



Hospiz- und Palliativ
Verband Berlin e.V.

Umgang mit Menschen mit Sterbe- und Suizidwünschen und Anfragen nach Suizidassistenz

Handreichung für hauptamtliche
Hospizmitarbeiter:innen

Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V.

Der Hospiz- und PalliativVerband Berlin fördert den Hospizgedanken und das ehrenamtliche Engagement für sterbende Menschen. Er ist überkonfessionell und politisch unabhängig. Seine Mitglieder sind bedeutender Teil der hospizlichen und palliativen Versorgungsstruktur in Berlin.

Kontakt

Hospiz- und PalliativVerband
Berlin e.V.

Brabanter Straße 21
10713 Berlin
Telefon: (030) 41 20 28 75
Fax: (030) 41 20 28 76
hpv@hospiz-berlin.de
www.hospiz-berlin.de

Geschäftsführender
Vorstand:

- André-Sebastian Zank
- Anne-Susanna Dreßke
- Nils Groß

Redaktion

Autorinnen der Handreichung:

- Carmen Dietrich
- Kerstin Kurzke
- Susanne Rehberg

Stand: September 2023

Inhaltsangabe

Handreichung

1. Einführung in das Thema	4
2. Einordnung von Suizidgedanken und -wünschen im Kontext Ängste	5
3. Leitfaden für ein Beratungsgespräch	6
4. Was passiert, wenn Menschen bei Ihren Suizidwünschen bleiben und diese umsetzen wollen?	7

Anlagen

Fallbeispiel A	8
Fallbeispiel B	9
Fallbeispiel C	10
Eckpunktepapier des DHPV e.V.	11

1. Einführung in das Thema

In der Hospizarbeit gibt es immer wieder die Situation, dass Menschen aus unterschiedlichen Gründen den Wunsch zum Ausdruck bringen, nicht mehr leben zu wollen und dabei Suizidgedanken oder Suizidwünsche äußern. Um diese Gedanken und Wünsche zu differenzieren ist eine Einordnung nach dem Schema von Kerstin Kremeike, Raymond Volz u.a. vom Zentrum für Palliativmedizin Köln¹ hilfreich:

1. Lebensattheit (Zufriedenheit mit dem Erlebten und Erreichten, den Tod erwartend)
2. Lebensmüdigkeit (Wunsch zu Sterben ohne eigene Aktivität)
3. Distanzierte Suizidalität (ohne akuten lebensbeendenden Handlungsdruck)
4. Latente Suizidalität (mit Handlungsdruck)
5. Akute Suizidalität (mit erheblichem Handlungsdruck)

Wann immer Gedanken zu Sterbewünschen geäußert werden, sollten wir uns angesprochen fühlen und ein Gesprächsangebot machen.

Im Rahmen palliativer Versorgung zeigt sich im Gespräch nicht selten, dass der Wunsch nach Suizid unter anderem auf einem Mangel an Informationen beruht:

- Informationen zum Verlauf von Sterbeprozessen
- Informationen zur palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung
- Informationen zur Möglichkeit der Therapiebegrenzung oder -beendigung
- Informationen zur Möglichkeit einer psychosozialen Begleitung

Oft spielt Angst dabei eine zentrale Rolle und es kann hilfreich sein, mögliche Ursachen und Auslöser in den Blick zu nehmen.

- Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit (z.B. infolge einer Diagnosestellung)
- belastende Symptome
- behandlungsbedingte und/oder Behandlererzeugte Ängste

¹ vgl. Kremeike, u.a. „Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen“, Zeitschrift Palliativmedizin 2019; 20: 323–335

- unausweichliche Entscheidungsprozesse
- Sorge um Familienmitglieder oder belastende familiäre Konflikte
- Angst vor Symptomen oder einem qualvollen Tod – manchmal auch aufgrund früherer negativer Erfahrungen im Umgang mit Sterben und Tod, ggf. in Verbindung mit fehlenden Informationen über die Möglichkeiten der heutigen Hospiz- und Palliativversorgung
- Angst vor Einsamkeit und Isolation
- Angst, auf andere angewiesen und von anderen abhängig zu sein
- Angst, Angehörigen zur Last zu fallen
- Angst vor Verlust von Autonomie und/oder Selbstbestimmung
- Angst vor Verlust der Würde
- Angst vor wirtschaftlicher Belastung (Pflegekosten, Eigenanteile, Gefährdung des Erbes)
- Angst vor Unterversorgung
- vorbestehende Angststörungen

Wichtig ist zudem die Erkenntnis der Suizidforschung, dass es in der Regel eine hohe Ambivalenz und keine Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches gibt. Das bedeutet, dass Sterbewunsch und Lebenswille unvermittelt nebeneinander bestehen - und sich in ihrer Intensität und über die Zeit verändern.

Suizidale Gedanken können zudem nicht ohne Weiteres als frei bezeichnet werden. Suizidalität ist Ausdruck einer seelischen Krise, je bedrückender der Zustand umso eingengter ist das Denken.²

Immer wieder machen Koordinator:innen die Erfahrung, dass beratende Gespräche den Blick weiten, weitere Aspekte wahrnehmen helfen und zu einer neuen Bewertung der eigenen Situation beitragen können (siehe dazu Beispiele im Anhang).

Ziel der Beratung durch Hospizeinrichtungen ist es unter anderem, einen fundierten Informationshintergrund zu vermitteln, damit Betroffene ihre Situation überdenken und Entscheidungen auf einer möglicherweise neuen Grundlage treffen können.

² Quelle: Nationales Suizidpräventionsprogramm/NaSPro

2. Einordnung von Suizidgedanken und -wünschen im Kontext Ängste

In der Psychologie wird Angst als eine emotionale Reaktion auf ein bedrohliches Ereignis gedeutet, und zwar auf ein früheres (z.B. qualvolles Sterben miterlebt haben), ein aktuelles (z.B. beginnender Tumorschmerz) oder auch ein erwartetes (z.B. eines Tages zu ersticken). Zusätzlich wirken Ängste oft als Verstärker von Symptomen. Angst engt ein und verhindert die Wahrnehmung von Wahlmöglichkeiten.

Im Kontext einer schweren, todbringenden Erkrankung kann also der Suizidwunsch als Suche nach einem letzten, radikalen Ausweg aus der empfundenen Ausweglosigkeit verstanden werden.

Der „Sinn“, genauer die Funktion der Angst, besteht im Schutz der sich ängstigenden Person, respektive in erhöhter Wachsamkeit und der Suche nach dem besten Weg aus der Bedrohung heraus. Strategien der Bewältigung folgen drei Grundmustern: der Flucht (Formen der Verdrängung oder auch Suizid), der Abwehr (Kampf, Schuldigensuche, leben wollen) oder der Auseinandersetzung (Verstehen, Differenzieren, Verhandeln). Wer einen sich ängstigenden Menschen begleitet, steht wiederum vor den gleichen Alternativen: der Flucht, z.B. jemanden tendenziell allein zu lassen; der Abwehr, z.B. Rationalisierung bzw. Bagatellisierung der Angst oder der Auseinandersetzung, d.h. dem mitfühlenden sich-Einlassen auf die konkrete Situation der sich ängstigenden Person.

Eine Schwierigkeit, die sich dabei einstellt, ist, dass unser Denken, das besonders für die dritte Variante - der Auseinandersetzung - erforderlich ist, zunächst in den Hintergrund tritt. Ein Modell, das diesen Vorgang verdeutlicht ist das sogenannte Häschen & Denker Modell nach Hantke & Görge. Es beschreibt, dass im Moment der Bedrohung unser Säugetierkörper, das Häschen, die Führung übernimmt, weil unser Denken zu langsam ist und die Entscheidungsprozesse der Großhirnrinde nicht für schnelle, überlebenssichernde Reaktionen taugen. Häschen und Denker werden in Millisekunden voneinander getrennt und unser Vorgehen folgt dem Schema Flucht oder Kampf. Dadurch wird jedoch der Zugang zur Ebene der Auseinandersetzung erschwert, da diese unser Denken voraussetzt.

Hospiz- und Palliativ Verband Berlin e.V.

Kurzvorstellung

Der Verband fördert den Hospiz- und Palliativgedanken und das ehrenamtliche Engagement für schwerstkranke und sterbende Menschen. Er ist überkonfessionell und politisch unabhängig.

Zu seinen Zielen gehören beispielsweise die Weiterentwicklung und der Ausbau hospizlicher Angebote. Seine Mitglieder sind bedeutender Teil der hospizlichen und palliativen Versorgungsstruktur in Berlin.

Aufgaben und Ziele des HPV Berlin

- Forum für den Austausch zu Fragen am Lebensende
- Weiterentwicklung der Hospizstrukturen im Land Berlin
- Öffentlichkeitsarbeit
- Vertretung von Mitgliederinteressen gegenüber Politik, Behörden und Kostenträgern

52 Einrichtungen

Unsere Mitglieder vertreten insgesamt 52 hospizliche und palliative Einrichtungen in Berlin. Neben stationären Hospizen und Hospizdiensten für Erwachsene sind darunter auch Kinderhospizdienste und ein stationäres Kinderhospiz.

263 Hospizplätze

Insgesamt stellen unsere Mitglieder mehr als 260 Plätze in stationären Hospizen. Acht dieser Plätze sind im teilstationären Bereich und 12 im Kinderhospizbereich angesiedelt.

1.800 Ehrenamtliche

Mehr als 1.800 Berlinerinnen und Berliner engagieren sich ehrenamtlich in der Sterbebegleitung bei unseren Mitgliedern.

3. Leitfaden für ein Beratungsgespräch

Ein von Empathie geprägter und die individuellen Umstände sorgsam in Betracht ziehender Beziehungsaufbau sowie die grundsätzliche Annahme der Person und ihrer Selbstbeschreibung sind wesentliche Voraussetzungen für eine von Vertrauen und Offenheit geprägte Atmosphäre.

Wichtig zu wissen ist, dass Angst ansteckend wirkt, also auch bei uns als Gegenüber Ängste auslösen kann. Die Angst, später im eigenen Sterbeprozess eine ähnliche gefühlt ausweglose Situation zu erleben, kann zur Identifikation mit den Sterbewünschen des Gegenübers führen. Umso wichtiger ist es, sich vor der Übertragung von und der Identifikation mit Ängsten zu schützen.

Folgendes kann im Gespräch hilfreich sein¹³:

- Todeswünsche, suizidale Gedanken und Absichten offen (auch proaktiv) ansprechen.
- Suizidwünsche ernst nehmen, weder verharmlosen noch dramatisieren.
- Gründe, Begleitumstände und akute Auslöser erfragen.
Hilfreiche Fragen: Wann genau kommen die Suizidgedanken? Gibt es Auslöser, z.B. Ängste? Was macht konkret Angst; sind es unterschiedliche Ängste? Was macht am meisten Angst? Ist das neu? Hat sich etwas verändert, gibt es einen Anlass? Skalieren: Auf einer Skala zwischen 1 und 10: wie groß wäre Ihre Angst? Was verschlimmert? Was lindert?
- lebensgeschichtliche Zusammenhänge verstehen und einbeziehen.
Hilfreiche Fragen: Ich möchte Sie gerne kennenlernen und Ihre Beweggründe besser verstehen - möchten Sie mehr über sich erzählen?

- systemisch das Umfeld einbeziehen.
Hilfreiche Fragen: Was würden andere, für Sie bedeutsame Personen (Lebenspartner:in; Geschwister; verstorbenen Eltern; noch ungeborenes Enkelkind) dazu sagen, wenn Sie Suizid begehen würden? Wie würden sie sich fühlen? Wer würde Ihnen wozu raten? Welcher dieser Ratschläge wäre für sie hilfreich, welcher eher nicht?
- Blick auf die Ressourcen und Würde des Gesprächspartners
Hilfreiche Fragen: (aus der würdezentrierten Therapie): Erzählen Sie mir über die Zeiten, die Sie am besten in Erinnerung haben oder die für Sie am wichtigsten sind. Wann haben Sie sich besonders lebendig gefühlt? Gibt es im Moment Dinge, die Ihrem Leben besonderen Sinn oder Bedeutung geben? Wie haben Sie bisher Krisen bewältigt? Was hat Ihnen dabei Kraft gegeben?
- Beim Abwägen von Suizidwunsch versus Lebenswille unterstützen: In der Situation der gefühlten Ausweglosigkeit sieht und fühlt die betroffene Person – trotz aller Ambivalenz eines jeden Sterbewunsches - vor allem das, was für einen radikalen Ausweg spricht. Als Gegenüber können wir bewusst die Rolle des Anwalts/der Anwältin für das Weiterleben übernehmen und mit Fragen weitere Sichtweisen und alternative Perspektiven in den Blick nehmen helfen.
- Möglichkeiten der Unterstützung, auch im sozialen Umfeld, erkunden (z. B. Bezugspersonen, soziale Dienste, palliativmedizinische und -pflegerische Hilfen)
Hilfreiche Fragen: Mit wem haben Sie sich schon einmal ausgetauscht? Wer tut Ihnen gut? Was wünschen Sie sich noch? Was würde die Situation erleichtern? Was möchten Sie denken oder fühlen?
- Informationen geben und Hilfsangebote vorstellen, ggf. weitere Kontakte vermitteln
- ein verlässliches Angebot zur Fortsetzung des Gesprächskontakts machen

¹³ Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP): Suizidprävention Deutschland, Aktueller Stand und Perspektiven, 08/2021; Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) Broschüre „Wenn das Altwerden zur Last wird - Suizidprävention im Alter“, Herausgegeben von der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Hier überarbeitet und durch familien-systemische und ressourcenorientierte Fragen ergänzt.

4. Was passiert, wenn Menschen bei ihren Suizidwünschen bleiben und diese umsetzen wollen?

Zur persönlichen Reflexion von Gesprächen eignen sich ein zeitnahe kollegialer Austausch (Intervision, Reflecting Team) oder Supervision. Notwendig ist außerdem eine transparente Kommunikation im Team, ggf. ist eine interdisziplinäre Fallbesprechung empfehlenswert. Darüber hinaus kann der Austausch in Netzwerken wie Arbeitskreisen, Fachgruppen und Qualitätszirkeln unterstützend sein.

Um einen Überblick über Anfragen zu gewinnen und ggf. auch den Verbandsstrukturen Zahlen zuarbeiten zu können, kann eine Dokumentation von Anfragen, deren Umständen und der weiteren Beratung sinnvoll sein, wie sie die DGP in ihrem Papier „Umgang mit Suizidanfragen“ empfiehlt (statistische Erfassung für sich und im HPV Berlin).

Angesichts einer eindeutigen Anfrage nach Hilfe bei der Durchführung eines assistierten Suizids ist es notwendig, dass die beratende Person eine klare Haltung einnimmt, die dem Selbstverständnis des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes entspricht: „Die Beihilfe zum Suizid und die Vermittlung entsprechender Angebote sind keine Aufgabe der Hospizarbeit und Palliativversorgung“.

Auf dem Boden einer vertrauensvollen Gesprächsbeziehung kann es hilfreich sein, den Respekt vor der Person und ihren Entscheidungen von der Ablehnung einer Sache (der Suizidhandlung) zu unterscheiden.

Einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf die Zeit zwischen getroffener Entscheidung und geplanter Umsetzung. Hier müssen die Dienste der Hospizarbeit individuell entscheiden, wie sie die Begleitung in dieser Zeit gestalten, wo sie ihre Grenzen setzen und wann und wie sie sich ggf. aus der Begleitung zurückziehen. Ein Augenmerk sollte hier auf der Fürsorgepflicht gegenüber den beteiligten haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen liegen. Zu bedenken ist ebenfalls, dass die beteiligten Mitarbeiter:innen im Auftrag der Hospizeinrichtung tätig sind und diese auch repräsentieren. Deshalb sollte die individuelle Verhaltensentscheidung immer im Rahmen einer Auseinandersetzung mit dem Team oder den Kolleg:innen getroffen werden.

Sofern sich der Hospizdienst/das stationäre Hospiz aus der Versorgung zurückgezogen hat, bleibt wichtig, immer wieder zu signalisieren, dass eine hospizlich-palliative Versorgung bei Entscheidungsänderung fortgeführt bzw. jederzeit wiederaufgenommen werden kann.

Fallbeispiele

für die Handreichung für hauptamtliche Mitarbeiter/innen zum Umgang mit Menschen mit Sterbe- und Suizidwünschen und Anfragen nach Suizidassistenz

Fallbeispiel A

Herr G. hatte eine ALS und war in seiner Mobilität bereits stark eingeschränkt und auf einen Rollstuhl angewiesen. Bei unserem Kennenlernen sagte er, dass er assistierten Suizid in Anspruch nehmen wolle und die Entscheidung dazu bereits gefallen sei.

Er fühlte sich als große Last für seine Frau und die gemeinsamen Zwillinge von 4 Jahre. Es sei für alle besser, wenn er nicht mehr da wäre, sagte er. Dabei weint er.

Er ließ sich in Gesprächen darauf ein, zu benennen, was alles furchtbar und nicht tragbar war.

Für ihn war ein Umzug ins Hospiz keine Option, er wollte zu Hause bleiben und den Alltag in der Familienwohnung erleben.

Wir arbeiteten heraus, welche Hilfen ihm mehr Selbststimmung und Teilhabe ermöglichen würden. Neben der Palliativen Versorgung waren es bei ihm eine Persönliche Assistenz über das Bundesteilhabegesetz, passendere Hilfsmittel und ein Schwerbehinderten Ausweis mit der Option, Ausflüge außerhalb der Wohnung machen zu können. Zudem konnte er in einer Würdezentrierten Therapie erzählen und aufschreiben lassen, wer er war und was sein Leben, unabhängig von seiner Krankheit, wertvoll und würdevoll machte. Leider klappte es mit der Umsetzung einer persönlichen Assistenz zunächst nicht, weil es bei den entsprechenden Trägern keine freien Kapazitäten gab. Er musste weiterhin für jeden Hilfebedarf eine/n Familienangehörige/n, Freund/in oder Ehrenamtliche/n rufen bzw. warten bis jemand kommt.

Herr G. war dadurch wieder wesentlich unruhiger und kam auf seine erste Aussage zurück: die Entscheidung, Suizid zu begehen. Er wollte seiner Familie keine Last sein, wobei er unter Tränen erklärte: „Ich will eigentlich keinen Suizid begehen, niemand will das – aber wenn alles andere schrecklich ist, ist es die bessere Alternative.“

Dann ging alles sehr schnell: dem SAPV Arzt, dem Pflorgeteam und dem Ehrenamtlichen wurden die regulären Besuchstermine abgesagt. Abends kam die Nachricht, dass Herr G. durch assistierten Suizid verstorben sei.

Im Nachhinein berichtete die Ehefrau, dass Herr G. über seinen Bekanntenkreis Kontakt zu einem Arzt und einer Ärztin bekommen hatte, die den gewünschten assistierten Suizid ermöglichten. Die Ehefrau brachte die Kinder morgens zur Kita und Herr G. hat so laut geweint und geschrien, dass sie ihn draußen hören konnte. Dann kam der Arzt und Herr G. nahm das Mittel. Die Situation war sehr belastend für Familie und Freunde. Ebenfalls belastend war sie für die beteiligten Ehren- und Hauptamtlichen. „Es fühlt sich wie ein „eckiger“, „harter“ Tod an“, rekapitulierte der Ehrenamtliche, der Herrn G. wöchentlich besuchte, „voller Gewalt von Herrn G. gegen sich selbst“. Der Ehrenamtliche war sehr erschüttert, gerade weil er dachte, er würde gut mit einem assistierten Suizid umgehen können. Alle Beteiligten hatten das Gefühl, dass so vieles offen und ungeklärt geblieben ist. In dieser Begleitung bestätigte sich für uns, dass die psychischen Folgen für Angehörige nach einem assistierten Suizid genauso sein können, wie nach einem nicht erwarteten Suizid.

Die Aufarbeitung und Nachbereitung der Begleitung erforderte viele Einzelgespräche und Supervision mit allen beteiligten Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen.

Fallbeispiel B

Frau E. hatte eine seltene Erkrankung, die kombiniert mit einem Sarkom (Hautkrebs) dazu führte, dass ihr Oberschenkel immer dicker wurde und das umgebende Gewebe abdrückte. Als wir die Begleitung begannen, wollte sie einfach nur frühzeitig und selbstbestimmt sterben.

Ich konnte sie überzeugen, dass wir uns die Ängste, die zu ihrem Sterbewunsch führten, einmal genauer ansehen,

- Angst vor Schmerzen
- Angst, dass der Tumor aufgeht
- Angst, dass der Tumor Organe abdrückt – und was dann?
- Angst, nicht mehr Interessen nachgehen zu können, die ihr Freude machen: Sie war eine sportliche, aktive Frau gewesen, ihr war es wichtig mobil zu sein. Sie konnte es sich nicht vorstellen in einem Rollstuhl zu sitzen oder gar fest im Bett zu liegen.
- Angst, nicht mehr Herrin der Situation zu sein, ausgeliefert zu sein.
- Angst, ihrem Mann und der erwachsenen Tochter zu viel zuzumuten

Der Kontakt zu einer Palliativmedizinerin, die die Schmerzen adäquat behandelte und mit der sie die medizinische Versorgung besprechen konnte, half ihr sehr. Beide besprachen auch die Möglichkeit einer palliativen Sediierung, sollte die Schmerztherapie nicht ausreichend sein, um ihr Leiden zu lindern. Die Tatsache, dass dieser Vorgang zunächst reversibel wäre und nicht ein In-den-Tod-hinausschleichen bedeutete, beruhigte sie. Auch ein Palliativpflegedienst wurde für Frau E. aktiv. Es wurde besprochen, wie man das Bein verbinden könnte, wenn sich Wunden bilden sollten.

Wir schauten uns jeden Punkt an und versuchten heraus zu finden, was ihre Sorgen und Ängste lindern könnte. Das war ein langer, manchmal auch schmerzhafter, mit Tränen verbundener Prozess. Wir sprachen viel über ihre Vorstellung von Selbstständigkeit: Was braucht es dafür? Braucht es tatsächlich das „alles-alleine-machen-Können“ und „auf-keine-Hilfe angewiesen-sein“? Oder würde ein tragendes Helfer-Netz auch guttun? Es ging hier sehr viel um das Thema „Wem kann ich vertrauen?“ Nach und nach wuchs ihr Vertrauen. Ihr Slogan wurde: ALLE HILFE ZU MIR!

Ein großes Thema war ihre Familie. Was kann sie ihrem Mann und ihrer Tochter, aber auch Freundinnen zumuten? Wie werden sie sie in Erinnerung behalten, wenn sie immer schwächer wird? Sie suchte das Gespräch mit ihren Lieben und hörte, dass diese sie begleiten und bei ihr sein wollen, solange sie da ist. Später hat sie sich für die Aufnahme in einem stationären Hospiz entschieden. Der Einzug war ein schwerer Schritt, da sie sich von der eignen Wohnung und dem Zusammenleben mit ihrem Mann verabschieden musste. Nach und nach konnte sie ankommen, ihr Mann war täglich bei ihr – wachte, wenn sie schlief, das gefiel ihr sehr gut: wie zu Hause.

Dann gab es noch mal einen Einbruch: eine der Pflegekräfte war gestresst und ruppig. Das war schlimm für Frau E., sie fühlte sich ausgeliefert. Da kam der alte Gedanke wieder hoch: „Ich will jetzt sterben und aus dieser Situation fliehen“. Erst als die Situation geklärt war, konnte sie sich wieder fallen lassen und vertrauen.

Sie sagte: „Weißt du noch, dass ich dir am Anfang unserer Treffen immer gesagt habe, ich gehe nie in einen Rollstuhl? – und nun! Wir waren mit dem Rollstuhl unterwegs und nun liege ich hier – und werde gepflegt und versorgt – und es ist gut so. Ich gehe meinen Weg, bis zuletzt und genieße die Zeit, die mir und meiner Familie bleibt. Du hast es mir vorausgesagt – es stimmt, die Einstellung ändert sich. ... - wenn man gut versorgt ist.“

Da die Schwellung am Bein immer mehr zunahm wuchs die Angst, dass das Bein aufgeht und sie wünschte, sediert zu werden. Frau E wurde erst nur nachts, dann auch tagsüber sediert und starb ruhig 3 Tage später im Beisein ihres Mannes und einer Freundin.

Fallbeispiel C

Frau L., Anfang 60, kam mit einer neurodegenerativen Erkrankung zu uns ins Hospiz. Noch war es ihr möglich, mühsam zu laufen, doch der Krankheitsprogress ging voran, insbesondere die Zunahme von Schwäche machte ihr zu schaffen. Als intellektuell aktive (Lesen, Schreiben, Kultur, etc.) und ihr Leben lang auf sich selbst gestellte, eigenständige Frau litt sie unter der Erfahrung des körperlichen Abbaus mit zunehmendem Hilfebedarf. Sie wollte partout nicht auf die Hilfe anderer angewiesen sein. Entsprechend lehnte sie die meisten pflegerischen Unterstützungsangebote ab, weigerte sich z.B. für ihre Gänge durch das Haus einen Gehwagen oder gar einen Rollstuhl in Anspruch zu nehmen, lieber nahm sie das Risiko zu stürzen in Kauf.

Ihr starker Wille, unabhängig zu bleiben, beeindruckte im Team. Da sie weltoffen und interessiert war, kam man mit ihr gut und gerne ins Gespräch. Die KollegInnen mochten sie, doch machten sie sich zunehmend Sorgen. Sie wollten ihr Gutes tun, sie entlasten. Ihre kämpferische Ablehnung von unterstützenden Angeboten war daher kaum auszuhalten.

Im Rahmen einer Fallbesprechung versuchten wir uns in die Lage von Frau L. zu versetzen und wurden uns einig, wie wichtig es ist, ihr ein Höchstmaß an Autonomie zu ermöglichen und gleichzeitig Angebote zu machen, die ihr die Möglichkeit geben, sich anzuvertrauen und dabei Wohlbefinden und ein Stück weit Geborgenheit zu erfahren.

Als Frau L. etwa drei Wochen bei uns war, da teilte sie mit, wir mögen das bitte verstehen und es läge nicht an uns, aber sie habe für sich eine „Sterbehilfe“ (d.h. die Begleitung durch einen auf Suizidassistenz spezialisierten Arzt) organisiert und werde in Kürze nach Hause gehen, um diese Möglichkeit dort für sich in Anspruch zu nehmen.

Die Nachricht bewirkte eine enorme Erschütterung im Team und warf diverse Fragen auf: Will sie das wirklich? So schlimm geht es ihr doch eigentlich gar nicht? Können wir sie nicht umstimmen?...

Ich selbst nahm mir dann zweimal die Zeit, sie zu besuchen: Sie erzählte von ihrem Leben, das sie als ein erfülltes beschrieb. Davon, dass sie für sich nun nichts mehr zu erwarten habe. Sie wolle nicht erleben müssen, wie sie selbst immer mehr vergeht. Und sie ginge nicht im Groll. Alles wäre gut, wie es ist! Außerdem: Ich möge gefälligst nicht auf die Idee kommen, sie von ihrem Weg abbringen zu wollen! (Das sagte sie fast mit einem Lächeln...)

Frau L. schrieb einen für alle äußerst anrührenden Abschiedsbrief. Sie bedankte sich für die liebevolle Versorgung, versah die meisten KollegInnen namentlich mit einem persönlichen Dank und versicherte noch einmal, es läge nicht an uns, wir wären ein tolles Team! Wir organisierten den Transport in ihre Wohnung. Am Folgetag erhielt sie dort im Beisein einer Freundin, eines Juristen und des durchführenden Arztes ihre Suizidassistenz - über diesen Vorgang ließ ich mir im Nachgang telefonisch von dem Arzt berichten.

Im Nachgespräch verspürten wir im Team einerseits einen großen Respekt vor dieser Frau und ihrer Entscheidung. Ihr Weg passte zu ihrer Persönlichkeit! Gleichzeitig verspürten wir aber auch die Kränkung, die damit für uns verbunden ist: „Wir haben versagt!“, äußerte eine Kollegin unter Tränen. Und eine andere Kollegin, sichtlich betroffen, deutete an, sie habe in ihrer Familie selbst einen Fall von Suizid erleben müssen und wolle und könne darüber nun nicht weiter sprechen...

Auch wir im Team erlebten eine Form von Trauer. Wir verstehen uns als LebensermutigerInnen angesichts von Krankheit, Sterben und Tod. Umso schmerzlich war es, erleben zu müssen, dass es uns im Falle von Frau L. nicht gelungen war, sie dazu zu ermutigen, sich anzuvertrauen und fallen zu lassen. Dass ihr für ihren Weg ihre Wohnung zur Verfügung stand, bedeutete für uns einen Segen. Hätte sie die Suizidhilfe bei uns im Haus in Anspruch nehmen wollen, hätte uns dies vor die Aufgabe gestellt, diesen Wunsch abzulehnen, da das für uns als Hospizteam nicht vorstellbar ist und wir es auch nicht als Aufgabe der Hospizarbeit sehen, Menschen beim assistierten Suizid zu begleiten.

Eckpunktepapier zum Umgang bei der Begleitung von Menschen mit dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid



vom Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (Stand Nov. 2022)

Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht den § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung) für nichtig erklärt. Mit Blick auf mögliche Auswirkungen des Urteils auf die Hospizarbeit und Palliativversorgung hatte der Vorstand des Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) einen Dialogprozess initiiert und hat in diesem Rahmen mit den Vertreter*innen der Landesverbände und überregionalen Organisationen zentrale Fragestellungen in diesem Zusammenhang erörtert. Dabei wurde deutlich, dass es zu Fragen im Hinblick auf die Begleitung und Versorgung von Menschen mit dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid keine einfachen Antworten gibt. Vielmehr ist eine differenzierte Betrachtung der konkreten Situation notwendig.

Vor dem Hintergrund einer pluralen Gesellschaft und der Vielfalt der im DHPV vertretenen Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen können jeweils auch unterschiedliche Entscheidungen bezüglich der weiteren Begleitung und Versorgung getroffen werden. Innerhalb dieses Rahmens gilt der Grundsatz, dass die Beihilfe zum Suizid und die Vermittlung entsprechender Angebote nach dem Selbstverständnis des DHPV keine Aufgabe der Hospizarbeit und Palliativversorgung ist.

Von diesem Selbstverständnis sowie von den Erfahrungen der Hospiz- und Palliativarbeit ausgehend hat der DHPV folgende Eckpunkte erarbeitet, die den Hospiz- und Palliativdiensten und -einrichtungen als Orientierung zur Verfügung gestellt werden.

1. Menschen in Krisensituationen werden durch palliative Versorgung und hospizliche Begleitung umsorgt und unterstützt mit dem Ziel, in der letzten Lebensphase in Krankheit und Angewiesenheit ein selbstbestimmtes Leben zu führen.
2. Jeder im Verlauf einer Begleitung geäußerte Wunsch nach Suizidbeihilfe verlangt nach einem respektvollen und unvoreingenommenen Gespräch mit dem/r Betroffenen. Sterbewünsche sind ernst zu nehmen. Eine Bewertung des Wunsches nach vorzeitiger Beendigung des Lebens erfolgt nicht.
3. Niemand kann zur Suizidbeihilfe verpflichtet werden. Auch Einrichtungen oder Dienste sind nach dem Verständnis des DHPV nicht zur Mitwirkung oder Duldung in ihren Räumlichkeiten verpflichtet.
4. Der DHPV versteht die Einrichtungen und Dienste der Hospizarbeit und Palliativversorgung als geschützte Räume, in denen sich die betroffenen Menschen sowie die Mitarbeitenden aufgrund der lebensbejahenden und ganzheitlichen Sorgeskultur aufgehoben fühlen können und in denen es kein Angebot zum assistierten Suizid gibt. Die Dienste und Einrichtungen legen ihre Ausrichtung transparent z.B. im Leitbild oder in der Hausordnung dar.

5. Eine Aufnahme, Versorgung oder Begleitung kann von der Einrichtung oder dem Dienst auch abgelehnt werden, wenn von vornherein und nachdrücklich eine Beihilfe zum Suizid durch diese verlangt wird. Es besteht auch keine Verpflichtung, Räumlichkeiten für einen Suizid zur Verfügung zu stellen
6. Auch nach einer umfassenden Information und Beratung über hospizliche und palliative sowie weitere psychosoziale und spirituelle Behandlungs- und Begleitungsangebote kann der Suizidwunsch Bestand haben. Es ist Aufgabe der Dienste und Einrichtungen u.a. ethische Fallbesprechungen und Supervision anzubieten, die den Mitarbeitenden helfen, nicht auflösbare Dilemmata als solche zu erkennen und zu reflektieren.
7. Wenn in einem Einzelfall trotz einer Begleitung und Versorgung der/die Betroffene an dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid festhält, ist das gesamte Team, ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitende, unmittelbar betroffen. Dabei ist zu prüfen, welche Auswirkungen unterschiedliche Entscheidungen auf das Team inkl. der Ehrenamtlichen, das Selbstverständnis der Einrichtung und die Mitbewohner/-patientinnen oder die Zugehörigen haben können. Ein Zulassen einer Beihilfe zum Suizid im Einzelfall kann nur in einer Ausnahmesituation als verhältnismäßig angesehen werden, etwa wenn eine Verlegung in eine andere Einrichtung oder Örtlichkeit nicht zumutbar ist. Die Inanspruchnahme einer Ethikberatung für Team, Leitung und Träger ist in diesem Fall angezeigt. Die Leitung entscheidet im Einvernehmen mit dem Träger über das weitere Vorgehen.
8. Die Anwesenheit von Ehren- und Hauptamtlichen während einer Beihilfe zum Suizid ist kritisch zu reflektieren und sollte die Ausnahme bleiben. Alle Mitarbeitenden vertreten immer auch in ihrer Funktion und Rolle den Dienst oder die Einrichtung. Denkbare im Zusammenhang mit dem Suizidverlauf auftretende Risiken sowie mögliche eigene emotionale Belastungen müssen sowohl Mitbewohnenden als auch dem Team bewusst sein.
9. Das Angebot der Begleitung und Unterstützung gilt ebenso für die Zugehörigen von Menschen, die einen assistierten Suizid durchführen wollen oder durchgeführt haben, und schließt auch Angebote zur Trauerbegleitung mit ein.

Stand: 24.11.2022

