

Den Tagen mehr Leben geben

Zum Umgang mit
Wünschen am Lebensende



**Orientierungshilfe des Forums für Identität und Ethik
im Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V.**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Entscheidungen zum und am Lebensende – Ausgangslage	4
3. Erfahrungen mit Sterbe-, Todes- und Tötungswünschen sind für uns alltäglich	5
4. Orientierungspunkte zur Gestaltung des Lebensendes in Caritaseinrichtungen	6
5. Herausforderungen in der Begleitung am Lebensende	9
6. Mythen und Fakten zur Suizidthematik	11
7. Wertschätzende Gesprächsführung bei Sterbewünschen	13
8. Weiterführende Hinweise	15

Impressum

Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V.
Referat Profilbildung Ethik & Spiritualität
Stefan Kliesch
Neuer Markt 30, 49377 Vechta
Telefon: 04441 / 8707-0
E-Mail: kliesch@lcv-oldenburg.de

www.lcv-oldenburg.de

1. Einleitung

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
in den verschiedenen Caritasdiensten und -Einrichtungen!¹

In unseren Einrichtungen übernehmen Sie für die Ihnen anvertrauten Menschen Verantwortung in der Begleitung und Sorge.

Sie wissen nur zu gut, dass immer wieder Fragen nach eigener Orientierung aufkommen: Was sollen wir tun? Wonach können wir das entscheiden? Was ist unsere grundsätzliche Haltung?

Das Forum für Identität und Ethik im Landes-Caritasverband ist ein ethisches Beratungsgremium und möchte durch diese Orientierungshilfe zur Diskussion anregen und gut begründete Entscheidungsunterstützung für die Praxis sein. Denn trotz eines christlichen Menschenbildes ist nicht schon alles klar.

2. Entscheidungen zum und am Lebensende – Ausgangslage

Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht ein bahnbrechendes Urteil gesprochen: Das Grundrecht auf freie Selbstbestimmung umfasst, dass der Mensch das Recht hat, sein Lebensende selbst zu gestalten. Das beinhaltet auch die Möglichkeit, sich zu töten und um ärztliche Assistenz bei seinem Suizid zu bitten. Hierbei – so betont das Bundesverfassungsgericht – gilt zugleich zu berücksichtigen, dass der umfassende Lebensschutz des Einzelnen gewahrt wird. Der Wille muss freiverantwortlich, ohne Druck, unter Ausschluss von Zwang und dauerhaft geäußert werden.

Das klingt wie die Quadratur des Kreises.

Daher möchte das Forum für Identität und Ethik den Mitarbeiterinnen und Begleiterinnen eine Orientierungshilfe und Diskussionsgrundlage aus ethischer Sicht geben.

3. Erfahrungen mit Sterbe-, Todes- und Tötungswünschen sind für Sie alltäglich

- In Ihren caritativen Einrichtungen leben Menschen mit unterschiedlichen Hilfe-, Pflege- und Betreuungsbedürfnissen. Sie als professionell Handelnde haben die Aufgabe, die Selbstbestimmung und freie Lebensäußerung der Ihnen jeweils Anvertrauten zu fördern und so lange wie möglich zu erhalten.
- In Ihrer Arbeit erleben Sie immer wieder Grenzsituationen, weil die schwindende Gesundheit und die selbstbestimmte soziale Teilhabe sowie das Leben selbst herausfordernd und zur Last werden können. Empfundene Sinnlosigkeit und Fremdbestimmung können zu einer übergroßen Belastung werden und es wächst der Wunsch nach einem selbstbestimmten und selbstgewählten Lebensende.
- Gerade die letzte Lebensphase ist häufig geprägt von Sorgen, Angst sowie psychischen und physischen Leiden. Es kann der Gedanke entstehen: „Ich will so nicht mehr leben!“ Der Wunsch nach Selbsttötung oder nach einem assistierten Suizid kann dann eine Folge sein.
- Ausgesprochene Todeswünsche von schwer erkrankten und/oder alten Menschen sind häufig keine verlässlichen Selbsttötungswünsche. Sie sind meistens ambivalent bezogen auf das Geäußerte und Gemeinte: „Ich habe keine Kraft mehr. Helfen Sie mir. Ich möchte, dass es zu Ende geht.“ Der Wille kann sich ändern. Er wird häufig durch innere Auseinandersetzungen, das Umfeld sowie Gesprächspartnerinnen stark beeinflusst.
- Mit Ihren kommunikativen und fachlichen Kompetenzen führen Sie Gespräche über das Lebensende und die Wünsche für das eigene Sterben mit den Betroffenen, den An- und Zugehörigen und in Ihrem Team. Sie erleben diese Wünsche und Bedürfnisse häufig als spannungsgeladen, bedrückend und sehr facettenreich.
- Die vielfältigen Erfahrungen der Hospizbewegung, der Psychiatrie, der Suizidprävention sowie der Seelsorge zeigen, dass sich bei qualitativer und umfassender Begleitung Sterbe-, Todes- und Selbsttötungswünsche verändern wie auch das freie, feste und dauerhafte Bestreben nach einer ärztlich assistierten Selbsttötung.

¹ Gemeint sind immer Frauen und Männer sowie Personen, die sich nicht eindeutig einem Geschlecht zugehörig fühlen. Wir verwenden im Text die weibliche Form, da die überwiegende Mehrheit der Mitarbeitenden weiblichen Geschlechts ist.

4. Orientierungspunkte zur Gestaltung des Lebensendes in Caritaseinrichtungen

Lebensmüdigkeit, Lebensüberdrüssigkeit oder Lebenssattsein fordern uns außerordentlich heraus. Sie sind manchmal Ausdruck des näheren oder nahen Lebensendes und tragen gleichzeitig den Wunsch nach optimaler Begleitung und Linderung in sich.

- **Menschen in unseren Einrichtungen mit Todes- und Selbsttötungswünschen begleiten wir zur eigenen, freiverantwortlichen und festen Willensbildung. Es braucht das offene und einführende Gespräch ohne Tabus, in dem gemeinsam Alternativen vorgestellt und erkundet werden.²**

Sterbe- oder Suizidwünsche meinen häufig den Verzicht auf ‚dieses‘ Leben und nicht den Willen zum Tod. Selbstbestimmung ist für uns immer Selbstbestimmung in Beziehung. Niemand lebt und stirbt für sich allein. Sehr oft verändern sich die Wünsche dadurch, lassen nach oder verschwinden ganz, weil der Mensch durch die Begleitung seine Situation anders beurteilt und einschätzt.

- **Sterben gehört für uns zum menschlichen Leben wie das Geborenwerden. Das Leben ist umfassend zu schützen, weil es uns anvertraut ist, gerade dann, wenn es zerbrechlich und gefährdet ist. Gleiches gilt für das Sterben jedes Menschen.**

Wir beteiligen uns darum nicht an Maßnahmen zur vorzeitigen Lebensverkürzung durch den ärztlich assistierten Suizid. Ebenso vermeiden wir zugleich eine nicht willensgemäße Verlängerung des Lebens im Sterben.

- **Jedes Urteil über den Lebenswert eines Menschen verbietet sich für uns, auch wenn es immer wieder Situationen gibt, wo wir fühlen: „Das ist doch so kein Leben mehr!“**

Wir begleiten das menschenwürdige Sterben und fördern eine Kultur der Verabschiedung und des Beistandes. Wir schützen den Einzelnen und sein Leben vor jeglicher Lebensfeindlichkeit aus dem persönlichen Umfeld und soziokulturellen Einflüssen.

- **Leid und Leiden sind Teil menschlicher Existenz. Sie bedürfen der umfassenden Linderung. Wir helfen nicht beim Suizid als Mittel, um von Leiden vor dem Sterben oder im Sterben zu befreien.**

Wir widersprechen der Normalisierung menschlichen Tötens und Selbsttötens, weil unsere Einrichtungen einladende Orte des guten Sterbens im Leben sein wollen.

- **Wir unterscheiden grundsätzlich zwischen dem Handeln, das beim Sterben hilft und dem Handeln, das zum Sterben hilft bzw. beim Töten assistiert.**

Wir wollen von Schmerzen befreien, umfassend Leiden lindern bzw. erträglich gestalten. Alle palliativen Behandlungsmöglichkeiten bis zur indirekten Sterbehilfe sind uns adäquate Mittel. Die Assistenz zur Lebensbeendigung lehnen wir in jeder Form ab und bieten dazu auch keinen Ort.

- **Unsere Einrichtungen wollen sichere Orte der begleiteten Lebensbejahung und Willensbildung sein, wo der hilfebedürftige Mensch sich, sein Leben und Sterben angenommen und geschützt weiß.**

Er kann sich mit der Erfahrung der Mitmenschlichkeit, des echten Austausches ohne Vorverurteilung positiv entwickeln.

²„Gott wollte nämlich den Menschen in der Hand seines Entschlusses lassen (...). Die Würde des Menschen verlangt daher, dass er in bewusster und freier Wahl handle, das heißt personal, von innen her bewegt und geführt und nicht unter blindem innerem Drang oder unter bloßem äußeren Zwang.“ (GS 17)



Abb. 1 Argumente im Überblick

5. Herausforderungen zur umfassenden Begleitung und Gestaltung eines individuellen Lebensendes

- In der Gesellschaft stehen wir vor einem grundlegenden Wandel der Lebensart und der Sterbekultur, der sich z.B. durch die zunehmende Vereinzelung bis hin zur Vereinsamung oder den Verlust an sinnstiftenden Wertorientierungen äußert.
 - Wir stehen daher für eine kontinuierliche Lebensende-, Sterbe- und Abschiedskultur für die uns Anvertrauten und ihre An- und Zugehörigen.
 - Wir bieten dazu Gespräche zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Das gibt Sicherheit, dass die individuellen Wünsche ermöglicht werden und meine persönlichen Belange durch einen selbstgewählten Vertrauten vertreten werden können.
 - Wir erarbeiten durch die gesundheitliche Versorgungsplanung intensiv die Wünsche und Bedürfnisse für das willensgemäße Lebensende (GVP). Dies ist ein kontinuierlicher Prozess.
 - Wir begleiten den sterbenden Menschen sowie seine An- und Zugehörigen in enger Vernetzung mit der Seelsorge sowie der Palliativ- und Hospizbewegung mit ihren Erfahrungen und Möglichkeiten.
- Derzeit erleben wir eine dynamische Entwicklung in der Pflege- und Betreuungsarbeit. Zunehmend multikulturelle und interreligiöse Teams bieten große Chancen und Herausforderungen einer vielfältigen Begleitung und Gestaltung der Pflegearbeit.
 - Unsere Mitarbeiterinnen kennen das christlich geprägte Fundament für die praktische Arbeit. Das bedeutet, dass Sterben zum Leben dazu gehört, Formen und Rituale braucht und eine offene und wahrhaftige Auseinandersetzung mit ihnen erfordert. So wird unsere Einrichtung ein echter Lebensort auch im Sterben.
 - Befähigungen im Bereich Spiritual-Care, Ethik, Palliative-Care, Suizidprävention und wertorientierter Gesprächsführung sind unerlässliche Bestandteile unseres Qualifikationsprofils.
 - Wir schaffen ein tragfähiges Netz durch unsere steuernde Konsilsarbeit zwischen den einzelnen Professionen (Seelsorge, Gemeinde, Recht, Medizin, Psychiatrie und Pflege). Dadurch wird Vielfalt im Leben, auch in der Annahme des Sterbens ermöglicht. Dies bleibt ein immer neu zu entwickelnder Prozess. Somit wird unsere Einrichtung ein geschützter und im Miteinander getragener Lebensort guten Sterbens.

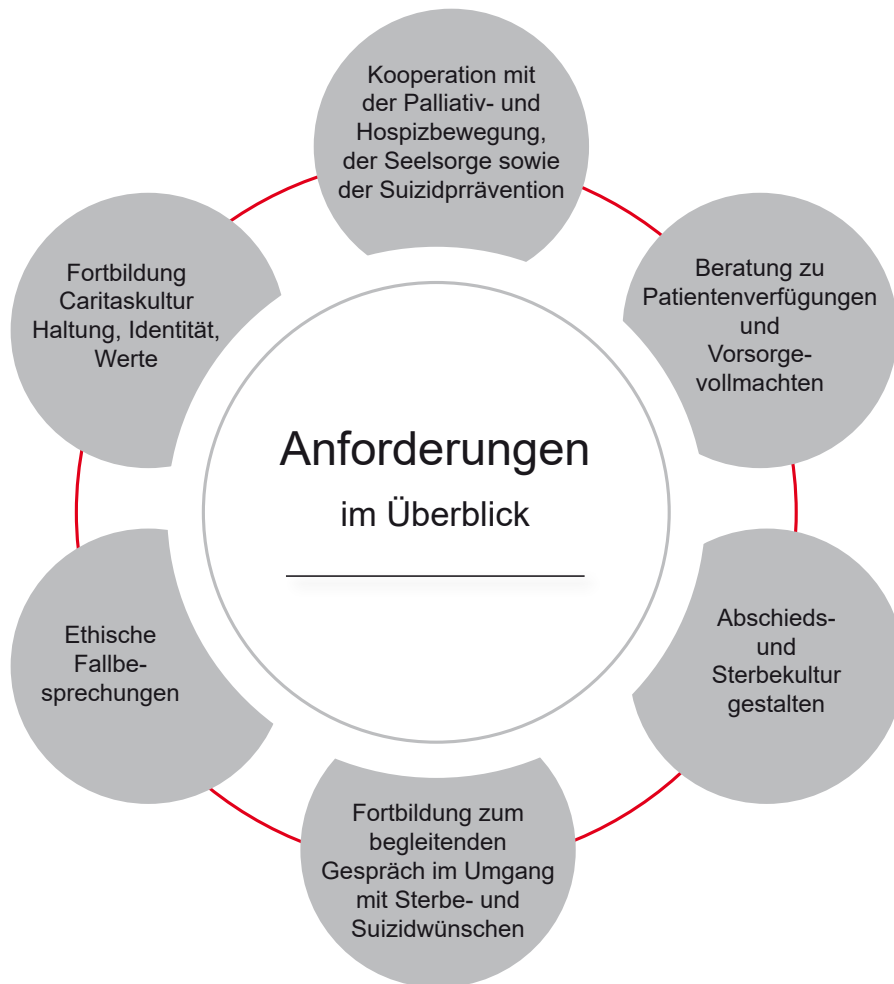


Abb. 2 Anforderungen im Überblick

6. Mythen und Fakten zur Suizidthematik³

Menschen, die über Suizid sprechen, tun es nicht.

Menschen, die über Suizid sprechen, sind definitiv in großer Not. Dieses Verhalten kann oftmals Suizide bzw. Suizidversuche nach sich ziehen. Auch wenn Suizide schlussendlich nicht vollzogen werden, sind geäußerte Suizidabsichten Ausdruck einer großen Belastung, einer Krise, in denen Menschen höchstwahrscheinlich Unterstützung brauchen.

Suizid passiert ohne Vorwarnung.

Die meisten Menschen, die sich selbst töten, geben vorher Signale über ihre Absichten in Form von ausgesprochenen Gedanken oder Handlungen. In der Praxis geben rund acht von zehn Menschen, die Suizid begehen, vorher Signale, die aber meist erst im Nachhinein als solche erkannt werden.

Menschen, die Suizid verüben wollen, sind absolut entschlossen, ihr Leben zu beenden – das kann man nicht verhindern.

Die meisten Menschen sind unentschlossen und schwanken zwischen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch zu sterben. Für sie haben sich in der aktuellen Situation die eigenen Möglichkeiten so verengt (Tunnelblick), dass sie schlussendlich nur noch die eine Lösung sehen. In Wirklichkeit gibt es IMMER noch andere Möglichkeiten, die für diese Personen in diesem Augenblick nicht sichtbar sind. Die meisten Menschen hoffen auf Hilfe und Rettung. Sie wollen ein verändertes Leben mit weniger Schmerz und Verzweiflung. Die Sinnfrage ist ein zentraler Schlüssel zum Überleben.

Suizid geschieht nur in bestimmten Bevölkerungsschichten.

Suizide werden in allen Gesellschaftsschichten vollzogen, wobei es natürlich Risikogruppen gibt, bei welchen die Häufigkeit höher ist.

³Vgl. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Suizidales Verhalten ist ein Zeichen von psychischer Krankheit.

Suizidales Verhalten beinhaltet ein tiefes Unglücks-Gefühl, muss aber nicht unbedingt eine psychische Krankheit zur Voraussetzung haben. Die Ursachen sind vielfältig und nicht auf einen einzigen Grund zurück zu führen. Tatsache ist, dass Menschen in dieser akuten Situation in einem psychischen Ausnahmezustand sind.

Wenn ein Mensch einmal einen Suizidversuch gemacht hat, bleibt er sein ganzes Leben lang gefährdet.

Suizidgedanken können zurückkehren, aber sie sind nicht permanent vorhanden, und es ist sehr gut möglich, dass sie nie wiederauftauchen. Mittels externer Unterstützung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass in zukünftigen Situationen mit diesem Thema besser umgegangen werden kann.

Im Herbst gibt es mehr Suizide als sonst im Jahr.

Dieser Trend ist nicht feststellbar. Es gibt eher eine leicht steigende Tendenz im Frühjahr.

Bei gewissen Mondphasen nehmen sich mehr Menschen das Leben.

Laut Statistiken ist das nichtzutreffend.

7. Wertschätzende Gesprächsführung bei Sterbewünschen

Eine gute und wertschätzende Gesprächsführung zu diesem Thema sollte reflektiert, angemessen und empathisch erfolgen. Das ist häufig schwer, da eigene Erfahrungen die jeweilige Situation beeinflussen. Ein gutes Umgehen mit diesem Thema wird daher am besten erlernt und geübt. Hierfür sind spezifische Schulungen vorgesehen. Um die eigenen Ressourcen zu nutzen, aber nicht aufzubauchen, ist zudem eine regelmäßige Supervision hilfreich.

Diese Handreichung möchte einen ersten Einblick in konkrete Situationen bieten. So haben viele bereits Sätze gehört wie:

- „Ich will nicht mehr leben. Können Sie mir nicht helfen?“
- „Ich möchte am liebsten schon tot sein. Was soll das Ganze denn noch?“
- „Gott hat mich bestimmt vergessen!“
- „Wenn ich könnte, würde ich einen Becher trinken und einfach nur einschlafen!“

Wie kann ich auf diese Sätze antworten? Was ist richtig oder angemessen?

Auch bei diesen Beispielsätzen kommt es zunächst darauf an, konkret bei der Person zu sein, ihre aktuelle Wirklichkeit anzunehmen und sie dies spüren zu lassen. Das gelingt durch „Validierung“. Hier gibt es auch **kein «richtig» oder «falsch»** und es muss auch kein Auftrag erfüllt werden.

- „Sie haben momentan keine Hoffnung/Kraft/Zuversicht mehr. Das habe ich verstanden. Ich kann und möchte Ihnen helfen, aber nicht so. Gibt es etwas, was Ihnen auch jetzt noch gut tun/helfen könnte?“
- „Das trifft mich sehr, es muss Ihnen heute besonders schlecht gehen. Ich glaube, ich nehme mir jetzt Zeit, mit Ihnen zu sprechen.“
- „Sie möchten nicht mehr leben. Anderen würde es in Ihrer Situation vielleicht auch so gehen, ich selber weiß auch nicht, was ich in Ihrer Situation denken oder fühlen würde. Hat sich etwas geändert? Bisher haben Sie diesen Gedanken nicht geäußert. Wodurch könnte es wieder anders werden?“
- „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Menschen häufig so denken/fühlen. Oft ändern Sie aber auch ihre Einschätzung, wenn Sie konkrete Hilfe erhalten. Haben Sie eine Bitte, einen Wunsch an mich?“

„Sie sehen (momentan) keinen Sinn mehr im Weiterleben. Ich habe in diesem Moment auch keine Antwort. Ich habe aber die Erfahrung gemacht, dass ich jemandem helfen kann, auch ohne diese Frage beantworten zu können. Wäre das eine Basis, auf der wir erst einmal weitermachen können?“

Es ist immer auch erlaubt, in diesen Situationen einzuräumen, dass die eigenen Möglichkeiten erschöpft sind. Das sollte dann auch ehrlich mitgeteilt werden. Hier kann helfen, das Gespräch an eine andere Person aus dem Team zu delegieren.

Es gibt in den Situationen am Ende des Lebens keine Verpflichtung, einen Menschen vom Weiterleben zu überzeugen. Die Erfahrung und die Forschung⁴ zeigen aber, dass es meist ein «Ich möchte nicht mehr so (so wie es jetzt gerade ist) leben» ist, was aktuell vorliegt und eben nicht der endgültige Suizidwunsch. Daher ist es gut, in der Kommunikation darauf hinzuweisen, dass es ein «**jetzt**» und ein «**morgen**» gibt. Die Validierung erfolgt immer im Jetzt. Wenn sofort auf Hilfe oder die mögliche Verbesserung hingewiesen wird, kann es der Mensch oft nicht annehmen. In einer besonderen Krise, ist es daher auch erlaubt, das Thema zu verschieben.

„Ich spüre, dass es heute für Sie ein sehr schlechter Tag ist, da ist nur wenig Hoffnung bei Ihnen. Wenn Sie jetzt etwas brauchen, dann sagen Sie es mir. Über Ihre Gedanken, am Weiterleben zu zweifeln würde ich gerne morgen mit Ihnen sprechen. Ist das für Sie eine Möglichkeit?“

Ein weiterer Gedanke für den Begleiter

Es gibt einen schönen Gedanken, der in Situationen helfen kann, in denen es sehr schwer ist, noch Worte zu finden: «Nicht die Hoffnung stirbt zuletzt, sondern die Sehnsucht». Das kann einem Menschen ohne Lebenswillen nicht direkt gesagt werden, aber der Gedanke kann dem Pflegenden zu einer anderen Position im Sinne einer veränderten Blickrichtung verhelfen.

⁴Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen – Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter. Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS); 2015.

8. Weiterführende Hinweise und Quellen

Gaudium et spes. Pastoralikonstitution des 2. Vatikanischen Konzils, 1965

Schreiben Samaritanus bonus über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens, 15.7.2020, Verlautbarungen des apostolischen Stuhls Nr. 228

[Samaritanus Bonus, Schreiben über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens \(14. Juli 2020\) \(vatican.edu\)](#)

„Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38), Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Pastoralkommission der Deutschen Bischöfe Nr.51, 14.4.2021

[Sterben in Würde: Deutsche Bischofskonferenz \(dbk.de\)](#)

Ökumenische Stellungnahme der katholischen Bischöfe und evangelischen Leitenden Geistlichen in Niedersachsen und Bremen zur Suizidbeihilfe, März 2022

[2022-3-16--ökumenische-Thesen-Assistierter-Suizid.pdf-567108c238fd-3f6384f1a6d62643aefc.pdf \(landeskirche-hannovers.de\)](#)

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung

<https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/>

Dialogpapier – Hospizliche Haltung in Grenzsituationen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV)

[Dialogpapier „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen“ - DHPV](#)

Dem Leben wieder eine Chance geben. FORDERUNGEN der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention 30.03.2022

[DGS_DHPV_Eckpunkte_Suizidprävention.pdf](#)

Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen – Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter. Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

[\(NaSPro, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention \(DGS\); 2015.](#)

Empfehlungen des Deutschen Ethikrates, 2014 und 2017

[Suizidprävention statt Suizidunterstützung. Erinnerung an eine Forderung des Deutschen Ethikrates anlässlich einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts](#)

Wenn Sie Hilfe brauchen, wenden Sie sich an...

Für Jugendliche und junge Erwachsene Diözesen-Caritasverband für Osnabrück

[\[U25\] – Beratung bei Krisen und Suizidgedanken \(caritas-os.de\)](#)

Deutsche Stiftung Depressionshilfe

[Depression – Wo finde ich Hilfe? Stiftung Deutsche Depressionshilfe \(deutsche-depressionshilfe.de\)](#)

Suizidprophylaxe

[Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. \(suizidprophylaxe.de\)](#)

Mitglieder des Forums für Identität und Ethik:

Herr Dr. Stefan Scholand

Vorsitzender, Chefarzt für Psychiatrie/Psychotherapie in der Clemens-August-Klinik, Neuenkirchen-Vörden

Frau Dr. Corinna Drebenstedt

stellvertretende Vorsitzende, Chefarztin Geriatrie/Innere Medizin im St. Marien-Hospital, Friesoythe

Frau Christine Brückmann

Stationsleitung der Palliativstation im St. Bernhard-Hospital, Brake

Herr Dr. Guido Klein

Chefarzt für Innere Medizin in den Friesland Kliniken gGmbH, St. Johannes-Hospital, Varel

Herr Herbert Macke

Diakon, Heim- und Pflegedienstleitung in der St. Hedwig-Stiftung, Vechta

Frau Luzia Nietfeld

Pflegedienstleitung in der Tagespflege im St. Elisabeth-Stift, Lastrup

Herr Peter Rörsch

Rektor i.R., Oberstudiendirektor, Sterbe- und Trauerbegleiter, Vorstandsmitglied im ambulanten Hospizverein Damme, Referent bei der Ausbildung zur Sterbebegleitung

Frau Ursula Willenborg

Krankenschwester, Krankenhauspastoralreferentin und Seelsorgerin im St. Josefs-Hospital, Cloppenburg

Herr Stefan Kliesch

Geschäftsführer, Stabsstelle für Profilbildung, Ethik & Spiritualität im Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V., Vechta

Not sehen und handeln.

