

## Fragen im Kontext der Lebensbeendigung – Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität in sozialen Einrichtungen und Diensten

Veranstaltungsdokumentation zur  
Online-Inforeihe des Paritätischen Gesamtverbandes



## Hintergrund:

Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für nichtig erklärt und aufgehoben. Begründet wurde das Urteil u.a. damit, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasse und dabei die Hilfe Dritter in Anspruch genommen werden dürfe. Ausgehend davon ist der Gesetzgeber nun aufgefordert, eine Neuregelung der geschäftsmäßigen Suizidassistenz vorzunehmen, um einen Orientierungsrahmen zu schaffen und Rechtssicherheit wiederherzustellen. Die Bundesregierung begrüßt in ihrem Koalitionsvertrag 2021, die Thematik durch fraktionsübergreifende Initiativen einer zeitnahen parlamentarischen Entscheidung zuzuführen. Diese wird nach aktuellem Stand noch vor der diesjährigen Sommerpause erwartet.

Seit dem Gerichtsurteil werden die zivilgesellschaftlichen und politischen Debatten u.a. im Kontext der Suizidbeihilfe mit neuer Dringlichkeit geführt. Im Kern der Debatten stehen insbesondere die Fragen, welche Anforderungen an den freien Willen, die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, die Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungsentschlusses oder die Information über Handlungsalternativen zu stellen wären und wie Miss- oder Fehlgebrauch suizid-assistierender Angebote verhindert und ggf. geahndet werden können.

Todeswünsche und Suizidgedanken sowie die damit in Verbindung stehenden Fragen und Unsicherheiten betreffen auch die Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege ganz unmittelbar; dies nicht ausschließlich im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, sondern u.a. auch in den Bereichen der Altenhilfe und Pflege, der Eingliederungshilfe, der Sozialen Psychiatrie, der Selbst- und Suchthilfe sowie der Krankenversorgung und Rehabilitation.

Der Paritätische Gesamtverband hat im Jahr 2022 [Eckpunkte zur geschäftsmäßigen Suizidassistenz](#) veröffentlicht und darin auch die Ambivalenzen im Umgang mit Selbsttötungsentscheidungen herausgearbeitet. Im Zuge der anstehenden Neuregelung der Suizidassistenz müssen insofern zwei Prozesse parallel in den Blick genommen werden: Einerseits müssen die Angebote und Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Suizidprävention flächendeckend gestärkt und ausgebaut werden, um Menschen in existenziellen Lebenslagen realistische Lebens- und gut begleitete Sterbeperspektiven aufzeigen und ermöglichen zu können. Andererseits muss es insbesondere dort, wo Palliativversorgung an Grenzen stößt, aber auch um das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in Würde und um die Ermöglichung und Sicherstellung freiverantwortlicher Entscheidungen gehen.

Diesen und weiteren Fragen soll im Rahmen der kostenlosen Online-Infreihe nachgegangen werden.

**Fragen im Kontext der Lebensbeendigung – Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität in sozialen Einrichtungen und Diensten (Online-Veranstaltungsreihe)**

Teil 1) Einführung – Todeswünsche, Suizidalität und Suizid

27. Juni 2023



# Hintergrund

- Selbstbestimmung vs. Lebensschutz
- 26.02.2020: BVerfG hebt Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe auf → Verunsicherung und offene Fragen
- 2023: Neuregelung der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe

## Kernfragen der Debatte:

- Welche Anforderungen sind an einen freien Willen zu stellen?
- Wann ist eine Person einsichts- und urteilsfähig?
- Wann ist ein Selbsttötungsentschlusses von Dauerhaftigkeit geprägt?
- In welcher Form müssen Handlungsalternativen bekannt sein und zur Verfügung stehen?
- Wie kann Miss- oder Fehlgebrauch suizid-assistierender Angebote eingedämmt und ggf. geahndet werden?



# Agenda

## **1) Begrüßung und Einführung**

## **2) Input: Dr. Michael Wunder**

Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut,  
Arbeitsschwerpunkte Teilhabe, Psychiatrie, Biomedizin und  
Bioethik

## **3) Offener Austausch**

Rückfragen und Diskussion

## **4) Abschluss**

**Dr. Michael Wunder**

DPWV

Fortbildung 27.06.2023

# **Suizidalität, Todeswünsche und Suizid?**

## **Teil I: Grundlagen**

1. Begriffsklärung
2. Phasenmodelle Suizidalität
3. Suizidklassifikation
4. Epidemiologie
5. Ergebnisse der Suizidforschung
6. Warnsignale und Risikofaktoren
7. Erkenntnisse der Suizidprävention

## **Teil II: Suizid als Möglichkeit der Freiheit und als Grundrecht**

# Begriffsklärung

## Suizid

(sui caedere = sich selbst töten)

## Suizidalität

= umfasst alle Gedanken, Impulse und Handlungen, die darauf „abzielen“ das eigene Leben frühzeitig zu beenden und den „natürlichen Prozess“ des Lebens und Ablebens durch aktives Handeln „abzukürzen“. Unter suizidalem Verhalten sind somit Suizidankündigungen (direkte oder indirekte Suizidhinweise, Suiziddrohungen) und Suizidversuche zu verstehen.

### passive Phase:

meist noch kein fester Todeswunsch, sondern Ambivalenzen, die sich in Angst und Unsicherheit ausdrücken und auch dem Spüren eines Selbsterhaltungstrieb

### aktive Phase:

Einengung auf den Todeswunsch, oft (nicht immer) verbunden mit einer konkreten Ausführungsplanung



## **Lebensmüdigkeit**

= des Lebens müde

Lebensmüdigkeit ist ein konnotativ weit gefasster Begriff. Seine Bedeutung reicht von Satt-Sein mit dem Leben (ohne körperliche oder depressive Erkrankung) über depressionsbedingte Wünsche, nicht mehr leben zu wollen, bis hin zur Suizidalität und der konkreten Planung eines Suizid.

## **Todeswunsch**

= Wunsch, nicht mehr zu leben

Ein Todeswunsch kann sich unspezifisch auf eine altersbedingte Todeserwartung beziehen, auf den Wunsch, so wie bisher nicht weiter leben zu wollen, ebenso aber auch auf einen konkreten Tötungswunsch durch Suizid oder Tötung auf Verlangen

# Phasenmodell der Suizidalität

nach Erwin Ringel 1953

Einengung, Aggressionsumkehr und Suizidphantasien

Präsuizidales Syndrom nach Ringel:

<b>Stadium:</b>	<b>Klinische Symptomatik:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Stadium I</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zunehmende Einengung bezüglich der Situation, des Affektes und der Abwehrmechanismen, etc.</li><li>• Einengung im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen.</li><li>• Und nicht zuletzt Einengung bezüglich der gesellschaftlichen Normen und Werte.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Stadium II</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aggressionsstauung und anschließend –umkehr gegen die eigene Person.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Stadium III</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entwicklung charakteristischer Suizidphantasien, initial aktiv, im weiteren Krankheitsverlauf passiv sich aufdrängend.</li></ul>

# Phasenmodell der Suizidalität

nach Walter Pödlinger 1968

## Erwägung

Rückzug, Selbststeuerung vorhanden, aber Hinweise  
„Ich wünsche, ich wäre nicht mehr da.“ Ich sehne mich nach Ruhe.“  
„Es gibt nichts, für das es sich zu leben lohnt“

## Ambivalenz

Einengung, Selbstzerstörung vs. Selbsterhalt, versteckte Hilferufe

## Entschluss

Entlastung, Vorbereitungsmaßnahmen, „trügerische Ruhe“

# Kontinuitätsmodell der Suizidalität

nach Manfred Wolfertsdorf 1996

## Kontinuitätsmodell der Suizidalität:

### Wunsch:

-> Nach Ruhe, Pause und Unterbrechung im Leben auch mit dem Risiko zu versterben.

### Todeswunsch:

-> Gegenwärtig oder in Zukunft tot sein zu wollen.

### Suizidgedanken:

-> Der Tod wird als Möglichkeit erwogen.  
-> Die Impulse sind initial spontan, später sich aufdrängend und zwanghaft.

### Suizidabsicht:

-> Mit oder ohne Ankündigung.  
-> Mit oder ohne Planung.

### Suizidhandlung:

### Initial passive Suizidalität



Zunehmender Handlungsdruck, zunehmendes Handlungsrisiko



### Aktive Suizidalität

# Klassische Suizideinteilung

## in der psychiatrischen Literatur

**“Appell-Suizide“** oder „Appell-Suizidversuche“ (Erwin Ringel)

Definition:

Suizidhandlung, die mit einer Folge für die Gesellschaft verbunden wird  
(Protest, Aufzeigen von Ungerechtigkeit, auch Folge von Überlastungssituationen und Verzweiflung)

**„Bilanz-Suizide“** oder „Bilanz-Suizidversuche“ (Alfred Hoche)

Definition:

Suizidhandlung auf der Basis einer(mehr oder weniger) rationalen Abwägung von  
Lebensumständen



**Heutige Bewertung** (Klaus Dörner)

„Appell-“ und „Bilanz-Suizid“ sind eine veraltete Nomenklatur

Viele Suizide oder Suizidversuche enthalten appellierende und bilanzierende Elemente.  
Die meisten Suizide sind aber Folge von Not, Verzweiflung und gefühlter Ausweglosigkeit.

Derzeit 100.000 Suizidversuche/Jahr, 9.000 -10.000 Suizide/Jahr

## high risk groups

- Menschen mit psychischen Erkrankung (v.a. bei Depression, Schizophrenie, Sucht)
  - Menschen mit Suizidalität in der Vorgeschichte
  - Menschen in schwierigen, belastenden Lebenssituationen

## Zahlen

(nach De Statis, Statistisches Bundesamt)

<b>1980</b>	<b>18.451 Suizide insgesamt</b>	<b>23,6/100.000 Einwohner</b>
<b>1990</b>	<b>13.924</b>	<b>18,5</b>
<b>2000</b>	<b>11.888</b>	<b>13,5</b>
<b>2019</b>	<b>9.041</b>	<b>10,6</b>
<b>2020</b>	<b>9.206</b>	<b>11,1</b>

- Frauen zu Männer 1 zu 2,5/3
  - Anstieg der Zahlen ab Lebensalter 60
  - stärker bei den Männern als bei den Frauen
- in der Altersgruppe der 15-25 Jährigen ist der Suizid die zweithäufigsten Todesursache
- Tod durch Suizid häufiger als durch Verkehrsunfälle, Gewalttaten und illegale Drogen zusammen

# Ergebnisse aus der Suizidforschung

Suizidgedanken oder Suizidversuche entspringen meist nicht einem tatsächlichen Todeswunsch, sondern sind Ausdruck eines „So-nicht-mehr-Leben-Wollens“.

Nachuntersuchungen von Menschen nach einem Suizidversuch ergaben, dass die überwiegende Mehrzahl froh über ihre Rettung ist (85%)

Jede Suizidabsicht und jeder vollzogene Suizid implizieren einen Schuldvorwurf an das soziale Umfeld oder werden vom Umfeld so verstanden.

➤ Besonderheiten in der Trauerarbeit

Jeder vollzogene Suizid betrifft auch andere Menschen, ob direkt oder indirekt (durchschnittlich 4 Menschen, neuere Zahlen gehen von bis zu 135 Menschen aus).

## Warnsignale

- ❖ Veränderungen des Äußeren (z.B. dunkle Kleidung)
- ❖ Sozialer Rückzug
- ❖ Änderungen von wichtigen Gewohnheiten, Vernachlässigung von Ernährung und Körperpflege
- ❖ Direktes oder indirektes Ansprechen von Suizidgedanken
- ❖ Krisenhafte Zustände (z.B. Lebensereignisse) mit Auswirkungen auf Stimmung, Schlaf, Verhalten
- ❖ Risikoreiches Verhalten
- ❖ Verabschiedungen/Verschenken, Testament



# Risikofaktoren

## **Persönliche Risikofaktoren**

- ❖ Alter
- ❖ Partnerverlust
- ❖ Wegsterben des Freundeskreises
- ❖ Mobilität der Kinder und Enkel oder Kinderlosigkeit
- ❖ Wohnungswechsel
- ❖ geringer Bildungsgrad
- ❖ materielle Perspektivlosigkeit

## **Gesellschaftliche Risikofaktoren**

- ❖ Vereinsamung
- ❖ ungenügende palliative Versorgung
- ❖ mangelnde Behandlung von psychischen Erkrankungen (insbesondere Depression)
- ❖ Abwertung des Alters im politischen Raum
- ❖ Säkularisierung

# Erkenntnisse aus der Suizidprävention

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und Nationales Suizidpräventionsprogramm

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

## Mittel der Suizidprävention:

- Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Behandlungsangebote
  - Fortbildung in den medizinischen und psychosozialen Berufen  
(Früherkennung, Kriseninterventionswissen)
- Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln, Schwererreichbarkeit  
(Waffen, Medikamente, Chemikalien, Absicherung von Bauwerken)
  - Gesellschaftliches Klima  
in dem Suizidproblematiken wahr- und ernstgenommen werden
- Keine beschönigende oder „verständnisvolle“ Publizierung vollzogener Suizide  
(Trittfahrereffekte )

**Primäre Prävention:** allgemein suizidpräventive Maßnahmen, niedrigschwellige und Risikogruppen spezifische Angebote  
**Sekundäre Prävention:** Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Personen  
**Tertiäre Prävention:** Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch

## Teil II:

# Suizid als Möglichkeit der Freiheit und als Grundrecht

1. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020
2. Fragen
3. Freier Wille
4. Urteilsfolgen
5. Mögliche Einzelbestimmungen
6. Gefährdungen

## **Bunderverfassungsgericht, Urteil vom 26.2.2020**

### **Leitsätze**

**Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. (Leitsatz 1a)**

**Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. (Leitsatz 1c)**

**Der hohe Rang, den die Verfassung der Autonomie und dem Leben beimisst, ist grundsätzlich geeignet, deren effektiven präventiven Schutz auch mit Mitteln des Strafrechts zu rechtfertigen. (Leitsatz 4)**

**Und :**

**Aufgrund der verfassungsrechtlichen Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung, welche die einem individuellen Suizidentschluss zugrundeliegenden Motive einschließt ...verbietet es sich aber, die Zulässigkeit eine Hilfe zur Selbsttötung...vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen.(Satz 340)**

**Aus der weiteren gerichtlichen Erläuterung:**

„Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, **tatsächlich auf einem freien Willen** beruht. Der Gesetzgeber verfolgt mithin einen legitimen Zweck, wenn er **Gefahren für die freie Willensbildung und die Willensfreiheit** als Voraussetzungen autonomer Selbstbestimmung über das eigene Leben entgentreten will.“

(BVerfG 26.2.2020, 232)

Der Staat „verfolgt auch insoweit ein legitimes Anliegen, als er verhindern will, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft **als normale Form der Lebensbeendigung** durchsetzt.“

(BVerfG 26.2.2020, 233)

Da der **Schutz des Lebens** dem Einzelnen von der Verfassung als nicht rechtfertigungsbedürftiger Selbstzweck zugesagt ist und er auf der unbedingten Anerkennung der Person in ihrer bloßen Existenz beruht, darf und muss der Gesetzgeber aber gesellschaftlichen Einwirkungen wirksam entgentreten, die als **Pressionen** wirken können und das Ausschlagen von Suizidangeboten von Seiten Dritter rechtfertigungsbedürftig erscheinen lassen. **Entsprechend kann er Vorkehrungen treffen, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen.**

(BVerfG 26.2.2020, 235)

# Fragen und mögliche Antworten

**Was ist ein „tatsächlich freier“ Wille?**

aus Urteil ergeben sich  
eine Feststellungspflicht und  
der Ausschluss von nicht tatsächlich freien Willensentscheidungen

**Wie können Personen in „schweren Lebenslagen“ geschützt werden,  
„sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen  
oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen“?**

aus Urteil ergeben sich  
die Pflicht des Staates, ein Schutzkonzept für vulnerable Personen vorzuhalten, z.B.  
durch niedrigschwellige Krisenberatung und  
eine Erreichbarkeitseinschränkung/ein Werbeverbot für Suizidassistenten

# Definition des freien Willens

**Juristische Kernaussagen:**

**Die Willensfreiheit ist eine nur im Ausnahmefall wegfallende Grundeigenschaft des Menschen.**

**Solche Ausnahmen/Einschränkungen sind**

- **seelische Erkrankungen, Bewusstseinsstörungen, kognitive Beeinträchtigungen**
  - **Einflussnahme durch Täuschung, Drohung, Druck oder Zwang.**

**Ein freier Wille ist die Voraussetzung für die rechtsbeachtliche Einwilligungsfähigkeit, deren**

- ◀ **Voraussetzungen sind**  
**Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit.**

## Definition Einwilligungsfähigkeit

**„Der hohen normativen Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit steht entgegen, dass erhebliche Unsicherheit über die Kriterien für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit besteht und die Übereinstimmung der ärztlichen Einschätzungen der Einwilligungsunfähigkeit bei Fällen im Graubereich sehr gering ist.“**

„Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten“ (Stand: 02.05.2019)

### Voraussetzungen der Einwilligungsfähigkeit

- (1) die Bedeutung, Tragweite und die Risiken einer Maßnahme erkennen und verstehen („Einsichtsfähigkeit“)
  - ◀
- (2) das Für und Wider abwägen und ein eigenes Urteil bilden („Urteilsfähigkeit“) und
- (3) nach dieser Einsicht handeln („Steuerungsfähigkeit“ oder „Handlungsfähigkeit“).



# Überprüfung

## Werden Informationen verstanden?

Sind die Informationen adressatengerecht formuliert und erklärt worden? Kann der Betreffende diese mit seinen Mitteln wiedergeben?

## Sind die Alternativen bekannt und werden sie nachvollzogen?

Wurden alle Alternativen erläutert? Können diese repetitiert werden?

## Werden die verschiedenen Optionen abgewogen?

Können Vor- und Nachteile der verschiedenen Wege benannt werden oder auf Nachfrage angezeigt werden?

## Sind die eigenen Werte bewusst, die in die Abwägung eingehen?

Können persönliche Werte, Vorlieben, Erfahrungen, Erlebnisse wiedergegeben und in Verbindung zu den Optionen gebracht werden?

## ◀ Wird die darauf fußende eigene Entscheidung selbst vertreten?

Ist die Entscheidung ernsthaft und hat längeren zeitlichen Bestand?

Werden die Folgen der Entscheidung und die Verantwortung dafür erkannt?

**Frage: ergibt sich daraus eine Gutachtenpflicht?**

# Kritische Fragen zu den Urteilsfolgen

## Suizidbeihilfe ohne Motivbewertung?

Wie sollen Personen in „schweren Lebenslagen“ identifiziert werden, wenn nicht durch „Motivbewertung“?  
Wie soll die Lebenslage erforscht und beraten werden, ohne den Grund des Suizidwunschs einer Bewertung zu unterziehen?

Warum soll nicht zwischen lebenslimitierender Erkrankung und sozialer Notlage unterschieden werden?

## Schutz, sich verhalten zu müssen, bei breiter Zugänglichkeit?

Wie sollen Personen davor geschützt werden, sich mit Suizidassistanzangebote „auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen“, wenn nicht durch Einschränkungen der Bekanntmachung und der Zugänglichkeit?

**Ein öffentliches Angebot schafft den Zwang, sich verhalten zu müssen.**



## Erlaubnisgesetz oder Schutzgesetz?

Wie soll der assistierte Suizid als „normale Form der Lebensbeendigung“ verhindert werden, wenn nicht durch restriktive Zugangsbeschränkung und Werbeverbot und gleichzeitig niedrighschwelligen Angeboten der suizidpräventiven Krisenintervention?

## Mögliche (mit dem BVerfG-Urteil vereinbare) Einzelbestimmungen

- **Überprüfung der Freiverantwortlichkeit (Willensfähigkeit) durch ärztliche oder psychotherapeutische Gutachter oder das übereinstimmende Urteil zweier Fachärzte/Psychotherapeuten**
  - **Konstanz des Willens über einen festzulegenden Zeitraum**  
(bei lebenslimitierender Erkrankung deutlich kürzer als bei nicht lebenslimitierender Erkrankung)
  - **Mindestalter 18 Jahre**
  - **obligatorische multiprofessionelle Beratung**  
(nicht fokussiert auf Suizid, sondern auf die Krisenbewältigung)
- **strikte Trennung zwischen Beratung, Begutachtung und Durchführung**
  - **Dokumentation und**
  - **Zustimmung einer Ethikkommission**

# Was ist aber, wenn

... der Suizident plötzlich Angst bekommt und die Medikamente nicht vollständig schluckt?

Nachhelfen oder Retten?

...wenn die Medikamente nicht ausreichend wirken?

**Noch mehr Medikamente einflößen oder retten?**

...wenn der Patient gelähmt ist und der Assistent den Arm führen müsste?

**Nur „Erinnerungsunterstützung“ oder „Zuführung durch Armlenkung“?**

## Ausblick: allgemeinere Gefährdungen

Ist Suizidbeihilfe von aktiver Sterbehilfe stabil abgrenzbar?

**pro:** Tatherrschaft liegt beim Suizidenten

**contra:** was ist mit „prekären Suizidassistenzsituationen“?

Wie groß ist der Unterschied zwischen „stelle mir das Gift bereit“ und „gib mir das Gift“?  
(strafrechtlich groß, subjektiv für den Betroffenen klein.)

Die Kriterien für aktive Sterbehilfe und für Suizidbeihilfe sind nicht unterschiedlich.

In beiden Fällen wird üblicher Weise überprüft:

Ist der Wille freiverantwortlich?

Ist der Wille konstant?

Sind dem Betroffenen alle Alternativen bekannt?



Ist der Leidenszustand unerträglich?

Ändert die Tötungserlaubnis die Mentalität der Ärzte?

Kann der hippokratische Eid des Nicht-Schadens, der bestmöglichen Heilung oder Schmerzmilderung mit der neuen Aufgabe, wirksam, d.h. gut zu töten, nebeneinander praktiziert werden?

**ENDE**

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit

**Fragen im Kontext der Lebensbeendigung – Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität in sozialen Einrichtungen und Diensten (Online-Veranstaltungsreihe)**

Teil 2) Rechtliche Aspekte im Kontext der Lebensbeendigung

28. Juni 2023



# Agenda

## 1) **Begrüßung und Einführung**

## 2) **Input: Prof. Dr. Susanne Beck**

Rechtswissenschaftlerin und Inhaberin des Lehrstuhls für Strafrecht, Strafprozessrecht, Strafrechtsvergleichung und Rechtsphilosophie, Leibniz Universität Hannover

## 3) **Offener Austausch**

Rückfragen und Diskussion

## 4) **Abschluss**



# Rechtliche Aspekte bei der Lebensbeendigung



Patienten-  
autonomie

Schutz des  
Lebens

Ausgangspunkt:  
**Patientenautonomie**

**Strafrecht:**

§ § 212, 216,  
217\* StGB

**Zivilrecht:**

§ § 1901a ff.  
BGB (Patienten-  
verfügung)

Ein  
„Sterbehilfegesetz“  
gibt es in  
Deutschland  
(noch) nicht

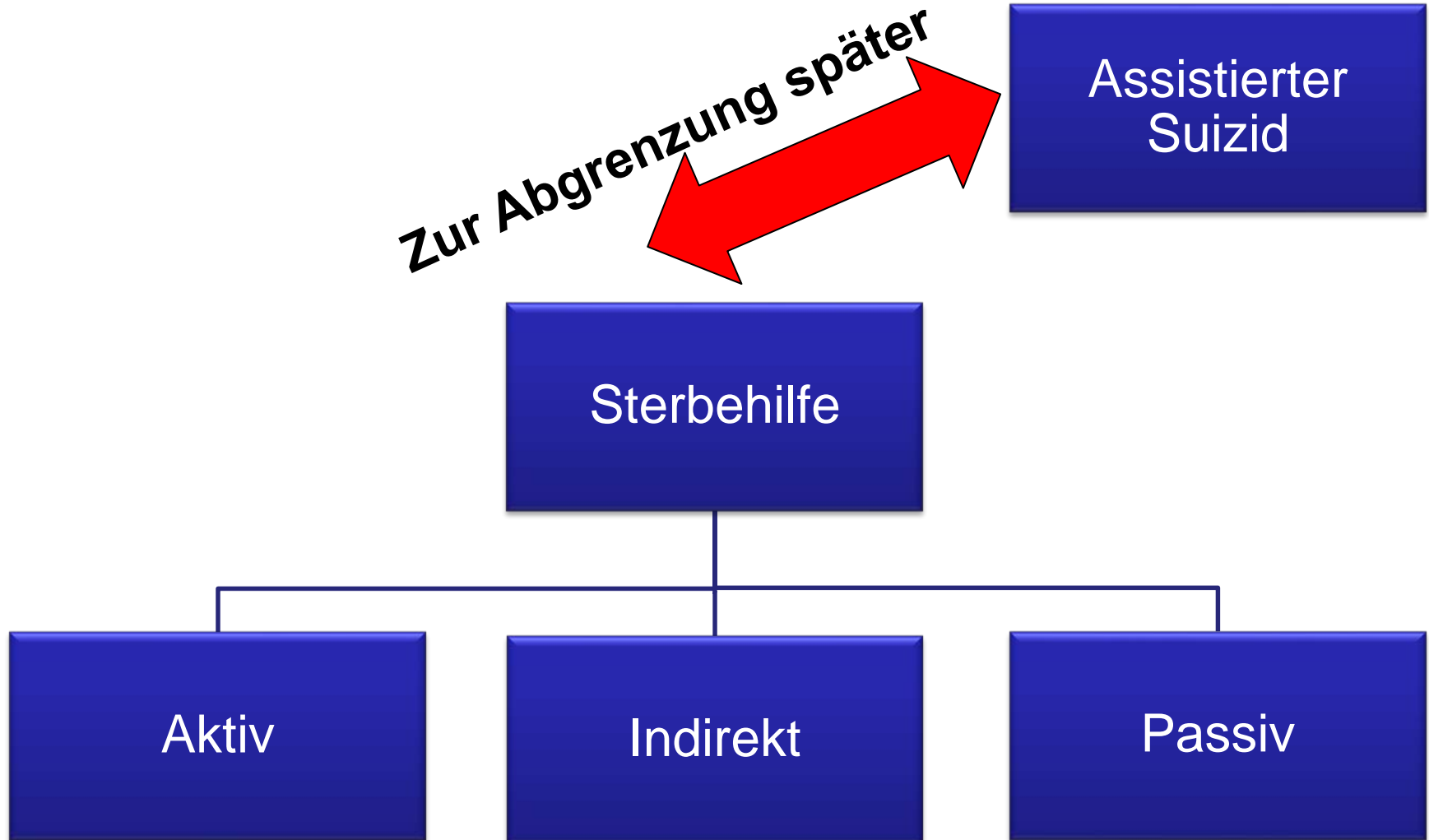
*\*Im Februar 2020 vom BVerfG für verfassungswidrig erklärt*

Aus der  
**Unantastbarkeit der Menschenwürde**  
und dem  
**Grundrecht auf Leben**

folgt allerdings auch der Schutz jedes Lebens  
unabhängig von seiner Dauer



# Sterbehilfe in Deutschland - Grundlagen



# Täterschaftliche Sterbehilfe (durch Tun oder Unterlassen)

## § 216 StGB – Tötung auf Verlangen

- (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.
- (2) Der Versuch ist strafbar.

## Aktive Sterbehilfe

- Grundsätzlich ist jedenfalls die **aktive** Sterbehilfe nach § 212 oder § 216 strafbar, weil eine **Einwilligungssperre** in die Tötung durch eine andere Person besteht.

## Passive Sterbehilfe

- Die **passive** Sterbehilfe (Sterbehilfe durch Sterbenlassen) hingegen kann straflos sein.

## Indirekte Sterbehilfe

- Die **indirekte** Sterbehilfe (unbeabsichtigte Lebensverkürzung aufgrund von Schmerzmitteln) kann ebenfalls straflos sein.

# BGH 2 StR 454/09 – Urteil vom 25. Juni 2010

Leitsätze:

1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (**Behandlungsabbruch**) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht ( § 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.
2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.



## Beispiel

Der 95-jährige X ist schwer an Lungenkrebs erkrankt und liegt seit einiger Zeit im Koma. Sein Tod wird voraussichtlich in den nächsten Stunden eintreten.

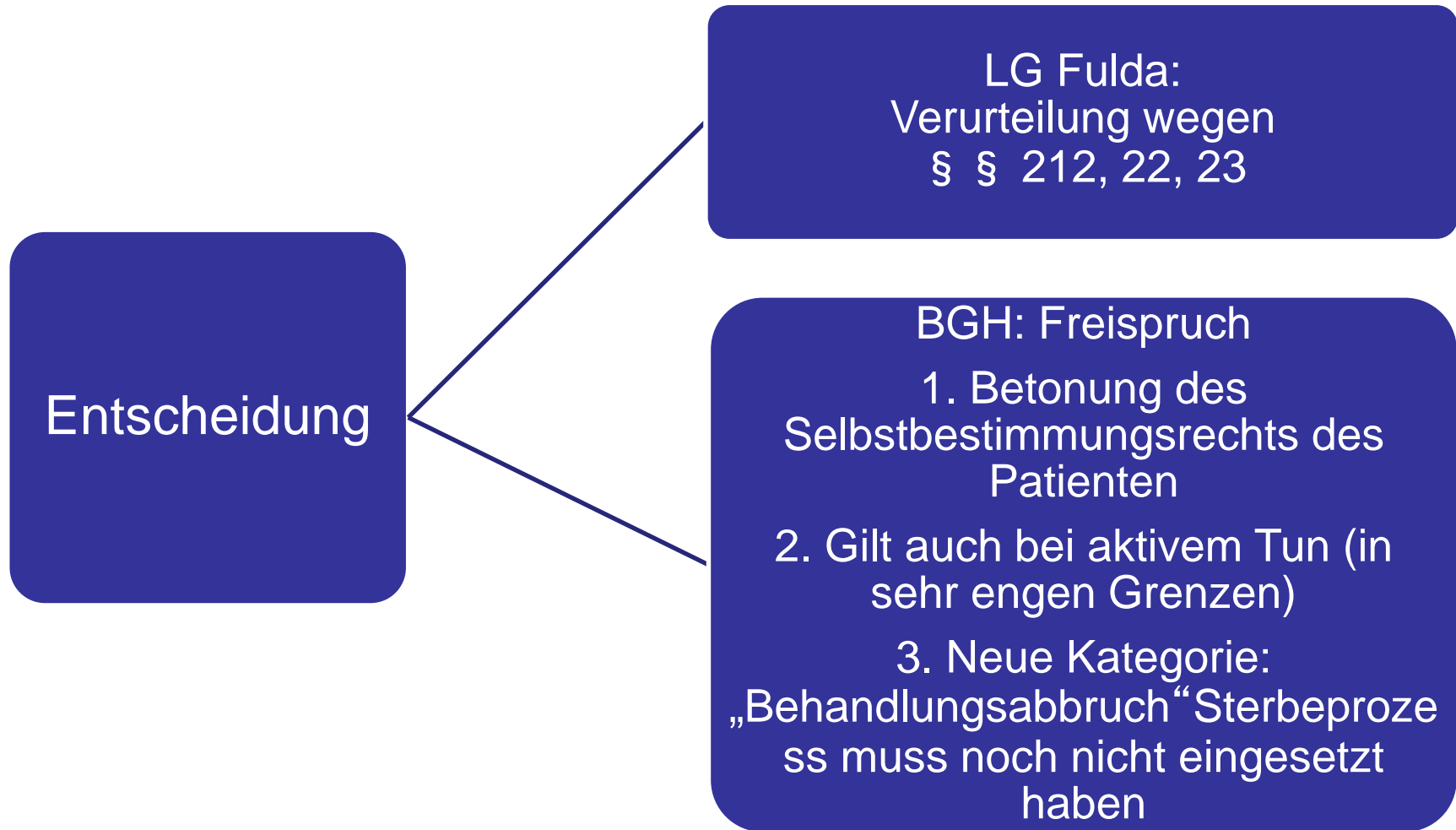
Er wird künstlich beatmet und ernährt. Es ist denkbar, dass er trotz Bewusstlosigkeit an Schmerzen leidet.

Für den Fall einer solchen Situation hat er schon lange eine Patientenverfügung, dass er nicht künstlich am Leben erhalten werden möchte.

Arzt A entfernt daraufhin den Schlauch, der den X künstlich ernährt, und schaltet die Beatmungsmaschine ab.

Strafbarkeit des A?

# BGH Urteil vom 25.6.2010



I.R.d. Zivil- und Strafrechts wichtig: **Einwilligung** des Patienten

Einwilligungsfähigkeit nötig

**Problem:** Feststellung des Patientenwillens beim Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit

Eine Möglichkeit: **Patientenverfügung**

Bei Fehlen einer solchen antizipierten Erklärung: **mutmaßlicher Wille** maßgeblich

Erforschung auf Grundlage der Wünsche & Einstellungen im Zeitpunkt der Einwilligungsfähigkeit

# Sterbehilfe – Assistierter Suizid



Grundsätzlich straflos  
(Ausnahme: § 217 StGB)

Sterbehilfe  
(vgl. bisher)

# Abrenzung Täterschaft – Beihilfe zentral: Beihilfe grds. nicht strafbar (derzeit)

- Aktuelles Urteil: Beschluss vom 28.06.2022 (veröff. August 2022), Az. 6 StR 68/21
- Neue Grenzen zwischen Täterschaft und Beihilfe?

Fall: Die ehemalige Krankenschwester (K) hat ihrem schwerkranken und bettlägerigem Ehemann M auf dessen Wunsch eine tödliche Dosis Insulin gespritzt.

K hat M seit 2016 gepflegt. M hat immer wieder den Wunsch geäußert, sterben zu wollen. Das Paar kam überein, dass kein Arzt geholt werden solle, wenn M seinem Leben ein Ende setzen wolle. Im Frühjahr 2019 wurde seine Schmerzen stärker und sein Zustand verschlechterte sich weiter. Nahezu wöchentlich sagte er, "gehen" zu wollen.

Im August 2019 litt M unter starken Schmerzen. Auch hochdosierte Schmerzmittel halfen nicht. Im Laufe des Abends forderte er seine Frau auf, ihm alle im Haus vorrätigen Tabletten zu geben. Sie fragte ihn, ob er keinen Abschiedsbrief schreiben wolle, weil sonst "noch alle denken" würden, dass sie ihn umgebracht habe. Er hielt dies zunächst nicht für nötig, schrieb dann aber mit zitternden Händen in ein Notizbuch, dass er unter den großen Schmerzen nicht weiterleben wolle, seiner Frau verboten habe, einen Arzt einzuschalten, und hoffe, dass sein Tablettenvorrat ausreiche, um erlöst zu werden. Seine Frau reichte ihm die Tabletten, die er selbstständig einnahm und herunterschluckte.

Daraufhin forderte er sie auf, alle noch vorhandenen Insulinspritzen zu holen. Dies tat sie auch und verabreichte ihm eine tödliche Dosis von sechs Spritzen. Danach fragte M noch, ob das alle vorrätigen Spritzen gewesen seien, "nicht, dass er noch als Zombie" zurückkehre. M schlief ein. K stellte in der Nacht den Tod fest. Einen Arzt informierte sie aufgrund der Absprache mit ihrem Ehemann nicht. Er starb an Unterzuckerung infolge des injizierten Insulins.

Die eingenommenen Medikamente wären auch tödlich gewesen, jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt. (LTO)

# BGH: Nur Beihilfe!

Die Frau hat "sich unter keinem Gesichtspunkt strafbar gemacht". Ihr Verhalten stelle sich als straflose Beihilfe zum Suizid dar. Die aktive Verabreichung der Spritzen stehe dem nicht entgegen. Vielmehr komme es bei der Abgrenzung von einer **strafbarer Tötung auf Verlangen** von einer **straflosen Beihilfe** zum Suizid auf eine **normative Betrachtung** an. Nach Ansicht des BGH habe nicht die Angeklagte das zum Tode führende Geschehen beherrscht, sondern ihr Ehemann. Bei wertender Betrachtung hätten die Einnahme der Tabletten und die Injektion des Insulins nach dem Gesamtplan **einen einheitlichen lebensbeendenden Akt** gebildet, über dessen Ausführung allein der Ehemann bestimmte. In dem hier entschiedenen Fall erschöpfe sich der aktive Beitrag der Angeklagten nach dem Gesamtplan demgegenüber darin, ihrem Mann die Insulinspritzen zu verabreichen. "Bis zuletzt" sollte sie das gesamte Geschehen dementsprechend nicht in der Hand haben. Auch wenn es im Falle nicht mehr darauf ankam, verlor der Senat auch einige Worte zur **Verfassungsmäßigkeit des § 216 Abs. 1 StGB**. Der Senat "neigt zu der Auffassung", dass die vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) entwickelten Grundsätze zu § 217 Abs. 1 StGB auf § 216 Abs. 1 StGB übertragbar seien. Danach müssen jedenfalls diejenigen Fälle vom Anwendungsbereich der Norm ausgenommen werden, in denen es einer sterbewilligen Person faktisch unmöglich ist, ihre frei von Willensmängeln getroffene Suizidentscheidung selbst umzusetzen und darauf angewiesen ist, dass eine andere Person die unmittelbar zum Tod führende Handlung ausführt. (LTO)

§ 217 StGB im Juli 2016 neu eingeführt



Im Februar 2020 vom BVerfG als verfassungswidrig erklärt

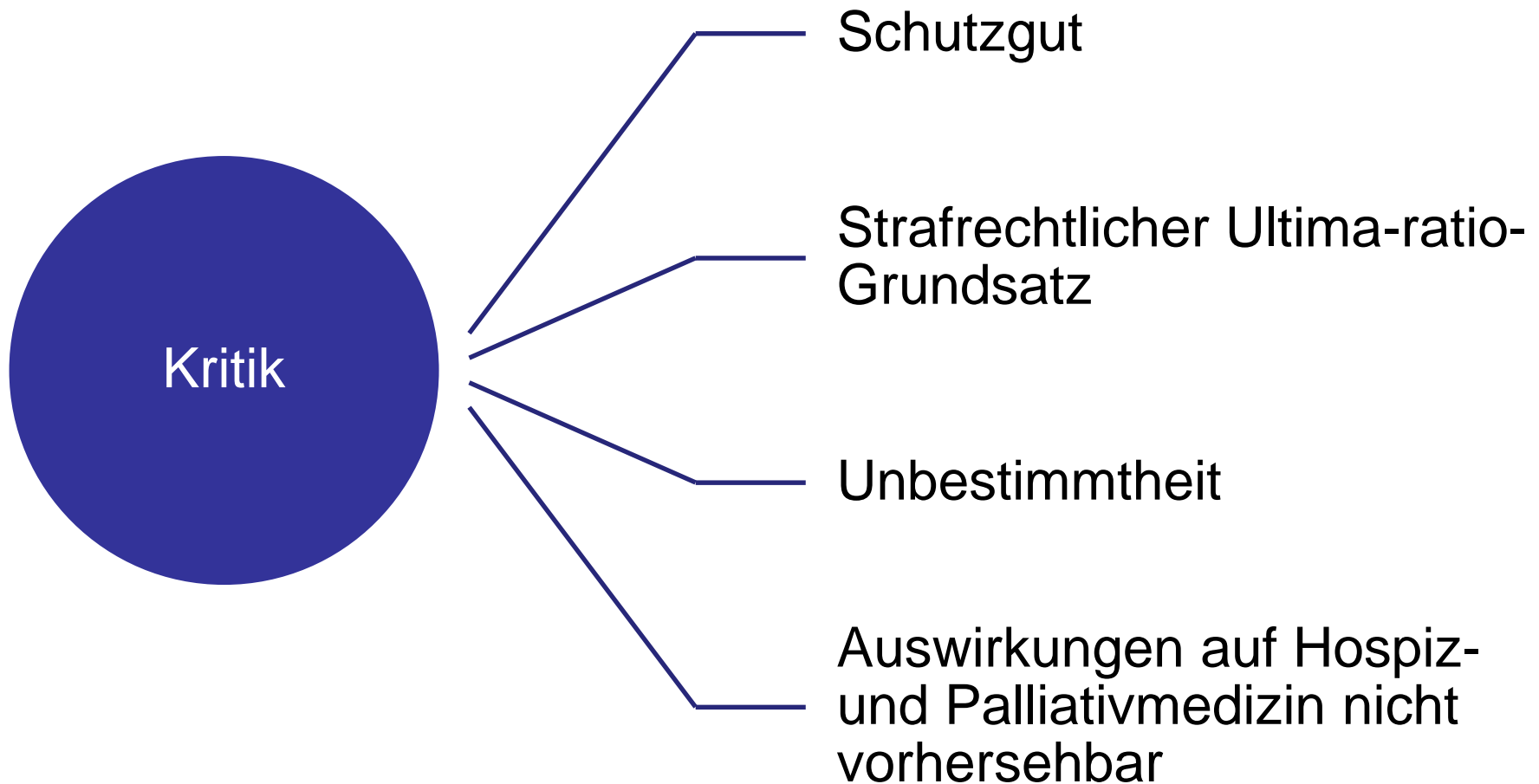
**Ziel**  Abstraktes Gefährdungsdelikt, das „der gesellschaftlichen Normalisierung des assistierten Suizids entgegenwirken soll“ (BT-Drs. 18/5373)

## § 217 StGB

- Im obj. Tatbestand wird die Selbsttötung vorausgesetzt
  - Ausschluss indirekter und passiver Sterbehilfe
- Im subj. Tatbestand ist eine Förderungsabsicht erforderlich
- § 217 II StGB enthält einen Strafausschluss für Angehörige ( § 11 I Nr. 1 StGB) und nahestehende Personen (entspr. § 35 I StGB)



# Regelungen in Deutschland - § 217 StGB



## **Urteil vom BVerfG 26.2.2020: § 217 StGB ist verfassungswidrig**

Aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) erwächst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

- Ausgangspunkt: APR aus Art. 2 I iVm Art. 1 I GG umfasst das Recht auf selbstbestimmtes Sterben  
auch Freiheit, sich das Leben zu nehmen und Hilfe bei Dritten zu suchen
- § 217 ist am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu messen  
Kollision der Verfassungsgüter des Selbstbestimmungsrechts sowie der staatlichen Schutzpflicht für Leben und Autonomie
- Rechtsgüter grds. zum Schutz durch Strafrecht geeignet  
Voraussetzung: auch bei Bestrafung besonders autonomiegefährdender Formen der Suizidhilfe für Einzelfall Zugang zu freiwilliger Suizidhilfe

Gruppe um Lars Castellucci (SPD)	Gruppe um Katrin Helling-Plahr (FDP) und Renate Künast (Grüne)
Strafrechtliches Verbot der organisierten, geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe	Ablehnung einer Regelung im Strafrecht
Ausnahme, wenn (nach Prüfung) keine psychische Erkrankung vorliegt und der Wunsch zu sterben „freiwillig, ernsthaft und dauerhaft“ ist	Sterbewillige sollen Zugang zu tödlichen Medikamenten haben, nachdem sie eine Beratung in Anspruch genommen haben
zwei Untersuchungen in einem Abstand von mindestens drei Monaten durch Fachärzte für Psychiatrie oder Psychotherapie	Bedingungen: - Volljährigkeit - Nachweis autonom gebildeten, freien Willens
Zwischen letztem Beratungsgespräch und Selbsttötung Wartefrist von mind. zwei Wochen Selbsttötung höchstens zwei Monate nach der letzten psychiatrischen Untersuchung	Verschreiben der Mittel zur Selbsttötung frühestens drei Wochen nach der Beratung und maximal zwölf Wochen danach
In begründeten Ausnahmefällen (Beispiel: schwere nicht heilbarer Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung) Feststellung der Freiwilligkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches bereits nach einem Untersuchungstermin	In Fällen von schwerem Leiden, in denen eine Person sich in einem existenziellen Zustand mit anhaltenden Symptomen befindet: Arzt hat auch ohne vorherige Beratung das Recht haben, die Mittel zu verschreiben – aber kein Anspruch
Teilnehmer, die nicht geschäftsmäßig handeln und entweder Angehörige oder nahestehende Personen sind, bleiben straffrei	Ist kein Arzt bereit, die Mittel zu verschreiben, kann die zuständige Behörde des Bundeslandes die Erlaubnis zum Erwerb der Mittel erteilen.
Verbot der Werbung für Suizidbeihilfe	Diskussion zu Möglichkeiten von organisierten Angeboten der Suizidbeihilfe unter Bedingungen
Forderung nach Gesetzentwurf zur Stärkung der Suizidprävention	Forderung nach nationaler Strategie zur Suizidprävention

# Neue gesetzliche Regelung – Kritik der Entwürfe (Entscheidung vor Sommerpause geplant)

- Pragmatische Kritik: Zeitplan
- Kritik an der Komplexität (geeignet für gesetzliche Regelung?)
- Kritik an der Bürokratisierung
- Kritik an der Regulierung im StGB (Entwurf 1)
- Inhaltliche Kritik: Zwang zur Beratung (Entwurf 2)
- Inhaltliche Kritik: Möglichkeit des Erkennens der Ernsthaftigkeit nach ein oder zwei Beratungsgesprächen
  
- Weitere mögliche Kritik:
  - Was, wenn in Beratung Ernsthaftigkeit abgelehnt wird?
  - Warum sollen Depressionen Ernsthaftigkeit per se verhindern? (bei tödlichen Krankheiten selten?)

## Zusammenfassung

- Ausgangspunkt: **Patientenautonomie**
- **Differenzierung**: ass. Suizid / aktive/passive & direkte/indirekte Sterbehilfe – Behandlungsabbruch
- **Einwilligung** des Patienten von zentraler Bedeutung
- **Problem**: Einwilligungsunfähigkeit
  - Patientenverfügung, wenn (-) mutmaßlicher Wille
- **Assistierter Suizid**: Neuregelung von § 217 StGB?  
Neue Abgrenzung Täterschaft – Teilnahme

**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!**  
**Ich freue mich auf die Diskussion.**

**Fragen im Kontext der Lebensbeendigung – Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität in sozialen Einrichtungen und Diensten (Online-Veranstaltungsreihe)**

Teil 3) Handlungskompetenz – Haltungsfindung und Kommunikation

04. Juli 2023





# Agenda

## **1) Begrüßung und Einführung**

## **2) Input: Dr. Kerstin Kremeike**

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin,  
Wissenschaftliche Projektleitung am Zentrum für  
Palliativmedizin der Uniklinik Köln

## **3) Offener Austausch**

Rückfragen und Diskussion

## **4) Abschluss**



UNIKLINIK  
KÖLN



## Handlungskompetenz – Haltungsfindung und Kommunikation im Kontext von Todeswünschen und Suizidalität

Dr. Kerstin Kremeike

4. Juli 2023 | Der Paritätische | Fragen im Kontext der Lebensbeendigung

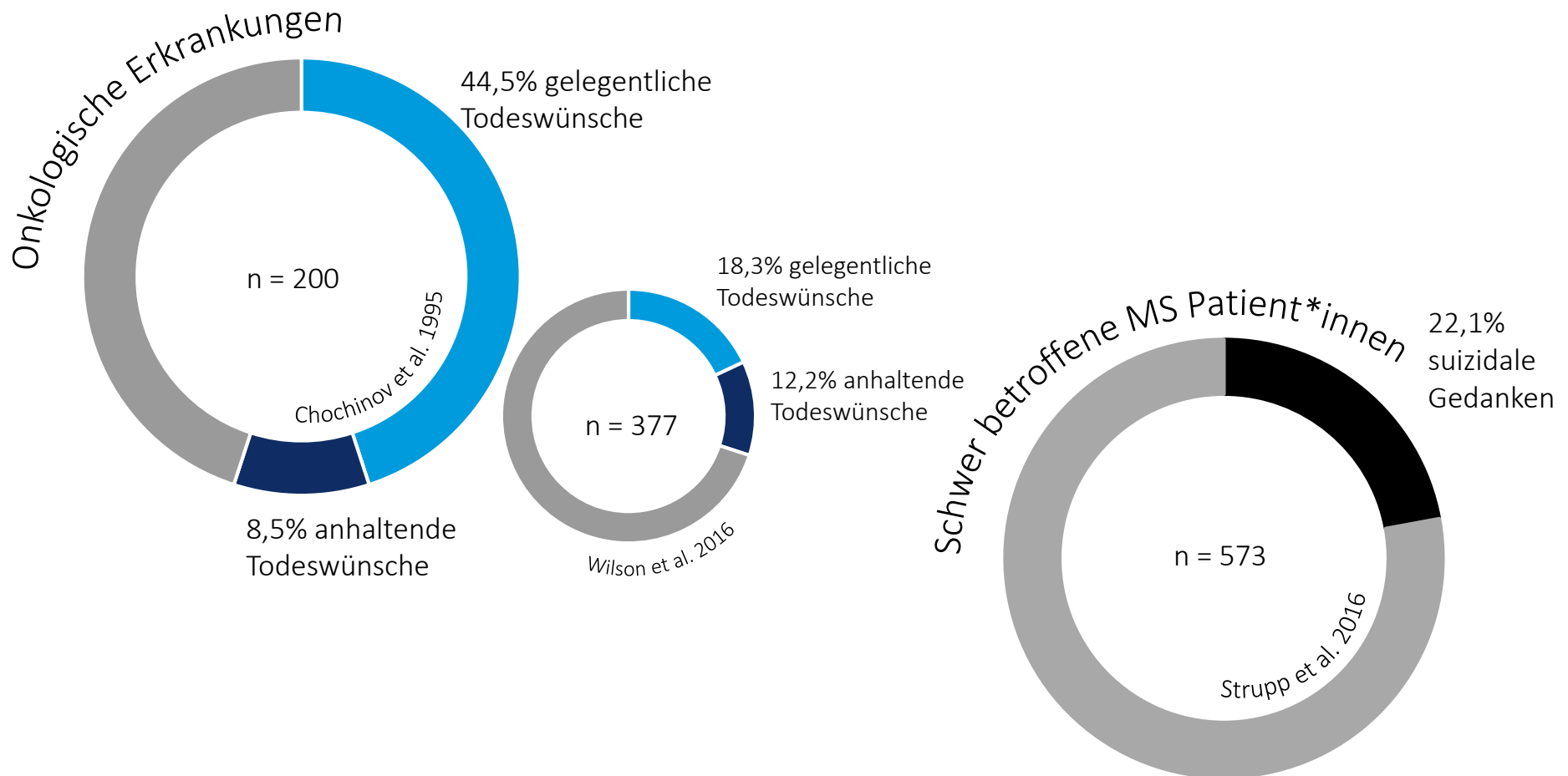
# Einführung

## Aktuelle Situation

Todeswunsch als differenziertes Phänomen

# Prävalenz

❖ Todeswünsche sind **häufig** bei palliativ versorgten Patient\*innen:



# Aktuelle Situation in Deutschland I



- Suizidassistenten sind **prinzipiell straffrei**
- **11/2015: geschäftsmäßige Suizidassistenten** werden ins **StGB** aufgenommen (§217)
- **02/2020: BVerfG erklärt §217 StGB für verfassungswidrig**
  - „Recht auf Suizidassistenten“, wenn frei verantwortet, dauerhaft, autonom
  - Keine Reichweitenbegrenzung
  - Keiner darf zur Suizidassistenten gezwungen werden
  - Suizidassistenten dürfen nicht zur Normalität in Deutschland werden
  - Gesetzgeber darf einschränkende Regelungen schaffen

# Suizidassistenzgesetz – Entwürfe



❖ 01/2021:

Deutscher Bundestag  
19. Wahlperiode  
Drucksache 19/[...]  
(Datum)

## Gesetzentwurf

der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Karl Lauterbach, Dr. Petra Sitte, Swen Schulz und Otto Fricke

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

### A. Problem

Der 18. Deutsche Bundestag diskutierte im Jahr 2015 über eine vermeintlich gebotene und historisch wohl auch erstmalige Beschränkung der damals straffreien Hilfe zur Selbsttötung. Die Mehrheit der Parlamentarierinnen und Parlamentarier

Deutscher Bundestag  
19. Wahlperiode  
Drucksache 19/[...]  
(Datum)

## Gesetzentwurf

der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

### A. Problem

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26.2.2020 (2 BvR 2347/15 u.a.) klargestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ umfasst. Die Entscheidung des Firstsenats im 1. Senat des Bundesverfassungsgerichts dem eigenen Leben

❖ 03/2022:

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode – 1 – Drucksache 20/[...]

## Gesetzentwurf

der Abgeordneten Prof. Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser und Kathrin Vogler, sowie Heike Baehrens, Kerstin Griese, Hermann Gröhe, Hubertus Heil, Pascal Kober, Dr. Konstantin von Notz, Thomas Rachel, Claudia Roth, Bettina Stark-Watzinger

Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (...)

### A. Problem

Mit Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u.a. – (BVerfGE 153, 182 ff.) wurde der durch das Gesetz zur Straf-

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode – 1 – Drucksache 20/[...]

Deutscher Bundestag  
20. Wahlperiode  
Drucksache 20/[...]  
(Datum)

## Antrag

der Abgeordneten Prof. Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser und Kathrin Vogler, sowie Heike Baehrens, Kerstin Griese, Hermann Gröhe, Hubertus Heil, Pascal Kober, Dr. Konstantin von Notz, Thomas Rachel, Claudia Roth, Bettina Stark-Watzinger


Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen

### 1. Der Bundestag stellt fest:

In Deutschland nehmen sich jedes Jahr mehr als 9.000 Personen das Leben. Damit sterben hier fast dreimal so viele Menschen durch Suizid wie durch Straßenverkehrsunfälle (vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationaler-Themen/Bevoelkerung-selbst-suizidales-gesundheit-suizid.html>). Die Zahl der Suizidversuche liegt geschätzt zehnmal so hoch (vgl. Lindner et al. für das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Offener Brief an BMJ, Spahn: Zur

# Aktuelle Situation in Deutschland II


❖ 02/2021:



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen  
Neuregulierung der Suizidassistenten und Stärkung der Suizidprävention

Stand: 24.02.2021



Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.

Geschäftsstelle  
Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.  
Aschener Str. 5  
10713 Berlin

Dialogpapier  
Hospizische Haltung in Grenzsituationen

Anregungen  
zur Diskussion und zur Meinungsbildung  
vor dem Hintergrund des Urteils des  
Bundesverfassungsgerichts  
vom 26.02.2020 zu § 217 StGB

Sie erreichen uns unter:  
Telefon 030 / 8200758-0  
Telefax 030 / 8200758-13  
info@dhpv.de  
www.dhpv.de

Geschäftsführender  
Vorstand:  
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus  
Vorstandsvorsitzender  
Dr. Anja Schneider  
Stellvert. Vorsitzende  
Paul Herrlein  
Stellvert. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:  
VR 27851 B  
Gemeinnützigkeit anerkannt  
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:  
Bank für Sozialwirtschaft

19.02.2021

❖ 05/2021:

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 118 | Heft 29-30 | 26. Juli 2021

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang  
mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil  
des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB

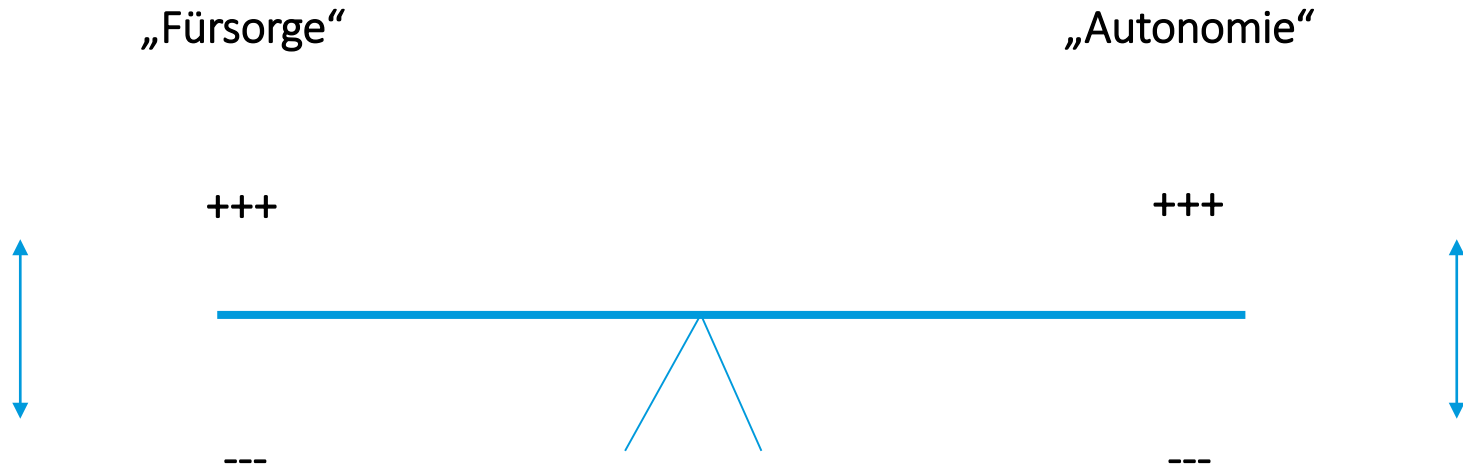
Stand: 25.06.2021

# Aktuelle Situation in Deutschland III – Positionierung auf verschiedenen Ebenen





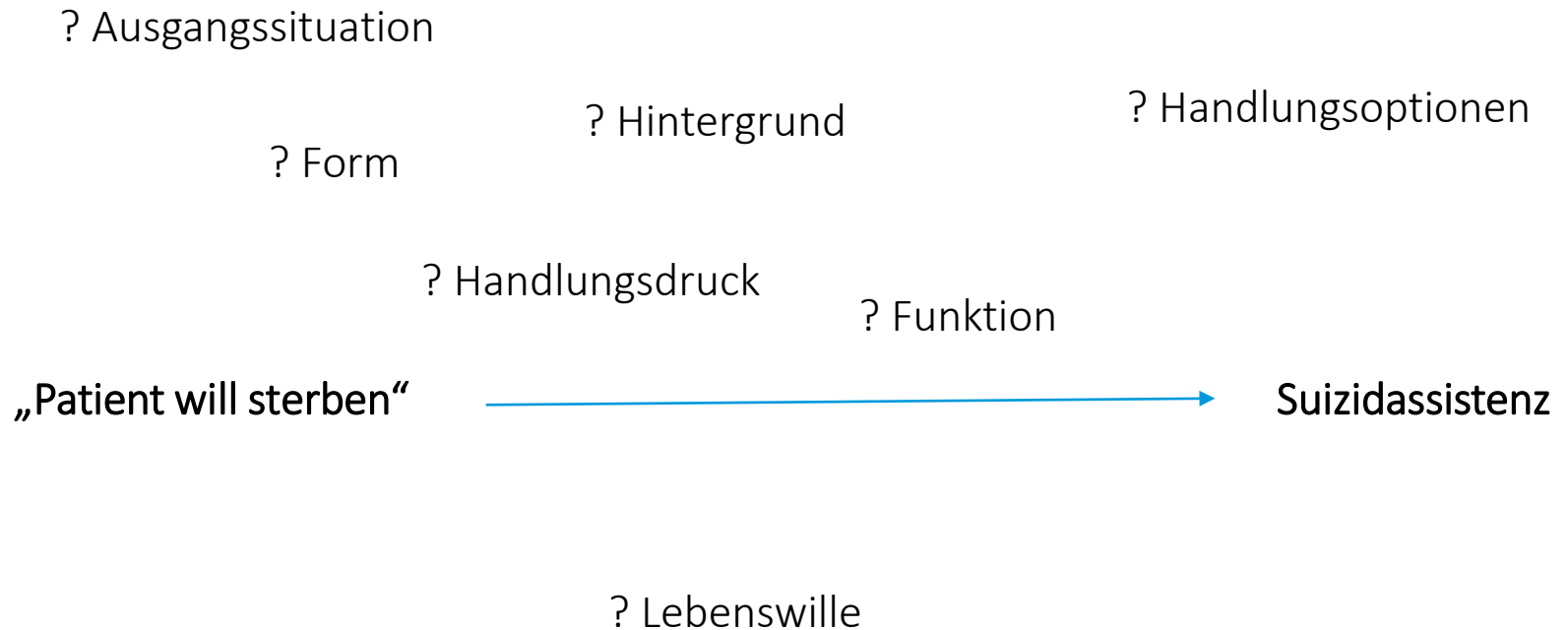
# Aktuelle Situation in Deutschland IV – Wo stehen wir?



BVerfG: „Suizidassistentz darf keine Normalität werden“

	Normalität	Ausnahme
Klinik	Suizidprävention	Suizidassistentz
Staat	Suizidpräventionsgesetz	Suizidassistentzgesetz

# Verengung oder Öffnung des Gesprächs?



# Aktuelle Situation in Deutschland V



- ❖ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin warnt davor, geäußerte Sterbewünsche ausschließlich als Handlungsaufforderung zu verstehen.
- ❖ S3-Leitlinie *Palliativmedizin für Patient\*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung* (2019)



## Konsensbasierte Empfehlung

Das Gespräch über Todeswünsche *soll* in einer von **Offenheit, Interesse und Respekt** geprägten Grundhaltung für das Denken, Erleben und Handeln des Patienten durchgeführt werden. Die Haltung des Respekts beinhaltet **nicht notwendigerweise eine Zustimmung** zur aktiven Beendigung des Lebens.

# Einführung

Aktuelle Situation

Todeswunsch als differenziertes Phänomen

# Äußerungen von Todeswünschen



(Kremeike et al. 2022)

# Mögliche Ausprägungen von Todeswünschen

Suizidaler Handlungsdruck 

		Todeswunsch						
<b>Ohnsorge et al.</b>	Akzeptanz des Sterbens	Wunsch zu sterben:						
		1) Hoffen aufs Ende	2) Hypothetischer Wunsch nach Beschleunigung	3) Aktueller Wunsch bzw. Handlung				
<b>Balaguer et al.</b>				Wish to hasten death (WTHD)				
<b>Nissim et al.</b>	Loslassen	Verzweiflung		Hypothetischer Fluchtplan				
<b>Mod. nach Wolfersdorf und Lindner</b>	Lebenssatt-heit	Lebensmüdig-keit	Unspezifische Wünsche nach Ruhe	Suizidalität (distanziert	–	latent	–	akut)

(Ohnsorge, K. et al. 2014.; Ohnsorge, K. et al. 2014; Balaguer, A. et al 2016; Nissim, R. et al 2009; Wolfersdorf, M. 2008; Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. 2011; Lindner, R. 2006)

# Todeswunsch und Lebenswille I

## **Konsensbasiertes Statement\***

Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung und einem Todeswunsch können zugleich einen **Wunsch nach Leben** in sich tragen.

Im Zeitverlauf und hinsichtlich der Intensität können sich Todeswunsch und Lebenswille verändern.

Quelle: Rodriguez-Prat, A., et al.

\*S3-Leitlinie Palliativmedizin Teil II, Leitlinienprogramm Onkologie 2019

## Todeswunsch und Lebenswille II

*„... wenn mir jemand etwas gäbe und mir sagte – es ist in zwei Sekunden alles vorbei – ich würde es nehmen...“*

*„...ich möchte leben, oh mein Gott...“* – Patient bricht in Tränen aus

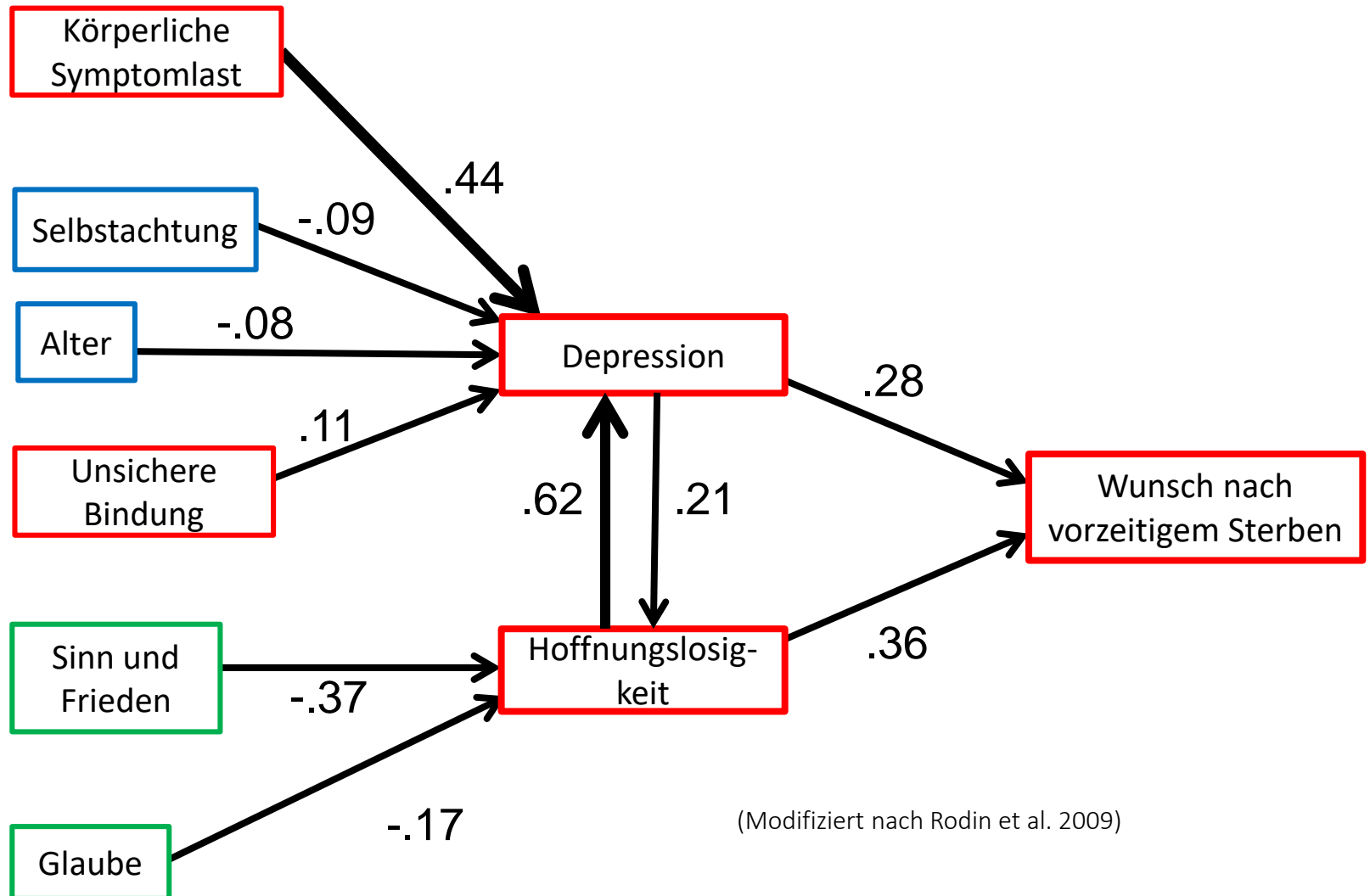
„...bis gestern habe ich nur an meinen Tod gedacht...

seit unserem Gespräch denke ich wieder über mein Leben nach...“

(Voltz et al. 2010)



# Mögliche Hintergründe und Bedeutungen



(Modifiziert nach Rodin et al. 2009)

# Mögliche Funktionen

---

Manifestation eines Lebenswillens

---

Schwerer Sterbeprozess, vorzeitiger Tod bevorzugt

---

Unerträgliche akute Situation

---

Sich aus unerträglichen und spezifischen Situation entziehen

---

Letzte Kontrolle

---

Aufmerksamkeit bekommen

---

Akt des Altruismus

---

Manipulation der Familie, um Einsamkeit vorzubeugen

---

Schrei der Verzweiflung

---

(Coyle et al. 2006; Royal College of Nursing 2011)

# Ziele im Umgang mit Todeswünschen\*

- › **Wahrnehmen** und **Erkennen**
- › **Verstehen** des Todeswunsches vor dem Hintergrund der medizinischen und psychischen Situation, der Persönlichkeit und Lebenserfahrung der Patientin/ des Patienten. Es geht um einen empathischen, bedeutungsfindenden Prozess von Seiten der professionellen Begleitenden im Gespräch mit der Patientin/ dem Patienten, ggf. auch unter Einbezug der Angehörigen.
- › **Kompetent begleiten** bedeutet nicht zwangsläufig das Ergreifen von direkten Maßnahmen, sondern womöglich „nur“ das aktive Aushalten des Leides ohne eine Antwort darauf geben zu können oder gar den Todeswunsch zu beurteilen.
- › **Suizidprävention**

\*vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin Teil II, Leitlinienprogramm Onkologie 2019

# Umgang mit Todeswünschen

Gesprächsleitfaden

Schulung



UNIKLINIK  
KÖLN

Zentrum für Palliativmedizin



Leitfaden zum  
Umgang mit  
Todeswünschen

Zentrum für Palliativmedizin



» Kontakt

Uniklinik Köln  
Zentrum für Palliativmedizin  
Kerpener Str. 62  
50937 Köln  
Prof. Dr. Raymond Voltz  
Direktor des Zentrums

**Ansprechpartnerin**

Dr. Kerstin Kremeike  
Telefon: 0221 478-87835  
E-Mail: [tw-palliativ@uk-koeln.de](mailto:tw-palliativ@uk-koeln.de)

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

(Kreimeike et al. 2020)

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

Bestellbar unter [tw-palliativ@uk-koeln.de](mailto:tw-palliativ@uk-koeln.de)



UNIKLINIK  
KÖLN

## Einordnung, Bedeutung und Funktionen von Todeswünschen

### Einordnung

Generell ist zu bedenken:

Todeswünsche können vielschichtig sein und sich verändern.

- › Akzeptanz des Todes ohne Wunsch der Patientin/ des Patienten, das Sterben zu beschleunigen
- › Möglicher (hypothetischer) Wunsch, das Sterben zu beschleunigen
- › Aktueller Wunsch, das Sterben zu beschleunigen
- › Wunsch nach Selbsttötung mit ärztlicher Hilfe (ärztlich assistierter Suizid – z. B. Bereitstellung von Medikamenten)
- › Tötungswunsch in Form von Tötung auf Verlangen (direkte Sterbehilfe – z. B. Verabreichung von Medikamenten)
- › Gedanken an Selbsttötung und Selbsttötungsvorsatz (Suizidalität)

### Notizen und Ergänzungen

---



---

## Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen



### Hintergründe und Bedeutungen

- › Todeswunsch als Reaktion auf:
  - › körperliches Leiden
  - › soziale Probleme wie Isolation oder/und Konflikte
  - › durch die Patientin oder den Patienten wahrgenommenen Würdeverlust
- › Todeswunsch als Ausdruck von:
  - › Depressivität
  - › Angst
  - › Hoffnungslosigkeit
  - › Not in Bezug auf den Sinn im Leben (spirituelle/existentielle Not)
  - › der Sorge, jemandem zur Last zu fallen
  - › einem schwierigen Krankheitsverlauf

### Funktionen

- › Akuter Hilferuf
- › Mittel, um über Sterben und Tod zu sprechen
- › Versuch, Autonomie oder Kontrolle zurückzugewinnen
- › Versuch der Einflussnahme auf Familie oder Behandelnde
- › Auf sich und die eigene Not aufmerksam machen

## Gesprächsaspekte

### Beziehung bewusst herstellen

- › Der Patientin/dem Patienten,
  - › so wie sie/er ist Interesse und Respekt entgegenbringen
  - › aktiv zuhören und sie/ihn nicht unterbrechen
- › Die Patientin/den Patienten
  - › in ihrer/seiner Not annehmen
  - › ermutigen, Emotionen zu zeigen
- › Klare, für die Patientin/den Patienten verständliche Sprache verwenden
- › In Sprache und Gesten einfühlsam, teilnahmsvoll und sensibel reagieren
- › Stille aushalten
- › Kommunikationsbereitschaft auch bei heiklen Themen/ Konflikten signalisieren
- › Auch in herausfordernden Situationen in Beziehung bleiben
- › Körperkontakt herstellen (wenn angemessen)
- › Signalisieren, dass und wie viel Zeit zur Verfügung steht
- › Auf ein möglichst angenehmes Setting achten (Räumlichkeiten, Privatsphäre)

### Proaktives Ansprechen von Todeswünschen

- › Ängste vor Sterben und Tod erfragen/ansprechen
- › Erheben, ob Belastungen als ausweglos empfunden werden
- › Gedanken, nicht mehr leben zu wollen erfragen/ansprechen
- › Gedanken, das Leben vorzeitig zu beenden erfragen/ansprechen

### Abschließen des Gesprächs

- › Persönliche und soziale Ressourcen erfragen
- › Zusammenfassung der wichtigsten Punkte
- › Unklarheiten und weiteren Gesprächsbedarf erfragen
- › Gesprächsbereitschaft und Verfügbarkeit realistisch zusichern
- › Auf Wunsch weiteren Gesprächstermin vereinbaren
- › Hinweis auf vertrauliche Weitergabe von Informationen im Team

### Nach dem Gespräch

- › In Patientinnen-/Patienten-Unterlagen dokumentieren
- › Andere Teammitglieder informieren
- › Gesprächsverlauf, Beziehung, Emotionen reflektieren

### Notizen und Ergänzungen

---

---

---

---

---

---

---

---

## Gesprächsaspekte

\*vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin Teil II, Leitlinienprogramm Onkologie 2019

### Evidenzbasiertes Statement\*

- Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung *sollte* aktiv ein Gespräch über mögliche **Todeswünsche gesucht** werden.

S3 Leitlinie Unipolare Depression, SNS-Leitlinie, Crawford et al. 2011

### Evidenzbasiertes Statement\*

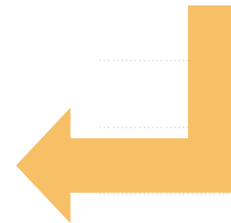
- Es gibt **keinen Hinweis**, dass das **Ansprechen** von suizidalen Gedanken **zu deren Entstehung oder Steigerung** führt.

Crawford et al. 2011, Harris et al. 2017, de Beurs et al. 2016

(Räumlichkeiten, Privatsphäre)

### Proaktives Ansprechen von Todeswünschen

- › Ängste vor Sterben und Tod erfragen/ansprechen
- › Erheben, ob Belastungen als ausweglos empfunden werden
- › Gedanken, nicht mehr leben zu wollen erfragen/ansprechen
- › Gedanken, das Leben vorzeitig zu beenden erfragen/ansprechen





# Proaktives Ansprechen von Todeswünschen

Wünschen Sie sich manchmal Ihren Tod?

Bei den ganzen Therapien, die sie bekommen, den Sorgen, haben Sie da schonmal drüber nachgedacht, das der Tod auch eine Erleichterung sein könnte?

Haben Sie Angst vor dem Sterben?

Gibt es manchmal Momente, in denen Sie denken, dass das Leben unter diesen Umständen eher eine Last ist?

Waren Sie in Ihrem Krankheitsverlauf und mit dem Wissen der unheilbaren Krebserkrankung schon mal so verzweifelt, dass sich für Sie das Leben als nicht mehr lebenswert angefühlt hat und sie sich wünschen lieber schon Tod zu sein?

Ich erlebe Sie in unserem Haus als mutige, tapfere und starke Frau. Haben Sie im Verlauf Ihrer schweren Erkrankung schon mal gedacht nicht mehr leben zu wollen?

Haben Sie sich schon einmal konkret damit auseinandergesetzt, wie Sie sich das Ende Ihres Lebens vorstellen? Bestehen da Wünsche oder Ängste?

Mit den verschiedenen Tumorarten klar zu kommen, vor allem so kurz hintereinander ist schon sehr hart & eine große Herausforderung: Ist Ihnen jemals der Gedanke gekommen, wie das wäre, wenn plötzlich alles vorbei wäre?

Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie an das Lebensende denken?

Im Laufe der Erkrankung, hatten Sie da Phasen oder Momente, in denen Sie dachten: es geht nicht mehr weiter, oder: ich kann / will nicht mehr weiter?

(Boström et al. 2022)

## Reflexion

### Bewusster Umgang mit eigener Haltung und Emotionen

- › Auf eigene Emotionen achten
- › Auf das eigene Verhalten in Sprache und Gesten achten
- › Eigene Emotionen im Team reflektieren
- › Akzeptieren, dass das Ausmaß erlebten Leids von Person zu Person unterschiedlich ist
- › Sich der eigenen Haltung zum Thema Todeswunsch bewusst sein
- › Sensibel bezüglich Darstellung der eigenen Haltung sein
- › Sensibel sein für den Einfluss der eigenen Haltung auf die Reaktion der Patientin/des Patienten und den Gesprächsverlauf
- › Persönliche und professionelle Eignung realistisch einschätzen

### Selbstschutz

- › Sich klarmachen, was man leisten kann und will
- › Sich über die Rechtslage informieren
- › Widersprüchliche Äußerungen (Ambivalenz) zum Todeswunsch als möglichen Teil des Verarbeitungsprozesses akzeptieren
- › Auf Anzeichen eigener seelischer Belastung achten
- › Auf eigene Ängste achten
- › Auf eigene wunde Punkte achten
- › Möglichkeiten zur eigenen Entlastung nutzen
- › Unterstützung aus dem Team oder von Vorgesetzten einholen
- › Interne oder externe Supervision

## Weitere Handlungsoptionen

- › Depression erkennen und nach gängigen Behandlungsstandards (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) behandeln
- › Bei eindeutigem Selbsttötungsvorsatz (akute Suizidalität) ärztlich-psychiatrische Hilfe einholen
- › Bei möglichem Selbsttötungsvorsatz (latente Suizidalität) Behandlungsvereinbarung mit der Patientin oder dem Patient abschließen, um Zeit für Interventionen zu gewinnen
- › Bei unerträglichem Leid „palliative Sedierung“ (siehe 10 Punkte-Empfehlung der European Association for Palliative Care (EAPC)) anbieten
- › Sterben lassen (passive Sterbehilfe) als legale Option (Verzicht, Einschränkung oder Abbruch von lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen)
- › Beratungs- oder (Psycho-)Therapieangebote im Einzel- oder Gruppensetting
- › Fallbezogene Ethik-Beratung/Ethikgespräch zum Besprechen von (evtl. unterschiedlichen) Werthaltungen und richtigem Handeln im Team

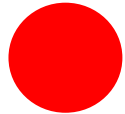
### Notizen und Ergänzungen

.....

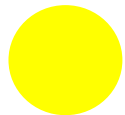
.....

.....

# Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen



Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)



Suizidassistenz (ehem. § 217 StGB)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken



„Indirekte Sterbehilfe“



„Sterben Zulassen“



Palliative Sedierung



Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

# Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen

- Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)
- Suizidassistenz (ehem. § 217 StGB)
- Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken
- „Indirekte Sterbehilfe“
- „Sterben Zulassen“
- Palliative Sedierung
- Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

## ~~„aktive Sterbehilfe“~~

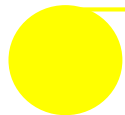
Absichtliches und aktives, meist ärztliches Eingreifen zur Beschleunigung des Todesintritts auf **ausdrücklichen Wunsch des Patienten**. (LB f. Palliativmedizin S. 72)

- *„Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.“* (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung / 18.02.2011)
- Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. (StGB § 216: Tötung auf Verlangen)
- Der Versuch ist strafbar. (StGB § 216: Tötung auf Verlangen)

# Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen



Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)



Suizidassistenz (ehem. § 217 StGB)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken



„Indirekte Sterbehilfe“



„Sterben Zulassen“



Palliative Sedierung

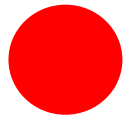


Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

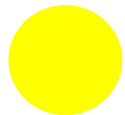
Aufhebung des § 217 StGB in dem die „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ strafrechtlich verboten war:

- „**Recht auf selbstbestimmtes Sterben**“ schließt die **Freiheit** ein, **sich das Leben zu nehmen** und hierfür bei **Dritten Hilfe zu suchen** und Hilfe in Anspruch zu nehmen.“
- Bedingung: **frei verantwortet, dauerhaft, autonom** - keine Reichweitenbegrenzung
- **Niemand** darf zu Suizidassistenz **gezwungen** werden
- Gesetzgeber darf einschränkende Regelung schaffen, aber bisher **keine gesetzliche Neuregelung**
- Im Bundestag: 2 Gesetzentwürfe, 1 Eckpunktepapier und 1 Diskussionsentwurf
- (Gesellschafts-)politisch gewollt sind **Regelungen zur Suizidprävention**

# Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen



Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)



Suizidassistenz (ehem. § 217 StGB)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken



„Indirekte Sterbehilfe“



„Sterben Zulassen“



Palliative Sedierung



Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

FVET ist **weder als Suizid zu bewerten**, noch als Therapieverzicht – als **eigene Handlungskategorie** zu betrachten.

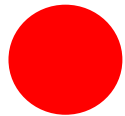
FVET kann komplexe und herausfordernde Probleme zur Folge haben. Zu **Beginn** und als **kontinuierlicher Prozess im Verlauf** sollte daher eine **ethisch sensible** und **reflektierte Abstimmung** unter allen Beteiligten stattfinden.

Vom Behandlungsteam sollten **Informationen über den zu erwartenden Verlauf** und über **mögliche Symptome** und Komplikationen angeboten werden.

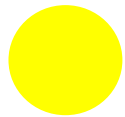
Maßnahmen zur Symptomkontrolle, insbesondere zur Behandlung von **Mundtrockenheit, Verwirrtheit** und zum **Umgang mit den geäußerten Wünschen nach Essen und Trinken**, sollten zur Verfügung stehen.

([Positionspapier der DGP, 2019](#))

# Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen



Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)



Suizidassistentz (ehem. § 217 StGB)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken



„Indirekte Sterbehilfe“



„Sterben Zulassen“



Palliative Sedierung



Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

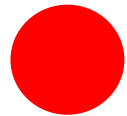
## Inkaufnahme einer Lebensverkürzung

Medikamentöse Maßnahmen zur Linderung von unerträglichen Leiden / Schmerzen als primäres Ziel, auch unter **Inkaufnahme** des **Bewusstseinsverlustes** oder eines beschleunigten **Todeseintritts**.

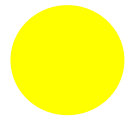
*„Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.“*

(Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung / 18.02.2011)

# Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen



Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)



Suizidassistenz (ehem. § 217 StGB)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken



„Indirekte Sterbehilfe“



„Sterben Zulassen“



Palliative Sedierung



Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

## Therapieverzicht/ -begrenzung

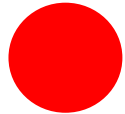
Unterlassen, Reduzieren oder Abbrechen **lebenserhaltender** Maßnahmen in der **Sterbephase**

*„Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht“*

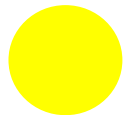
(Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung / 18.02.2011) .



# Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen



Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)



Suizidassistenz (ehem. § 217 StGB)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken



„Indirekte Sterbehilfe“



„Sterben Zulassen“



Palliative Sedierung



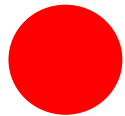
Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

## passive Sterbehilfe

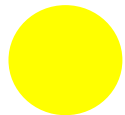
„Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext verstanden als der **überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit)**, um die **Symptomlast** in anderweitig **therapierefraktären Situationen** in einer für Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren.“

- Möglichkeit der **Intermittierenden Sedierung**: Aufwecken der Patient:innen in vorher festgelegten Zeitabschnitten, um Zumutbarkeit zu prüfen
- Möglichkeit der **kontinuierlichen tiefen Sedierung**: nur „wenn sich der Patient in der allerletzten Lebensphase befindet“
- Mittel der letzten Wahl, selten angewandt
- Handlungsempfehlungen der DGP: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210422\\_Broschu%CC%88re\\_SedPall\\_Gesamt.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210422_Broschu%CC%88re_SedPall_Gesamt.pdf)

# Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen



Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)



Suizidassistenz (ehem. § 217 StGB)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken



„Indirekte Sterbehilfe“



„Sterben Zulassen“



Palliative Sedierung



Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

Jeder **unerwünschte** ärztliche Eingriff ist **Körperverletzung**.

Ärzt:innen brauchen die **ausdrückliche** oder die **mutmaßliche Einwilligung** der Patient:innen.

Diese können **jede Therapie ablehnen**, auch wenn Ärzt:innen dies für unsinnig halten.

Eine **Vorsorgevollmacht**, ggf. auch eine Patient:innenverfügung, kann hier hilfreich sein.

(<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-192007/der-patientenwille-muss-sich-durchsetzen/>)

## Reflexion

### Bewusster Umgang mit eigener Haltung und Emotionen

- › Auf eigene Emotionen achten
- › Auf das eigene Verhalten in Sprache und Gesten achten
- › Eigene Emotionen im Team reflektieren
- › Akzeptieren, dass das Ausmaß erlebten Leids von Person zu Person unterschiedlich ist
- › Sich der eigenen Haltung zum Thema Todeswunsch bewusst sein
- › Sensibel bezüglich Darstellung der eigenen Haltung sein
- › Sensibel sein für den Einfluss der eigenen Haltung auf

## Weitere Handlungsoptionen

- › Depression erkennen und nach gängigen Behandlungsstandards (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) behandeln
- › Bei eindeutigem Selbsttötungsvorsatz (akute Suizidalität) ärztlich-psychiatrische Hilfe einholen
- › Bei möglichem Selbsttötungsvorsatz (latente Suizidalität) Behandlungsvereinbarung mit der Patientin oder dem Patient abschließen, um Zeit für Interventionen zu gewinnen
- › Bei unerträglichem Leid „palliative Sedierung“ (siehe 10 Punkte-Empfehlung der European Association for Palliative Care (EAPC)) anbieten

### Konsensbasierte Empfehlung\*

Geeignete Reflexionsräume wie **Fallbesprechungen**, **Seelsorge** und **Supervision** (z.B. bei interaktionellen Problemen mit dem Patienten), sowie **Ethikberatung** (z.B. bei ethischen Fragestellungen) und **Fortbildungen** *sollen* für Teams, die Patienten mit einem Todeswunsch begleiten, angeboten werden.

prozesses akzeptieren

- › Auf Anzeichen eigener seelischer Belastung achten
- › Auf eigene Ängste achten
- › Auf eigene wunde Punkte achten
- › Möglichkeiten zur eigenen Entlastung nutzen
- › Unterstützung aus dem Team oder von Vorgesetzten einholen
- › Interne oder externe Supervision

\*vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin Teil II, Leitlinienprogramm Onkologie 2019

Notizen und Ergänzungen

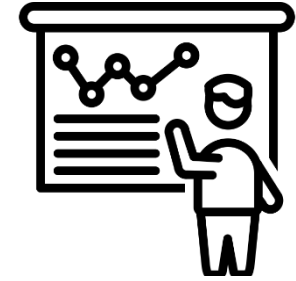


# Umgang mit Todeswünschen

Gesprächsleitfaden

Schulung

# Schulung zum Umgang mit Todeswünschen



- › Ziel: Verbesserung von **Selbstsicherheit, Wissen, Haltung** und **Fähigkeiten** der Versorgenden im Umgang mit Todeswünschen.
- › Inhalte:

Modul	Inhalt
1	Praxis- Austausch
2	Eigene Haltung, Normen und Werte
3	Wissenschaftliche Perspektive und Leitfaden
4	Reflexion zum eigenen Umgang
5	Umgang mit Todeswünschen – praktische Übung
6	Selbstschutz

(Frerich et al 2020; Boström et al 2022)

# Schulung zum Umgang mit Todeswünschen II

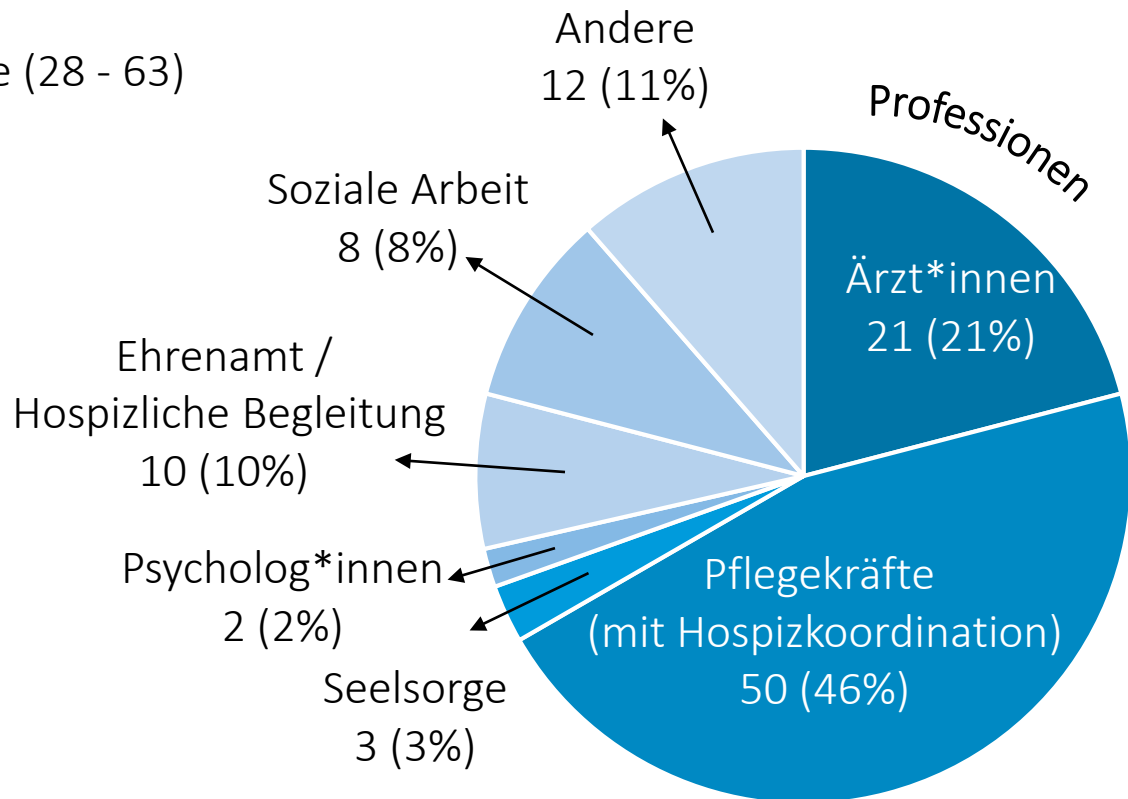
Insgesamt haben **102 multiprofessionelle Versorgende** aus unterschiedlichen Settings an insgesamt **12 Schulungen** im Zeitraum von 03/2018 – 01/2020 teilgenommen.



› Alter Ø 48 Jahre (28 - 63)

› 76% weiblich

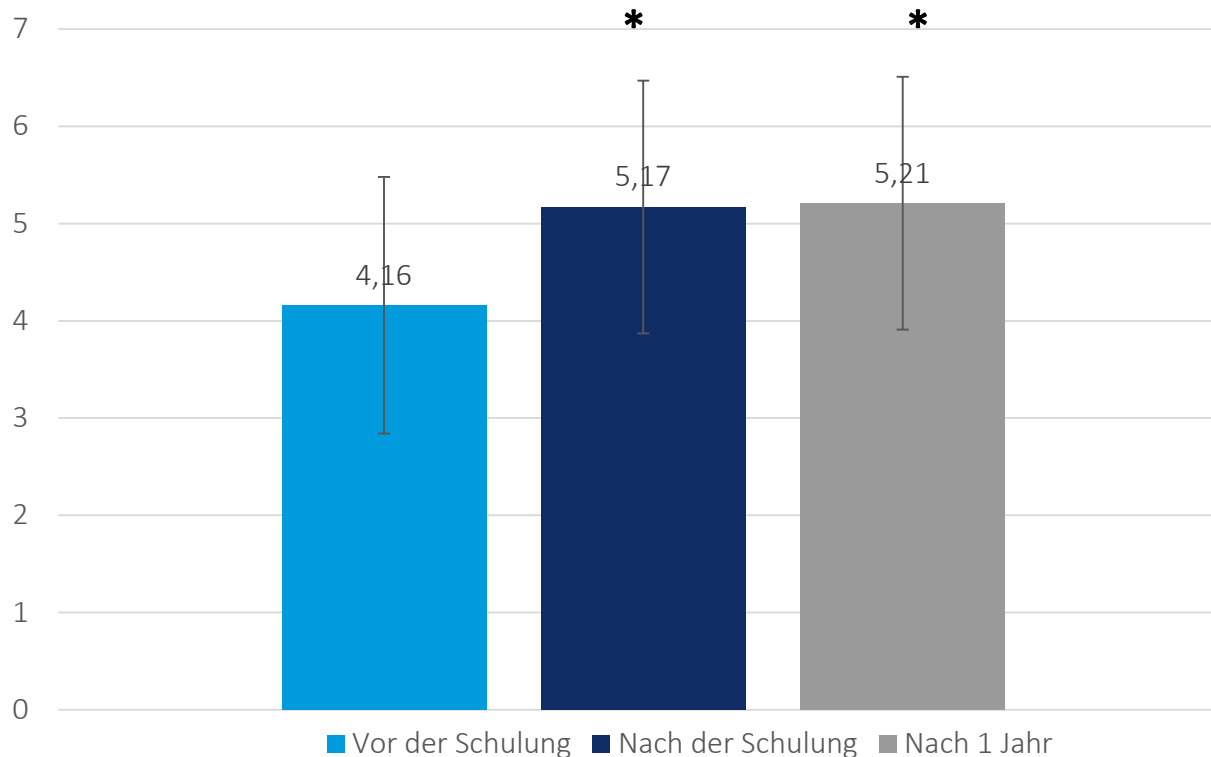
› Durchschnittliche **Erfahrung in der Palliativversorgung** oder mit **Todeswünschen**: 12 Jahre



# Schulung zum Umgang mit Todeswünschen III



Wie sicher fühlen Sie sich, mit Patient:innen über ihre Todeswünsche zu sprechen?



## Effektstärke

› Vor der Schulung –  
Nach der Schulung ( $n=85$ )  
Cohens  $d = 0.74$

› Vor der Schulung –  
Nach 1 Jahr ( $n=65$ )  
Cohens  $d = 0.72$

# Schulung zum Umgang mit Todeswünschen IV



20 von 21 Fragen zeigen eine signifikante Verbesserung zwischen t0 und t1 / t2.

Subskala	Frage	t0 (N= 86)	t1 (N=86)	t2 (N= 55)
Fähigkeit	Die Besprechung von Todeswünschen ist mir aus Zeitmangel nicht möglich.	2,03 (+/- 1,1)	2,01 (+/- 1)	2,07 (+/- 1,1)
	Ich bin nicht in der Lage, das Thema Todeswunsch mit dem Patienten von mir aus (proaktiv) anzusprechen.	2,4 (+/- 1)	2,11 (+/- 1,1)*	1,78 (+/- 0,9)*
	Ich bin in der Lage, verschiedene Handlungsweisen einzusetzen, um auf einen Patienten mit Todeswunsch zu reagieren.	2,85 (+/- 1,1)	3,89 (+/- 0,8)*	4,03 (+/- 0,8)*
	Mir gelingt es, mich nicht zu überlasten, wenn Patienten Todeswünsche äußern.	3,25 (+/- ,09)	3,77 (+/- 0,8)*	4,00 (+/- 0,9)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, bespreche ich diesen mit dem Patienten näher.	3,88 (+/- 1)	4,38 (+/- 0,6)*	4,42 (+/- 0,7)*
	Ich bin in der Lage, den Patienten mit seinem Todeswunsch anzunehmen.	4,06 (+/- 0,9)	4,42 (+/- 0,8)*	4,59 (+/- 0,7)*
	Ich bin in der Lage, mit einem Patienten mit Todeswunsch in Beziehung zu bleiben.	4,00 (+/- 0,9)	4,37 (+/- 0,9)*	4,54 , (+/- 0,8)*
Wissen	Ich kenne mehrere mögliche Hintergründe eines Todeswunschs.	3,68 (+/- 1)	4,45 (+/- 0,8)*	4,30 (+/- 0,9)*
	Ich kenne verschiedene Handlungsweisen, um auf einen Patienten mit Todeswunsch zu reagieren.	2,80 (+/- 1,1)	4,02 (+/- 0,9)*	4,12 (+/- 0,8)*
	Ich kenne verschiedene mögliche Funktionen von Todeswunschsäußerungen.	3,11 (+/- 1,2)	4,35 (+/- 0,8)*	4,20 (+/- 0,9)*
	Ich kenne die aktuelle Rechtslage zu ärztlich assistiertem Suizid, Sterbenlassen und Tötung auf Verlangen.	3,16 (+/- 1,2)	4,47 (+/- 0,9)*	4,17 (+/- 1)*
	Ich bin mir unsicher bezüglich meiner Sorgfaltspflichten bei suizidgefährdeten Patienten.	2,91 (+/- 0,9)	2,22 (+/- 1,1)*	2,49 (+/- 1,1)*
	Ich kenne Kernpunkte relevanter Empfehlungen zum Umgang mit Todeswunsch.	2,43 (+/- 1)	3,98 (+/- 0,8)*	3,95 (+/- 0,9)*
	Ich kenne Anzeichen, die auf eine akute Suizidalität des Patienten hinweisen.	3,30 (+/- 0,9)	3,85 (+/- 0,9)*	3,90 (+/- 0,9)*
	Ich erkenne Anzeichen meiner eigenen Überlastung im Umgang mit Todeswünschen.	3,64 (+/- 1)	4,03 (+/- 0,8)*	4,14 (+/- 0,9)*
Haltung	Ich bin mir meiner eigenen Haltung zum Thema Todeswunsch nicht bewusst.	2,40 (+/- 1,2)	1,79 (+/- 1,2)*	1,59 (+/- 0,9)*
	Ich bin mir meinen Befürchtungen im Umgang mit Patienten mit Todeswunsch bewusst.	3,57 (+/- 0,9)	4,05 (+/- 0,8)*	4,14 (+/- 0,9)*
	Ich fühle mich unwohl, mit dem Patienten über seinen Todeswunsch zu sprechen.	2,41 (+/- 1)	1,91 (+/- ,9)*	2,03 (+/- 0,9)*
	Ich habe Angst, dass mir ein Gespräch mit einem Patienten über seinen Todeswunsch zu nah geht.	2,25 (+/- 0,9)	2,01 (+/- 0,8)*	1,65 (+/- 0,7)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, fühle ich mich hilflos.	2,48 (+/- 0,9)	2,02 (+/- 0,9)*	1,59 (+/- 0,7)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, würde ich am liebsten aus der Situation flüchten.	1,90 (+/- 0,9)	1,73 (+/- 0,9)*	1,36 (+/- 0,6)*



# Schulung zum Umgang mit Todeswünschen V



Versorgende hatten zu t2 die Möglichkeit, Freitextkommentare zu verschiedenen Fragen abzugeben:

## Frage 2

Gibt es **Veränderungen in Ihrer täglichen Praxis**, die Sie auf Ihre Teilnahme an der Schulung zum Umgang mit Todeswünschen zurückführen?

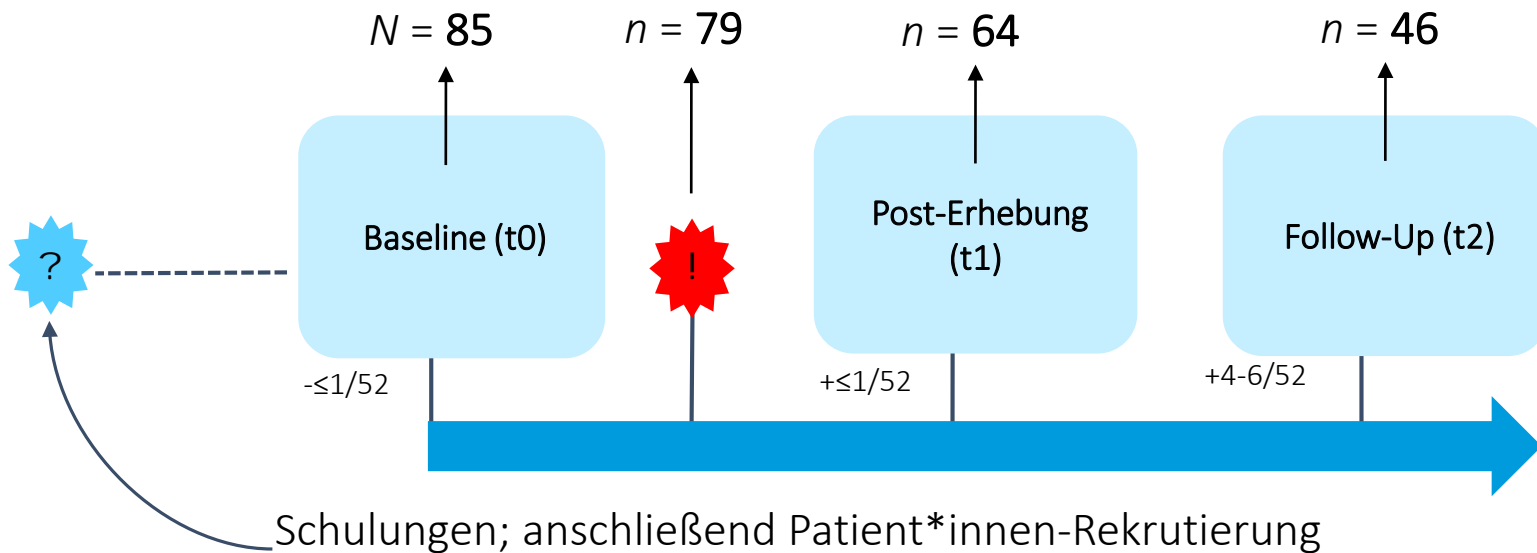
Falls ja, bitte beschreiben Sie diese. Notieren Sie neben Änderungen im **praktischen Handeln** auch gerne Änderungen in Ihrer **Haltung**, **neue Ideen**, eine **veränderte Beziehung** zu Ihren Patienten etc.

Ich komme immer mehr zu dem Schluss, dass es nicht "Todeswunsch " genannt werden darf, sondern „So-nicht-mehr-Leben-wollen“-Wunsch. Das habe ich auch als entlastende Unterscheidung in Gesprächen bemerkt, die Erlaubnis des Gefühls, so nicht mehr leben zu wollen, zu geben. Die meisten Menschen in diesen Situationen haben diesen Wunsch und nehmen die Kehrseite, den Tod, in Kauf, aber nicht als Wunsch.

55-jähriger Seelsorger

# Evaluation einer Gesprächsintervention

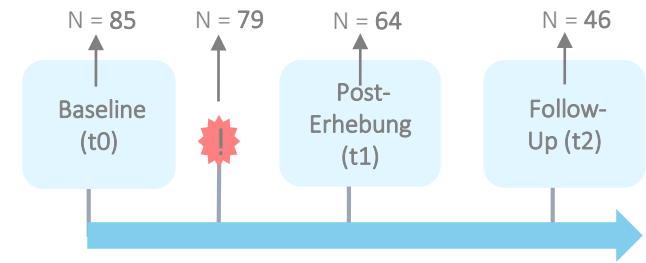
- › Zwischen 04/2018 und 03/2020 schlugen 43 Versorgende 173 Patient\*innen vor.



- › Hauptgründe für **Studienabbruch**: **Versterben** oder Wunsch der Patient\*innen (meist aufgrund eines **verschlechterten Allgemeinzustands**).

(Voltz et al. 2021)

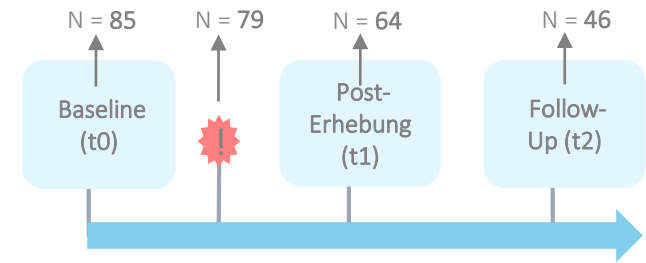
# Evaluation einer Gesprächsintervention II



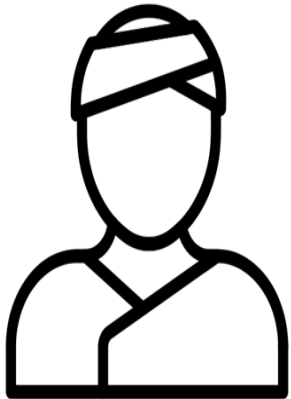
- › Fragebogenerhebung zu 3 Zeitpunkten durch wissenschaftliche\*n Mitarbeiter\*in
- › Setting und Tageszeit nach Wunsch der Patient\*innen

Instrument	Einsatzbereich	Anzahl der Items, Antwortmöglichkeiten	Dauer	Population
PHQ-9 Patient Health Questionnaire	Erhebung von Depression	9, 4-stufige Likertskala	5-10 Min.	Pat. in der Primärversorgung
DADDS Death and Dying Distress Scale	Erhebung der Angst vor Sterben & Tod	12, 5-stufige Likertskala	5-10 Min.	Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung
SAHD-D Schedule of Attitudes Towards Hastened Death	Erhebung eines vorzeitigen Todeswunsches	20, trifft zu / trifft nicht zu	5-10 Min.	Pat. in Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung
PDRQ-9 Fragebogen zur Arzt-Patient-Beziehung	Erhebung der therapeutischen Allianz mit dem Hausarzt	9, 5-stufige Likertskala	Ca. 5 Min.	Allgemeinbevölkerung
BHS Beck Hopelessness Scale	Erhebung von Hoffnungslosigkeit	20, wahr / falsch	5-10 Min.	Erwachsene (Alter: 17-80 Jahre)
VAS Visuelle Analogskala	Erhebung des Lebenswillens	1, 100mm-Skala (absoluter - kein Lebenswille)	Ca. 1 Min.	
<b>Total</b>		74	30-40 Min.	

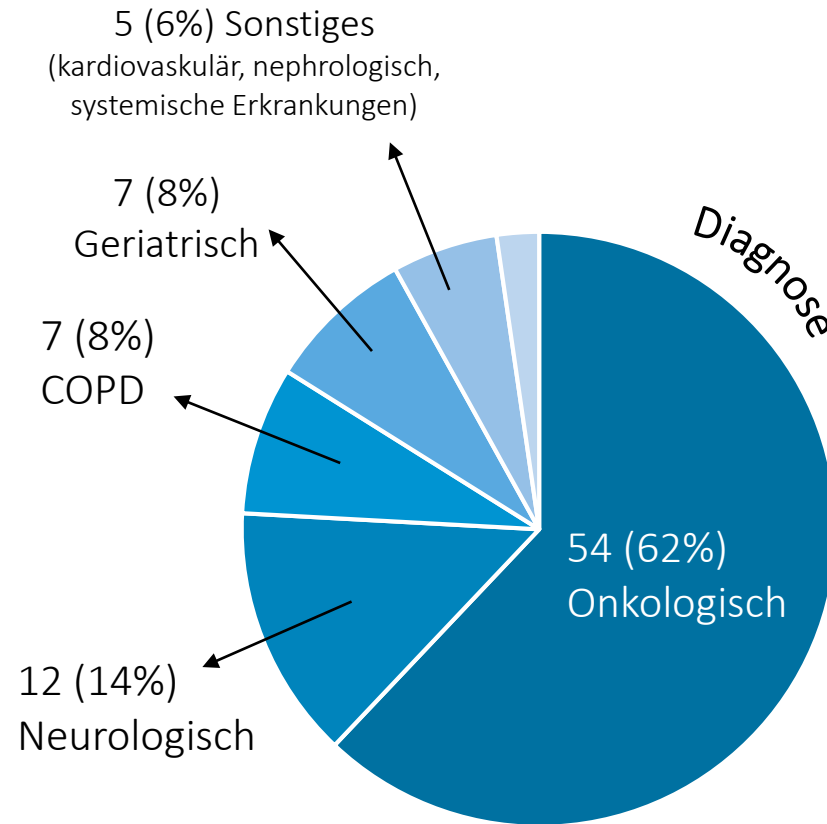
# Evaluation einer Gesprächsintervention III



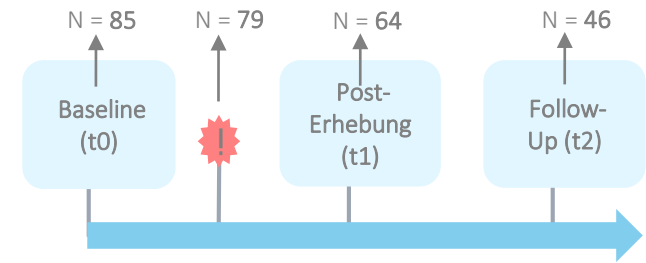
Patient\*innen zur Baseline-Erhebung



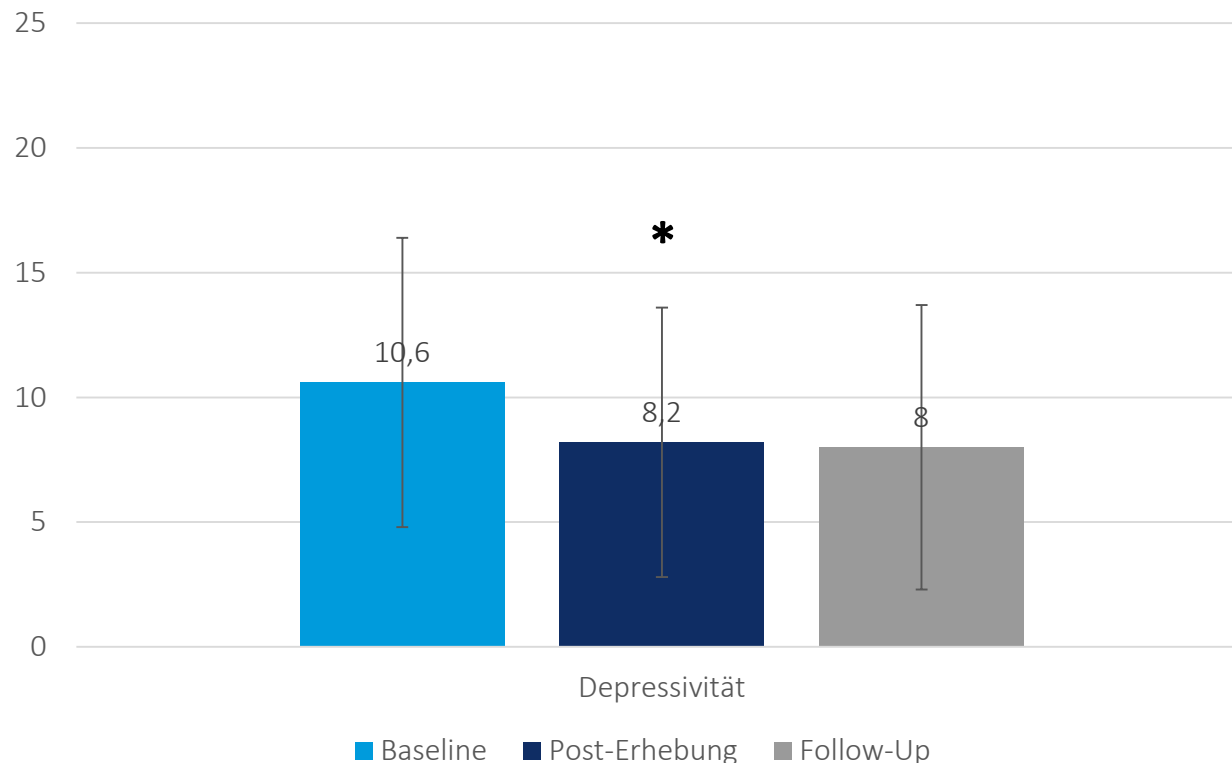
- › Alter  $\emptyset$  69 (40 – 96)
- › 57% weiblich



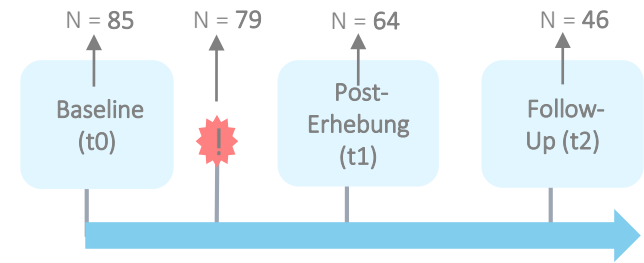
# Evaluation - Depression



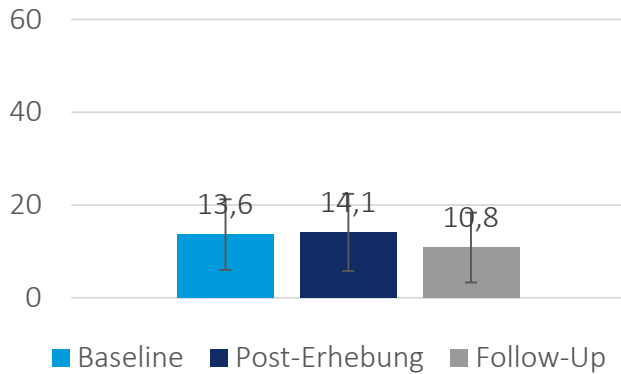
- › Durchschnittlich mittelgradige Depressivität mit signifikanter Verringerung zwischen t0 und t1 ( $p = .002$ ) mit einem kleinen bis mittelgroßen Effekt (Cohens  $d = 0,43$ ).
- › Der Effekt ist zwischen t0 und t2 nicht mehr signifikant.



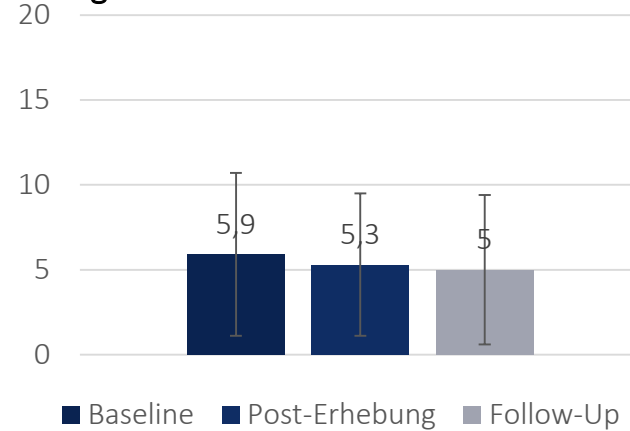
# Evaluation weiterer Outcomes



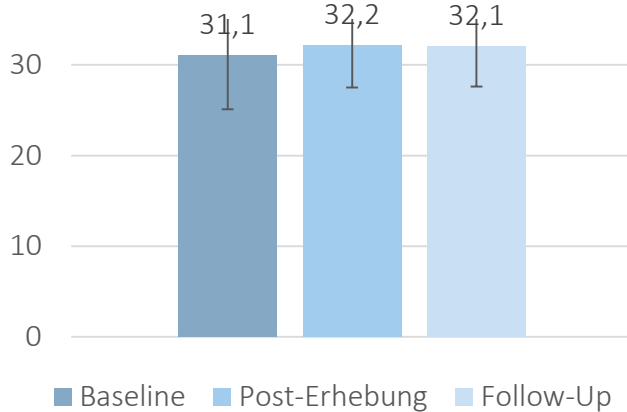
- › Positive Trends ohne signifikante Veränderungen bei...
- › Angst vor Sterben und Tod



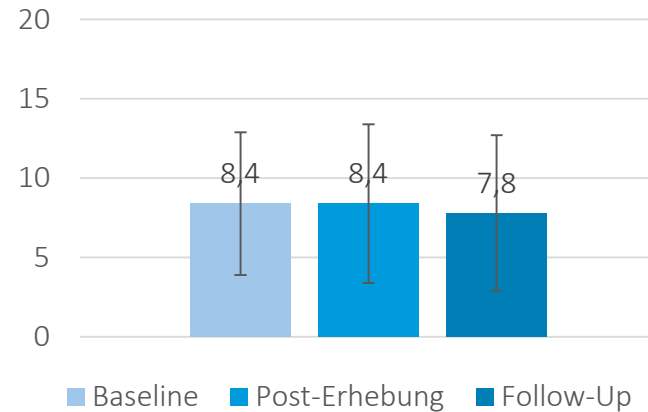
- › Vorzeitiger Todeswunsch



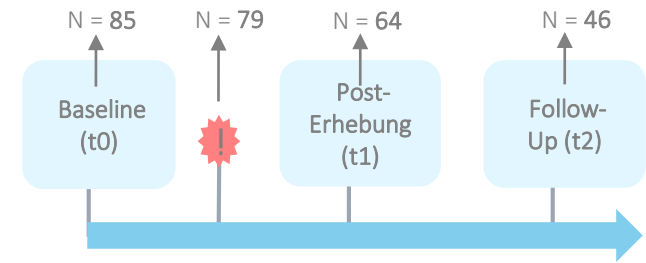
- › Versorgungsbefriedigung



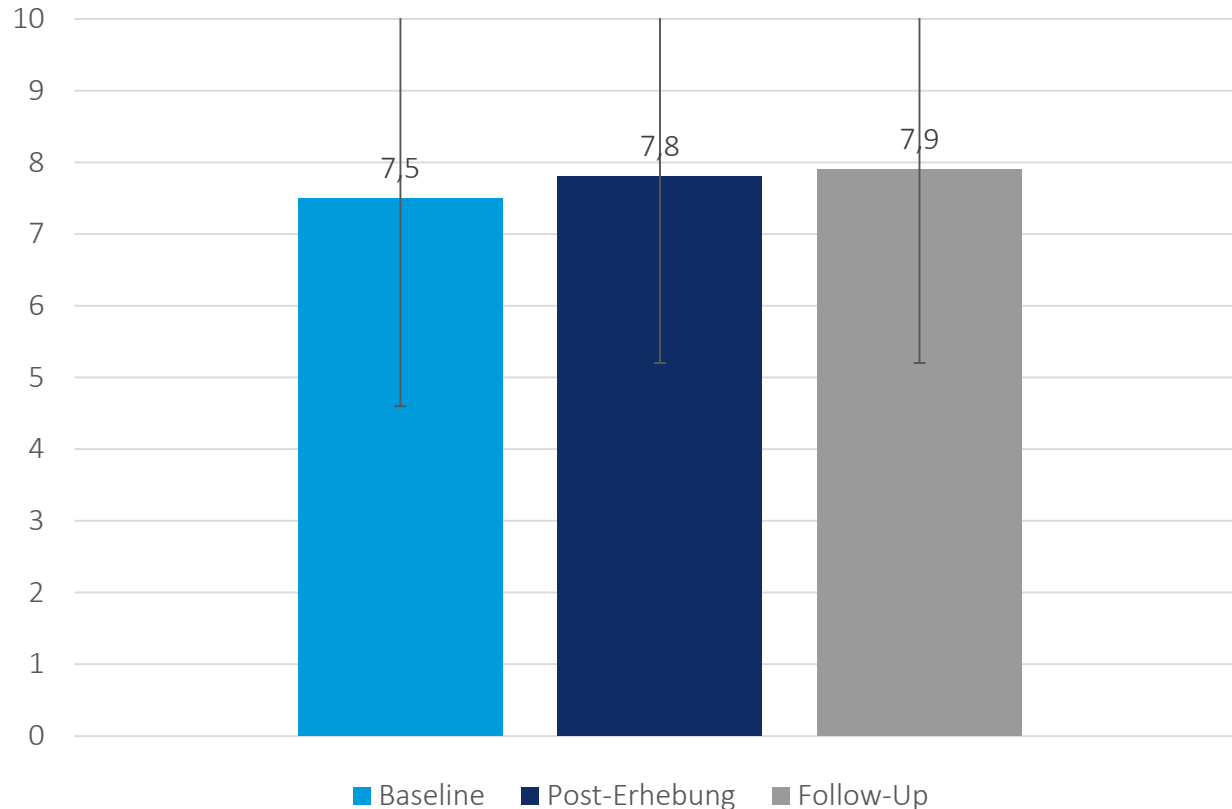
- › Hoffnungslosigkeit



# Evaluation - Lebenswille

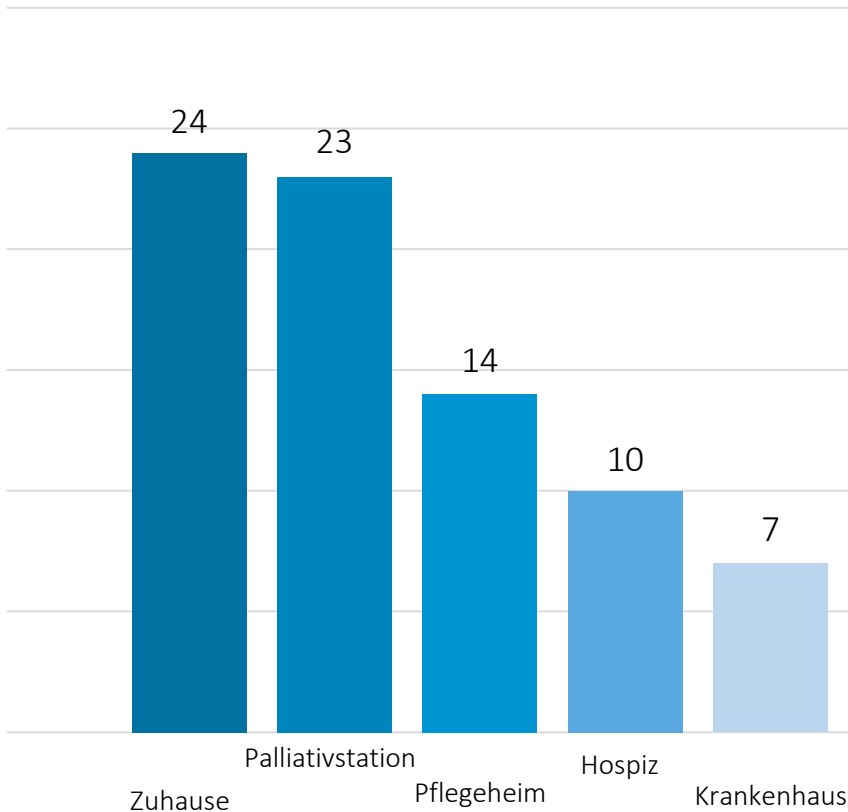


› Ebenfalls positiver Trend ohne signifikante Veränderungen



# Dokumentation der Todeswunsch-Gespräche

Wo fanden die Todeswunsch-Gespräche statt?



## Gesprächsdokumentationsbogen

Rahmenbedingungen

Formulierungen  
(Thematisierung Todeswünsche)

Reaktionen auf Todeswunsch-Ansprache

Besondere Herausforderungen

Besondere Erfolge

Hintergründe & Bedeutungen des  
Todeswunsches

Funktionen des Todeswunsches

Einordnung des Todeswunsches

Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen



# Dokumentation der Todeswunsch-Gespräche



- › In **61 (79%)** der Todeswunsch-Gespräche haben die **Versorgenden** das Thema **proaktiv** angesprochen.
- › In **16 (21%)** der Gespräche sprachen **Patient\*innen** das Thema von sich aus an.

## Gesprächsdokumentationsbogen

Rahmenbedingungen

Formulierungen /Thematisierung  
Todeswünsche

Reaktionen auf Todeswunsch-Ansprache

Besondere Herausforderungen

Besondere Erfolge

Hintergründe & Bedeutungen des  
Todeswunsches

Funktionen des Todeswunsches

Einordnung des Todeswunsches

Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen

# Dokumentation der Todeswunsch-Gespräche



- › Laut Einschätzung der Versorgenden lag bei **18 (23%)** ein **Todeswunsch** vor. **59 (77%)** berichteten **keinen Todeswunsch**.

Versorgender spricht über Patientin

Sie war sehr offen, hat sich damit identifizieren können hat mir auf alle Fragen geantwortet, sie hat viel aus der Vergangenheit erzählt, viel gelacht und war auch zwischendurch sehr berührt und ruhig.

## Gesprächsdokumentationsbogen

Rahmenbedingungen

Formulierungen (Thematisierung Todeswünsche)

Reaktionen auf Todeswunsch-Ansprache

Besondere Herausforderungen

Besondere Erfolge

Hintergründe & Bedeutungen des Todeswunsches

Funktionen des Todeswunsches

Einordnung des Todeswunsches

Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen

# Dokumentation der Todeswunsch-Gespräche

Besonders **gut** wurde **bewertet**

- › Klärung / Kompromissfindung
- › Einbezug der Familie
- › Offenheit des Gesprächs
- › Positive Einstellung der Patient\*innen
- › Gestärkte Beziehung

Versorgende spricht über Patient

Ich hatte das Gefühl, dass die Patientin dies als sehr entlastend empfand, da sie mir auch sagte, dass sie eigentlich mit niemandem bisher darüber habe sprechen können.

## Gesprächsdokumentationsbogen

Rahmenbedingungen

Formulierungen (Thematisierung Todeswünsche)

Reaktionen auf Todeswunsch-Ansprache

Besondere Herausforderungen

Besondere Erfolge

Hintergründe & Bedeutungen des Todeswunsches

Funktionen des Todeswunsches

Einordnung des Todeswunsches

Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen

# Handlungsoptionen - Suizidassistentz



# Haltungsfindung - Suizidassistentenz



1. Gesellschaft
2. Interessengemeinschaft
3. Träger
4. Team
5. Einzelne



1. Begleitung
2. Diagnostik
3. Durchführung „Begleitungsabbruch“
4. Durchführung „passiv“
5. Durchführung „aktiv“

(Die „Zwei Hände Methode“, Voltz 2020)

## Ausblick – Schulung zum Umgang mit Todeswünschen

- › Aktuell 50 durchgeführte und ausstehende Schulungen mit bisher ca. 500 TN

Durchführungsrahmen	Anzahl Schulungen	Anzahl Teilnehmende
Schulungsentwicklung	2	24
Evaluation	12	102
Weiterentwicklung	3 (2x online, 1 x Präsenz)	42
Inhouse-Schulungen	20	(Ø TN = 15)
Ausstehend	13	
<b>Gesamt</b>	<b>50</b>	

# Ausblick II: Ausbau digitaler Lehr- und Informationsangebote



- › Aktuell: Weiterentwicklung des Schulungsangebotes mit drei Zielsetzungen:

Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
<p><i>Digitalisierung</i> des bestehenden Schulungscurriculums (Durchführung über ZOOM)</p>	<p>Neue zielgruppenspezifische Inhalte zu <i>Angehörigen</i> und <i>ehrenamtlichen Mitarbeitenden</i></p>	<p>Erstellung einer <i>Website</i> mit niedrigschwelligen Angeboten zum Selbststudium</p>

Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ; Laufzeit 06/2021-12/2023)

## Fazit – Sprechen über Todeswünsche

- Todeswünsche sind ein **komplexes Phänomen**; verbunden mit starkem Handlungsdruck **können sie auf Suizidalität hinauslaufen, müssen es jedoch nicht.**
- **Gespräche über Todeswünsche** mit einer offenen, interessierten und respektvollen Grundhaltung schaden Patientinnen und Patienten nicht, sondern **haben das Potential zu entlasten.**
- **Begleitungsgespräche** sind von **Diagnostikgesprächen** in Bezug auf den Wunsch nach assistiertem Suizid zu trennen.
- **Auch Versorgungsteams und -einrichtung** profitieren von einer **offenen Kommunikation**, z.B. bei der Haltungsentwicklung





UNIKLINIK  
KÖLN

Zentrum für Palliativmedizin



Leitfaden zum  
Umgang mit  
Todeswünschen

Bestellbar unter [tw-palliativ@uk-koeln.de](mailto:tw-palliativ@uk-koeln.de)

palliativ &  
hrsg. von R. Voltz

Kremeike/Perrar/Voltz (Hrsg.)

# Palliativ & Todeswunsch

Kohlhammer



UNIKLINIK  
KÖLN

# Literatur

- Boström K et al (2022a) Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung – Evaluation eines Schulungsprogramms. Zeitschrift für Palliativmedizin, April 2022, DOI: 10.1055/a-1729–7360.
- Boström K et al (2022b) How do trained palliative care providers experience open desire to die conversations? An explorative thematic analysis. Palliative and Supportive Care, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S1478951522001006>
- Chochinov HM et al (1995) Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1185–91.
- Frerich G et al (2020). Communication about the desire to die: Development and evaluation of a first needs-oriented training concept — A pilot study.
- Kremeike K. et al (2022). Desire to die: How does the patients´ chorus sound? Omega (Westport). 2022 Mai 20:302228221103393.
- Kremeike, K et al (2020). *The desire to die in palliative care: a sequential mixed methods study to develop a semi-structured clinical approach*. BMC Palliat Care, 19(1), 1-12. doi:10.1186/s12904-020-00548-7
- Kremeike K et al (2018) The DESire to Die in Palliative care: Optimization of Management (DEDIPOM) - a study protocol. BMC Palliat Care 17(1): 30.
- Leitlinienprogramm Onkologie (2020) Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung - Langversion 2.2 - September 2020. ([https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/128-001OLk\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2020-09\\_02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf))
- Lindner R (2006) Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung., Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nissim R, Gagliese L, Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med*, 2009. 69(2): p. 165-71.
- Ohnsorge K et al (2014). Intentions in wishes to die: analysis and a typology - A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psycho-Oncology*
- Ohnsorge K, (2014) What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliat Care*, 2014. 13: p. 38.
- Strupp J et al (2016) Risk Factors for Suicidal Ideation in Patients Feeling Severely Affected by Multiple Sclerosis. *Journal of Palliative Medicine*, 19(5), 523-528. doi:10.1089/jpm.2015.0418
- Voltz et al (2010) Issues of "life" and "death" for patients receiving palliative care-comments when confronted with a research tool. *Supportive Care in Cancer*. 2010;19(6):771-7.
- Voltz (2020) Nach Abschaffung des Paragraphen § 217. Wo stehen wir? – Die „Zwei Hände Methode“. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2020; 21(06): 288-291. DOI: 10.1055/a-1269-213
- Voltz R et al (2021) Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care? A cohort study. *Palliat Med* 36(3):489-497. doi: 10.1177/02692163211065671
- Wolfersdorf M (2008) Suicidality. *Nervenarzt*, 79(11): p. 1319-1336.
- Wolfersdorf M. Suizid und Suizidalität aus psychiatrischpsychotherapeutischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog*, 2012. 13(2): p. 2-7.
- Wolfersdorf M. Suizid und Suizidprävention. Vol. 1. 2011, Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Wilson KG et al (2016). Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6(2), 170. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000604
- Grafiken von [www.thenounproject.com](http://www.thenounproject.com)

Vielen Dank!

[kerstin.kremeike@uk-koeln.de](mailto:kerstin.kremeike@uk-koeln.de)



UNIKLINIK  
KÖLN

**Fragen im Kontext der Lebensbeendigung – Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität in sozialen Einrichtungen und Diensten (Online-Veranstaltungsreihe)**

Teil 4) Selbstschutz und Nachsorge für Fachkräfte und Nahestehende

05. Juli 2023



# Agenda

## **1) Begrüßung und Einführung**

## **2) Input: Dr. Michael Wunder**

Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut,  
Arbeitsschwerpunkte Teilhabe, Psychiatrie, Biomedizin und  
Bioethik

## **3) Offener Austausch**

Rückfragen und Diskussion

## **4) Abschluss**

**Dr. Michael Wunder**

DPWV

Fortbildung 5.7.2023

# **Selbstschutz und Nachsorge**

**Anmerkungen zum Umgang mit Suizidwünschen**

# Selbstschutz und Nachsorge

1. Grundsatz Achtsamkeit
2. Ziele
3. Care-Haltung
4. Aber... die Realität
5. Wo bin ich Täter\*in, wo bin ich Opfer?
6. Erklärungen für Aggression und Gewalt in der Hilfeerbringung
7. Individuelle Strategien zur Überlastungsprophylaxe
8. Strukturelle Risiken und Strategien
9. Was tun beim Wunsch auf Suizidassistenz?
10. Schlussbemerkung

## **Achtsamkeit hat zwei Richtungen: Achtsamkeit mit dem Anderen und mit mir selbst**

Selbstbestimmung des Anderen respektieren und fördern, aber auch seine Angewiesenheit auf Sorge und Schutz achten.

Selbstsorge: Was kann ich, wo sind meine Grenzen? Wo gebe ich, wo nehme ich?

Kontakt zum Anderen, der sich an dessen jeweiligen Bedürfnissen orientiert und sich seiner sorgend annimmt

Selbstsorge: wie spüre ich mich im Kontakt zum Anderen

Die Ungleichheit der Kommunikationspartner nicht abstreiten, sondern als Grundlage der Verantwortung für den Anderen anerkennen.

Selbstsorge: Wie kann ich den Unterschied aushalten, ohne Überheblichkeit und ohne Mitleid?

## Ziele für Mitarbeitende

- haben Sicherheit im Umgang mit Anfragen, Beratung und Begleitung im Rahmen von Suizidwünschen
- wissen, wie und wo sie Unterstützung und Hilfe innerhalb ihrer Institution erhalten können
- kennen die eigenen Erfahrungen und ihre Haltung in der Kommunikation gegenüber Betroffenen
  - Gewissensfreiheit
- kennen die Haltung/das Verfahren der Institution und agieren entsprechend



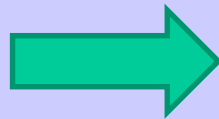
## Ziele für Betroffene

- fühlen sich in ihren Äußerungen und Wünschen ernst genommen, verstanden, betreut und beraten
- erhalten eine professionelle Unterstützung und Beratung, die nicht wertend ist und erkennen/äußern die Gründe für ihren Suizidwunsch
- erfahren Hilfe, um ihre Motivation für den Suizidwunsch zu verstehen und bearbeiten zu können.

## Grundhaltung

Menschen in einer konflikthaften Lebensphase bedürfen der

**selbstbestimmungsermöglichenden Sorge**



**Care-Haltung**

## Was ist Care?

**Care =**  
mitmenschliche Zuwendung,  
Anteilnahme,  
Sicherheit und Vertrautheit geben  
Ermutigung (zur jeweils noch möglichen Selbstbestimmung),  
Anleitung (zur jeweils noch möglichen Selbsttätigkeit),  
Unterstützung,  
Versorgung,  
Verantwortungsübernahme für den Anderen.

# Care-Haltung mir und dem anderen gegenüber

## **Tugenden des Care -Givers**

Aufmerksamkeit (*attentiveness*)  
Verantwortlichkeit (*responsibility*)  
Kompetenz (*competence*) und  
Empfänglichkeit (*responsiveness*)

## **Care-Haltung statt paternalistischer Fürsorge**

- mitmenschliche Zuwendung, Anteilnahme
- Ermutigung (zur jeweils noch möglichen Selbstbestimmung),  
womit dem Patienten Sicherheit und Vertrauen zu sich selbst gegeben wird
- Anleitung (zu jeweils noch möglichen Aktivitäten des täglichen Lebens) und
  - Ersetzende Versorgung, nur soweit dies absolut erforderlich ist.

## Aber... die Realität

„ Wir haben ein Versorgungssystem, das durch Gewinnstreben und unverantwortlichen Personalabbau bei steigenden Leistungsanforderungen gekennzeichnet ist“

Karl Heinz Beine, Tatort Krankenhaus, München 2021

Die Folgen sind:

**Ignoranz gegenüber selbstbestimmten Impulsen und Handlungen von Klienten/Pat.**

**Vernachlässigung**

**Oberflächlichkeit**

**Übergriffigkeit**

**Machtausübung und Gewalt**

## Sterbehilfe in deutschen Krankenhäusern und Heimen

### Sterbehilfestatistik

Passive oder indirekte Sterbehilfe  
(einschließlich assistierter Suizid) 98,4% (40.739 Fälle)

Aktive Sterbehilfe 1,6% (680 Fälle)

84 Ärzte (=3,4 % aller befragten Ärzte) 459 Fälle

65 Pflegekräfte (=2,4% aller befragten Pflegekräfte) 221 Fälle

46 Ärztinnen (1,8%) und 27 Krankenpflegekräfte (1%) hatten in 325 Fällen sogar vorsätzlich ohne Bitte um Sterbehilfe das Leben von Patienten beendet, also keine Tötung auf Verlangen, sondern Mord oder Totschlag.

## Befunde Auffälligkeiten bei den untersuchten Tötungsserien in Kliniken und Heimen

- **gestiegener Medikamentenverbrauch** während der aufgedeckten Tötungsserien. Da aber die Tötungsmittel nicht zu den kostenintensiven Medikamenten gehören, fallen sie den Arzneimittelkommissionen im Krankenhaus nicht auf.
- **mangelnder Aufklärungswille** (wenig Zeit, Furcht vor Imageschaden der Klinik, Aufklärung als Wettbewerbshindernis)
- ein **Arbeitsklima** (oft ungelöste Konflikte zwischen den Kolleg\*innen, den Berufsgruppen oder Hierarchieebenen) und Hierarchien, das Aussprechen und das Ansprechen von Fehlern nicht zulässt
- **keine ausreichende Fortbildung** (zu den Bedingungen der aufgedeckten Tötungsserien, zu Gewalt in der Pflege, beides gepaart mit der Überprüfung der Grundhaltung, mit eigenen Ohnmachtsgefühle und der Unfähigkeit, das Leid der Patienten aushalten zu können)
- **Risikofaktoren:**
  - Vorgesetzte, die auf Verdachtsmomente und Meldungen nicht reagieren
  - Verrohte Sprache auf Station/in der Abteilung
  - Isolation der Täter\*innen im Team, Flucht in den Nachtdienst

## Motive und Erklärungen

Karl Beine unterscheidet zwei Täter\*innengruppen:

- a. Tötungen, um den Pat. Leid zu ersparen, Tötung aus Mitleid, wobei es sich aber im Wesentlichen um Selbstmitleid handelt und die Täter\*innen es selbst nicht mehr aushalten
- b. Provozierung von lebensbedrohlichen Notfällen, um sich dann als Retter hervorzutun

### Erklärung

„Ich konnte es nicht mehr aushalten, ich musste etwas tun.“ (Zitat einer Täterin)

„...in Mitleid mutiertes Selbstmitleid und aggressive Wendung der eigenen Angst (vor Unwirksamkeit des eigenen Handelns oder Bedeutungsverlust) gegen den zum Ballast abgewerteten Patienten“. (Karl Beine)

**Folge: Gewalt und Aggression bis hin zu Tötungsphantasien**



## Fragerichtung: Wo bin ich Opfer? Wo bin ich Täter\*in?

### **Opfer durch Klient\*innen**

Schlagen, Beißen, an den Haaren ziehen, begrapschen, anschreien, ständiges Klingeln, Essen ausspucken oder hinwerfen, anfassen, duzen, beschimpfen, abwertende Bemerkungen, penetrantes Infragestellen von allen medizinischen Maßnahmen,, sexuelle Bemerkungen, sexistische Äußerungen, in einer Fremdsprache ansprechen, ständiges Beschweren, gezieltes Beschmutzen

### **Opfer durch Kolleg\*innen**

Belächeln, Fragen ins Lächerliche ziehen, Fragen nicht beantworten, abwertende Bemerkungen, allein lassen mit schwierigen Situationen, ungerechte Verteilungen von Aufgaben, nicht begrüßen, nie um die Meinung fragen ...

## Fragerichtung: Wo bin ich Opfer? Wo bin ich Täter\*in?

### Ich bin Täter\*in bei

Maßnahmen ohne Information und Einverständnis (z.B. beim Tabletten geben)

Gewalt durch Macht, z.B. lange warten lassen, Lüften ohne zu fragen und mit dem Kommentar "es ist ja nicht auszuhalten!", Lüften wenn jemand nackt ist

Gewalt durch Unterlassung z.B. von Toilettenbegleitung, Sitzenlassen auf der Toilette, Vorenthalten von Prothesen oder Hilfsmitteln (Brille), Mobilitätsunterstützung, Körperpflege ohne Kommunikation

Gewalt durch negatives Verhalten: Vermeidung von Blickkontakt, abfällige Äußerungen, Zimmer betreten ohne Anklopfen und ohne Ansprache, Fachsprache

direkte körperliche Gewalt, wenn Ausführungen von Verordnungen zu lange dauern oder Anordnungen nicht erfüllt werden, z.B. Fixierung und Bettgitter, Wegschließen

Legen einer Magensonde oder Windeln und Dauerkatheter als „pflegeerleichternde Maßnahme“

Unachtsamkeit, Unterlassung notwendiger Maßnahmen, Überdosierungen zur Ruhigstellung

## Allgemeine tiefenpsychologische Erklärung

neben Frustration/Aggressions- und Stress/Beziehungsverlust-Erklärungen

### **Selbstabwertung:**

„Ich mache hier die Drecksarbeit.“ „Ich bekomme hier die hoffnungslosen Fälle.“

### **Scham:**

„Ich bin dreckig.“ „Meine Arbeit bringt nichts, ist hoffnungslos.“

### **Verletztes Gerechtigkeitsgefühl:**

„Meine Arbeit wird hier nicht gesehen. Ich werde allein gelassen.“

### **Leugnung von Ohnmacht und Hilflosigkeit**

„Ich brauche keine Hilfe.“

### **oder: Heroisierung der eigenen Leistung**

„Ich halte hier die Fahne hoch.“ „Die anderen haben ja keine Ahnung, wie das hier läuft.“

### **Betäubung des Gewissens**

Auflehnung gegen moralische Verpflichtungen:

„Ich bin froh, dass der Klient gestorben ist.“ „Er hat es nicht anders verdient.“

### **Entstehung eines Ressentiments gegenüber der Klient\*in,**

Das Ressentiment verschließt sich der Reflexion, der Kommunikation und der Kritik.

## Schritte zur individuellen Aggressionsprophylaxe

### Verstehen, was vor sich geht

Beschleunigung

Radikalisierung

Einengung

Rechtfertigung durch Dichotomisierung

### Strategien der Selbstbeeinflussung

Management der eigenen Person

## Selbstbeeinflussung

### **Neubewertung/Umwertung der Situation**

„Alles was der Klient macht, meint nicht uns, sondern ist Ausdruck seines Inneren/gibt Auskunft über ihn“

### **Umlenkung der Erinnerung**

Einengung der Erinnerung auf die Aggression bewusst auflockern und umlenken auf einen anderen Teil der Person

### **Wiederherstellung der Körperbalance**

Achtsamkeit mit sich selbst („Wo spüre ich Anspannung in meinem Körper?“)  
Entspannungstraining, power-mapping, Meditation

### **Selbstentlastung**

durch Ableitung eigener Aggressionen auf Handlungen außerhalb des Feldes oder Kompensation durch Aktivitäten, die zu Wohlbefinden führen  
(Sport, Musik, etwas essen...)

# Risikofaktoren für ein gewaltbereites Milieu und Gegenstrategien

(aus den Gewaltprophylaxeprogramm des Zentralklinikums Augsburg)

## 1. Teamsituation stimmt nicht

Empfehlung: regelmäßige Besprechungen, Supervisionen

## 2. feindseliges, explosives Klima

Empfehlung: verbindliche Fort- und Weiterbildung, Leitfaden zur Kommunikationsgestaltung

## 3. Überlastung und Frustration (Der einzelne ist allein)

Empfehlung: klare Kommunikationsstruktur, Hierarchie unabhängige Ansprechpersonen, Überlastungsdokumentation, klare Aufgabenbeschreibungen

## 4. Hierarchische Leitungsstruktur

Empfehlung: Transparente Strukturen, Wertedialog, Partizipation bei Veränderungen

## 5. Gewalthandlungen werden nicht ausreichend geahndet

Empfehlung: Dokumentationspflicht, transparente Verfahren zur Bearbeitung

## **Gesetzliche Festschreibung des Rechts auf Suizidassistenz – was tun in meiner Institution?**

- 1. Diskussionsprozess in der Institution starten  
Fachkomitee/Fachkommission einberufen**
- 2. Erarbeitung von Grundsätzen und/oder einer  
Leitlinie zum Umgang mit Suizid und Suizidwünschen**
- 3. Erarbeitung einer Handreichung für Mitarbeitende  
Verhaltensregeln und Ablaufplan**

## Diskussionsprozess in der Institution starten

- **Auftaktveranstaltung** für alle
- **Bildung einer Kommission,**

in der die verschiedenen Professionen und Ebenen der Institution vertreten sind,  
ggf. unter externer Anleitung

### **Aufgabe der Kommission**

nach Aneignung von Wissen über Suizidwünsche, Sterbehilfe und Rechtslage:

- **Leitlinie/Grundsätze zum Umgang mit Suizid und Suizidwünschen**
  - **Handreichung für Mitarbeitende**
  - **Verfahrensklärung bei Suizidwünschen  
von Bewohner\*innen, Klient\*innen, Patient\*innen**



## Erarbeitung

# Leitlinie/Grundsätze zum Umgang mit Suizid und Suizidwünschen

### Benennung von Dilemmata

Widersprüche zum Recht auf Suizidassistenz:  
Berufsethos, Weltanschauungsgebundenheit des Trägers,  
historische Verantwortung, Selbstverständnis der Institution

### Grundhaltung der Institution:

**Suizidbeihilfe gehört/gehört nicht zu eigenen Leistungsspektrum**

### Entscheidung

Menschen mit Suizidassistenzwunsch werden

(nach Erstberatung und Feststellung der Unabänderlichkeit und Ernsthaftigkeit des Wunsches)

- aus der Institution ausgeschlossen
- in der Institution begleitet (bei Nutzung institutionsfremder Dienste)
- in der Institution mit einem eigenen Suizidbeihilfeangebot versorgt

## Besonderer Klärungsbedarf: Umgang mit Diensten von außen

### **Mögliche Regeln für Anbieter von Suizidassistenz in Heimen, Wohnanlagen, Kliniken etc., die die Suizidassistenz nicht selbst anbieten:**

1. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters stellen sich der Einrichtungsleitung vorab persönlich vor.
2. Der Anbieter gibt der Einrichtungsleitung Datum und Uhrzeit der Durchführung der Suizidassistenz vorab bekannt.
3. Der Anbieter stellt der Einrichtungsleitung vorab das von dem\*der betreffenden Klient\*in unterzeichnete Formular als Duplikat zur Verfügung, das die freiwillentliche Beauftragung des Sterbehilfevereins bzw. der externen ärztlichen Person mit der Durchführung der Suizidbeihilfe dokumentiert.
4. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters melden sich am Tag der Durchführung der Suizidassistenz bei Betreten der Einrichtung bei der entsprechenden Einrichtungsleitung.
5. Die für die Durchführung verantwortlichen Mitarbeitenden des Anbieters verbleiben während der Durchführung der Suizidassistenz bis zum eingetretenen Tod der suizidassistenz-wünschenden Person am Ort der Durchführung.

## Erarbeitung einer Handreichung für Mitarbeitende

**Hilfen für das Erstgespräch,  
wenn der Wunsch nach Suizid/Suizidbeihilfe geäußert wird**

Aber: der Umgang mit einem Wunsch nach Suizidassistenz ist keine Sache für Einzelkämpfer, immer Teamsache.

### Verhaltensrichtlinie und klarer Ablaufplan

Meldung an den Vorgesetzten, Teamsitzung, Anrufen einer dafür eingerichteten Beratungs-oder Ethikkommission, Fallbesprechung mit dem Team, Supervisionsangebot

**Fortlaufende Gespräche mit dem/der Suizid wünschenden Person**

Entscheidung: wer macht es und welche Hilfen braucht er/sie?

**Liste der inner- und außerbetrieblichen Hilfeangebote/Ansprechpartner\*innen  
für Mitarbeitende wie Betroffene**

(einschl. Fachkräfte für gesundheitliche Versorgungsplanung SGB V, §132g)

**Liste einschlägiger Fort- und Weiterbildungsangebote**

## Kommunikationsregeln für den Umgang mit Suizidwünschen

**Zuhören, nicht bewerten (auch kein „das verstehe ich gut“)**

### **Im Kontakt bleiben durch Gespräch**

- ❖ Fragen nach den Gründen für den Todeswunsch
  - ❖ Fragen nach Gründen für das Leben,
- ❖ Fragen Sie nach dem Leben, wie das aussehen könnte, wenn die jetzige Krise überwunden wäre?
- ❖ Fragen nach Erinnerungen, wie frühere Krisen überwunden wurden?
  - ❖ Welche Gründe könnte es für das Leben geben?

## Die Stimme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin/DGP

Schwer kranke Menschen schwanken im Wunsch nach dem Tod immer wieder, der Sterbewunsch und der Lebenswille sind gleichzeitig vorhanden, auch weil viele nicht wissen, welche Symptome durch die Palliativmedizin gelindert werden können.

Die Palliativmedizin hat nicht nur die Lebensqualität zum Ziel. Sie will das Leben weder verkürzen noch verlängern. Zu diesem Selbstverständnis passt es nicht, jemanden eine tödliche Medikation zu setzen.

Lukas Radbruch (DGP)

**ENDE**

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit



# Abschluss

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und die Beantwortung der Evaluationsbögen!

**Melden Sie sich gerne bei Rückfragen zur Veranstaltungsdokumentation.**

## Kontakt:

Luca Torzilli – Referent für Gesundheit, Prävention,  
Rehabilitation und Bevölkerungsschutz

Paritätischer Gesamtverband e.V.  
Oranienburger Str. 13/14  
10178 Berlin

Telefon: 030 / 24 636 – 334

E-Mail: [gesundheit@paritaet.org](mailto:gesundheit@paritaet.org)

<http://www.der-paritaetische.de>

<http://www.facebook.de/paritaet>

<http://www.twitter.com/paritaet>

<http://www.twitter.com/paritaetaktuell>

<https://www.youtube.com/user/dieparitaeter>