendeckend durch Maßnahmen einhegen, die Menschen in Krisen unterstützen.“ (Zitat Pressemitteilung 27.1.2022). Gleichzeitig versuchen die vielen genannten Organisationen als Begleitmaßnahme ein Suizidpräventionsgesetz zu etablieren. Das ist eine sehr wichtige flankierende Maßnahme um eben auch dafür Sorge zu tragen, dass der assistierte Suizid nicht zum Regelfall wird.

- [Einsatz für eine bessere Versorgung](#)
- [Einsatz für ein reflektiertes Bild von Krankheit, Leid, Alter ...](#)
- [Beratungsstellen](#)
- [Sozialbürgerlichem Engagement: Gegenseitiges Kümmern – nachbarschaftliche Sorge](#)
- [Suizidpräventionsprogramme](#)

UMGANG MIT STERBEWÜNSCHEN

Grundwissen zum Umgang mit Sterbewünschen

Sterbewünsche sind vor allem im Bereich der palliativen Versorgung, wie sie beispielsweise auch in verschiedenen Versorgungsformen am Lebensende eintritt, sehr häufig. Dabei sind Sterbewünsche sehr vielschichtig und nicht immer auch dem Wunsch nach dem tatsächlichen Todeseintritt zuzuordnen. Das häufigste Motiv für die Ausbildung eines Sterbewunsches und damit auch die Inanspruchnahme des assistierten Suizids sind schwere Erkrankungen (Schöne-Seifert, 2020). Sterbewünsche wurden und werden deshalb überwiegend im Kontext von lebensverkürzenden Erkrankungen erforscht und definiert (Jox, 2019). Bezogen auf diesen Sachverhalt entsteht ein Sterbewunsch als Ausdruck einer Leidensreaktion im Kontext eines lebensbedrohlichen Zustands, aus welcher Menschen keinen anderen Ausweg als den Tod sehen. Diese Wünsche können sowohl spontan als auch auf Nachfrage geäußert werden. Häufig besteht dabei ein Zusammenhang mit körperlichen Symptomen, psychischen Belastungen oder sozialen Aspekten (Balaguer et al., 2016, S. 8). Dennoch sind Sterbewünsche nicht zwingend ausschließlich ein Ausdruck von Leiden. Gleichermäßen können sie Lebenssattheit ausdrücken (Jox, 2019).

Die Auseinandersetzung mit Suizidgedanken in erlebten Situationen der Hilfslosigkeit gilt als gängige Konsequenz (Zwierlein, 2004b). Dabei legt die Forschung nahe, dass ein Sterbewunsch nicht unbedingt auch den Wunsch nach dem tatsächlichen Todeseintritt enthält. Bisher konnten keine empirischen Zusammenhänge zwischen der Äußerung eines Todeswunsches und einem gesteigerten suizidalen Risiko bei älteren Menschen nachgewiesen werden (Lindner, 2020). Sterbewünsche gelten vielmehr als reaktiv auftretendes Phänomen von Menschen auf extremes Leiden, welches ihre ganzheitliche Existenz betrifft (Monforte-Royo et al., 2012). Entsprechend entwickeln und zeigen sich Sterbewünsche in unterschiedlichen Dimensionen. Sterbewünsche verfügen über eine hohe Volatilität, sie zeigen sich mitunter zu unterschiedlichen Zeitpunkten in verschiedenen Intensitäten, je nach Handlungsoptionen der Individuen (Kruse, 2017).

Die Unterschiede der Ausprägungen sind dabei unbedingt zu beachten. Die Spannweite erstreckt sich von Lebenswunsch bis hin zur Ankündigung des Todes (Gudat, 2016). Menschen mit einem Sterbewunsch äußern diesen, weil sie sich ein schnelles Lebensende wünschen. Obwohl sie dies wünschen, wollen sie jedoch nicht zwangsläufig ihr Leben verkürzen oder aktiv dazu beitragen, es zu beenden (Rurup et al., 2011). Äußern Menschen jedoch ihren Sterbewillen, haben sie die Absicht, ihr Leben tatsächlich zu verkürzen (Gudat, 2016). Ein geäußertes Sterbewunsch kann verschiedene Bedeutungen haben. Beispielsweise ein Hilfeschrei nach der Veränderung einer unaushaltbaren Situation, aber auch die Erfahrung der

Selbstwirksamkeit durch das eigenständige Beenden des Lebens (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Bisher werden Menschen, die zwar einen Sterbewunsch äußern, ihr Leben aber nicht aktiv durch beispielsweise assistierten Suizid beenden wollen, in der Praxis zu wenig unterstützt. Dabei ist ihr Leidensdruck häufig hoch (Gudat, 2016). Vor allem in der Fragestellung um den assistierten Suizid gilt es deshalb sensibel zu beobachten, welche Ausprägung eines Sterbewunsches vorliegt, oder ob der eigentliche Wunsch nicht auf das Lebensende, sondern beispielsweise auf Leidenslinderung gerichtet ist.

Die Äußerung eines Sterbewunsches ist meist direkt an das Bedürfnis nach Erhaltung der Kontrolle über das eigene Leben geknüpft (Monforte-Royo et al., 2012). Einigen Menschen ist bereits die Äußerung eines Sterbewunsches hilfreich, denn der Tod wird als einzige Möglichkeit gesehen, die Kontrolle zurückzuerlangen und eine eigene Entscheidung zu treffen. Bei der Äußerung dieses Gedanken kann nach außen suggeriert werden, auch in Situationen der Abhängigkeit dennoch über die letzte Entscheidung selbst verfügen zu können (Rurup et al., 2011). Auch der Würdeverlust, beispielsweise in einer Pflegesituation und die mangelnde Hoffnung auf Verbesserung der eigenen, körperlichen Situation gehören zu den möglichen Auslösern (Feichtner, 2014). Leichte Risikofaktoren für die Ausbildung eines Sterbewunsches stellen fortgeschrittenes Alter und Demoralisierung dar (Jox, 2019). Ein weiterer Faktor, der die Wahrscheinlichkeit für einen Sterbewunsch sogar um das Achtfache erhöht, sind depressive Symptome (Jox, 2019). Im Alter überwiegt die Wichtigkeit der psychosozialen und spirituellen Faktoren jene der körperlichen Faktoren. Gefühle wie Einsamkeit, Belastung anderer durch die eigene - als nutzlos empfundene - Existenz und Kontrollverlust können eine existenzielle Angst hervorrufen (Frühwald, 2021).

Sterbewünsche in der stationären Altenpflege

Das stationäre Setting der Altenpflege bedingt einen oft sehr engen Beziehungsaufbau zwischen Bewohner:innen und Pflegekräften. Durch die meist benötigte Unterstützung in der Körperpflege und der Bewältigung des Alltags der Bewohner:innen entsteht ein enges und oftmals intimes Verhältnis. Häufig sind es deshalb nicht die Angehörigen oder die versorgenden Mediziner:innen die mit den Sterbewünschen der Bewohner:innen konfrontiert werden, sondern die Pflegekräfte (Feichtner, 2014). Da Sterbewünsche direkt an das Bedürfnis nach Erhaltung der Kontrolle über das eigene Leben anknüpfen (Monforte-Royo et al., 2012), ist anzunehmen, dass Pflegekräfte in stationären Altenhilfeeinrichtungen häufig damit in Kontakt kommen.

Ein Umzug in eine stationäre Einrichtung ist für Menschen stark mit der Abgabe von Autonomie verbunden (Moeller-Bruker et al., 2019). Der eigene Alltag muss an die Strukturen der Institution angeglichen werden. Hinzu kommen altersbe-

dingte Beschwerden oder Erkrankungen, die Bewohner:innen das Gefühl vermitteln, die Kontrolle über das eigene Leben verloren zu haben. Die Äußerung von Gedanken über den eigenen Tod von einem:r Bewohner:in gegenüber einem:r Pflegenden oder einem:r Angehörigen ist ein an sich natürlicher Vorgang, gilt die Auseinandersetzung damit schließlich sogar als Entwicklungsaufgabe in diesem Lebensabschnitt (Baltes & Skrotzki, 1995). Manchmal ist die Äußerung eines Sterbewunsches auch nicht der konkrete Wunsch nach dem Todesertritt, sondern viel mehr die Aufforderung des Menschen, über Tod und Sterben zu reden. Eine Problematik in Bezug auf entsprechende Äußerungen ist, dass Unbeteiligte den Wunsch beispielsweise nicht nachvollziehen können, da diese Empfindungen stets sehr subjektiv sind (Häcker, 2008). Dabei kann das für Wahr- und Ernstnehmen eines solchen Wunsches und ein Gespräch darüber für Menschen sehr positiv und hilfreich sein (Ostgathe, 2015). Zudem sind Sterbewünsche vielschichtig aufgebaut und oftmals nicht eindeutig. Vielmehr entwickeln sie sich in Stufen weiter, wenn nicht angemessen darauf reagiert wird (Dinges, 2020).

Dies verdeutlicht die Relevanz von angemessenen Reaktionen auf geäußerte oder durch das aktive Suchen des Gesprächs erst hörbar gewordene Wünsche. Zunehmend folgenschwer auch für Pflegekräfte wird der Umgang mit Sterbewünschen dann, wenn direkten Sterbewünschen oder Suizidgedanken keine adäquate therapeutische, pflegerische oder seelsorgerliche Antwort gegeben werden kann. Wenn Pflegekräfte nicht ausreichend geschult sind, entwickeln diese im Laufe der Zeit unprofessionelle Verhaltensweisen, um solche Situationen zu handhaben. Dieser Schutzmechanismus dient jedoch lediglich der kurzfristigen Bewältigung, langfristig überfordert es die:den einzelne:n Pflegenden:n (Deutscher Pflegerat, 2015).

Sterbewünsche in der Eingliederungshilfe

Nicht nur das stationäre Setting der Altenpflege bedingt einen oft sehr engen Beziehungsaufbau zwischen Klient:innen und den Mitarbeiter:innen. Auch in den Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie der Sozialpsychiatrie, wie bspw. das gemeinschaftliche Wohnen, bauen Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen enge Beziehungen auf. Mitarbeitende in Einrichtungen der Eingliederungshilfe begleiten die Bewohner:innen in der Regel über Jahre und sogar Jahrzehnte hinweg. Hierdurch entstehen oftmals Bindungen und Settings die einen familiären Charakter aufweisen. Häufig sind es deshalb (wie auch in der stationären Altenpflege) nicht die Angehörigen oder die versorgenden Mediziner:innen die mit den Sterbewünschen der Bewohner:innen konfrontiert werden, sondern die Mitarbeitenden der Einrichtungen.

Der Wunsch das Leben zu beenden ist für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen nicht nur auf das

hohe Alter beschränkt, sondern kann in allen Lebenslagen entstehen. Der Fokus auf Selbstbestimmung und Chancengerechtigkeit ist daher nicht nur auf das Ende des Lebens zu reduzieren, sondern hat selbstverständlich für Menschen mit Behinderungen ein ganzes Leben lang zu gelten. Dies sind die wichtigsten Leitprinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention. Menschen mit Behinderungen ist ein Recht auf ein Leben in Würde zu gewähren. Der Verlust von Kontrolle, das Gefühl von Abhängigkeit, das Gefühl kein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu sein (gesellschaftlicher Ausschluss) sowie starke körperliche und/oder psychische Erkrankungen können für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen oftmals stark belastend sein. Hier bedarf es in erster Linie Lösungen in Form von Zugang zu Hilfsmitteln, aber auch der ausreichende Zugang zu personellen Unterstützungsformen wie umfassende persönliche Assistenz und/oder psychosoziale Unterstützungs- und Therapieangebote zu bieten. Hiermit kann die Sorge, dem Umfeld zur Last zu fallen, zum Großteil genommen werden (Österreichischer Behindertenrat 2021).

Selbsttötungsgedanken sind häufige Begleitphänomene schwerer, unheilbarer körperlicher und psychischer Erkrankungen. Die Mehrheit der Suizide wird (wie bereits auch schon im Verlauf dieser Arbeitshilfe erwähnt) von Menschen mit psychischen Erkrankungen vollzogen. Während das Prinzip „Leidverminderung durch Lebensverkürzung“ in Form des künstlich herbei geführten Todes heutzutage in der Gesellschaft breiten Zuspruch findet, ist dies bei psychischen Erkrankungen umstritten. Der Wunsch nach assistiertem Suizid von psychisch Erkrankten scheint schwerer greifbar. Es erscheint immer wieder die strittige, als unklärbar erscheinende Frage, wie stark der Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Entscheidung ist und ob diese bei erfolgreicher Therapie anders getroffen würde. Der Wunsch nach Suizid kann Ausdruck einer akuten psychischen Leidensphase sein, die jedoch medikamentös überwindbar ist. Er kann aber auch Ausdruck eines Wunsches sein, der auf Erfahrung durch wiederkehrende psychische Belastungsphasen beruht (Böhning 2021). Die fehlende Sicherheit, dass eine oder andere 100%ig ausschließen zu können lässt sich nicht so einfach lösen, aber man sollte sich in diesem Kontext die Frage stellen: Ist es nicht diskriminierend, wenn man den einen dies ermöglicht, den anderen nicht?

Ein besonderer Fokus bei der Thematik des assistierten Suizids muss auf Menschen mit kognitiven Behinderungen gelegt werden. Menschen mit kognitiven Behinderungen sind oftmals einem hohen Maß an Fremdbestimmung (durch gesetzliche Betreuer:innen, Einrichtungen, Familienangehörige, etc.) ausgesetzt. Ursachen, die dies bedingen sind oftmals vorhandene Strukturen und mangelndes Zutrauen. Beispielsweise fällt es Ärzt:innen oftmals schwer, Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten adäquat zu informieren und

zu beraten. Immer wieder kommt es vor, dass Menschen mit kognitiven Behinderungen kaum über die Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert werden und dass kaum nach ihren Wünschen gefragt wird. Menschen mit kognitiven Behinderungen sind häufig umgeben von Angehörigen, Betreuer:innen, Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen von Einrichtungen. Diese müssen den Wünschen der Menschen mit Behinderung bewusst Raum geben und ihr:ihm auch Zeit geben, sich zu informieren und die Wünsche mitzuteilen, um auch hier durch einen informed consent zu einer autonomen Entscheidungsfähigkeit beizutragen (Wicki 2015).

Der assistierte Suizid für Menschen mit kognitiven Behinderungen ist jedoch prinzipiell nur dann möglich, wenn diese einsichtsfähig sind (fähig, einen Sachverhalt zu verstehen und dementsprechend entscheiden zu können – nicht zu verwechseln mit rechtsfähig oder geschäftsfähig!). Hier muss ggf. ein:e Sachverständige:r beurteilen, ob Einsichtsfähigkeit vorliegt. Generell gilt: Bevollmächtigte und gesetzliche Betreuer:innen können über Maßnahmen der Sterbehilfe nur dann entscheiden, wenn die betreffende Person ihre Wünsche diesbezüglich in der Patientenverfügung festgehalten hat. Eine Patientenverfügung kann jedoch nur von jemanden ausgefüllt werden, wenn diese:r einsichtsfähig ist. Somit ist sichergestellt, dass keiner über diese Entscheidung bestimmen kann, außer die betreffende Person selbst.

KONKRETE KOMMUNIKATIONSHILFEN

Sprachfähig werden in dieser Thematik

Wenn Menschen nicht mehr leben möchten, ist das gesamte Team gefordert. Wichtig ist, dem Betroffenen gut zuzuhören und ihm bis zuletzt Optionen für ein selbstbestimmtes Leben in Würde zu eröffnen.

Beispielweise ändern sich für viele Senioren, die plötzlich auf ambulante Pflege angewiesen sind oder in ein Pflegeheim ziehen, die Lebensumstände komplett. In solchen Zeiten, die häufig als Krise erlebt werden, müssen Senioren mit unterschiedlichen Gefühlen, Gedanken und auch Sinnfragen zu recht kommen. Die Menschen sehen sich mit ihrem Altwerden oder ihrer Einschränkung in einer leistungsorientierten Sozialgemeinschaft konfrontiert. Das kann das Gefühl auslösen, überflüssig zu sein und nicht mehr gebraucht zu werden. Im Alter bzw. in der Krankheit reduzieren sich häufig auch soziale Kontakte. Dies alles kann den Lebensmut und Lebenswillen überschatten.

Zudem sind Menschen, die an schweren (psychischen) Erkrankungen leiden und/oder Behinderungen haben (unabhängig von ihrem Alter), oftmals mit belastenden Symptomen, Ängsten und Schmerzen konfrontiert. Je nach Persönlichkeit empfinden manche auch einen fortschreitenden Verlust von würdigen Lebensumständen und Lebensqualität. In dieser Phase können manchmal Gedanken aufkommen, sich selbst das Leben nehmen zu wollen.

Sterbewünsche validieren

„Ich möchte endlich gehen“ – „Dann bring’ ich mich um“ – „Können Sie mir nicht etwas geben, was dem Ganzen ein Ende macht!“ – „Ich habe mein Leben gelebt ...“ Mit solchen und ähnlichen Äußerungen sind Mitarbeiter:innen immer wieder konfrontiert. Meist lassen sie sich nicht eindeutig zuordnen. Nicht immer sind sie nur ein Hinweis für eine Depression. Hinter solchen Äußerungen kann der Wunsch stehen, nach einem langen, erfüllten Leben nun auch sterben zu dürfen, oder auch eine tatsächliche Selbsttötungsabsicht. Häufig vermischen sich auch die Bedeutungen, zum Beispiel:

- ein genereller Wunsch zu sterben, ohne dass derjenige den Tod herbeiführen möchte, also eher eine Bereitschaft, das näher rückende Sterben zu akzeptieren
- die Annahme des zu erwartenden Sterbens bei gleichzeitiger Lust, dem Leben noch etwas abzugewinnen
- Ausdruck von Lebensattheit nach einem langen und erfüllten Leben,
- Lebensmüdigkeit aus dem Gefühl heraus, überflüssig zu sein, zur Last zu fallen und auch selbst keinen Sinn mehr im eigenen Dasein/Leben zu finden,
- der dringliche Wunsch, dem körperlichen und auch

- psychisch-seelischen Leiden ein Ende zu setzen,
- ein Hilferuf nach mehr Aufmerksamkeit,
- die Ankündigung einer Selbsttötung oder die faktische Vorbereitung dazu.

Es liegt an der Kompetenz der professionellen Begleiter:innen sowie der Angehörigen, einen möglicherweise vorhandenen Sterbewunsch richtig einzuordnen und das Gespräch zu suchen. Für eine bestmögliche Einschätzung dient auch die Fallbesprechung im interprofessionellen Team sowie die Abklärung und Diagnostik durch den Hausarzt oder einen Psychiater. Auch im Kontext von Geburts- oder Sterbetagen von nahen Angehörigen oder besonderen Festtagen kann erhöhte Aufmerksamkeit gefordert sein.

In jedem Falle sind solche Äußerungen ernst zu nehmen. Es ist aber auch wichtig, nicht zu überreagieren oder Bewohner:innen gar ohne Situationsanalyse gleich in eine psychiatrische Einrichtung zu verlegen. Grundsätzlich kommt es auf die Haltung der Mitarbeiter:innen an, wie sie mit diesem Thema umgehen:

- Was löst so ein Sterbewunsch in mir als Begleiter:in aus?
- Darf es sein, dass ein Mensch diesen Gedanken äußert?

Hier ist die Selbstreflexion gefordert.

Es ist ein enormer Vertrauensbeweis, wenn Menschen diese Gedanken einem:einer Mitarbeiter:in anvertrauen. Das gilt es zu würdigen und dem anderen seine Gedanken zu erlauben – und sie nicht wegzureden. Nur dort, wo Menschen erfahren, dass sie ernst genommen und mit dem akzeptiert werden, was sie bewegt, kann – wenn überhaupt möglich – wieder anderes in den Blick kommen.

- zuhören nicht „weg-“ oder „aus“-zureden
- dabei unterstützen, das was auf der Seele liegt auszudrücken

Äußert jemand explizit einen Suizidwunsch – direkt oder verschlüsselt –, ist das Anlass für äußerste Vorsicht und Umsicht. Hier ist ein besonderes Feingefühl gefordert. Die Person benötigt ein echtes Interesse und ein ehrliches Mitgefühl des Gegenübers, ohne dass Schuldgefühle/-zuweisungen suggeriert werden. Das ist die Grundlage für eine Beziehungsqualität, die dem suizidalen Menschen eine Bindung ermöglicht, in der er sich mit seinen Gedanken und seinem So-Sein angenommen fühlen kann. Ins Gespräch gehen und reden ist also ein wesentlicher Aspekt dieses Begleitens. Egal wie ich selbst aus meinem eigenen moralischen Werteverständnis heraus zu diesen Fragen stehe, egal welches Lebenskonzept ich für mich selbst bevorzuge „wird es wichtig sein, sich in Beziehung zu Menschen zu begeben, um existentiellen Fragen des Lebens und des Sterbens miteinander Raum zu geben“ (A. Heller).

Es bleibt die Frage zu klären inwieweit sich (kirchliche) Einrichtungen einengen, wenn sie kategorisch ablehnen Menschen beim assistierten Suizid beizustehen. Und ob eine grundsätzlich allparteiliche Haltung dazu dient diese Dinge aus dem Tabu zu holen und sie besprechbar zu machen. Natürlich darf dabei nicht aus dem Blick geraten, dass ein Suizid immer ein eruptives Ereignis bleibt und bei den Betroffenen, beim Umfeld, der Familie, den professionellen Begleiter:innen eine traumatische Erfahrung hinterlassen kann.

Ist das Umfeld in den Entscheidungsprozess zum assistierten Suizid miteinbezogen so sind diese Nachwirkungen möglicherweise nicht so massiv, wie bei einem Suizid von dem vorab niemand wusste und der mit sogenannten harten Methoden (Sprung vor den Zug; Erschießen, Erhängen ...) vollzogen wird.

Es gibt viele verschiedene Lebenskonzepte und damit auch Gedanken und Wünsche für das (alt und hochbetagt) Leben oder eben auch das eigene Sterben.

Es gibt Menschen, die bis zuletzt alles zu Ende leben (wollen) und auch solche, die für sich die Entscheidung treffen, dass es jetzt genug ist und sie weitere Einschränkungen des Lebens nicht mehr durchstehen wollen. Es gibt für sie einen Punkt,

an dem die tapfere Haltung, „aus jeder Situation das Beste zu machen“ ausgereizt ist und sie die Alternative wählen, ihrem Leben ein Ende zu setzen.

Davon sind die zu unterscheiden, die mit solchem Ansinnen – dem Sterbe-/Todeswunsch das Signal senden, dass sie so nicht weiterleben möchten. Aber auch hier kann erst Abhilfe geschaffen werden, wenn diese Wünsche und Gedanken angesprochen werden können, weil man keine Sorge haben muss „dafür“ verurteilt zu werden.

Es kann durchaus sinnvoll sein, einen formulierten Sterbewunsch direkt anzusprechen. Erst wenn klarer ist, welches Anliegen sich hinter einer solchen Aussage verbirgt, können kreative Ansätze zum bestmöglichen Umgang mit solchen Situationen entwickelt werden. Mögliche Fragestellungen finden sich im Anhang.

Fazit:

Es ist hilfreich einen Raum schaffen, in dem sowohl der Wunsch zu sterben und sich evtl. selbst das Leben zu nehmen, als auch die Möglichkeit unter anderen Bedingungen noch leben zu wollen ohne Bewertung thematisiert werden kann.

NÜTZLICHE RAHMEN- STRUKTUREN FÜR DIE BEGLEITUNG

Jeder Träger einer Einrichtung, die Menschen betreut, jede Leitungsperson muss im Blick behalten, dass der Umgang mit Sterbewünschen eine persönliche Wirkung auf Mitarbeiter:innen hat. Somit entsteht für die Leitung einer Einrichtung auch die Aufgabe, ein „Schutzkonzept“ zu entwickeln.

Was für den Betroffenen gilt, nämlich dass es für ihn/ sie erleichternd sein kann über all diese Dinge zu sprechen, gilt in gleicher Weise für die Begleiter:innen. Dazu braucht es auch entsprechende Rahmenbedingungen in denen so etwas verhandelt werden kann. Hier liegt ein hohes Maß an Verantwortung bei den Trägern, Einrichtungsleitern, Teamleitungen, Verantwortlichen aller Versorgungsbereiche, in denen Menschen versorgt und begleitet werden. Wenn die Würde der zu Begleitenden gewahrt werden soll, dann gilt dies auch für die haupt- und nebenamtlichen Begleiter:innen.

Ebenso wichtig ist für das Umfeld, Angehörige und Mitarbeiter:innen die gesunde professionelle Distanz, um sich selbst nicht plötzlich mit Schuldgefühlen wiederzufinden – ausgelöst angesichts der Angst vor einem möglichen „Nicht-verhindern-Können“ des Suizids. Professionell bedeutet in diesem Sinne, in Beziehung zu gehen, aber auch wieder „rauszugehen“ beziehungsweise bei sich selbst zu bleiben.

Zentral ist eine offene transparente Kommunikation, mit dem betreffenden Menschen, im Team, mit allen Beteiligten: Hausarzt, Angehörige, Betreuer.

Entscheidet sich ein Team, einen Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid bei sich zu behalten, ist auf folgende Punkte besonders zu achten:

- Für jede:n einzelne:n Mitarbeiter:in bleibt die Freiwilligkeit gewahrt. Es darf nicht der Druck aufkommen, dass man mit dem Team gehen muss.
- Das Team insgesamt erfährt eine adäquate Begleitung, zum Beispiel durch Supervision, ethische Fallbesprechung, Gesprächsmöglichkeiten schaffen etc.
- Die außergewöhnliche Belastungssituation wird kontinuierlich und sorgsam beobachtet.
- Individuelle Geschichten einzelner Mitarbeiter:innenn werden berücksichtigt.

Einen kurzen Überblick über nützliche Rahmenstrukturen bzw. die Entwicklung nützlicher Strukturen finden sich im Materialteil.

HILFESTELLUNG ZUR ERARBEITUNG EINER POSITION IN DER EINRICHTUNG

Um den Mitarbeiter:innen die Entwicklung einer persönlichen Haltung zu ermöglichen, ist es wichtig, dass seitens des Trägers, bzw. der verantwortlichen Leitung auch ein entsprechender Rückhalt besteht. Menschen erfahren einen solchen immer dann, wenn sie selbst zu Themen befragt werden und ihre Meinungen gehört werden. Das bedeutet nicht immer einen Konsens im Ergebnis solcher Besprechungen – wohl aber eine entsprechende Würdigung der kreativen und fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter:innen. So werden sie ermutigt bei Problemlagen und – fragen in der Einrichtung Teil eines bestmöglichen Umgangs damit zu sein. Dies gilt auch für den „assistierten“ Suizid.

Insbesondere in der aktuellen Situation des Fachkräftemangels in fast allen sozialen Disziplinen, ist dieses Vorgehen besonders wichtig, weil sich Mitarbeitende eventuell aufgrund persönlicher moralischer Prägung ganz bewusst für eine Tätigkeit in einem christlichen Unternehmen entschieden haben. Außerdem gibt es viele Mitarbeiter:innen mit Migrationshintergrund, die aufgrund der Sozialisation in ihrem Kulturkreis eine ganz spezifische Einstellung zu diesem Thema haben. (Beispiele für eine vom Träger bzw. von der Tochtergesellschaft formulierten Positionierung finden Sie im Anhang).

Um sie alle einzubinden und nicht vor den Kopf zu stoßen empfiehlt sich ein breiter Diskussionsrahmen. Eine Idee für einen Ablauf eines solchen Prozesses findet sich im Anhang.

Nach der grundsätzlichen Diskussion, die die persönliche Moral und den eigenen Erfahrungsschatz der Mitarbeiter:innen im Zusammenspiel mit den Werten in der Einrichtung/Organisation berücksichtigt, gilt es konkrete Fragen zu klären. Ein Fragenkatalog findet sich im Anhang.

Eine Positionierung oder Leitgedanken sollten folgende Elemente enthalten:

- Grundsätzliche Haltung zum Menschen – Menschenbild
- Aussagen zum Umgang mit Selbstbestimmung und Autonomie des:der Klienten:in
- Möglichkeiten und Grenzen innerhalb der Einrichtung – Wofür wir nicht zur Verfügung stehen – was wir alternativ anbieten
- Versorgungsmöglichkeiten in der Einrichtung
- Alternativen zum assistierten Suizid

Teil 2: MATERIALIEN

ANREGUNGEN FÜR EINEN DISKUSSIONSPROZESS IN EINRICHTUNGEN

DISKUSSIONSPROZESS – EIN BEISPIEL:

Die Diakonie München und Oberbayern hat einen Diskussionsprozess für alle ihre Einrichtungen angeregt. Es gab eine kleine Arbeitsgruppe, die konkret die Schritte überlegt hat. Anliegen war die Rückmeldungen aus allen Bereichen des Gesamtunternehmens einzuholen bevor eine Stellungnahme erstellt wird. Dabei war es wichtig den Diskussionsprozess so offen wie möglich zu initiieren um moralisierende Tendenzen zu vermeiden.

In einem Brief an die Mitarbeiter:innenn durch den Vorstand wurde eine Empfehlung und auch eine kleine Handreichung zur Gestaltung einer Diskussion im Team versendet.

Diese Dokumente sind im Folgenden abgedruckt.

Rahmen für die Diskussion

Um die Diskussion zur Frage des assistierten Suizids und die Haltung der Diakonie in Bezug auf das eigene Wertesystem anzuregen und zu ermöglichen, empfehlen wir auf folgende Dinge zu achten:

Angemessen geschützter Gesprächsrahmen

- Atmosphäre schaffen, in der jede*r seine Meinung äußern darf
- Haltung: alle Positionen werden mit Respekt behandelt, weil sich hinter ihnen auch grundlegende und persönliche Wertvorstellungen verbergen
- Freiwilligkeit zur Diskussion darüber (Achtsamkeit auf evtl. persönliche Betroffenheit/ Erfahrung)
- Entsprechender Raum, der nicht durch Tagesgeschäft (Telefon/ Besucher etc. unterbrochen wird)

Gesprächsregeln vereinbaren

- Subjektives Erleben hat seinen Platz, persönliche Standpunkte dürfen und sollen eingenommen werden
- Zuhören und den anderen ausreden lassen
- Unterschiedliche Meinungen sind willkommen,
- Widerspruch und Darstellung einer anderen Meinung erfolgt stets ohne Abwertung des vorher Gesagten.
- evtl. auch ein Moderator von extern, damit sich auch die Teamleitung äußern kann

Ein Protokoll sollte es nicht geben.

Entscheiden Sie bitte, was aus der Diskussion an die Arbeitsgruppe der Einrichtung zurückgemeldet werden soll; klären Sie bitte, wer das übernimmt und in welcher Form (z.B. anonymisiert) das geschieht.

Schritte für den Ablauf der Diskussion

Beginn durch kurze Einführung:

- Warum sind wir heute hier?
- Was ist das Ziel des Treffens?
- Kurze Information über den Ist – Stand der Auseinandersetzung
- (Kurzinfor Position DW Deutschland / Haltung der EKD)

Fragen für den Verlauf der Moderation:

1. Ist Ihnen das Thema vertraut? Haben Sie darüber schon einmal diskutiert?
2. Was fällt mir spontan dazu ein/auf? Mein erster Gedanke dazu? Ist mir das Thema unangenehm, bedrohlich...? Wie bin ich in meiner Rolle betroffen?
3. Welche persönliche Sicht habe ich? Welche Perspektiven gibt es noch?
4. Was ist/wäre mir dabei wichtig? Welche Wertvorstellungen liegen dahinter?
5. Welche (christlichen/humanen) Werte sollten aus meiner Sicht auf jeden Fall Berücksichtigung finden?
6. Was ist uns besonders wichtig? Worauf sollten wir in jedem Fall achten?
7. Mit welchen Punkten könnte ich mich arrangieren? Wo wäre für mich eine absolute Grenze?
8. Was wäre mein Wunsch an das Unternehmen?

(für die Handreichung: Pfrin D. Bergmann; Vorstand Ethikbeirat der Hilfe im Alter; Fachstelle Spiritualität – Palliative Care – Ethik – Seelsorge der Hilfe im Alter)

STERBEHILFE BEGRIFFE IM ÜBERBLICK

Aktive Sterbehilfe – Tötung auf Verlangen:

- Tötung eines anderen Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin
- Bsp: Injizieren eines tödlichen Medikamentes durch eine:n Mediziner:in
- In Deutschland strafbar

Passive Sterbehilfe – Sterben zulassen:

- Todeseintritt durch das Unterlassen, Abbrechen oder Begrenzen von Leistungen
- Bsp.: Beenden einer Beatmung und das damit einhergehende Akzeptieren des darauf eintreffenden Todes oder Einstellung, von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitsgabe
- Unter bestimmten Umständen, wie beispielsweise einer entsprechenden Patientenverfügung ist diese juristisch zulässig und nicht strafbewehrt

Indirekte Sterbehilfe - Therapie am Lebensende:

- Lindernde Behandlung, bei welcher anders als bei den anderen Ausprägungen der Sterbehilfe, nicht die Tötungsabsicht, sondern viel mehr die Leidenslinderung im Fokus steht
- Bsp.: Sedierung von Patient:innen bei starken Schmerzen und das Inkaufnehmen eines, durch diese Behandlung früher eintretenden Todes
- Straffrei

Assistierter Suizid – Beihilfe zur Selbsttötung:

- Bsp.: Eine sterbewillige Person nimmt nach Bildung eines freien Willens ein tödliches Medikament ein, was zuvor von einem:r Mediziner:in bereitgestellt wurde
- Die Besonderheit des assistierten Suizids ist, dass die Straffreiheit bei dieser Form der Sterbehilfe nur dann gegeben ist, wenn die sterbewillige Person ihren Tod selbst herbeiführt. Das bedeutet, dass die Person in der Lage sein muss, das Medikament eigenständig einzunehmen und den Akt der Selbsttötung damit eigenständig vorzunehmen. Die Straffreiheit dieser Sterbehilfeform setzt voraus, dass dem assistierten Suizid eine freie Willensbildung vorausgegangen ist.

LEITFRAGEN FÜR MITARBEITER:INNEN VON EINRICHTUNGEN

Aufgaben der Mitarbeiter:innen

- Sollen Mitarbeiter:innen in den Prozess des assistierten Suizids überhaupt involviert sein?
- Wenn ja, wie?
- Was dürfen Aufgaben der Mitarbeiter:innen sein?
- Was dürfen keine Aufgaben der Mitarbeiter:innen sein?
- Wer entscheidet das?

Unterstützung

- Wie können Mitarbeiter:innen in diesem Prozess und auch darüber hinaus unterstützt werden?
- Welche Angebote sind sinnvoll um Personen zu schützen, die nichts mit dem assistierten Suizid zu tun haben möchten?
- Welche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten werden Mitarbeiter:innen diesbezüglich zugänglich gemacht?

Einbeziehung

- Wie können die Mitarbeiter:innen in den Auseinandersetzungsprozess rund um den assistierten Suizid miteinbezogen werden?
- Wie wird sichergestellt, dass relevante Informationen hinsichtlich des assistierten Suizids und Sterbewünschen allen zur Verfügung stehen?
- Was braucht es, dass es für alle Betroffenen möglichst gut ist?

Impulsfragen eigene Auseinandersetzung mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid

- Wie gehe ich damit um, wenn ein:e Klient:in mir gegenüber einen Sterbewunsch äußert?
- Kann ich kompetent auf geäußerte Sterbewünsche reagieren?
- Was brauche ich an Unterstützung um sprachfähig zu sein?
- Kann ich mir für mich selbst vorstellen, den assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen?
- Ist Sterbehilfe auch in meinem Freund:innen- und Bekanntenkreis ein Thema?
- Kann ich mir vorstellen, dass ein:e nahe:r Angehörige:r von mir den assistierten Suizid in Anspruch nimmt?
- Kann ich mir vorstellen, dass ich in meinem privaten Umfeld jemand beim assistierten Suizid begleite?
- Kenne ich bereits jemanden, der:die den assistierten Suizid in Anspruch genommen hat?
- Welche Gefühle löst der Gedanke in mir aus, dass der assistierte Suizid auch in unserer Einrichtung durchgeführt werden könnte?
- Kann ich mir vorstellen einer Klientin oder einem Klienten bei der Kontaktaufnahme zu einem Sterbehilfeverein zu helfen?
- Kann ich mir vorstellen, eine Klientin oder einen Klienten, auf eigenen Wunsch hin, durch meine Anwesenheit beim assistierten Suizid zu unterstützen?

FRAGEBOGEN FÜR DIE MITARBEITER:INNEN

	Ja	Nein	Keine Angaben
Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Menschen mit Sterbewünschen.			
Ich wünsche mir mehr Unterstützung in diesem Thema, z.B. durch Fortbildungen, Supervision und/oder Handlungsempfehlungen.			
Ich wurde bereits von einer Klientin oder einem Klienten nach der Möglichkeit des assistierten Suizids gefragt.			
Ich wurde schon mal von einer Klientin oder einem Klienten gefragt, ob ich Kontakt zu einem Sterbehilfeverein herstellen kann.			
Ich wünsche mir, dass meine Einrichtung mit Sterbehilfevereinen (Vereine, die den assistierten Suizid anbieten) zusammenarbeitet.			
Ich wünsche mir, dass Klient:innen die Möglichkeit haben, sich in meiner Einrichtung über den assistierten Suizid beraten zu lassen.			
Ich kann mir vorstellen, Klient:innen auf dem Weg zur Sterbehilfe zu unterstützen (z.B. Kontaktieren eines Sterbehilfevereins).			
Ich kann mir vorstellen Klient:innen durch meine Anwesenheit beim assistierten Suizid zu unterstützen.			
Wenn Klient:innen Sterbewünsche äußern, belastet mich das.			
Wenn ein:e Klient:in unserer Einrichtung assistierten Suizid in Anspruch nehmen würde, wäre das für mich in Ordnung.			
Das Involviert-Sein in einen assistierten Suizid widerspricht sich mit meinem Berufsethos und verletzt meine berufliche Identität			
Eine klare Handlungsanweisung zum Umgang mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid würde mir helfen.			
Beim Thema „assistierter Suizid in unserer Einrichtung“ fühle ich mich von meinem:r Arbeitgeber:in gut informiert.			

Was ich sonst noch mitteilen möchte:

Erläuterungen zu den Aussagen

Die Verwendung eines Fragebogens und die Möglichkeit darüber anonym die Einschätzung Ihrer Mitarbeiter:innen zu den sensiblen Bereichen Sterbewünsche und assistiertem Suizid einzuholen, kann ein erster Anhaltspunkt sein, worauf im Prozess der Auseinandersetzung mit diesen Themen besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Zudem ergibt sich darüber die Möglichkeit anonym und unverfänglich erste Tendenzen der Gruppe der Mitarbeiter:innen zu erfassen und damit eine erste Richtung zu erahnen.

Ich fühle mich sicher in der Kommunikation mit Menschen mit Sterbewünschen.

Die Sicherheit in der Kommunikation mit Menschen mit Sterbewünschen ist essentiell. Äußert ein Mensch einen Sterbewunsch, so ist dies immer auch ein Gesprächsangebot und Zeichen des Vertrauens an das Gegenüber. Nur wenn Ihre Mitarbeiter:innen über ausreichend Wissen zu diesem Thema verfügen, können Sie auch kompetent darauf reagieren. Diese Frage kann Ihnen Aufschluss darüber geben, inwiefern hier bereits Kompetenzen vorhanden sind, oder noch maßgeblich Unterstützung benötigt wird.

Ich wünsche mir mehr Unterstützung in diesem Thema, z.B. durch Fortbildungen, Supervision und/oder Handlungsempfehlungen.

Mit dieser Frage können Sie den Unterstützungs- und Weiterbildungsbedarf Ihrer Mitarbeiter:innen zu Sterbewünschen und assistiertem Suizid abfragen.

Ich wurde bereits von einer Klientin oder einem Klienten nach der Möglichkeit des assistierten Suizids gefragt./Ich wurde schon mal von einer Klientin oder einem Klienten gefragt, ob ich Kontakt zu einem Sterbehilfverein herstellen kann.

Der assistierte Suizid ist bisher nur in wenigen Einrichtungen in Deutschland erfolgt. Bisher liegen auch keine Zahlen darüber vor, wie häufig sich Klient:innen konkret über die Möglichkeit des assistierten Suizids erkundigen. Die beiden vorhergehenden Fragen helfen Ihnen einzuschätzen inwieweit der assistierte Suizid als Sterbemöglichkeit bereits im Lebensalltag der Klient:innen angekommen ist.

Ich wünsche mir, dass meine Einrichtung mit Sterbehilfvereinen (Vereine, die den assistierten Suizid anbieten) zusammenarbeitet.

Ich wünsche mir, dass Klient:innen die Möglichkeit haben, sich in meiner Einrichtung über den assistierten Suizid beraten zu lassen.

Bisher fehlen weitergehende gesetzliche Regelungen in Bezug auf den assistierten Suizid. So liegt es auch im Ermessen der Einrichtung inwieweit Klient:innen die Möglichkeit haben sich in der Einrichtung informieren und beraten zu lassen.

Diesbezüglich ist es für die Positionierung der Einrichtung hilfreich, wenn es eine ungefähre Tendenz in den Ansichten der Mitarbeiter:innen gibt. Die zwei vorhergehenden Fragen können bei einer Einschätzung helfen.

Ich kann mir vorstellen, Klient:innen auf dem Weg zur Sterbehilfe zu unterstützen (z.B. Kontaktieren eines Sterbehilfvereins)/ Ich kann mir vorstellen Klient:innen durch meine Anwesenheit beim assistierten Suizid zu unterstützen.

Die zwei vorhergehenden Fragen können bei einer Einschätzung helfen inwieweit sich die Mitarbeiter:innen vorstellen können sich auch selbst am Prozess zu beteiligen. Die könnte den Impuls zu einem einen Austausch in der Gruppe haben inwieweit Beteiligung möglich oder gewünscht wäre.

Wenn Klient:innen Sterbewünsche äußern, belastet mich das.

Die häufige Beschäftigung von Mitarbeiter:innen mit Sterben und Tod gilt als einer der Hauptbelastungsfaktoren in der Pflege. Nur gute Kompetenzen und umfassendes Fachwissen können Mitarbeiter:innen in dieser Situation handlungsfähig und auch gesund in der Situation halten. Die Antworten zu dieser Frage können darauf hinweisen, dass Ihre Mitarbeiter:innen in diesem Bezug weitere Unterstützung benötigen.

Wenn ein:e Klient:in unserer Einrichtung assistierten Suizid in Anspruch nehmen würde, wäre das für mich in Ordnung.

Die Antworten zu dieser Frage können ein möglicher Anhaltspunkt in einer ersten Tendenz zur Positionierung der Mitarbeiter:innen sein. In Ordnung drückt dabei nicht unbedingt den Wunsch aus, dass Klient:innen in der Einrichtung den assistierten Suizid in Anspruch nehmen können, sondern viel mehr die Akzeptanz der Mitarbeiter:innen.

Das Involviert-Sein in einen assistierten Suizid widerspricht sich mit meinem Berufsethos und verletzt meine berufliche Identität.

Das Ziel von Pflege und Betreuung ist die Versorgung hilfebedürftiger Menschen. Entscheiden sich Menschen in Pflege oder Betreuung tätig zu werden, geschieht das häufig aus einer inneren Motivation heraus andere Menschen zu unterstützen und zu versorgen. Das Involviert-Sein in einen assistierten Suizid könnte somit das Berufsethos der Mitarbeiter:innen widersprechen und damit auch die berufliche Identität verletzen. Diese Frage gibt einen Anhaltspunkt inwieweit dies auch bei den Mitarbeiter:innen Ihrer Einrichtung zutrifft. Diese Frage bzw. die Antworten der Mitarbeiter:innen darauf kann auch gut als Gesprächseinstieg fungieren.

Eine klare Handlungsanweisung zum Umgang mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid würde mir helfen.

Während einige Mitarbeiter:innen sich bereits handlungsfähig und informiert im Umgang mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid fühlen, wünschen sich andere dringend eine klare Handlungsanweisung. Die Antworten zu dieser Frage können Sie möglicherweise als Anstoß und Begründung für einen einrichtungsinternen Auseinandersetzungsprozess mit Einbeziehung der Mitarbeiter:innen hernehmen.

Beim Thema „assistierter Suizid in unserer Einrichtung“ fühle ich mich von meinem:r Arbeitgeber:in gut informiert.

Der assistierte Suizid könnte sich zukünftig immer stärker normalisieren. Deshalb ist es von hoher Relevanz, dass die Mitarbeiter:innen bei dieser Thematik miteinbezogen werden und sich zu diesem Thema gut informiert, einbezogen und dadurch sprachfähig fühlen. Falls diese Frage häufig mit „nein“ beantwortet wird, wäre es ratsam die Kommunikationsstruktur zu überarbeiten.

WISSENSWERTES ZU STERBEWÜNSCHEN - KURZ UND KNAPP DARGESTELLT

- Beschäftigung der Menschen mit „Sterben und Tod“ ist völlig normal
- Die Äußerung von Sterbewünschen ist ebenfalls normal
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Äußerung von Sterbewünschen und einem erhöhten Suizidrisiko
- Sterbewünsche haben verschiedene Auslöser wie z.B. Würdeverlust durch eine Pflegesituation, schwere Erkrankungen, Kontrollverlust über das eigene Leben
- Verschiedene Risikofaktoren wie z.B. fortgeschrittenes Alter, Einsamkeit oder auch depressive Symptome können die Ausbildung eines Sterbewunsches begünstigen
- Sterbewünsche können verschiedene Ausprägungen haben und zu verschiedenen Zeitpunkten verschieden deutlich geäußert werden
- Es ist stets wertfrei zu erkunden, welche Entstehungsfaktoren der Sterbewunsch hat
- Sterbewünsche sind immer ernst zu nehmen, zu validieren und zu reagieren

KOMMUNIKATIONSPULSE ZUM GESPRÄCH ÜBER DEN STERBEWUNSCH

- Haben Sie schon einmal daran gedacht sich das Leben zu nehmen?
- Sehen Sie manchmal keine andere Aussicht als sich das Leben zu nehmen?
- Sehnen Sie manchmal den Tod herbei?
- Gibt es Momente, in denen der Todeswunsch in den Hintergrund tritt?
- Was müsste für Sie, gesichert sein, damit das Leben wieder erträglicher wäre?
- Was ist der Hintergrund, dass Sie darüber nachdenken sich das Leben zu nehmen?
- Was ist aktuell so schwer/schwierig/schlimm, dass Sie daran denken sich das Leben zu nehmen?
- Drängen sich Ihnen diese Gedanken auf?
- Haben Sie mit anderen darüber gesprochen? Wie haben die reagiert?

Allgemeine Haltung im Gespräch:

- Aufbau Kontakt/Beziehung völlig normal
- Akzeptanz des Klienten
- nicht werten
- ernst nehmen
- zuhören
- interessiert nachfragen
- Wertschätzung und Würdigung des Gegenübers
- sich bewusst werden, dass es ein hohes Maß an Vertrauen ist, wenn jemand über den Suizidwunsch spricht • Fokus auf der aktuellen Lebenssituation
- Containing von Gefühlen und empfundenem Leid
- Kontakt/Beziehung aufrecht erhalten
- Alternativen anbieten

IDEEN ZUR ENTWICKLUNG UND GESTALTUNG NÜTZLICHER RAHMENSTRUKTUREN IN EINRICHTUNGEN

LEITFRAGEN ZU RAHMENSTRUKTUREN

Übersicht: Was braucht es an Rahmenstrukturen in den Einrichtungen

- Grundsätzliche „Rote Linien“: Welche Position nehmen wir ein? Was geht bei uns und was nicht?
- Strukturen und Orte, in denen diese Thematik besprochen werden kann
- Gute Vernetzung nach außen und nach innen - Kooperationspartner; Beratungsstellen; Seelsorge; Psychotherapeuten etc.)
- Besprechungsstrukturen für das Geschehen – im Nachgang
- (ethische) Fallbesprechung
- Kommunikationsmatrix – wer wann wo informiert
- Team welches die Begleitung eines assistierten Suizids mitgehen kann evtl. Teamprozess für jede Situation einzeln
- Klärung des Ablaufs für die Begleitung des assistierten Suizids:
 - Rechtliche Absicherung für die konkrete Situation?
 - Dienstplan? Wer kann das mittragen?
 - Koordination der Beteiligten
 - Information: Wer – wann – wie
 - Patientenverfügung – Befreiung von der Garantenpflicht
 - Umgang mit Krisen in der Situation des assistierten Suizids (längerer Sterbeprozess etc.)
 - Lagerung der Medikamente?
 - Soll jemand von der Einrichtung mit dabei sein?
 - Wer informiert Arzt und Polizei nach Todeseintritt?
 - Wer ist von der leitungsebene erreichbar?
 - Wer leistet/kann leisten die möglicherweise nötige pflegerische Versorgung im Sterbeprozess?

Teamebene:

- Abklärung, wie sich das jeweilige Team zu der Situation verhalten kann bzw. verhalten möchte (regelmäßige Aktualisierung): „Teamverfügung“ (= verbindliche Teamvereinbarung)
- Fortbildungen zum Thema:

- „Eigene Haltung/ Meinung/ Standpunkt zum Alters-suizid“
- Gesprächsführungstrainings für eine authentische Reaktion auf solche Äußerungen, um die Mitarbeiter und letztlich auch die Bewohner sprachfähig zu machen, um das Thema „Suizidgedanken“ denken zu dürfen, darüber sprechen zu können und damit auch aus einem Tabustatus herauszuholen.
- Sensibilisierung für Intention, Ernsthaftigkeit und Hintergrund eines geäußerten Suizidwunsches im akuten Einzelfall und über allgemeine Fortbildungen zum Thema
- Sensibilisierung für psychische Erkrankungen mit Suizidgefahr bei aktuellem Einzelfall durch Ärzte (Neurologen/Psychiater)

Handlungsschritte für den Ernstfall:

- Kontaktaufnahme zu entsprechenden Stellen (Hausarzt/ Notfallplan für den „Ernstfall“ bewohnerbezogen)
- Stärkung um eigene Grenzen ernst zunehmen (Ressourcen)
- Rechtssicherheit schaffen
- Stärkung solche Themen in Teambesprechungen zu teilen/mitzuteilen.
- Ethische Fallbesprechungen in solchen Situationen einfordern/anregen/standardisieren

Schaffen von Notfallplänen für Mitarbeiter:innen

- Telefonnummernliste
- (Erreichbarkeit von) Kriseninterventionsteams
- Hintergrund – Pflgeteams/ Mitarbeitendenteams benennen, welche bei Ernstfall kurzfristig einspringen können, so dass belastete Personen vom aktuellen Betreuungsgeschehen entlastet sind und sich bei Bedarf „herausnehmen“ können.
- Organisationsanweisung der jeweiligen Einrichtung bezüglich des Umgangs nach einer durchgeführten Selbsttötung

Nachsorge:

- Krisenintervention
- Teamgespräch
- Fortbildung zum Thema Erkennen von Posttraumatischen Belastungsstörungen
- Supervision oder andere Instrumente um die, durch solche Situationen ausgelösten Emotionen aufzuarbeiten
- Reflexion der Situation mit zeitlichem Abstand
- Festhalten der Erfahrungen

Einrichtungsebene:

- Grundsätzliche Abgleichung mit dem Trägerleitbild und der Kultur innerhalb der Einrichtung (Leitungsgremium)
- Schaffen von Besprechungsstrukturen zur Entlastung für die Mitarbeiterinnen bezüglich der Themen:
- Fortbildungen (in der aktuellen Bedarfssituation) zur grundsätzlichen Information bezüglich der diversen Krankheitsbilder
- Ethische Fallbesprechungen (Multiprofessionell), (intensiviert wahrgenommen)
- Teamgespräche mit und ohne Leitung (Balint-Gruppe/ Supervision)
- Regelmäßige Besprechungen der diversen sozialpsychiatrischen Dienste – bei Vernetzung mit den Stationen/ Wohngruppen Mitarbeiter:innen (anknüpfend an vorhandene Teambesprechungsstrukturen bzw. sogenannte „runde Tische Seelsorge“)
- Organisationsanweisung (vgl. Teamebene)
- Aufbau (Intensivierung) von Vernetzung mit entsprechenden Fach- und Beratungsstellen (Palliativ Geriatrisches Netzwerk/ Erfahrene Hausärzte/ Geriater/ Psychiater/ Suizidberatungsstellen)

BEISPIEL FÜR „LEITGEDANKEN IM UMGANG MIT STERBEWÜNSCHEN“ IN DER STATIONÄREN PFLEGE

Leitgedanken zum Umgang mit Sterbewünschen und Todeswünschen (Hilfe im Alter gGmbH Diakonie München und Oberbayern (DMO))

Orientierung an der Grundhaltung: Leben bis zuletzt:

Die Begleitung der Bewohner:innen unserer stationären Einrichtungen sowie auch der Kunden und Kundinnen der ambulanten Pflegeeinrichtungen zu einem würdigen Leben bis zuletzt ist uns in der Hilfe im Alter (DMO) ein dringliches Anliegen.

Bewohner:innen unserer stationären Einrichtungen, sowie Kunden unserer ambulanten Pflege sind meist hochaltrig und/oder haben vielfältige Krankheitsbilder (Multimorbidität). Dies fordert das gesamte Umfeld heraus: Angehörige, Mitarbeiter:innen, Einrichtungsleitungen.

Adäquate Begleitung benötigt individuelle Lösungen, ein hohes Maß an Kreativität, den Wunsch das Bestmögliche in der jeweiligen Situation zu tun und einen starken Willen zu nachhaltiger Umsetzung des Grundgedankens: Würdig leben bis zuletzt.

Situationsbeschreibung:

Die zu bewältigenden Herausforderungen liegen beim schwerkranken älteren Menschen darin, dass sie sich mit dem Thema Altwerden in einer stark leistungsorientierten Gesellschaft konfrontiert sehen. Das Gefühl überflüssig zu sein, die Erfahrung nicht mehr gebraucht zu werden und das Erleben immer weniger gleichaltrige Bezugspartner zu haben überschatten bisweilen den Lebensmut und den Lebenswillen. Gerade in hohem Alter leiden Menschen häufig über einen längeren Zeitraum unter belastenden Symptomen wie Angstzuständen, Schmerzen und – abhängig von persönlicher Deutung und individueller Lebensgestaltung - auch an einem fortschreitenden Verlust von Würde und Lebensqualität.

Sterbewünsche

Nicht selten begegnen den Mitarbeiter:innen Äußerungen wie: „Ich mag nicht mehr“ - „Es wäre doch gut, wenn es nun zu Ende ist“- „Ich habe mein Leben gelebt“. Solche Aussagen lassen sich meist nicht eindeutig zuordnen. In ihnen kann einiges vermischt sein: genereller Sterbewunsch, Annahme des

zu erwartenden Sterbens, Ausdruck von Lebenssattheit, Lebensmüdigkeit, Wunsch – nach einem erfüllten Leben – nun auch sterben zu wollen, Ankündigung einer Selbsttötung oder die faktische Vorbereitung dazu.

Manchmal zeigt sich der Wunsch Sterben zu wollen auch darin, dass Betroffene die Zuwendung anderer ablehnen oder (un-) bewusst keine Nahrung und Flüssigkeit mehr aufnehmen – z. B.: Zukneifen des Mundes.

Angehörige und alle an der medizinischen und pflegerischen Versorgung Beteiligten stehen dann in einem Dilemma zwischen Verständnis und Widerspruch.

Haltung in der Begleitung bei Sterbewünschen

Natürlich ist es nicht unsere Aufgabe Menschen zum Sterben zu verhelfen. Jedes Leben ist wertvoll und unantastbar, dies ist in unserem Leitbild, welches sich auf die christlichen Grundwerte bezieht, hinterlegt. Dennoch ist es wichtig, dass wir Menschen in solchen Situationen nicht allein lassen.

Verantwortung für Begleitung in der letzten Lebensphase übernehmen, heißt auch sich den Themen zu stellen, die sich angesichts des Wandels in der Medizin und angesichts des bisherigen gesellschaftsüblichen Umgangs mit dem Krankheitsbild Demenz - als Schreckgespenst des Alterns - auf tun.

Menschen gerade hier zu begleiten und eben nicht zusätzlich ins Abseits zu stellen, nachdem sie durch ihr schweres symptombehaftetes Krankheitsbild und ihre persönliche Situation ohnehin schon an den Rand gebracht wurden, entspricht dem christlichen Auftrag sich Menschen in Notsituationen zuzuwenden. Ebenso gilt es sich dem Spannungsfeld zu stellen, in welches besonders das nächste Umfeld bei einer Suizidandrohung gerät und auch diejenigen im Blick zu behalten und zu unterstützen, welche die Hochbetagten in familiärer Bindung oder als professionelle Berufsgruppen begleiten. Damit übernehmen wir unseren Anteil der Verantwortung, welchen wir in der Begleitung der Menschen am Lebensende tragen.

Ein explizit (direkt oder verschlüsselt) geäußerter Suizidwunsch eines Bewohners ist Anlass für äußerste Vorsicht und Umsicht. Gleichzeitig besteht immer die Gefahr, überzogen und überaktiv zu regieren oder gar hochaltrige bzw. chronisch-Kranke zu pathologisieren / zu psychiatrisieren.

Um zu einer gemeinsamen Einschätzung zu kommen braucht es die Fallbesprechung im (interprofessionellen) Team.

Leitend ist dabei die Selbstbestimmung eines:r Bewohners:in, auch wenn der Wunsch das Leben zu Ende gehen zu lassen teilweise mit den inneren Ansprüchen und Wertvorstellungen mancher Pflegekräfte und Angehöriger kollidiert.

Grundsätzlich ist es wichtig solche Wünsche nicht auszureden, sondern erst einmal zuzuhören, was derjenige damit meint. Welches Bedürfnis sich dahinter verbirgt. Was der Hintergrund für diese Todessehnsucht, bzw. den Sterbewunsch ist. (Situationsanalyse)

- Akuter Handlungsbedarf besteht im Falle einer suizidalen Handlung.
- In der Verantwortung liegt auch eine ausreichende Ermöglichung von Abklärung und Diagnostik durch medizinische Fachpersonen (Hausarzt/Psychiater)
- Erst wenn klar ist, was hinter solchem Sterbewunsch steckt, welches Anliegen sich dahinter verbirgt, können kreative Ansätze zum bestmöglichen Umgang mit solchen Situationen entwickelt werden.
- Ein besonderes Feingefühl bei der Vermittlung von echtem Interesse an der suizidalen Person und ehrlichem Mitgefühl - ohne mit Schuldgefühlen (-zuweisungen) zu arbeiten - ist Grundlage für eine Beziehungsqualität, welche dem (suizidalen) Menschen auf der Beziehungsebene eine Bindung ermöglicht, in der er sich mit seinen Gedanken und seinem Sosein angenommen fühlen kann.

Es geht darum

- Betroffene - also den Menschen, der so etwas äußert – ernst zu nehmen,
- ihm Formen anzubieten, wie er das, was ihm auf der Seele liegt, ausdrücken kann.
- Neben dem Zuhören gehört dazu auch die Aufklärung, Information und Beratung und das Darstellen anderer Optionen.

Ebenso wichtig ist für das Umfeld, Angehörige und Pflegekräfte die gesunde (professionelle) Distanz, um sich selbst nicht plötzlich in einem Schuldgefühl - ausgelöst angesichts der Angst vor oder bei einem möglichen „Nichtverhindern können“ des Suizid(versuch)s - wiederzufinden.

- Zentral ist eine offene transparente Kommunikation, das bedeutet, dass dies mit dem Bewohner und im Team kommuniziert wird.
- Auch der Hausarzt ist mit einzubinden. Nach Möglichkeit auch die Angehörigen und die Betreuer.

Die Standpunkte aller Beteiligten und die damit verbundenen Wertvorstellungen ernst zu nehmen führt zu einer alle Seiten wertschätzenden und unterstützenden Haltung, aus der heraus sich leichter eine situationsgerechte Handlungsoption ergibt.

- Gemeinsam ist dann im (interdisziplinären) Team auch darüber nachzudenken ob noch andere Berufsgruppen an der Begleitung mitbeteiligt werden.
- Um Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter und Einrichtungsleiter nicht sich selbst zu überlassen und Einzelpersonen die Verantwortung aufzubürden, bedarf es hier besonderer Unterstützung und besonderen Vordenkens, um bei einem Ernstfall die bestmögliche Unterstützung geben zu können.
- Entscheidet sich ein Team einen suizidgefährdeten Bewohner bei sich zu behalten ist besonders genau darauf zu achten,
 - dass für jede:jeden Mitarbeiter:Mitarbeiterin die Freiwilligkeit gewahrt bleibt
 - Dass das Team insgesamt eine adäquate Begleitung erfährt
 - Sorgsame kontinuierliche Beachtung dieser außergewöhnlichen Belastungssituation
 - Dass individuelle Geschichten einzelne:r Mitarbeiter:Mitarbeiterin berücksichtigt werden

Fazit:

Wir bemühen uns solide darüber zu informieren, was am Lebensende medizinisch und pflegerisch möglich ist. Dabei sehen wir uns aber auch mit unserer eigenen Ohnmacht konfrontiert, wenn wir (in seltenen Fällen) erleben, dass Symptome psychischer und physischer Ursache nicht in jeder Situation umfassend gelindert werden können.

Genaueres, behutsames gemeinsames Hinsehen tut Not, gegenseitige Unterstützung und gemeinsam verantwortete Abschätzung der Situation gehören hier unbedingt mit dazu.

FRAGENKATALOG FÜR EINRICHTUNGEN ZUR ERAR- BEITUNG EINER POSITION - UMGANG ASSISTIERTER SUIZID

- Können wir uns die Begleitung eines Menschen beim assistierten Suizid in unserer Einrichtung vorstellen?
- Was heißt Begleitung beim assistierten Suizid? Unterscheidet sie sich von unserer grundsätzlichen Haltung zu end-of-life-care?
- Was ist unsere „Rolle“ dabei?
- Was können wir mitbringen? Und wie?
- Was muss zur Diskussion gestellt werden?
- Wen müssen wir im Blick haben?
 - Betroffene
 - An- und Zugehörige
 - Mitarbeiter:innen
 - Behandlungsteam
 - Mitbewohner*innen
 - Die Einrichtung als Gesamtheit
 - Umfeld und Außenwirkung der Einrichtung
- Welche Schutzkonzepte brauchen wir?
- Welche Möglichkeiten zur Vor- und Nachsorge für alle Betroffenen müssen gewährleistet sein und umgesetzt werden können?
- Brauchen wir eine Regelung wie wir in der konkreten Situation vorgehen? Z.B. in Form eines Standards oder einer „Checkliste“ von Schritten, die bedacht, berücksichtigt und bearbeitet werden müssen?
- Stellen wir Kontakte zum Sterbehilfeverein her?
- Kooperieren wir mit Sterbehilfevereinen?
- Wie öffentlich gehen wir mit dem Thema um?

NÜTZLICHE LINKS

LINKS ZU WEITEREN MATERIALIEN:

1. Arbeitspapiere des Arbeitskreises palliative Geriatrie Hospiz- und Palliativnetzwerk München.

„Der Arbeitskreis Palliative Geriatrie des HPN München hat für Einrichtungen der stationären Altenhilfe folgende Unterlagen erstellt: Umgang mit Sterbewünschen, Fragensammlung zum assistierten Suizid, Begriffserklärungen zum Thema Sterbehilfe. Diese Unterlagen können Interessierten von der Fachstelle Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München zur Verfügung gestellt werden (Kontakt: K. Hummel, hummel@chv.org, Tel.: 089 130 787 64).“

Fachstelle Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis München

<https://www.chv.org/unsere-angebote-und-dienste/fachstelle-pflegeheime.html>

2. S3 Leitlinien Kapitel 18.2. das Phänomen Todeswunsch: <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/august-2019-erweiterte-s3-leitlinie-palliativmedizin.html>

3. Positionspapier Hilfe im Alter gGmbH Innere Mission München e.V. – Diakonie München und Oberbayern: <https://www.diakonie-muc-obb.de/diakonie/aktuelles?view=article&id=469:interview-assistierter-suizid&catid=316&return=aHR0cHM6Ly93d3cuZGlha29uaWUtbXVjLW9iYi5kZS9kaWFrY25pZS9ha3R1ZWxsZXM=>

4. Positionspapier Rummelsberger Diakonie: Leitlinien zum assistierten Suizid:

https://altenhilfe.rummelsberger-diakonie.de/fileadmin/user_upload/mi-rdm-185-leitlinien-zum-assistierten-suizid.pdf

5. Deutscher Hospiz- und Palliativverband

Positionspapier Deutscher Hospiz- und Palliativverband
https://www.dhvp.de/ethik_sterbehilfe.html

Dialogpapier hospizliche Haltung in Grenzsituationen Deutscher Hospiz- und Palliativverband: https://www.dhvp.de/files/public/aktuelles/news/20210505_Dialogpapier_Ansicht1.pdf

6. Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Wu%CC%88nschen_nach_Suizidassistenz_20210916.pdf

7. Akademie für Ethik in der Medizin

https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/AEM_Stellungnahme_Suizidhilfe_nach_BVerfG_Urteil_2020-06-24.pdf

8. Leitfaden der Uni Köln zum Umgang mit Todeswünschen

<https://palliativzentrum.uk-koeln.de> und

<https://palliativzentrum.de>

[uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswunschen-dedipom/](https://palliativzentrum.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswunschen-dedipom/) und: https://www.youtube.com/watch?v=Ciioi_-Lcus

9. Hinweis zu Schulungsprogramm Umgang mit Todeswünschen

<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/leitfaden-ermoglicht-offene-gesprache-uber-todeswunsche-12390.php>

10. Handreichung zum Umgang mit der zu erwartenden gesetzlichen Neuregelung des § 217 StGB erstellt von der AG Medizinethik in der EKHN

https://www.ev-medizinethik.de/themen/lebensende/sterbehilfe_assistierter_suizid

LINKS FÜR BERATUNGSSTELLEN:

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) Deutschland ist ein Netzwerk aus mehr als 90 Institutionen, Organisationen und Verbänden. Ziel ist die gesamtgesellschaftliche Aktivierung auf dem Gebiet der Suizidprävention.

<https://www.naspro.de>

<https://die-arche.de/>

<https://agus-selbsthilfe.de/>

www.suizidpraevention-deutschland.de

LITERATURHINWEISE

- Anselm, Reiner (2015): „<https://epub.ub.uni-muenchen.de/29796/>“Leben als Gut, nicht als Pflicht. Der Beitrag der evangelischen Ethik in der Debatte um den assistierten Suizid. In: Zeitschrift für evangelische Ethik, Vol. 59, Nr. 2: S. 104-113
- Anselm, R.; Karle, I.; Lilie, U.: Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 11.01.2021, S.6 , Frankfurt (am Main))
- Armbrrecht, H. (2021). Sterbewünsche und assistierter Suizid im Kontext stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Friedrich-Alexander-Universität. Unveröffentlichte Masterarbeit
- Armbrrecht, H. (2021). Pflegerische Perspektiven zu assistiertem Suizid und Sterbewünschen. In J. Ataie, C. Berger-Zell & A. Giebel: Leben. Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit der Beihilfe zur Selbsttötung. Der Hospiz Verlag.
- Ärztezeitung. (2021, Mai 5). Ärztetag hebt Verbot der Suizidbeihilfe auf. <https://www.aerztezeitung.de/Kongresse/Suizidassistenz-Aerzteparlament-wagt-sich-in-ethisches-Neu-land-vor-419394.html>
- Baltès, M., & Skrotzki, E. (1995). Tod im Alter: Eigene Endlichkeit und Partnerverlust. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch (3., vollst. überarb. und erw. Aufl). Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Bergman, D. (2020): „Ich will nicht mehr!“ in: Altenpflege, 45. Jahrgang Nr. 06: 20-25
- Böhning, André (Hrsg.): Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte: Herausforderungen für die Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 2021.
- Borasio, G. D. (2014). Selbst bestimmt sterben: Was es bedeutet, was uns daran hindert, wie wir es erreichen können. Beck. den USA und Deutschland. Lit.
- Deutscher Pflegerat (Hrsg.). (2015). Grundsatzpapier des DPR zur Diskussion um eine Gesetzesänderung zum Assistierten Suizid. <https://deutscher-pflegerat.de/wpcontent/uploads/2020/02/2015-07-29-DPR-Stellungnahme-zum-assistierten-Suizid.pdf>
- Dinges, S. (2020). „Lebens satt oder lebensmüde?“ Verstehen, analysieren und bearbeiten der Sterbewünsche von Bewohner*innen in der stationären Altenpflege. In W. J. Stronegger & K. Attems (Hrsg.), Altersbilder und Sorgestrukturen (S. 93–124). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783748905080-93>
- Elger, B. S., & Grabherr, S. (2018). Assistierter Suizid und Sterbehilfe in einer alternden Gesellschaft: Herausforderung für die Rechtsmedizin. Rechtsmedizin, 28(2), 87–93. <https://doi.org/10.1007/s00194-017-0205-7>
- Feichtner, A. (2014). „Ich kann nicht mehr, ich möchte sterben“ – Der Sterbewunsch und die Rolle der Pflege. Zeitschrift für Palliativmedizin, 15(2). <https://doi.org/10.1055/s-0033-1362318>
- Frühwald, T. (2021). Todeswunsch und Suizid im Alter. Praxis PalliativeCare - Für ein gutes Leben bis zuletzt, 50.
- Gudat, H. (2016). Palliativmedizin: Sterbewünsche im Alter richtig deuten (aerzteblatt.de). <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=71644&s=arlesheim>
- Häcker, B. (2008). Die ethischen Probleme der Sterbehilfe: Eine kritische Analyse. Lit.
- Hillebrand, I. (2009). Ethische Aspekte der Sterbehilfe. In C. Grimm & I. Hillebrand (Hrsg.), Sterbehilfe: Rechtliche und ethische Aspekte (Orig.-Ausg., S. 85–167). Alber.
- Hübner, C. (2016). Sterbehilfe, ein unbekanntes Terrain: Empirische und ethische Analysen zu einem guten Lebensende. Franz Steiner Verlag.
- Jox, R. J. (2019). Sterbewünsche alter Menschen in Pflegeheimen. Palliative Geriatrie 3/2019.
- Kruse, A. (2017). Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-50415-4>
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2020). Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung: Bd. Langversion 2.2.
- Löbig, T., Pilling, L., Müller, K., Dreßler, J., & Thiele, K. (2015). Suizid im hohen Lebensalter: Retrospektive Zwanzig-jahresanalyse der Bevölkerung der Stadt Zwickau. Rechtsmedizin, 25(4), 274–280. <https://doi.org/10.1007/s00194-015-0045-2>
- Moeller-Bruker, C., Pfeil, J., & Klie, T. (2019). Leben mit Pflegebedarf zwischen Vorsorge und Zukunftsängsten. In medhochzwei Verlag GmbH (Hrsg.), Pflegereport ... 2019 2019.
- Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., Mahtani-Chugani, V., & Balaguer, A. (2012). What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients. PLoS ONE, 7(5), e37117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037117>

- Ohlendorf, D., Bundschuh, M., & Quarcoo, D. (2015). Suizid: WHO fordert mehr Prävention. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 65(1), 43–44. <https://doi.org/10.1007/s40664-014-0083-8>
- Österreichischer Behindertenrat: Position des Österreichischen Behindertenrates zum assistierten Suizid. 2021. Online im Internet: https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2021/09/Position-assistierter-Suizid_final.pdf (27.11.2021)
- Ostgathe, C. (2015). Ärztlich Assistierter Suizid—Reflexionen eines Palliativmediziners. In S. Höfling, E. Rösch, & Akademie für Politik und Zeitgeschehen (Hrsg.), *Wem gehört das Sterben? Sterbehilfe und assistierter Suizid* (S. 11–17). Hanns-Seidel-Stiftung.
- Peter, C. (2018). Rechtliche Aspekte in der End-Of-Life Care. In M. Trachsel (Hrsg.), *End-of- Life Care: Psychologische, ethische, spirituelle und rechtliche Aspekte der letzten Lebensphase* (1. Auflage, S. 93–114). hogrefe.
- Putz, W., & Steldinger, B. (2016). *Patientenrechte am Ende des Lebens: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, selbstbestimmtes Sterben* (6. Auflage, Originalausgabe). Dtv ; Verlag C.H. Beck.
- R. J. Jox, J. Taupitz, & U. Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft* (Bd. 46, S. 137–141). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-52669-9_13
- Rurup, M. L., Pasman, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding Why Older People Develop a Wish to Die: A Qualitative Interview Study. *Crisis*, 32(4), 204–216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
- Schneider, B., & Fiedler, G. (2021). Suizid – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 955–966). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_62
- Sitte, T. (2018). Sterben zulassen oder Leben verkürzen? In T. Sitte, *Ratgeber Lebensende und Sterben* (S. 139–159). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56029-7_6
- Wagner, F., & Haas, U. (2015). Suizid: Die Perspektive Pflegender beachten. *Heilberufe*, 67(10), 66–66. <https://doi.org/10.1007/s00058-015-1757-0>
- Wedler, H.-L. (2017). *Suizid kontrovers: Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.
- Wicki, Dr. Monika T. (Hrsg.): *Palliative Care für Menschen mit einer intellektuellen Behinderung. Handlungsbedarf und Massnahmenvorschläge. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. 2015.* Online im Internet: <http://www.hospiz-team.de/palliativ/pdf/Bericht-Palliative-Care-intellektuelleBehinderung.pdf> (12.01.2022).
- Würdehoff, D. (2012). Ausgewählte Problemkomplexe. In V. Raithel & D. Würdehoff (Hrsg.), *Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht: Wer darf was entscheiden? ; Ein praktischer Leitfaden für Ärzte und Pflegekräfte* (S. 69–78). Schattauer.
- Zülicke, F. (2005). *Sterbehilfe in der Diskussion: Eine vergleichende Analyse der Debatten in den USA und Deutschland.* Lit.
- https://www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_201019_Schlu%CC%88sselbegriffe_online.pdf

Diakonie

Evangelischer Fachverband End-of-Life-Care

Fachverband Evangelische Altenhilfe
im Diakonischen Werk Bayern e. V.

Fachverband Evangelische Behindertenhilfe und
Sozialpsychiatrie in Bayern e. V.

Pirckheimerstraße 6
90408 Nürnberg
info@diakonie-bayern.de
www.diakonie-bayern.de

www.facebook.com/DiakonieBayern
www.twitter.com/DiakonieBayern
www.instagram.com/MeineDiakonie
www.youtube.com/DiakonieBayern