



Der Schutz des Lebens in der letzten Lebensphase und die Fragen im Zusammenhang mit der Suizidhilfe

Arbeitshilfe für Führungskräfte und
Mitarbeitende in den Einrichtungen
der BBT-Gruppe



INHALT

Vorwort	3	2. Aufgaben und Hinweise für Einrichtungs-	
		leitungen/die Organisation	16
A DIE POSITIONIERUNG DER	4	Begleitung und Freiwilligkeit	16
BARMHERZIGEN BRÜDER VON MARIA-HILF		Erleben eines Suizidversuchs von	
1. Worum es geht	5	Bewohner*innen	16
2. Unterscheidungen	6	3. Kommunikation	17
Sterben lassen	6	Wie ist die Regelung über das Thema	
Palliative Sedierung	6	Sterbewünsche/Suizidassistenz bei Einzug in eine	
Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und		Einrichtung zu kommunizieren?	17
Flüssigkeit (FVNF)	6	Wie geschieht Kommunikation nach einem	
Beihilfe zur Selbsttötung/assistierter Suizid	6	Suizid – innerhalb der Einrichtung, gegenüber	
Tötung auf Verlangen	6	Mitarbeitenden und Bewohner*innen –	
Was heißt Begleitung?	6	und nach außen, wenn nachgefragt wird?	17
3. Unser Auftrag	7	Wie kann ein Kommunikationskonzept aussehen?	17
4. Eine plurale Wirklichkeit	7	4. Ethische Fragen und ethische Fallbesprechung	18
5. Was in unseren Einrichtungen gelten soll	8	Wie ist die Unterstützung bei Freiwilligem Verzicht	
Für das Leben	8	auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) von Suizid-	
Begleitung und Beratung	8	assistenz abzugrenzen?	18
Wie kann Beratung aussehen?	8	Hinweise zur ethischen Fallbesprechung in	
Ethische Fallbesprechung	8	Senioreneinrichtungen und den Einrichtungen der	
Keine Mitwirkung	8	Eingliederungshilfe im Umfeld von Sterbewünschen	
Selbstbestimmung	9	und Entscheidungen zu einem assistierten Suizid	18
Regelungen	9	5. Hinweise für Seelsorger*innen	22
Differenzierung zwischen Krankenhäusern		Dokumentation und Weitergabe von	
und Pflegeeinrichtungen	9	Informationen	22
Begleitung	9	Selbstpositionierung	22
Sorge für Mitarbeitende	9	Angebote für An- und Zugehörige	22
Sorge für das Umfeld	9	Vorschlag: Bildung eines Kernteams für Fragen	
Kommunikation	9	rund um Suizidalität	23
6. Was noch zu tun ist	10	Ist die Präsenz eines/einer Seelsorger*in bei einem	
		assistierten Suizid eine Form der Mitwirkung	
B HINTERGRUNDINFORMATIONEN UND		(im Sinne von Billigung)?	23
ARBEITSHILFE	11	Wie kann eine Verabschiedung stattfinden	
1. Sterbewünsche, Suizidalität und		(wenn der/die Bewohner:in sich in der Einrichtung/	
Suizidprävention	12	außerhalb der Einrichtung suizidiert hat)?	23
Allgemeines zum Suizidverständnis	12	6. Die individuelle Haltung	25
Hinweise auf Sterbewünsche und auf		Stärkung und Implementierung einer	
Depression: Fragen nach dem Wohlbefinden	12	eigenen Haltung	25
Wahrnehmen und Verstehen von		7. Materialien	26
Sterbewünschen	13	Die Geriatriische Depressionsskala	26
Suizidprävention in der Beratung zur		Screening-Instrumente zur Suizidalität	27
Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP)	14	Hilfreiche Links und Informationen	27
An- und Zugehörige in der suizidpräventiven			
Arbeit	14		

VORWORT

Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht eine wichtige Entscheidung getroffen. Es hat den § 217 des Strafgesetzbuchs für verfassungswidrig erklärt. Dieser Paragraph hatte die geschäftsmäßige, also auf Wiederholung angelegte Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe gestellt. Das kam der Haltung vieler christlicher Organisationen, so auch der BBT-Gruppe, entgegen – denn wir konnten sicher sein, dass wir in unseren Einrichtungen mit dieser Thematik und dieser Fragestellung nicht in Berührung kommen würden.

Das ist nun anders: Das Bundesverfassungsgericht sagt, dass die freiverantwortliche Entscheidung, das Leben zu beenden, Ausdruck der Menschenwürde und der Selbstbestimmung sei. Und es sei auch Ausdruck dieser Menschenwürde, für die Durchführung dieser Selbsttötung die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig, so das Bundesverfassungsgericht, gibt es keinen Anspruch gegenüber einem Dritten, durch ihn Suizidhilfe zu erlangen, ebenso wie es keine Verpflichtung irgendeiner Art gibt, Suizidhilfe zu leisten.

Es kann nun durchaus vorkommen, dass wir in unseren Einrichtungen dem Wunsch oder der Forderung von Bewohner*innen, Klient*innen und Patient*innen begegnen werden, ihr Leben auf diese Weise zu beenden, also Suizidhilfe in Anspruch nehmen zu wollen. Dieser Wunsch kann in dem Spektrum vielfältiger Äußerungen von Lebensmüdigkeit, schwer erträglichem Leiden und ganz allgemein dem Wunsch, dass das Leben doch nun zu Ende gehen solle, auftauchen.

Das stellt uns vor erhebliche Herausforderungen. Die erste besteht sicher darin, sich der eigenen Haltung zu vergewissern. Was bedeutet es für uns, wenn wir immer und ohne Abstriche dafür eintreten, dass das Leben eines jeden Menschen wertvoll ist?


Gleichzeitig bewegen wir uns ja im Rahmen der rechtlichen und verfassungsmäßigen Ordnung – was diese ermöglichen will und als Ausdruck der Freiheit des Menschen ansieht, kann uns nicht gleichgültig sein. Wir wollen nicht mit Verboten in diese Freiheit eingreifen und damit versuchen, eine anstrengende Frage von uns fernzuhalten.

Viele Fragen werden zu klären sein – und es wird keine glatten Lösungen geben. Wenn Menschen nach ihrem freien Entschluss aus dem Leben scheiden, wird das immer alle, die direkt oder indirekt betroffen sind, massiv irritieren. Nicht zu allen Fragen haben wir heute schon Antworten. Der Deutsche Bundestag arbeitet noch an gesetzlichen Regelungen, um die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen.¹ Mit der Positionierung, die die Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf im Frühjahr 2022 beschlossen haben, wollen sie aber die Richtung beschreiben, in die die Mitarbeitenden der Einrichtungen in der BBT-Gruppe gehen werden. Diese Positionierung stellen wir in dieser Arbeitshilfe vor.

Sie enthält den vollständigen Text der Positionierung und ergänzt damit den Flyer, der über die wesentlichen Grundsätze informiert.

Die Arbeitshilfe enthält weiterhin Materialien zu einzelnen Fragestellungen und soll dazu dienen, in den einzelnen Regionen und Einrichtungen Fragestellungen zu bearbeiten und vor allem das Gespräch unter den Mitarbeitenden zu initiieren.

¹ Die Arbeitshilfe geht bewusst nicht auf gesetzliche Regelungen ein. Diese stehen zum Zeitpunkt der Redaktion noch aus. Der Deutsche Bundestag hat in seiner Sitzung vom 6. Juli 2023 keinen der bis dahin erarbeiteten Gesetzentwürfe beschlossen, sodass die Gesetzeslage weiterhin nicht endgültig geklärt ist.

A close-up photograph of three hands clasped together in a supportive grip. The hands are positioned on a dark, polished wooden surface. The top hand is a woman's, wearing a gold bracelet and a light blue sweater. The middle hand is a man's, with a visible wedding ring on the left ring finger. The bottom hand is another woman's, with light pink nail polish. The lighting is warm and soft, highlighting the textures of the skin and wood.

A Die Positionierung
der Barmherzigen Brüder
von Maria-Hilf

1. WORUM ES GEHT

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 hat den § 217 des Strafgesetzbuchs für verfassungswidrig und damit für unwirksam erklärt.² Die Absicht des Gesetzgebers mit dem § 217 StGB war im Jahr 2015 vor allem, Menschen davor zu schützen, einem teilweise subtilen Druck ausgesetzt zu sein, ihr Leben zu beenden, wenn es in seiner letzten Phase mit Belastungen für sie selbst und für andere verbunden war. Gleichzeitig wollte man verhindern, dass gewerbliche Organisationen in Deutschland Fuß fassen, die den assistierten Suizid als Leistung anbieten.

Das Bundesverfassungsgericht stellt fest, dass es Ausdruck der Würde des Menschen und seiner Freiheit sei, das Leben selbst beenden zu können. Das sei Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts. Es umfasse auch das Recht, dafür die Hilfe Dritter in Anspruch nehmen zu können.³ Gleichzeitig gibt es keine Verpflichtung Dritter (zum Beispiel von Ärzt*innen, Therapeut*innen oder Pflegepersonen), diese Assistenz zum Suizid leisten zu müssen. Der Gesetzgeber soll nun eine Regelung finden, die sicherstellt, dass die Entscheidung des Menschen, die zu einem assistierten Suizid führt, ernsthaft und freiverantwortlich getroffen wird und dauerhaft besteht; diese Freiverantwortlichkeit soll auch sicher festgestellt werden können. Gleichzeitig soll der Gesetzgeber auch Regelungen treffen, die dem Schutz des Lebens ebenso Rechnung tragen wie der Autonomie des Menschen hinsichtlich seines Lebensendes.⁴

Diese Ausgangslage stellt uns als kirchliches Unternehmen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vor viele Fragen, die sich im Kern darum drehen: Ist es denkbar, dass Menschen innerhalb unserer Einrichtungen diesen Weg des assistierten Suizids wählen, um ihr Leben zu beenden, und wie verhalten sich Mitarbeitende und Einrichtungsleitungen zu diesen Menschen und ihren An- und Zugehörigen?

² BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343, http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

³ Ebd., v. a. Rn. 204–213.

⁴ Vgl. ebd., Rn. 338–342.

2. UNTERSCHIEDUNGEN

In der Diskussion rund um das Thema des assistierten Suizids werden oft unterschiedliche Begriffe verwendet und nicht klar voneinander abgegrenzt. Als Überschrift dient für viele gemeinsam oft der Begriff der Sterbehilfe. Dieser Begriff kann irreführend sein. In dieser Arbeitshilfe wie auch in der Positionierung der Barmherzigen Brüder wird daher auf ihn verzichtet.

Folgende Begriffe müssen unterschieden werden:

Sterben lassen

(teilweise auch passive Sterbehilfe genannt)

Man kann medizinische Behandlungen begrenzen oder abbrechen, wenn es der oder die Betroffene so will und wenn keine Indikation für eine weitere medizinische (kurative) Behandlung mehr gegeben ist. Der Verzicht auf eine lebensverlängernde Therapie wird in der Regel in einer Entscheidung zur Therapiezieländerung/Therapiebegrenzung festgehalten.⁵

Palliative Sedierung

Im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung steht kein kuratives Therapieziel, also die Heilung einer Krankheit, im Vordergrund. Das Anliegen der Symptomlinderung kann es erforderlich machen, das Bewusstsein eines oder einer sterbenden Patient*in zu dämpfen. Eine Verkürzung des Lebens ist nicht beabsichtigt, aber nicht in jedem Fall ausgeschlossen, wenn eine tiefe Sedierung erfolgt. Die hiermit verbundene Lebensverkürzung als indirekte Folge der Sedierung gilt rechtlich und ethisch als nicht bedenklich.

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Wenn Menschen den Entschluss fassen, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, um ihr Leben zu beenden, wird diese Phase am Ende des Lebens nur noch basispflegerisch und ggf. mit schmerzlindernden Medikamenten begleitet. Da bis zu einem relativ späten Zeitpunkt diese Entscheidung noch reversibel ist, wird sie von einer Suizidhandlung unterschieden.

Beihilfe zur Selbsttötung/assistierter Suizid

Dabei handelt es sich um die Handlung eines Dritten, der einem suizidwilligen Menschen die Möglichkeit verschafft, eigenhändig ein Mittel einzunehmen, das den Tod herbeiführt.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist diese Suizidassistenz, auch wenn jemand sie mehrmals ausführt, nicht strafbar. Sie ist auch nicht an einen Krankheitszustand gebunden. Die Regelungen, die der Gesetzgeber noch treffen muss, sollen sicherstellen, dass eine Suizidabsicht freiverantwortlich, ernsthaft und dauerhaft besteht.⁶

Tötung auf Verlangen

(teilweise auch als aktive Sterbehilfe bezeichnet)

Von allen vorher genannten Formen ist die Tötung auf Verlangen deutlich abgegrenzt. Hier vollzieht ein Dritter die Handlung, die zum Tod führt, in der Regel eine Injektion mit einem tödlich wirkenden Mittel. Die Tötung auf Verlangen ist nach § 216 StGB in Deutschland strafbar.

Was heißt Begleitung?

Wenn es um die Suizidassistenz geht, ist es wichtig zu erläutern, was in vorliegendem Kontext der Begriff der **Begleitung** meint, der auch in dieser Handreichung verwendet wird.

Begleitung eines suizidwilligen Menschen: Wenn wir hier von Begleitung sprechen, meinen wir immer die basispflegerische, betreuende, seelsorgliche, soziale Begleitung eines Menschen, seines Umfelds und seiner Angehörigen. Wir meinen nicht die Mitwirkung oder Beteiligung an der Planung, Vorbereitung oder Durchführung eines assistierten Suizids. Die Begleitung gilt dem Menschen, nicht der Handlung des assistierten Suizids.

Die **Suizidassistenz** meint dagegen die aktive Beteiligung an der Beratung hinsichtlich eines assistierten Suizids, an dessen Planung, Vorbereitung und Durchführung. Diese bleibt für unsere Einrichtungen und die Mitarbeitenden unserer Einrichtungen ausgeschlossen. Sie ist ihnen nicht erlaubt.

⁵ Dazu liegen in unseren Einrichtungen beschriebene Prozesse und Formulare vor.

⁶ Vgl. ebd., Rn. 340 und 341.

3. UNSER AUFTRAG

Die caritativen Einrichtungen bilden einen wesentlichen Teil der Kirchen aller Konfessionen und beziehen ihren Auftrag aus dem Evangelium. Sie sollen Orte sein, an denen Menschen in ihrer Krankheit, in Alter und Gebrechlichkeit und mit unterschiedlichsten Einschränkungen angenommen und geborgen sind. Sie werden immer entsprechend der Würde behandelt, die ihnen ohne Einschränkungen zukommt, und dürfen sich darauf verlassen, dass ihr Leben bis zu seinem natürlichen Ende als wertvoll angesehen wird. Aus unserem Auftrag, den wir aus der Tradition unseres Gründers annehmen, verstehen wir den Menschen als Ebenbild Gottes und damit auch sein irdisches Leben als kostbar. Dieses Engagement für das Leben ist immer handlungsleitend. Gott ist ein Gott des Lebens. Wir schützen Leben, wir treten für das Leben und für ein gutes Ende des menschlichen Lebens ein. Wir setzen uns dafür ein, dass Menschen immer bis zu ihrem natürlichen Lebensende das Recht zu leben haben. Das soll jeder Mensch wissen und erfahren können, der in unsere Einrichtungen kommt.⁷

4. EINE PLURALE WIRKLICHKEIT

Wir sind gleichzeitig Teil einer Gesellschaft, die den Wert der Freiheit, der Selbstbestimmung – auch im Hinblick auf das Lebensende – sehr hoch ansetzt. Das lässt sich von vielen Menschen sagen, die in unseren Einrichtungen behandelt, betreut und begleitet werden. Auch viele Mitarbeitende teilen diese Einschätzung. Daher ist es wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, was uns am Herzen liegt. Es ist wichtig, einen ehrlichen und ernsten Dialog zu führen über den Wert des Lebens.

Als Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind wir Teil des öffentlichen Versorgungssystems in unserem Land. Wir können uns gegenüber den gesellschaftlichen Anforderungen und Entwicklungen nicht abschotten. Menschen, gleich welcher persönlichen Anschauung, erwarten von uns zu Recht Sorge und Begleitung in Krankheit, Alter, Gebrechlichkeit oder Behinderung. Unsere Einrichtungen sollen Räume sein, in denen Menschen ohne Bewertung ihres Glaubens, ihres sozialen Status, ihres Geschlechts, ihrer sexuellen Identität, ihres Alters oder ihrer körperlichen Integrität Aufnahme finden und Respekt erfahren. Wir schützen die Integrität von Menschen. So verstanden sind unsere Einrichtungen auch Schutzräume für die unverlierbare und unverbrüchliche Würde der Menschen in allen Phasen ihres Lebens, bis zu dessen Ende.

Ein solches Verständnis bedeutet allerdings auch, dass wir unsere Türen nicht vor Menschen verschließen können, die mit sich und ihrem Leben ringen und die andere Vorstellungen vom Ende ihres Lebens haben als wir aus unserem christlichen Verständnis und unserer Tradition. Der Jesuit Alfred Delp hat in der Zeit kurz vor seiner Hinrichtung im Jahr 1945 den diakonischen Auftrag der Kirchen beschrieben als ein „Sich-Gesellen zum Menschen in allen seinen Situationen mit der Absicht, sie ihm meistern zu helfen“, als ein Nachgehen und Nachwandern.⁸ Ein solcher Auftrag bedeutet eine große Herausforderung, gerade dann, wenn Menschen ihr Leben als unerträglich betrachten und es beenden wollen. Die Herausforderung besteht darin, eine gute Balance zu finden zwischen dem Verständnis für den Menschen und der Anwaltschaft für das Leben. Wir müssen aushalten, dass Menschen auch im Hinblick auf das Ende ihres Lebens Entscheidungen treffen, die unserer Haltung nicht entsprechen.

⁷ Vgl. „Grundsätze und Leitlinien“ der BBT-Gruppe, Nr. 2.9.

⁸ Alfred Delp, Das Schicksal der Kirchen (1944/45), Stimmen der Zeit 12-2017, 831–837, hier 833.

5. WAS IN UNSEREN EINRICHTUNGEN GELTEN SOLL

In Bezug auf das Lebensende ist es unser Ziel, dass Menschen sterben können, ohne dass sie den Wunsch nach einer Beendigung ihres Lebens durch einen assistierten Suizid entwickeln. Durch gute Begleitung, präventive Angebote und palliative Versorgung versuchen wir, dieses Ziel zu erreichen.

Auch wenn es eine geringe Zahl von Fällen ist und nach derzeitiger Einschätzung auch bleiben wird, in denen unsere Einrichtungen mit dem Wunsch und der Frage nach einem assistierten Suizid konfrontiert werden, ist für diese Fälle eine grundsätzliche Klärung erforderlich.

In unseren Einrichtungen begegnen wir Menschen, die sich in einer kritischen Lebenslage befinden und den Wunsch nach einem assistierten Suizid äußern, immer mit Respekt. Wir lassen sie in dieser Not- und Leidenssituation nicht allein, sondern begleiten sie mit Aufmerksamkeit, Fürsorge und Zuwendung. Im gemeinsamen Gespräch suchen wir nach Möglichkeiten, körperliches und seelisches Leid zu lindern. Für Menschen, die sich aufgrund einer schweren Erkrankung am Ende ihres Lebens befinden, bieten wir eine fundierte palliative Versorgung an. Dabei wird auf die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patient*innen, An- und Zugehörigen und des Behandlungsteams eingegangen.⁹

Der vorliegende Rahmen darf nicht den Eindruck erwecken, jeden Einzelfall im Voraus regeln zu können. Jeder Einzelfall verdient ein hohes Maß an Aufmerksamkeit. Wenn der Entschluss eines Menschen ernsthaft und dauerhaft besteht, sein Leben mithilfe einer Suizidassistenz zu beenden, soll Folgendes, vorbehaltlich anderer gesetzlicher Regelungen, für die Einrichtungen der BBT-Gruppe und ihre Mitarbeitenden gelten:

Für das Leben

Auch wenn wir die Entscheidung eines einzelnen Menschen respektieren, positionieren wir uns immer für das Leben bis zu seinem natürlichen Ende und für die Ablehnung des assistierten Suizids. Wir wollen nicht, dass die Suizidhilfe als ein Normalfall der Lebensbeendigung angesehen wird.

Begleitung und Beratung

Die Begleitung und Beratung von Menschen endet nicht, wenn diese einen Entschluss gefasst haben, ihr Leben beenden zu wollen. Sie bleibt bestehen, ebenso wie die möglichst gemeinsame respektvolle Suche nach Möglichkeiten, weiterzuleben

und auf natürliche Weise zu sterben. Ein geäußelter Sterbewunsch muss der Auslöser einer intensiven Begleitung und Sorge für einen Menschen sein.

Wie kann Beratung aussehen?

Unter Beratung, wie sie in unseren Einrichtungen von Mitarbeitenden geleistet werden kann, kann die Beratung im Hinblick auf die Gestaltung der letzten Lebensphase verstanden werden (im Sinne der gesundheitlichen Versorgungsplanung), die Beratung hinsichtlich der Abfassung einer Patientenverfügung, psychosoziale Beratung, die Beratung in Fragen rund um das Lebensende, auch die Beratung und Begleitung durch Seelsorger*innen. In einem beratenden, auch seelsorglichen Kontext kann ein Mensch selbstverständlich auch die Frage nach einem assistierten Suizid stellen oder einen Sterbewunsch äußern.

Ethische Fallbesprechung

Wenn in einer Einrichtung der Wunsch oder Entschluss eines Menschen bekannt wird, das Leben zu beenden, ist immer eine ethische Fallbesprechung durchzuführen. Diese kann und soll nicht über den Kopf des oder der Betroffenen hinweg ein Votum abgeben, aber alle Möglichkeiten erörtern und ausloten, die bestehen, um Alternativen zu einem assistierten Suizid zu ermöglichen und anzubieten.

Keine Mitwirkung

Hält ein Mensch an seinem Entschluss fest, werden wir selbst in unseren Einrichtungen und Diensten keinen assistierten Suizid anbieten und nicht an seiner Durchführung mitwirken. Wir werden aber die Tatsache aushalten müssen, dass Menschen vom assistierten Suizid Gebrauch machen wollen.

Wir organisieren für Patient*innen, Bewohner*innen oder Klient*innen keine Suizidassistenz und stellen keine Beratung zu Möglichkeiten, Organisationen und Personen zur Verfügung, die den assistierten Suizid anbieten. Ebenso stellen wir keinen Kontakt zu Personen und Organisationen her, die den assistierten Suizid anbieten, und arbeiten nicht mit ihnen zusammen. Wir stellen von uns aus auch keine Informationen über entsprechende Organisationen oder Einzelpersonen zur Verfügung. Wir behindern diese jedoch nicht, wenn Menschen, die in unseren Einrichtungen leben, Kontakt zu ihnen aufnehmen.

⁹ Vgl. Stellungnahme: An der Seite des Lebens, Juni 2020.

Selbstbestimmung

Sollte jemand in unseren Einrichtungen trotz guter palliativer Betreuung und Begleitung für sich persönlich zu dem Entschluss kommen den assistierten Suizid zu vollziehen, werden wir das als seine freie und gesetzlich verankerte Selbstbestimmung respektieren.

Regelungen

Wir werden in unsere Heimverträge sowie Wohn- und Betreuungsverträge (Einrichtungen der Seniorendienste und der Eingliederungshilfe/psychiatrische Dienste/soziale Dienste/Teilhabedienste) keine Klauseln aufnehmen, mit denen Bewohner*innen und Klient*innen zustimmen würden, für die Durchführung eines assistierten Suizids die Einrichtung verlassen zu müssen. Wir gehen davon aus, dass eine solche Klausel und eine entsprechende Regelung rechtlich auch nicht haltbar wären. Gleichzeitig halten wir es für schwierig, dass Menschen in dieser extremen Situation des Lebensendes auch ihr gewohntes, oft einziges Umfeld verlassen müssten.

Differenzierung zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Die Situation in den Krankenhäusern und in den Pflegeeinrichtungen sowie den verschiedenen Wohnformen ist jeweils unterschiedlich. In Akut-Krankenhäusern schließen wir die Möglichkeit eines assistierten Suizids aus und verweisen auf Palliativkonzepte, Therapiezielbegrenzung und ethische Fallbesprechungen.

Der Grund liegt darin, dass Akut-Krankenhäuser mit jedem und jeder Patient*in einen Krankenhausvertrag/Behandlungsvertrag abgeschlossen haben und damit auch nur diejenigen Personen an einem oder einer Patient*in Eingriffe vornehmen dürfen, die im Krankenhaus dazu berechtigt sind. Ausgenommen davon sind Belegärzt*innen in dem vertraglich mit dem Krankenhaus vereinbarten Umfang. Auch ihr Tun ist daher nicht vollständig unabhängig. Hinzu kommt, dass ein Krankenhaus für Gesundheitsleistungen, also die Behandlung von Erkrankungen, da ist und eine „Leistung“ wie den assistierten Suizid nicht in sein Leistungsangebot aufnehmen könnte.

Begleitung

Wenn ein Mensch mithilfe einer anderen Person sein Leben durch einen assistierten Suizid beenden will, gewährleisten wir

nach Möglichkeit die Begleitung dieses Menschen. Dazu gehört die Pflege, dazu gehören Gesprächsangebote und Seelsorge. Soweit es möglich ist, werden wir Menschen, die aus dem Leben scheiden, Beistand leisten, auch im Moment ihres Todes. Es kann niemand zu dieser Begleitung verpflichtet werden. Es muss auch darauf geachtet werden, dass jemand, der für eine Begleitung in diesem Sinne nicht zur Verfügung stehen will, sich dafür nicht rechtfertigen muss. Ebenso soll sich niemand dafür rechtfertigen müssen, dass er oder sie eine solche Begleitung übernimmt.

Sorge für Mitarbeitende

Mitarbeitende, die einen Menschen in der Situation eines assistierten Suizids begleitet haben, brauchen ihrerseits Unterstützung und Begleitung. Sie müssen Räume haben, um ihre eigenen Fragen und Sorgen auszusprechen. Auch Supervision, Seelsorge und psychosoziale Begleitung können wichtig werden, wenn Menschen erlebt haben, dass jemand durch einen assistierten Suizid sein Leben beendet hat.

Sorge für das Umfeld

Der Wunsch nach Beendigung des Lebens löst für das Umfeld, für An- und Zugehörige und auch für Mitarbeitende immer eine Reihe von Fragen aus: Haben wir genug getan, um einem Menschen ein gutes Leben und friedliches Abschiednehmen zu ermöglichen? Haben wir seine Schmerzen genügend gelindert und ihm genug Aufmerksamkeit gegeben? Durfte jemand ohne Druck und ohne Vorwurf krank und gebrechlich sein? Daher wird es wichtig sein, im Blick zu haben, dass das gesamte Umfeld in der Einrichtung (Mitarbeitende, andere Bewohner*innen, An- und Zugehörige) in einem hohen Maß betroffen sein kann. Auch hier sind Möglichkeiten des Austauschs, des Gesprächs, der Unterstützung notwendig.

Kommunikation

Wir weisen unsere Kooperationspartner auf unsere Haltung hin. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass der assistierte Suizid in bzw. von unseren Einrichtungen angeboten wird oder regelhaft stattfindet.

6. WAS NOCH ZU TUN IST

Sowohl auf der Ebene der BBT-Gruppe als auch in den Regionen und Einrichtungen ist – jeweils abhängig von der konkreten Situation – eine Vielzahl von Dingen zu bedenken oder zu regeln. Dazu gehören:

- Ausbau und Förderung guter palliativer Strukturen. Es ist wichtig, dass Bewohner*innen, Patient*innen und Klient*innen über palliative Strukturen gut informiert sind.
- Ausbau und Förderung von Suizidprävention – dazu gehört eine Kenntnis von Anzeichen für Suizidalität, eine professionelle Sicherheit im Umgang mit geäußerten oder vermuteten Suizidwünschen, ggf. die Zusammenarbeit mit psychiatrischen Fachkliniken oder Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), der Umgang mit Screening-Instrumenten und Begleitungskonzepten.
- Kommunikation nach innen und außen: Welche Kooperationspartner und welche Öffentlichkeit sollen über unsere Position informiert werden? Welche Informationen über unsere Haltung benötigen Bewohner*innen, Klient*innen und Patient*innen sowie die Angehörigen? Anpassung der Kommunikation auf unterschiedliche Settings in den Einrichtungen (z. B. psychiatrische Dienste mit teilweise jüngeren Bewohner*innen: Wie kann man hier klar suizidpräventiv arbeiten und informieren?). Wie kann man die Öffentlichkeit auch in die Prävention von Suiziden einbeziehen?
- Intensive Schulung und Information von Mitarbeitenden im Hinblick auf Grundlagen der Suizidforschung, auf die Position der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf, auf rechtliche Gegebenheiten und fachliche Kompetenzen.
- Befähigung von Mitarbeitenden zum Umgang mit Sterbe- und Suizidwünschen: Gesprächsführung, Wahrnehmung von „leisen Tönen“, Unbefangenheit und Professionalität anstelle von Tabuisierung etc.
- Aufbau und Stärkung von Begleitungsmöglichkeiten für Mitarbeitende: Welche Angebote zu Supervision, zu Beratung gibt es? Welche Aufgabe kann darin die Seelsorge spielen? Kann ein psychologischer Fachdienst herangezogen werden? Wie können Mitarbeitende auf Situationen vorbereitet werden, in denen sie mit einem assistierten Suizid eines oder einer Bewohner*in konfrontiert sind?
- Schutzkonzepte für das Umfeld in der Einrichtung: Wie geht das System mit der Verstörung durch einen assistierten Suizid um (Mitbewohner*innen, Angehörige)?
- Gestaltung und Formen der seelsorglichen Begleitung bis hin zu Fragen rund um eine würdige Verabschiedungskultur.
- Im Anschluss an die Klärungen durch den Gesetzgeber wird noch einmal der Fragenkomplex der Beratung/Begutachtung betrachtet werden müssen. Welche medizinische/psychiatrische/psychologische/psychosoziale Beratung wird durch den Gesetzgeber vorgeschrieben und wie sind die Prozesse dazu angelegt?
- Ausgewogene Schwerpunktsetzung: Die Aufmerksamkeit, die Begleitung und Beratung müssen gleichermaßen für alle Bewohner*innen, Patient*innen und Klient*innen zur Verfügung stehen, die Begleitung des Sterbens darf nicht nur auf die Ausnahmesituationen fokussiert sein.

Die Positionierung soll nach ihrer Kommunikation in den Einrichtungen in einem Zeitraum von ein bis zwei Jahren noch einmal evaluiert werden. Erfahrungen und Anregungen sollen in dieser Zeit gesammelt und dem Zentralbereich Christliche Unternehmenskultur und Ethik zugeleitet werden.

B Hintergrund-
informationen und
Arbeitshilfe



1. STERBEWÜNSCHE, SUIZIDALITÄT UND SUIZIDPRÄVENTION

Ein Schwerpunkt der Arbeit in unseren Einrichtungen muss es sein, Suizidalität und Gefahrenpotenziale zu erkennen und suizidpräventive Arbeit zu einem Bestandteil der Begleitung und Betreuung von Menschen zu machen. Es ist das Ziel, dass Personen in unseren Einrichtungen in Krisensituationen gute und wirksame Unterstützung erhalten, damit Suizidalität möglichst früh erkannt wird und Wege der Krisenbewältigung aufgezeigt werden können.

In der Literatur und in mittlerweile vielen Handreichungen¹⁰ wird deutlich unterschieden zwischen

- (gelegentlichen) Äußerungen hinsichtlich eines erwarteten oder ersehnten Lebensendes,
- konkreteren, auch vermehrt und immer wieder geäußerten Sterbewünschen
- sowie Wünschen nach einer aktiven Beendigung des Lebens.

Suizidalität ist ebenso wie das Äußern von Suizidwünschen in vielen Fällen verbunden mit einer Depression. Dieser Zusammenhang ist gut belegt.¹¹ Damit ist bei der Wahrnehmung von Suizidwünschen die psychiatrische Abklärung, ob eine Depression vorliegt, der „Goldstandard“. Eine professionelle Abklärung ist in jedem Fall notwendig.

Alterssuizidalität ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet, die Kurve der Suizide und Suizidversuche steigt mit dem Alter von über 75 Jahren deutlich an.

Der Gerontologe Uwe Sperling schildert bezogen auf Suizide in der stationären Altenpflege folgende Risikofaktoren für Suizidalität:

- älter
- häufiger psychiatrisch behandelt, häufiger psychiatrische Störung
- häufiger Suizidversuche in der Vorgeschichte
- tendenziell seltener eine akute Krise erlebt
- seltener ein körperliches Gesundheitsproblem
- besonders kritisch: Einzug und erstes Jahr im Heim
- Suizidrate in den Heimen eher geringer als in der Altersgruppe generell

In der Praxis der (stationären) Altenhilfe bedeutet das eine mehrfache Sensibilisierung. Von den Mitarbeitenden werden verschiedene Kompetenzen benötigt:

- Erkennen der Risikofaktoren und Eingehen darauf (Vorgeschichte eines oder einer Bewohner*in), Gestaltung der Eingewöhnung, Kontaktgestaltung/soziale Situation
- Sensibilisierung für die Symptome von Depression (psychiatrische Expertise hinzunehmen)
- Erkennen von Anzeichen für tatsächliche Suizidabsichten

Allgemeines zum Suizidverständnis¹²

Ein Sterbewunsch oder Suizidwunsch hat keine eindeutige Ursache oder Botschaft – er kann mehrere Bedeutungen oder Intentionen enthalten.

- Sterben zulassen als Merkmal eines natürlichen Geschehens
- Nicht mehr aushaltbares Leiden durch Herbeiführung des Todes beenden
- Eine Bilanzierung mit dem Ergebnis, unnötiges Leiden zu beenden mit dem Tod als Schlusspunkt
- Nicht abwarten wollen, bis der Tod kommt
- Lieber die Kontrolle behalten, als diese im Sterben aufzugeben

Funktionen eines Suizidwunsches – welche Absicht kann hinter einem geäußerten Suizidwunsch stehen?

- Manifestation des Lebenswunsches
- Im Sterbeprozess wird ein beschleunigter Tod bevorzugt
- Die Unerträglichkeit der Situation verlangt unbedingt ein Handeln
- Option, um einer unerträglichen Situation zu entrinnen
- Manifest letzter Kontrolle
- Aufmerksamkeit auf die eigene Individualität lenken
- Geste des Altruismus (um anderen nicht zur Last zu fallen)
- Versuch, die Familie zu manipulieren
- Ausruf von Verzweiflung, der die aktuelle Not verdeutlichen soll

Hinweise auf Sterbewünsche und auf Depression: Fragen nach dem Wohlbefinden

In einer vereinfachten Annäherung können zwei Fragen hilfreich sein, mit denen Pflegebedürftige wahrgenommen werden kön-

¹⁰ Links sind am Ende des Dokuments zu finden.

¹¹ Vgl. zum Beispiel: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>

¹² Vgl. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (2020)

nen. Entweder können diese beiden Fragen Bewohner*innen regelmäßig gestellt (und auch dokumentiert) werden; sie können aber auch den Pflegepersonen oder anderen Bezugspersonen dabei helfen, innerhalb der Teambesprechungen eine Einschätzung abzugeben und diese auch zu dokumentieren; dann sollten sie auf konkreten Beobachtungen aufbauen, die im Sinn einer Verhaltensänderung/Stimmungsänderung interpretiert werden.

- **Fühlten Sie sich in der/den letzten Woche(n) häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?**
- **Hatten Sie in der/den letzten Woche(n) deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?**

Verfestigt sich das Bild, dann soll Unterstützung hinzugezogen werden: Hausärzt*in, Zu- und Angehörige, Unterstützungsangebote innerhalb der Einrichtung. Wenn möglich und als erforderlich eingeschätzt, ist auch eine psychiatrische Expertise hinzuzuziehen.

Jemand, der einen Suizidwunsch äußert, wird häufig die ICD-10-Kriterien für eine Depression erfüllen. Pflegende und betreuende Personen können ebenso wie Zu- und Angehörige oder Seelsorger*innen Indizien erkennen, die auf eine Depression hinweisen (Themen: Einsamkeit, Gebrechlichkeit, Verlust der Unabhängigkeit, Rückzug aus der Heimgemeinschaft etc.). Sichere Aussagen über eine behandlungsbedürftige Depression sind jedoch auf jeden Fall durch fachärztliche Untersuchung und Beurteilung zu treffen.

Fragen nach Suizidwünschen oder Suizidabsichten sind bei konkreten Vermutungen möglich; nach aktueller Studienlage tragen sie nicht zu einem erhöhten Risiko für Suizide bei, sondern sind gesprächseröffnend und ermöglichen auch eine zielgerichtete Unterstützung.

Diesseits eines therapeutischen Eingreifens können zwei Fragen auch durch andere Personen (Pflege, Seelsorge, sozialbegleitender Dienst) herangezogen werden, wenn ein oder eine Bewohner*in über ihren Sterbewunsch spricht:

- **Gibt es Momente, in denen der Todeswunsch in den Hintergrund tritt?**
- **Was müsste für Sie gesichert sein, damit das Leben wieder erträglicher wäre?**

Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann die Einschätzung eines offenen Ansprechens von Sterbewünschen oder Suizidwünschen anders ausfallen. Hier kann durch die betreuenden Personen aus fachlicher Expertise die Einschätzung getroffen werden, dass ein Ansprechen des Themas „Suizid“ mit dem oder der Klient*in nicht möglich oder sogar kontraindiziert ist. Der Rückgriff auf erprobte Screening-Instrumente sollte bei einem vermuteten Suizidwunsch auf jeden Fall erfolgen.

ANHANG: Geriatrische Depressionsskala

(Die Geriatrische Depressionsskala ist ein erprobtes Screening-Instrument, das im Vorfeld oder im Kontext einer fachärztlichen Beurteilung verwendet werden kann.)

Cave: Bei einer vermuteten Depression oder starken Hinweisen darauf immer eine psychiatrische Expertise einholen.

Wahrnehmen und Verstehen von Sterbewünschen

In jedem Fall ist es wichtig, dass Mitarbeitende (Pflegepersonen, Personen in der sozialen Begleitung, Betreuungspersonen) eine interessierte und respektvolle Haltung gegenüber der Lebensrealität der Bewohner*innen/Klient*innen/Patient*innen einnehmen. Es ist ein besonderes Vertrauensverhältnis, das zu ihnen aufgebaut oder auf welches sich verlassen wird, wenn sich Bewohner*innen Mitarbeitenden gegenüber öffnen. Es geht darum, nach Möglichkeit den Sinn und den Rahmen der Äußerungen des oder der Bewohner*in zu entschlüsseln und dabei die eigenen Werturteile zurückzuhalten:

Verstehen: Heraushören der Intention und eigentlichen Gefühle des oder der Bewohner*in/Klient*in und Wiedergabe in dessen/deren Worten → aktives Zuhören ermöglicht das Einfühlungsvermögen/Empathie.

Verständnis: Mit dem gleichzeitigen Rückhalten der eigenen Gefühle dazu kann dem Gegenüber eine Wertschätzung und eine stabile Beziehung entgegengebracht werden.

Kein Einverständnis: Kein Teilen dieser Haltung des oder der Bewohner*in, Patient*in, Klient*in (das bedeutet: Niemand, der eine Haltung eines oder einer Bewohner*in verständnisvoll wahrnimmt und das auch so spiegelt, muss/soll diese Haltung zu seiner eigenen machen).

Wer merkt, dass das Äußern eines Sterbewunsches oder auch eines Suizidwunsches ihn oder sie belastet, soll sich Unterstützung holen. Möglicherweise sind Palliative-Care-Fachkräfte in der Einrichtung die geeigneten Personen oder auch ein oder eine Seelsorger*in, ein oder eine Fachärzt*in, Psycholog*innen. Möglicherweise sind in der Einrichtung auch andere Personen benannt, die in diesen Fällen unterstützen können.

Suizidprävention in der Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP)

Die Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V erfolgt nach einem in der BBT-Gruppe festgelegten Standard und wird durch ausgebildete Berater*innen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe angeboten. Sie dient dazu, Wünsche, Vorstellungen und Festlegungen von Personen in der stationären Altenhilfe und Eingliederungshilfe zu erkennen und festzuhalten. Gleichzeitig dient sie dazu, über vorhandene Optionen wie palliative Versorgung, Vorsorgedokumente und Notfalldokumente zu informieren. In der Regel wird die Beratung nach §132g SGB V durch interne Berater*innen vorgenommen, es können aber auch Kooperationen mit externen Berater*innen abgeschlossen werden.

GVP-Berater*innen können eine suizidpräventive Funktion haben, da sie auf die verschiedenen Handlungsoptionen bereits weit im Vorfeld einer Akutkrise hinweisen können.

Es ist wichtig, dass sowohl interne wie auch externe GVP-Berater*innen die Haltung der BBT-Gruppe kennen und explizit vertreten.

Situationen, in denen Menschen konkret über einen Suizid nachdenken, werden wahrscheinlich selten im Vorfeld thematisiert (möglicherweise sehr unspezifisch: wenn..., dann... möchte ich, dass mir jemand hilft, zu sterben).

Wenn jedoch ein oder eine Gesprächspartner*in aktiv die Suizidhilfe für besondere Fälle seines eigenen möglichen Krankheitsverlaufs anspricht, sollte darüber gesprochen, auf alternative Angebote (Palliative Care, Unterstützungsangebote, hospizische Begleitung) hingewiesen und das Gesprächsergebnis dokumentiert werden. Zudem soll transparent kommuniziert werden, dass die Einrichtung und die Mitarbeitenden aufgrund ihrer Haltung keine Suizidassistenz leisten oder vermitteln.

An- und Zugehörige in der suizidpräventiven Arbeit

An- und Zugehörige können die Suizidalität von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen oder Patient*innen im Krankenhaus anders einschätzen als Mitarbeitende, auch weil sich Bewohner*innen möglicherweise aus Scham oder um dem Bild zu entsprechen, das ihre Familie von ihnen hat, sich in dieser Frage Mitarbeitenden eher anvertrauen (oder es liegt der umgekehrte Fall vor). Insofern es Gespräche mit An- und Zugehörigen über die Frage eines Sterbewunsches gibt (cave: Einwilligung des oder der Bewohner*in), soll eine verurteilungsfreie Haltung vorherrschen. Mitarbeitende und die Einrichtung sollen sich von keiner Seite instrumentalisieren lassen, weder um einem Wunsch eines oder einer Bewohner*in gegenüber den Angehörigen Nachdruck zu verleihen noch um eine oder einen Bewohner*in im Sinne der Angehörigen zu beeinflussen oder ihm/ihr den Sterbewunsch „auszureden“. Eine gute Kooperation zwischen Einrichtung und An- und Zugehörigen soll die lebensfördernde Begleitung des ganzen sozialen Systems zum Ziel haben.



2. AUFGABEN UND HINWEISE FÜR EINRICHTUNGSLEITUNGEN/ DIE ORGANISATION

Begleitung und Freiwilligkeit

Niemand aus dem Kreis der Mitarbeitenden muss im Fall eines in der Einrichtung denkbaren assistierten Suizids als begleitende Person zur Verfügung stehen. Sollten sich Personen finden, die sich vorstellen können, einen Menschen, der durch einen assistierten Suizid sein Leben beendet, auch in dieser Phase zu begleiten, können sie sich zum Beispiel mit dem Hausoberen/der Hausoberin dazu absprechen. Sie würden dann als Ansprechpartner*innen intern bekannt sein (Hausoberer/Hausoberin Pflegedienstleitung). Bei einer konkreten Anfrage besteht gleichzeitig immer noch die Möglichkeit, die Begleitung abzulehnen.

Die Begleitung eines Menschen, der sein Leben durch einen assistierten Suizid beenden will oder beendet, ist immer eine herausfordernde Situation. Und sie berührt auch das Gewissen eines Menschen, verbunden mit allen Fragen, die sich stellen: Würde genug für einen Menschen getan? Hätte es noch Möglichkeiten gegeben, einem Menschen Lebensperspektiven zu eröffnen?

Eine Gewissensentscheidung für oder gegen eine solche Begleitung soll von allen Mitarbeitenden wertungsfrei akzeptiert werden, auch von den An- und Zugehörigen eines suizidwilligen Menschen.

Für eine Begleitung gilt: Sie muss deutlich getrennt werden von einer Mitwirkung beim assistierten Suizid.

Wie kann eine solche Trennung oder Unterscheidung aussehen? Dazu folgende Hinweise:

- Kein Mitarbeitender und keine Mitarbeitende leistet Suizidassistenten, weder im stationären noch im ambulanten Setting. Es soll in den Einrichtungen auch deutlich vereinbart werden, dass Mitarbeitende außerhalb ihrer dienstlichen Tätigkeit sich nicht für Sterbehilfevereine engagieren oder dort mitarbeiten (Konflikte mit der inhaltlichen Ausrichtung des Trägers).
- Mitarbeitende unterstützen oder bestärken anvertraute Menschen nicht in ihrer Entscheidung, sondern verhalten sich, wenn eine Entscheidung getroffen wurde, so neutral wie möglich.
- Werden Mitarbeitende nach ihrer persönlichen Meinung oder Haltung zu einem assistierten Suizid gefragt, so

werden sie möglichst authentisch antworten, aber je nach Situation darauf verweisen, dass es noch andere Wege am Ende des Lebens gibt. Dazu sollte innerhalb der Einrichtung ein Austausch stattfinden, der Mitarbeitenden in dieser Frage eine gewisse „Trittsicherheit“ gibt und mögliche Sprachregelungen vereinbart.

- Die reine Präsenz vor oder nach dem Geschehen eines assistierten Suizids ist keine Mitwirkung. Das gilt auch für pflegerische Handlungen im Vorfeld.
- Die Personen, die (z. B. im Auftrag eines Sterbehilfevereins) Suizidassistenten leisten, werden nicht aktiv unterstützt (durch Bereitstellen von medizinischem oder Pflegematerial usw.).

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, jede mögliche Konstellation zu beschreiben, als Faustregel kann aber gelten, dass eine aktive Vermittlung von Suizidassistenten, die Bereitstellung eines tödlich wirkenden Mittels, die Unterstützung bei der Aufnahme eines solchen Mittels jeweils als Mitwirkung zu betrachten sind, die reine Anwesenheit, das Gespräch, die pflegerische Grundversorgung nicht.

Erleben eines Suizidversuchs von Bewohner*innen

Allgemein besteht Rettungspflicht bei einem Suizidversuch, sodass auch der Rettungsdienst zu informieren ist. Bei mehr als 90 % liegt bei Suizidalität eine (behandlungsfähige) psychische Erkrankung oder Krise vor.¹³

Nur bei einem eindeutig bekannten und dokumentierten freiverantwortlichen Entschluss zur Beendigung des Lebens entfällt die Garantenpflicht, die die Rettungskette in Gang setzen muss.

Die Entscheidung, ob es sich um einen freiverantwortlichen Suizidversuch handelt, kann der Mitarbeitende vor Ort nicht leisten, es ist auch nicht Aufgabe der Pflegenden oder Seelsorgenden, belastbare Aussagen über die Freiverantwortlichkeit des suizidalen Verhaltens zu treffen. Sobald Zweifel an der eindeutigen, freiverantwortlichen Entscheidung eines oder einer Bewohner*in/Patient*in/Klient*in bestehen, das heißt: eine solche Entscheidung nicht klar und eindeutig dokumentiert ist, besteht die Rettungspflicht.

¹³ Vgl. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>

Die folgenden Überlegungen formulieren Merkmale, die bei der Entwicklung eines einrichtungsinternen (oder übergreifenden) Kommunikationskonzepts zu berücksichtigen wären.

Wie ist die Regelung über das Thema „Sterbewünsche/Suizidassistenz“ bei Einzug in eine Einrichtung zu kommunizieren?

- Grundsätzlich kann das Thema im Zusammenhang mit dem Aufnahmeprozess angesprochen werden.
- Der Akzent sollte dabei auf dem Schutz des Lebens von Bewohner*innen liegen
- Die christliche Haltung der Einrichtung/des Trägers kann gut kommuniziert werden.

Wie geschieht Kommunikation nach einem Suizid – innerhalb der Einrichtung, gegenüber Mitarbeitenden und Bewohner*innen – und nach außen, wenn nachgefragt wird?

- Prinzipiell empfiehlt sich die persönliche Ansprache von Bewohner*innen; auf Gruppenveranstaltungen sollte weitgehend verzichtet werden.
- Bei Mitarbeitenden eignen sich Teamsitzungen. Gegebenenfalls sollten begleitete Gespräche angeboten werden.

Die externe Kommunikation sollte auf Nachfrage durch dazu beauftragte Personen erfolgen (etwa die Heimleitung, Einrichtungsleitung, Sprecher*in). Hier ist ein Sprechzettel als Vorlage hilfreich, der mit der Unternehmenskommunikation, dem oder der Ethikbeauftragten und der Unternehmensleitung abgestimmt ist. Wichtige Bausteine: die eigene Haltung zum Thema, das Eingehen auf den oder die Bewohner*in und was in der Einrichtung getan wurde, um Perspektiven auf das Leben zu eröffnen und den Schutzpflichten der Einrichtung nachzukommen.

Wie kann ein Kommunikationskonzept aussehen?

(Bedeutung: Reputationsrisiken verringern; Werther-Effekt¹⁴ vermeiden)

In der Entwicklung des Kommunikationskonzepts sollte berücksichtigt werden, welche Haltung andere Akteure einnehmen. Ziel wäre es, eine als „typisch katholisch“ wahrgenommene und negativ konnotierte Positionierung bzw. entsprechende Botschaften an die verschiedenen Zielgruppen zu vermeiden. Medienvertreter*innen wissen in der Regel (Pressekodex), dass die Berichterstattung über Suizid mit äußerster Zurückhaltung zu geschehen hat.

¹⁴ Vom sogenannten Werther-Effekt spricht man dort, wo die Information/die Berichterstattung über Suizide zu weiteren Suiziden führt. Die Namensgebung geht auf den Briefroman Goethes „Die Leiden des jungen Werther“ sowie auf den Effekt, den dieser bei der Leserschaft gehabt haben soll, zurück.

4. ETHISCHE FRAGEN UND ETHISCHE FALLBESPRECHUNG

Wie ist die Unterstützung bei Freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) von Suizidassistenten abzugrenzen?

FVNF gilt als eigene Kategorie – eine Kategorie sui generis. Darauf haben sich die Fachgesellschaften, insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, geeinigt. FVNF wird daher weder als Suizid noch als natürliches Versterben eingestuft. Folgendes Vorgehen wird empfohlen: respektvoller Umgang mit dem Wunsch eines Menschen, durch FVNF zu sterben. Unterscheidung, ob es sich um eine Situation mit lebenslimitierender Erkrankung handelt oder nicht. Es sollte bei lebenslimitierender schwerer Erkrankung gute Palliativversorgung angeboten werden, um Beschwerden, die zu dem Wunsch beigetragen haben können, zu nehmen oder zu lindern. In Pflegeeinrichtungen sollte eine Ethikberatung einberufen werden, um kein Versäumnis zu übersehen. Der sterbewilligen Person sollte stets ein Angebot mit Nahrung und Flüssigkeit gemacht werden. Sterbewünsche sind unter Umständen reversibel und können schwinden, wenn mit Respekt Gespräche geführt werden.

Bei Zweifeln an der Freiverantwortlichkeit und bei Personen ohne lebenslimitierende Erkrankung empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, ein psychiatrisches Konsil einzuholen. Insbesondere sollten andere behandlungsbedürftige Erkrankungen wie Depression, Anorexie oder Psychose (Nahrungsverweigerung aus Vergiftungsangst) ausgeschlossen bzw. behandelt werden.¹⁵

Hinweise zur ethischen Fallbesprechung in Senioreneinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Umfeld von Sterbewünschen und Entscheidungen zu einem assistierten Suizid

Im Zusammenhang mit geäußerten Todeswünschen/Suizidwünschen/Entscheidungen zur Lebensbeendigung soll unter den unten beschriebenen Voraussetzungen eine ethische Fallbesprechung durchgeführt werden.

Der vorliegende Vorschlag richtet sich primär an die Verantwortlichen in den Einrichtungen der Seniorendienste. In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist in der Regel eine andere Praxis empfehlenswert oder sogar etabliert. Die Leitfragen können genutzt werden, allerdings werden in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe umfassender oder regelhaft in den klient*innenbezogenen Teambesprechungen Fragen rund

um Sterbewünsche oder Suizidalität erörtert werden. Dazu können auch entsprechende Screening-Instrumente genutzt werden. Suizidprävention steht hier im Rahmen der Begleitung psychischer Erkrankungen und psychischer Störungsbilder im Vordergrund. Daher ist eine ethische Fallbesprechung oder Teambesprechung dann auch hauptsächlich auf die Frage nach suizidpräventiven Möglichkeiten oder Maßnahmen fokussiert.

Die Fragen, ob ein Sterbewunsch oder ein Suizidwunsch Ausdruck einer psychischen Erkrankung/Einschränkung ist und damit nicht freiverantwortlich geäußert wird, sind anspruchsvoll. Sie sind im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung ohne die fachliche psychiatrische Expertise nicht zu beantworten. Diese muss unbedingt Vorrang haben.

Die ethische Fallbesprechung in diesem Kontext hat einen anderen Charakter als ethische Fallbesprechungen bei anstehenden Behandlungsentscheidungen oder Entscheidungen zur Unterlassung oder Beendigung von Behandlungen. Steht ansonsten eher ein Votum für ein bestimmtes Vorgehen im Fokus, gibt es hier zwei unterschiedliche Szenarien:

1. Ethikbesprechung im Team/ethische Fallbesprechung bei einem geäußerten Sterbewunsch

In akutergeriatrischen Einrichtungen kann man von einer Prävalenz von Sterbewünschen im Verlauf eines halben Jahres von ca. 36 Prozent ausgehen (Sperling et al. 2009). Das bedeutet, dass rund ein Drittel der beobachteten Patient*innen im Verlauf eines halben Jahres einen Sterbewunsch geäußert haben. Auch in unseren Einrichtungen werden häufig Sterbewünsche geäußert. Grundsätzlich sollen Mitarbeitende im Umgang mit Sterbewünschen sensibilisiert sein. Möglicherweise ist nicht in jedem Fall eine ethische Fallbesprechung erforderlich, wenn nach Einschätzung der Pflegepersonen ein Sterbewunsch eher Ausdruck einer allgemeinen, nicht akuten Stimmung oder Gemütslage ist. Dann sind die bewährten Unterstützungsangebote für Bewohner*innen/Klient*innen gefragt. Auf jeden Fall soll die Äußerung eines Sterbewunsches immer ernst genommen und in der Teambesprechung thematisiert werden.

Dazu können die unten aufgeführten Leitfragen dienen.

Eine ethische Fallbesprechung sollte regelmäßig dann einberufen werden, wenn sich herausstellt, dass

- a) ein Sterbewunsch häufiger und kontinuierlich geäußert wird, und/oder

¹⁵ Stellungnahme des trägerübergreifenden Ethikrats im Bistum Trier: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (2018), https://vp.uni.de/wp-content/uploads/2021/11/vp-uni-ethikrat_stellungnahme_fvnf.pdf

- b) deutliche Verhaltensänderungen beobachtet werden (Ernährung, soziale Kontakte ...) und/oder
- c) ein konkreter Suizidwunsch geäußert wird.

In einer ethischen Fallbesprechung sollen dann neben der Klärung des aktuellen gesundheitlichen oder Pflegezustands und der Gegebenheiten, die in einer ethischen Fallbesprechung üblicherweise erhoben werden, die unten stehenden Leitfragen und besonders die Handlungsoptionen besprochen und dokumentiert werden.

- Ist der Sterbewunsch erstmalig geäußert worden oder wiederholt?
- Wurde der Sterbewunsch nur einer Bezugsperson gegenüber geäußert oder gegenüber mehreren, auch gegenüber Angehörigen?
- Wird der Sterbewunsch durch die Pflegepersonen/Bezugspersonen als vorübergehend oder beständig eingeschätzt?
- Ist geklärt, was hinter dem Sterbewunsch liegt (Anpassungsschwierigkeit im Rahmen der ersten Zeit in einer Einrichtung, Einsamkeit, Schmerzen, depressive Episode oder Depression, familiäre Konflikte, Verlust von Angehörigen, zunehmende Einschränkungen wie nachlassende Sehkraft oder Hörvermögen, Unzufriedenheit mit der Lebenssituation in der Einrichtung ...)?
- Geht der Sterbewunsch mit anderen Äußerungen eines „Rückzugs vom Leben“ einher (Appetitlosigkeit/verminderte Nahrungsaufnahme, Verschlechterung des Allgemeinzustands, Rückzug von Aktivitäten, Rückzug von Kontakten, endgültige Regelung persönlicher Angelegenheiten, Verschenken von persönlichen Gegenständen ...)?
- Welche Angebote wurden dem oder der Bewohner*in bereits gemacht (Beratung, Palliative Care, Schmerzlinderung, psychologische Betreuung, Psychotherapie ...)?
- Ist eine psychiatrische fachärztliche Versorgung vorhanden oder kann für sie gesorgt werden (Einbezug des Hausarztes/der Hausärztin)?
- Welche Angebote einer lebensbejahenden Ausrichtung können dem/der Bewohner*in jetzt gemacht werden?
- Wer kann aktuell im Sinn einer lebensförderlichen Perspektive einbezogen werden (Angehörige, Seelsorge, sozial begleitender Dienst, ggf. Hausobere, in der Einrichtung bekannte Kontaktpersonen)?
- Besteht die Gefahr eines Suizids (Expertenmeinung [psychiatrische Expertise] einholen/Assessment)?¹⁶

Wenn ja: Welche suizidpräventiven Maßnahmen können wir anbieten/einsetzen?

2. Ethische Fallbesprechung bei einer bekannt gewordenen Entscheidung für eine Lebensbeendigung durch einen assistierten Suizid

Cave: In diesem Fall darf eine ethische Fallbesprechung nicht in einen direkten Zusammenhang mit dem Vorhaben einer Lebensbeendigung gebracht werden. Das heißt: In einer ethischen Fallbesprechung kann und darf die Freiverantwortlichkeit eines Entschlusses nicht im Sinne einer umfassenden Prüfung bestätigt werden. Ebenso wird keine positive Bewertung darüber abgegeben, ob ein Entschluss im Sinne einer gesetzlichen Regelung dauerhaft und ernsthaft besteht. Die ethische Fallbesprechung hat keine gutachterliche Funktion im Rahmen einer Suizidassistenz und darf für eine solche auch nicht herangezogen werden. Ebenso dient sie nicht der Prozessevaluation, wenn jemand zu einem Entschluss hinsichtlich der Suizidassistenz gekommen ist. Das bedeutet, dass die Fallbesprechung nicht dazu herangezogen werden kann, um zu dokumentieren, dass ein assistierter Suizid den gesetzlichen Regeln entsprechend stattgefunden hat oder der Entschluss den gesetzlichen Regeln entsprechend zustande gekommen ist. Die Dokumentation einer ethischen Fallbesprechung steht damit auch einer externen Organisation oder einem externen Suizidhelfer nicht zur Verfügung.

Die ethische Fallbesprechung hat vielmehr die Funktion, die Rollen, Aufgaben und Handlungsoptionen der Personen in der Einrichtung zu klären und im Blick auf das Umfeld einer sterbewilligen Person danach zu fragen, was seitens der Einrichtung zu tun ist, um Menschen aufzufangen und zu begleiten.

Gleichzeitig ist die ethische Fallbesprechung auch der Ort, an dem ernsthafte Zweifel oder Bedenken hinsichtlich der Freiverantwortlichkeit der getroffenen Entscheidung zur Sprache gebracht werden können.

¹⁶ Anmerkung/Vorschlag aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin: Die Dokumentation von geäußerten Todeswünschen ist für die weitere Behandlung des Patienten im multidisziplinären Team von besonderer Bedeutung. Die juristische Praxis zeigt, dass Strafverfolgungsbehörden und arztrechtliche Gremien besonderen Wert auf die Dokumentation von Suizidalität legen. Strafrechtlich relevant ist nicht der Irrtum, sondern die unterlassene Diagnostik und Therapie, welche durch Dokumentation nachgewiesen wird. Davon unabhängig ist das auch bei Suizidalität bestehende Arztgeheimnis resp. Seelsorgegeheimnis. Dies zu brechen bedarf des Vorliegens einer akuten Lebensgefahr. Somit ist es immer ärztliche, seelsorgerische und juristische Aufgabe, abzuschätzen, wie bedrohlich die Suizidalität ist. Hier kann psychiatrische Expertise hilfreich sein. Auch bezüglich des Seelsorgegeheimnisses gibt es klare Positionierungen: „Der Seelsorgeperson muss (...) zugetraut werden, dass sie einschätzen kann, was der absoluten Geheimhaltung bedarf und was ihr mutmaßlich unter diesem Vorzeichen anvertraut wurde ...“

Fragen, die in einer ethischen Fallbesprechung bearbeitet werden können:

- Gibt es deutliche Wahrnehmungen, die nahelegen, dass eine Entscheidung eines oder einer Bewohner*in unter Druck zustande gekommen ist oder dass ein oder eine Bewohner*in mit der eigenen Entscheidung unglücklich ist? Wohin sind solche Wahrnehmungen jetzt zu adressieren?
- Wurden alle möglichen somatischen Ursachen für den Sterbewunsch geprüft und versucht, die damit verbundenen Leiden zu minimieren (Schmerz, Fatigue, Depressionen etc.)?
- Wurde der bzw. die Bewohner*in durch Mitarbeitende/ An- und Zugehörige/behandelnde Ärzt*innen umfassend über die Möglichkeiten informiert, akute Leidenszustände zu lindern, bzw. über den erwartbaren zeitlichen Verlauf von krisenhaften Zuständen?
- Besteht bei den Mitarbeitenden Klarheit über ihre Rolle und Aufgaben (Unterscheidung von Mitwirkung und Begleitung)? Sind noch (berufs)rechtliche Klärungen erforderlich?
- Wurden seitens der Mitarbeitenden grundsätzlich die Angebote gemacht, die eine Lebensperspektive aufzeigen konnten?
- Sollen zum jetzigen Zeitpunkt Angebote gemacht werden, die eine Perspektive zum Weiterleben geben können? Welche Angebote? Durch wen?
- Ist sichergestellt, dass dabei kein Druck auf den bzw. die Bewohner*in ausgeübt wird?
- Wie wird dafür gesorgt, dass andere Bewohner*innen durch die Entscheidung ihres oder ihrer Mitbewohner*in nicht übermäßig verunsichert werden, und mit welchen Interventionen kann für die Mitbewohner*innen gesorgt werden?
- Wie und durch wen kann eine Begleitung des bzw. der sterbewilligen Bewohner*in stattfinden?
- Wie kann eine Begleitung der direkt oder indirekt beteiligten Mitarbeitenden gestaltet werden?
- Wie werden die Zu- und Angehörigen des suizidwilligen Menschen aufgefangen und begleitet? Welche Möglichkeiten haben wir, sie zu unterstützen?
- Was kann getan werden, um bei der Sorge für den Sonderfall eines assistierten Suizids sicherzustellen, dass keine*r der anderen Bewohner*innen aus dem Blick verloren wird (Vermeidung eines „Privilegs“ des assistierten Suizids)?



Prinzipiell gilt: Wird ein Todeswunsch/Sterbewunsch/Suizidwunsch geäußert, ist oft eine psychiatrische/psychotherapeutische Abklärung und Behandlung anstrebenswert, in der Wartezeit lohnt es sich, einen intensiveren Kontakt mit dem/der Betroffenen zu pflegen.

Suizidale oder nach Einschätzung eines oder einer Seelsorger*in suizidgefährdete Personen dürfen auf ihre Absichten angesprochen werden, ein therapeutisches Angebot darf immer gestellt werden; man kann anbieten, sich um eine*n Psychotherapeut*in oder um eine*n Psychiater*in zu kümmern (abhängig von der lokalen Situation).

Dokumentation und Weitergabe von Informationen

Die Dokumentation von Befinden oder Sterbewünschen durch den oder die Seelsorger*in kann nur begrenzt erfolgen und in der Regel nicht dem betreuenden/pflegerischen Team oder weiteren Personen (Angehörigen) weitergegeben werden. Bei der Weitergabe von Informationen über Sterbewünsche oder Suizidabsichten ist das Seelsorgegeheimnis zu beachten. Dazu ist in der Regel eine ausdrückliche Erlaubnis der aufsuchenden oder aufgesuchten Person erforderlich.

Folgende Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin können als Richtschnur gelten:

- „1. Was allen ohnehin bekannt ist, kann dokumentiert werden, wie z. B. ob und mit welchen Angehörigen Gespräche geführt wurden oder welche Rituale (außer der Beichte!) vollzogen wurden.
2. Besondere Vereinbarungen und Hinweise, die im Sinne des Patienten bzw. der Patientin dem Team zugänglich gemacht werden sollen, können dokumentiert werden, wie z. B. der Wunsch nach regelmäßigem Empfang der Kommunion bzw. des Abendmahls, die Bitte um Transport zum Gottesdienst in der Kapelle oder die Benachrichtigung des Seelsorgers bzw. der Seelsorgerin in besonderen Situationen.
3. Für alle anderen Fälle gilt, dass die Offenlegung zuvor mit dem Patienten oder der Patientin zu besprechen ist. Der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin muss explizit von der Verschwiegenheitsverpflichtung durch den Patienten oder die Patientin entbunden werden, um Inhalte dem Behandlungsteam mitteilen oder diese dokumentieren zu können. Auch nach vollzogener Entbindung von der

Verschwiegenheitspflicht haben der Seelsorger oder die Seelsorgerin sorgsam zu prüfen, ob sie die Weitergabe von Informationen im konkreten Fall verantworten können.“¹⁷

Selbstpositionierung

Die weiter unten genannten Fragen hinsichtlich einer Selbstpositionierung können für Seelsorger*innen durch folgende Fragen ergänzt werden

- Spirituelle Position zum Suizid?
- Liturgische Handlung in dem Zusammenhang denkbar?
- Inwieweit sehen Sie Ihre religiös-theologische Position als „grundsätzlich“ an und wie flexibel sind Sie/möchten Sie in einer konkreten Situation sein?

Angebote für An- und Zugehörige

Der Verein AGUS e. V. (Angehörige um Suizid) bietet eine Vielzahl von Informationen und Gruppenangeboten für Personen, die von einem Suizid Angehöriger betroffen sind.¹⁸

Auf der Seite findet sich ein Abschnitt, der die Besonderheit der Trauer beschreibt, die bei Suizidfällen im Umfeld zu beachten ist:

„Bei Tod durch Suizid drängen sich den Hinterbliebenen Fragen und Gefühle auf, die die Trauer unsagbar erschweren. Bei anderen Todesarten können diese Themen gar nicht oder abgeschwächt auftreten.

Einige besonders schmerzhaft erschwernisse in der Trauer nach Suizid, die in unterschiedlicher Ausprägung und in unterschiedlichem zeitlichen Abstand vom Tod bei vielen Suizidtrauernden auftreten können:

- Schuldgefühle („Ich muss eine schlechte Ehefrau gewesen sein“)
- Versagen („Ich konnte es nicht verhindern, ich habe es nicht bemerkt“)
- Einbruch des Selbstwertgefühles („Ich bin es nicht wert, dass man meinetwegen weiterlebt“)
- Infragestellung des bisherigen Lebens („Hat er mich und die Kinder überhaupt geliebt?“)
- Scham und Verleugnung („Niemand darf erfahren, dass der Vater meiner Kinder sich das Leben genommen hat“)
- Wut oder Ärger auf den Verstorbenen („Wie konnte er mir das antun?“)

¹⁷ Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis im Kontext der Palliativversorgung – Ein Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Michael Coors, Dorothee Haart und Dietgard Demetriades, Wege zum Menschen, 66. Jg., 91–98, 2014 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen, online hier zugänglich: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Beicht_u_Seelsorgegeheimnis_WzM-Auszug.pdf

Nützlich kann auch der Leitfaden der Alexianer zum Seelsorgegeheimnis sein:

https://www.alexianer.de/fileadmin/user_upload/Alexianer-GmbH/01_Verbund/Downloads/2020-05-21-Alexianer-Leitfaden-01-Seelsorgegeheimnis_web.pdf

¹⁸ www.agus-selbsthilfe.de

- Verlust der Perspektive für das weitere Leben („Wie soll ich damit weiterleben?“)¹⁹

Literaturhinweis: Rita Krebsbach et al.: Jedes Sterben ist ein Riss. Seelsorge in der Begegnung mit trauernden Menschen, Patmos 2016

Vorschlag: Bildung eines Kernteams für Fragen rund um Suizidalität

Man kann überlegen, im Rahmen der Verhältnismäßigkeit ein „Seelsorge + Kernteam“ für den Umgang mit Menschen vorzuschlagen, die sich in suizidalen Krisen befinden. Auch wenn alle Pflegenden im Rahmen ihrer Arbeit dazu angehalten werden, das Wohlbefinden der Bewohner*innen zu erfragen, woraus Hinweise für Depressionen oder auch Sterbe- und ggf. Suizidwünsche herausgehört werden können, fällt es nicht allen Pflegenden leicht, mit solchen Anfragen oder Anforderungen umfassender umzugehen. Zwar kommt der Suizidwunsch selten in den Einrichtungen vor, jedoch sollten sich dann Mitarbeitende finden lassen, die diese Bewohner*innen intensiver betreuen können, bis sie ggf. im Rahmen einer Psychotherapie weiterbehandelt werden. Aus der Suizidpräventionsarbeit ist bekannt, dass die Zeit, d. h. das möglichst frühe Reagieren auf die Äußerung einer Suizidabsicht oder eines Suizidwunsches, ein entscheidender Faktor ist, um eine Krise zu überbrücken. Dieses Kernteam kann aus Pflegemitarbeitenden und Seelsorger*innen bestehen.

Ist die Präsenz eines/einer Seelsorger*in bei einem assistierten Suizid eine Form der Mitwirkung (im Sinne von Billigung)?

Die grundsätzliche Frage ist, ob hier das Paradigma der „Mitwirkung“ angebracht ist, da es etwas nach Komplizenschaft klingt. Theologisch wird vom Vatikan und zum Beispiel von der Schweizer Bischofskonferenz²⁰ in der moralischen Tradition der Kirche der Suizid als „actus intrinsece malus“ (in sich schlechte Handlung) bezeichnet, der durch die Mitgliedschaft in einer Organisation (einem Sterbehilfeverein) und das damit planvolle Zugehen auf dieses Lebensende noch gravierender wird. Allerdings sind innerhalb des Textes der Schweizer Bischofskonferenz Spielräume für eine möglichst weitgehende Begleitung eröffnet.

Grundlegend sieht aber die Schweizer Bischofskonferenz das Anliegen so: „Im Fall der Suizidhilfe ist diese Anforderung mit

großen Schwierigkeiten verknüpft, welche nicht ohne Zweideutigkeit auskommen. Die Haltung der Seelsorge würde es in der Tat erfordern, dass man eine zum assistierten Suizid entschlossene Person ‚so weit wie möglich‘ und auf so bedachte Art und Weise wie möglich begleitet. Es kann vorkommen, dass eine Begleitungsverweigerung in einigen Situationen ein adäquates Mittel wäre, um darauf zu hoffen, dass die Person ihre Entscheidung mithilfe des Heiligen Geistes revidiert. Dennoch sind Christinnen und Christen dazu angehalten, sich zu jenen Menschen zu begeben, die sich am Rande des Lebens befinden. Es ist die Liebe zu diesen Menschen, mit ihrem Anspruch nach Wahrheit und Gerechtigkeit, die dieser Haltung zugrunde liegt.“

Die Schweizer Bischöfe geben folgende Konkretisierung: keine Anwesenheit beim Akt des Suizids selbst, möglicherweise aber zwischen Suizid und Sterben. Das ist allerdings eine schwierige Abwägung, die im Einzelfall zu einer unangebrachten Kasuistik führen würde. Aufgrund der wahrscheinlich insgesamt doch geringen Zahl von Fällen, die auf Seelsorger*innen in Einrichtungen zukommen werden, wäre es schwierig, eine allgemeine Regelung zu empfehlen.

Es kann nur um eine „adäquate Präsenz“ gehen, als wohlüberlegte und im Einzelfall bewusste Entscheidung, die nicht verwechselt werden muss mit der Billigung einer Handlung.

Wie kann eine Verabschiedung stattfinden (wenn der/die Bewohner*in sich in der Einrichtung/außerhalb der Einrichtung suizidiert hat)?

Abschiedsfeiern und Begleitung der An- und Zugehörigen und der Bewohner*innen sowie der Mitarbeitenden in der Einrichtung können und sollten auf jeden Fall gestaltet werden (ggf. Formulierung von Handreichungen). Aufgrund der besonderen Lage, dass jede*r, der Suizid begeht, in der Regel mehrere in unterschiedlicher Weise traumatisierte An- und Zugehörige/Personen des näheren Umfelds hinterlässt, sind sorgfältig gestaltete Verabschiedungen/Gedenkfeiern ein wichtiges Element der Bearbeitung von Trauer und Irritationen.

¹⁹ Die besondere Schwere der Suizidtrauer | AGUS e. V. (agus-selbsthilfe.de)

²⁰ Schweizer Bischofskonferenz, Seelsorge und assistierter Suizid. Eine Orientierungshilfe für die Seelsorge, Dezember 2019, https://www.bischoefe.ch/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/191213_ao326_Atitudepastoraleface%C3%A0lapratiquedesuicideassist%C3%A9_d.pdf



Stärkung und Implementierung einer eigenen Haltung

Es ist elementar, Menschen mit ihren Sterbewünschen, Todeswünschen oder auch Suizidwünschen mit Respekt und Empathie professionell zu begegnen. Das bedeutet, dass Sterbewünsche oder auch geäußerte Suizidwünsche nicht abgetan oder tabuisiert werden. Die Erfahrung zeigt, dass das Ansprechen von Suizidabsichten einen positiven Effekt haben und ggf. Suizide auch verhindern kann.

Das gelingt nicht, ohne dass eine eigene Haltung zur Frage des Suizids oder des assistierten Suizids oder auch zu Sterbewünschen entwickelt wird. Folgende Leitfragen können diesen Prozess unterstützen. Diese können in Schulungen, Teambesprechungen, Supervisionen oder von Mitarbeitenden persönlich herangezogen werden.

Bitte beachten: Die folgenden Fragen berühren teilweise stark die eigene Wertevorstellung und Biografie. Erfahrungen mit Suiziden im beruflichen oder privaten Umfeld können starke Emotionen auslösen und bedürfen guter Selbstsorge und Achtsamkeit bei allen Teilnehmenden. Achten Sie bei Teamgesprächen/Gesprächsrunden auf gute und stabilisierende Moderation, sorgen Sie für sich selbst und Ihre Kolleg*innen, geben Sie sich selbst und anderen den Freiraum, nichts sagen zu müssen oder sich auch aus einem Gespräch zurückziehen. Achten Sie darauf, Gespräche gut abzuschließen und sich zu vergewissern, dass Teilnehmende in einem guten Status das Gespräch beenden können.

Wählen Sie möglicherweise aus dem Set einzelne Fragen aus.

Eigenes Leben anschauen im Hinblick auf das Thema „Suizid“ oder auf Suizidsituationen. Blick erweitern und Perspektiven entwickeln

- Wie sieht Ihre eigene (mögliche) Erziehung/Prägung zum Suizid aus?
- Wie sehen Ihre eigenen Erlebnisse in dem Zusammenhang – auch bei Freunden/Familienangehörigen aus? Gibt es in Ihrem Umfeld Suiziderfahrungen und wie haben Sie diese bewertet?
- Meinungen/Erfahrungen anderer
- Eigene Position: Sehen Sie Suizid als Selbst-„Mord“ an, der moralisch oder religiös untersagt ist?
- Wie verstehen Sie in dem Kontext „Selbstbestimmung“ oder „Autonomie“?

- Inwieweit decken/unterscheiden sich Ihre Einstellungen bei einem assistierten Suizid von Ihren sonstigen Positionen in der Begleitung Sterbender?
- Gibt es Formen von Leiden, die Sie selbst als untragbar ansehen?
- Prägt Sie ein Gottesbild? – Wenn ja, welches? Strafender Gott? Liebender Gott? Welche Konsequenzen ziehen Sie daraus für die Frage der Suizidhilfe?
- Können Sie in Ihrem persönlichen Umfeld über solche Fragen sprechen? Gibt es dafür Verständnis? Ist ein Austausch möglich?

*Gefühlsmanagement bei Hilflosigkeit und Ohnmacht: Fliehen Sie bei einer erfahrenen Situation (z. B. eines Suizids eines/einer Bewohner*in) in Ablenkungen oder Aktivitäten oder konfrontieren Sie sich mit Ihren Gefühlen?*

- Welche Werte und emotionalen Einsichten werden (in einer konkreten Situation) von Ihnen selbst vertreten?
- Welche Emotionen hat das erlebte Ereignis bei Ihnen ausgelöst? – Wie sehen Ihre Erinnerungen daran aus? Empfinden Sie Wut? Ärger? Trauer? Schuld? Schmerz?
- Wie prägen Ihre direkten Erfahrungen Ihre derzeitige Einstellung zum Thema des assistierten Suizids? Gibt es Veränderungen zu den Antworten des ersten Abschnitts?
- Wie stehen Sie persönlich zur Möglichkeit eines assistierten Suizids für sich selbst? Kategorische Ablehnung? Unter bestimmten Bedingungen denkbar?
- Wie sehen Sie das in Ihrem engen persönlichen Umfeld?
- Haben Sie persönlich die Möglichkeit, sich in Krisensituationen professionelle Unterstützung zu holen?

Bewusstsein und Einhalten der eigenen Grenzen

- Wie stark wirkt das Ereignis eines Suizids, den Sie in Ihrem Umfeld/Ihrer Einrichtung schon erlebt haben, auf Sie traumatisierend?
- Hatten oder haben Sie den Eindruck, den Schritt eines Menschen verhindern zu können?
- Inwieweit kann der Schritt des anderen nachvollzogen werden?
- Welche professionelle Hilfe suchen Sie in einem solchen Fall/bei anderen traumatisierenden Ereignissen?

1. Die Geriatrische Depressionsskala

Die Geriatrische Depressionsskala (GDS)²¹ gilt als sinnvoller Standard zur Ersteinschätzung bei geriatrischen Patient*innen und Bewohner*innen. Der Fragebogen erlaubt eine relativ sichere Einschätzung einer vorhandenen und behandlungsbedürftigen Depression. Er wird von dem/der Patient*in selbst ausgefüllt. Er kann aber auch in einem Gespräch mit einer Ärztin/einem Arzt oder einer Pflegeperson ausgefüllt werden. Die Auswertung und die daraus folgenden Therapieentscheidungen sind durch einen Arzt/eine Ärztin vorzunehmen.

Wichtig ist es, die/den Patient*in darauf hinzuweisen, dass sich die Fragen auf die letzte Woche beziehen und es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?
ja nein
2. Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?
ja nein
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?
ja nein
4. Ist Ihnen oft langweilig?
ja nein
5. Sind Sie die meiste Zeit gut gelaunt?
ja nein
6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?
ja nein
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?
ja nein
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?
ja nein
9. Bleiben Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?
ja nein
10. Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?
ja nein
11. Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?
ja nein
12. Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?
ja nein
13. Fühlen Sie sich voller Energie?
ja nein
14. Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?
ja nein
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?
ja nein

Auswertung: 0–5 = keine Depression, 5–10 Hinweis auf leichte/mittelgradige Depression, 11–15 Hinweis auf manifeste Depression

²¹ Vgl. Shiekh, R. L. & Yesavage, J. A. (1986), Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5, 165–173.

2. Screening-Instrumente zur Suizidalität

Kurze Darstellung und Abdruck von drei einflussreichen Screeninginstrumenten zur Suizidalität: NGASR-Skala, Suicide Status Form (SSF) II und Suicidal Patient Observation Chart (SPOC)

https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/01/578_PPS_download.pdf

Hilfreiche Links und Informationen

Zum Umgang mit Sterbewünschen ist eine Reihe hilfreicher Veröffentlichungen verfügbar. Sie können jeweils als Grundlage für Teambesprechungen/Fortbildungen genutzt werden:

Leitfäden für die konkrete Arbeit:

Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln

<https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedipom/>

ZQP-Broschüre: Wenn ältere pflegebedürftige Menschen lebensmüde sind,

<https://www.zqp.de/produkt/lebensmuedigkeit-pflegebeduerftige/?hilite=Lebensm%C3%BCde>

Weiterführende Informationen

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend): Broschüre „Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter.“

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-96012>

Informationen und Aktivitäten rund um das Thema der Suizidprävention sind hier zu finden

<https://www.suizidprophylaxe.de>

Stellungnahme des Deutschen Ethikrats Herbst 2022

<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>

Weiterführend: Suizidprävention und Krisenintervention

Aus dem Positionspapier des Kontaktgesprächs Psychiatrie (Dezember 2021)

„Die Suizidverhinderung bei Menschen in psychischen Krisen ist eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung und insbesondere eine zentrale Aufgabe des Gesundheits- und Sozialsystems bzw. der psychiatrischen Versorgung. Suizidgefährdet sind Menschen in Krisensituationen, die beispielsweise in der Folge oder im Vorfeld von psychischen Erkrankungen oder unheilbaren körperlichen Erkrankungen, psychosozialen Problemlagen, Gewalt- oder Verlusterfahrungen ausgelöst werden. So vielfältig die Krisensituationen von Menschen sein können, so vielfältig sind die Anforderungen an Präventionsmaßnahmen. Notwendig ist es,

- suizidale Krisen und Gedanken systematisch und kontinuierlich zu enttabuisieren, damit Hilfe überhaupt in Anspruch genommen wird;
- schnelle Hilfen in Krisen sicherzustellen und diese niedrigschwellig zu gestalten. Diese sollten das Ziel haben, gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen neue Perspektiven aufzuzeigen, und Hoffnung geben;
- den Zugang zu weiteren notwendigen Hilfen im Bereich Behandlung, Rehabilitation und Pflege niedrigschwellig und barrierefrei zu ermöglichen;
- das jeweilige Umfeld für Krisen zu sensibilisieren, eine Suizidgefahr zu erkennen. Voraussetzung dafür ist, die Entstehungsbedingungen von Suizidalität besser zu verstehen.

Dies sollte eingebettet sein in Information, Aufklärung und Antistigma-Arbeit in Bezug auf psychische Krisen und Erkrankungen. Krankenversicherung und die öffentliche Gesundheitsvorsorge (Kommunen, Länder, Bund) sollten hier die Finanzierung und Umsetzung gewährleisten.“

Das vollständige Positionspapier ist hier zu finden: https://www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/positionen/2021/Positionen_Kontaktgesprachs_Psychiatrie_zum_assistierten_Suizid.pdf



BBT-Gruppe

Impressum

Herausgeber:
Zentrale der BBT-Gruppe
Barmherzige Brüder Trier gGmbH
Kardinal-Krementz-Straße 1–5
56073 Koblenz
Tel.: 0261 496-6000
Fax: 0261 496-6327
geschaeftsstelle@bbtgruppe.de
www.bbtgruppe.de

Sitz der Gesellschaft:
Koblenz Amtsgericht Koblenz
HRB 24056

Geschäftsführer:
Dr. Frank Zils, Werner Hemmes, Andreas Latz

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Bruder Alfons Maria Michels

Redaktion:
Dr. Peter-Felix Ruelius,
Zentralbereich Christliche Unternehmenskultur
und Ethik,
Fachausschuss Ethik

Layout:
WWS, Aachen

Fotos:
istockphoto.com

1. Auflage 2023

© BBT-Gruppe, Koblenz

Alle Rechte, auch des auszugsweisen
Nachdrucks, vorbehalten.