

neue caritas

CBP-Spezial

Grundlagen

Recht, Gesellschaft,
Ambivalenzen

Position

Schutz vor tödlicher
Fehlentscheidung,
Seelsorge

Best Practice

Christliche Palliativkultur,
Schulungen

Sterben und Suizidwünsche

Beistand bis zuletzt

CBP
CBP
Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.



3 **Vorwort** | *Wolfgang Tyrychter*

4 **Grundlagen**

4 **Sterbebegleitung versus assistierter Suizid: Die Debatte geht weiter** | *Janina Bessenich und Tatjana Sorge*

7 „Wir sind nicht gemeint“ – bedingungsloses Zuhören als Haltung | *Sabine Schäper*

12 **Assistierter Suizid im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge** | *Sophia Falkenstörfer*

15 **Position**

15 **Die christliche Kultur heilsamen Lebens und Sterbens zeigt sich in der Suizidprävention** | *Gerhard Dittscheidt*

19 **Suizidprävention setzt echte Inklusion voraus** | *Wilfried Gaul-Canjé*

25 **Beistand bis zuletzt** | *Martin Seidnader und Leo J. Wittenbecher*

28 **Best Practice**

28 **Über Todeswünsche sprechen können: Das gilt es einzuüben** | *Guðrun Silberzahn-Jandt*

31 **Hilfe in Grenzsituationen der Verantwortung** | *Stefan Kliesch*

35 **Hospizlich-palliative Kultur: Viele gemeinsam tragen die Sterbegleitung mit** | *Ferdi Schilles*

40 **Sterbende begleiten, fürs Leben lernen** | *Marit Konert und Nicola Bußkönning*

43 **Praxistipps**

Forschungsprojekt und Schulungen

39 **Impressum**



Den Umgang mit Sterben und Tod gilt es in der Einrichtung frühzeitig zu thematisieren.

Sterbewunsch

Sprechen statt Verdrängen

Liebe Leserinnen und Leser, das Lebensende wird L gerne verdrängt; das Sterben beziehungsweise der Tod eines Menschen findet häufig in Institutionen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen und Hospizen statt. Das Thema ist tabuisiert und wird vermieden, solange es irgendwie geht.

Dennoch wissen wir, dass der Tod allgegenwärtig ist, sei es in unseren Familien, im Freundeskreis, in den Dörfern und Städten, in denen wir leben oder eben auch in den Einrichtungen und Diensten, für die wir Verantwortung tragen.

Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 ist eine zusätzliche Dynamik rund um das Thema entstanden: Menschen haben nun ein Recht, Unterstützung beim Freitod zu erhalten. Der Bundesgesetzgeber muss dafür zwar noch Kriterien und Voraussetzungen definieren – also den gesetzlichen Rahmen schaffen. Aber die Diskussion darum, wie wir in unseren Einrichtungen und Diensten damit umgehen, ist in vollem Gange.

Dabei ist wichtig – das haben die Debatten im Bundestag, aber auch in der Zivilgesellschaft gezeigt –, dass nicht nur auf den Suizid geschaut wird, sondern vor allem auch auf die Suizidprävention und die Begleitung beim natürlichen Tod.

Ich würde daher – bei aller Brisanz und Komplexität des Themas Suizidassistenz – den Fokus gerne auf Sterbebegleitung und Suizidprävention richten. Gerade als Fachverband kirchlicher Einrichtungen ist es uns ein echtes Anliegen, Leben zu ermöglichen, zu unterstützen und zu schützen.

Es gibt diesbezüglich viele Möglichkeiten, sich konzeptionell und praktisch auf den Weg zu machen; zu einigen davon finden Sie Berichte im Best-Practice-Teil dieses CBP-Spezials, zum Beispiel zur ethischen Fallbesprechung. So lassen sich Strukturen schaffen, die es ermöglichen, das Thema mit seinen Nöten, aber auch Lösungsoptionen im Einrichtungsalltag fest zu verankern.

Weitere aus meiner Sicht wichtige Instrumente können die gesundheitliche Vorsorgeplanung nach § 132g SGB V oder das Konzept des Advance Care Planning (ACP) sein; damit werden Strukturen und Handlungskonzepte in unseren Einrichtungen und Diensten geschaffen, die es ermöglichen, alle Themen, Vorstellungen und Nöte rund um das Thema Sterben und Tod anzusprechen und zu bearbeiten.

Denn das ist das Wesentliche: die Sprachlosigkeit und die Tabuisierung hinsichtlich des Sterbens abzubauen und zu überwinden. Ich bin überzeugt davon, dass es befreiend und entlastend wirkt, früh und rechtzeitig über den Tod zu reden und alle Ängste, Befürchtungen und Erwartungen aussprechen zu können.

Wichtig dafür sind neben den oben genannten Strukturen und Konzepten die umfangreiche Qualifizierung von Mitarbeiter:innen für dieses Thema und ebenso die Vernetzung mit Krisendiensten, ambulanter und stationärer Psychiatrie, Hospizvereinen, ambulanten Palliativ- und Brückenpflegediensten und weiteren Akteuren.

Es gibt diesbezüglich noch viel Luft nach oben in den Einrichtungen und Diensten. Wir können also weit im Vorfeld eines Wunsches nach einem assistierten Suizid viel tun, um Ängste abzubauen, Krisen zu bewältigen und Leben zu ermöglichen. Darauf sollten wir zunächst den Blick, die Aufmerksamkeit und unser Tun ausrichten.

In einem nächsten Schritt müssen und werden wir uns dann mit dem assistierten Suizid näher befassen, sobald der Gesetzgeber hierfür den Rahmen geschaffen hat. Klar ist, dass wir die Menschen in unseren Einrichtungen und Diensten auch hierbei nicht alleinlassen – auch wenn der Schutz des Lebens für uns im Vordergrund steht.

Ich wünsche Ihnen allen viel Kreativität, Kraft und Mut für diese anstehenden Schritte!

Wolfgang Tyrychter



Wolfgang Tyrychter
Vorsitzender des CBP
E-Mail: wolfgang.tyrychter@drw.de

„Weit im Vorfeld können wir dem Wunsch nach Selbsttötung vorbeugen“

Sterbebegleitung versus assistierter Suizid: Die Debatte geht weiter

Dieser rechtliche Kommentar gibt einen Überblick zum Stand der Gesetzgebung.

Text **Janina Bessenich, Tatjana Sorge**

Große Unsicherheit:
Seit dem bahnbrechenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid stellen sich erst recht viele Fragen.



Bild Adobe Stock/StockPhotoPro

Gesundheitsminister Karl Lauterbach ist der Aufgabe des Parlaments, eine Strategie zur Prävention von Suiziden und Suizidversuchen vorzulegen, mit Verzögerung nachgekommen. Die Strategie sieht insbesondere eine Krisendienst-Notrufnummer, spezielle Schulungen für Gesundheitsfachkräfte, eine Website zum Thema sowie die Überwachung der Daten zu Suizidversuchen und Suiziden vor. In ihrer Reichweite ist die Strategie zur Prävention von Suizid(versuchen) somit recht begrenzt.¹

Eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz lässt weiter auf sich warten. Seit das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid aufhob, ist sie nicht mehr strafbar.

Diese Rechtslage halten Abgeordnete der demokratischen Parteien für unbefriedigend und arbeiten erneut an Gesetzentwürfen, um einen klaren rechtlichen Rahmen für die Sterbehilfe zu schaffen. Im vergangenen Jahr sind zwei Gesetzentwürfe fraktionsübergreifender Gruppen zur Regelung des assistierten Suizids gescheitert, die nunmehr überarbeitet werden. Beispielsweise ist inzwischen eine Regelung für den Zugang zu todbringenden Medikamenten vorgesehen, um möglichem Missbrauch vorzubeugen.

Begrifflichkeiten in der Sterbehilfe-Debatte

In der Debatte um die Sterbebegleitung ist es wichtig, die Begrifflichkeiten „passive“, „indi-

rekte“ und „aktive Sterbehilfe“ sowie „assistierter Suizid“ richtig einzuordnen und Ungenauigkeiten durch falsche Bezeichnungen zu vermeiden.

Der Deutsche Ethikrat hat bereits im Jahr 2006 – damals noch als Nationaler Ethikrat – in seiner Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ empfohlen, die Begriffe „Sterbebegleitung“, „Therapie am Lebensende“, „Sterbenlassen“ sowie auf der anderen Seite „Beihilfe zur Selbsttötung“ und „Tötung auf Verlangen“ zu verwenden. Die Therapien am Lebensende sowie der Umgang mit Sterbehilfe in verschiedenen Formen sind rechtlich und ethisch hochkomplex und bringen für Angehörige, Ärzt:innen und Pflegekräfte erhebliche Unsicherheiten mit sich,

unter anderem, da sie sich strafbar machen können. Rechtlich problematisch ist dabei vor allem, dass das deutsche Strafgesetzbuch (StGB) keine speziellen Normen für viele Fallgestaltungen und Probleme dieses Themenkreises enthält. Gesetzlich ausdrücklich geregelt ist nur die Tötung auf Verlangen in § 216 StGB, die aber in ihrer gesetzlichen Ausgestaltung keinen Bezug zu schwerkranken Menschen hat. Der Beitrag gibt im Folgenden zu den unterschiedlichen Begrifflichkeiten einen kurzen Überblick und ordnet sie rechtlich ein. Die verwendeten Definitionen folgen den Empfehlungen des Deutschen Ethikrats.²

- ♦ Unter Sterbebegleitung werden Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden verstanden wie Körperpflege, Löschen von Hunger und Durst und das Mindern von Übelkeit, Angst oder Atemnot. Dazu gehören auch Zuwendung und seelsorgerischer Beistand. Ziel ist es, die Fähigkeit des:der Patient:in, den eigenen Willen zur Geltung zu bringen, so lange wie möglich zu erhalten.

- ♦ Zu Therapien am Lebensende („indirekte Sterbehilfe“) zählen alle medizinischen Maßnahmen – einschließlich palliativmedizinischer –, die in der letzten Phase des Lebens mit dem Ziel erfolgen, Leben zu verlängern und jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Bei der Gestaltung von Therapien am Lebensende spielt das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper eine entscheidende Rolle. Es besagt, dass jeder Mensch das Recht hat, eine medizinische Behandlung anzunehmen oder abzulehnen. Die Verkürzung des Lebens durch die Verabreichung bestimmter Medikamente ist nach der Rechtsprechung jedenfalls dann gerechtfertigt und straflos, wenn der schmerzfreie Tod nach dem Patientenwillen ein höherrangiges Rechtsgut ist als die Perspektive, unter schwersten Schmerzen noch kurze Zeit länger zu leben.

- ♦ Von Sterbenlassen statt von „passiver Sterbehilfe“ spricht der Ethikrat, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnah-

me erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird. Das Sterbenlassen, zum Beispiel beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung erlaubt, wenn es dem Willen beziehungsweise dem mutmaßlichen Willen des:der Patient:in entspricht. Dann ist dessen:deren Entscheidung als Teil des Selbstbestimmungsrechts zu beachten, das in die gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132 g SGB V einfließen kann.

- ♦ Bei der Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) verschaffen Ärzt:innen oder andere Personen jemandem ein todbringendes Mittel oder unterstützen ihn: sie auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung seiner:ihrer Selbsttötung. Von Selbsttötung spricht man, wenn sich jemand in eigener Verantwortung tötet und dabei das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht.³ Das bedeutet, der:die Suizident:in handelt eigenverantwortlich und setzt die zum Tode führende Ursache, beispielsweise die Einnahme eines tödlichen Medikamentencocktails, selbst. Der Suizid ist straflos. Nach dem deutschen Strafrecht bleiben dabei Helfende und Anstifter:innen grundsätzlich straffrei, da es an einer strafbaren Haupttat fehlt.

Dennoch kann nach der Rechtsprechung eine Strafbarkeit Suizidhilfeleistender wegen eines Tötungsdelikts in Betracht kommen, insbesondere wegen Tötung auf Verlangen durch Unterlassen. Dies gilt, wenn der:die Suizidhilfeleistende beispielsweise als behandelnder Arzt oder nahe Angehörige eine sogenannte Garantenstellung innehat. Ist ein Suizidhilfeleistender noch anwesend, wenn die suizidale Person das Bewusstsein verliert, geht mit dem Eintritt der Bewusstlosigkeit die „Tatherrschaft“ auf den anwesenden Suizidhilfeleistenden über, der dann aufgrund seiner Garantenstellung zur Hilfe verpflichtet ist. Besteht bei dem Suizidhilfeleistenden keine Garantenstellung, kommt die Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung in Betracht.

- ♦ Eine Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) liegt vor, wenn man jemandem auf seinen:ihren ernsthaften Wunsch hin eine tödliche Spritze gibt oder ihm:ihr eine Überdosis an Medikamenten verabreicht oder sonst auf medizinisch nicht angezeigte Weise eingreift, um den Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde. Im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung führt hier nicht der:die Betroffene selbst,

„Ein Gesetz zur Suizidassistenz lässt weiter auf sich warten“

sondern jemand anders die tödliche Handlung aus. Eine solche Tötung auf Verlangen ist in Deutschland strafbewehrt.⁴ Dem ernsthaften Sterbewunsch des:der Patient:in kommt keine das Unrecht ausschließende Wirkung zu.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26. Februar 2020⁵ das im Jahr 2015 eingeführte Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe (§ 217 StGB) für verfassungswidrig erklärt. Dabei hat „geschäftsmäßig“ nichts mit Geld zu tun, sondern meint: auf Wiederholung angelegt. Die höchsten Richter stellten fest: Das im Grundgesetz verankerte allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben, einschließlich der Freiheit, sich selbst zu töten und dabei freiwillige Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen. Die Regelung des § 217 StGB hatte eine assistierte Selbsttötung weitgehend unmöglich gemacht und wurde daher für nichtig erklärt.

Verwaltungsgerichtliche Entscheidung

Allerdings haben schwerkranke Menschen nach derzeitiger Rechtslage keinen Anspruch auf den Zugang zu einem Betäubungsmittel (Natrium-Pentobarbital) zur Selbsttötung. Dies hat das Verwaltungsgericht Köln am 24. November 2020⁶ entschieden. Es begründete seine Entscheidung damit, dass die nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts mögliche Inanspruchnahme von Sterbehilfeorganisationen eine zumutbare Alternative sei. Ähnlich entschied das Oberverwaltungsgericht (OVG) Nordrhein-Westfalen in Münster am 2. Februar 2022.⁷ Es argumentierte, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sei nicht verpflichtet, zum Suizid entschlossenen Schwerkranken dafür den Erwerb von Natrium-Pentobarbital zu erlauben. Diese Rechtsprechung hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) bestätigt:⁸ Der Erwerb von Natrium-Pento-

barbital bleibt Sterbewilligen versagt. Dies sei verfassungskonform, um gefährlichen Fehlgebrauch zu verhindern, so das BVerwG. Es gebe andere Möglichkeiten, um das eigene Leben medizinisch begleitet zu beenden.

Das BfArM muss einer Ärztin:einem Arzt auch die Einfuhr von Natrium-Pentobarbital nicht erlauben, entschied das OVG Münster per Eilbeschluss.⁹ Im konkreten Fall wollte der Leiter des Ärzteteams des Vereins Sterbehilfe in Hamburg sterbewilligen Patient:innen Natrium-Pentobarbital zur eigenständigen Verfügung bereitstellen und es aus der Schweiz nach Deutschland einführen. Das OVG verweigerte die Erlaubnis, da Ärzt:innen gemäß der gesetzlichen Regelung nicht berechtigt sind, ihren Patient:innen Betäubungsmittel zur freien Verfügung zu überlassen. Nur Apotheken dürfen Betäubungsmittel abgeben.

Aktuelle Rechtsprechung und Graubereiche

Dass die Beihilfe zur Selbsttötung rechtlich in einem Graubereich bleibt, zeigt ein kürzlich gesprochenes Urteil des Landgerichts Berlin.¹⁰ Es verurteilte einen Arzt wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft zu einer Haftstrafe. Mit einer Sterbehilfeorganisation zusammenarbeitend, hatte er einer 37-jährigen Veterinärmedizinstudentin, die an Depressionen litt, zweimal Mittel zum Suizid besorgt. Beim ersten Versuch im Juni 2021 gab er ihr Tabletten mit dem Wirkstoff Chlo-roquin. Die Frau erbrach jedoch nach der Einnahme und überlebte. Sie kam zunächst ins Krankenhaus und anschließend in eine geschlossene psychiatrische Einrichtung.

Die Frau hielt an ihrem Sterbewunsch fest und kontaktierte den Arzt erneut. Unmittelbar nach ihrer Entlassung aus der Psychiatrie – knapp drei Wochen nach ihrem ersten Suizidversuch – trafen sie sich in einem angemieteten Hotelzimmer. Dort verabreichte der Arzt ihr eine Infusion mit einer tödlichen Dosis Thiopental Inresa. Die Studentin setzte die Infusion selbst in Gang, um zu verhindern, dass der Arzt sich wegen aktiver Sterbe-

hilfe strafbar machte. Wenige Minuten später starb sie. Dieser Fall hebt auch die bisher erfolglosen Anstrengungen zur Einführung eines Suizidhilfegesetzes hervor. Es bleibt abzuwarten, ob in dieser Legislaturperiode ein Fortschritt in der Gesetzgebung erzielt werden kann.

Anmerkungen

1. LAUTERBACH, K.: *Das gesellschaftliche Tabu von Tod und Suizid überwinden.* <https://t1p.de/CBP-Sp24-2-2>
2. <https://tinyurl.com/CBP-Sp24-2-1>
3. BGHSt 19, 135, 139
4. *In den Niederlanden und in Luxemburg, Spanien und Belgien ist sie legal.*
5. Az. 2 BvR 2347/15 u.a.
6. Az. 7 K 13803/17 u.a.
7. Az. 9 A 146/21 u.a.
8. BVerwG, Urteil vom 7.11.2023, Az. BVerwG 3 C 8.22
9. OVG Münster, Beschluss vom 8.8.2023, Az. 9 B 194/23
10. LG Berlin, Urteil vom 8.4.2024, Az. 540 Ks 2/23



Janina Bessenich
Geschäftsführerin des CBP/
Justiziarin
E-Mail: janina.bessenich@caritas.de



Tatjana Sorge
Stellv. Geschäftsführerin des
CBP/Ass. jur.
E-Mail: tatjana.sorge@caritas.de

„Wir sind nicht gemeint“ – bedingungsloses Zuhören als Haltung

Menschen mit Behinderung, die in starker innerer Not Sterbewünsche äußern, brauchen intensive Unterstützung in der Auseinandersetzung mit solchen Wünschen – vor dem Hintergrund ihrer Lebenserfahrung und in freier Verantwortlichkeit.

Text **Sabine Schäper**

Unabhängig vom Ausgang der im folgenden Beitrag von Janina Bessenich und Tatjana Sorge beschriebenen Debatten lenkt dieser Beitrag den Blick auf existenzielle Krisen, auf die Menschen in Extremsituationen keine andere Antwort haben als den Wunsch, ihr Leben aktiv zu beenden und dazu unter Umständen die Hilfe anderer zu suchen. Menschen mit Behinderungserfahrung stehen bisher nicht explizit im Fokus des Diskurses, sind aber von solchen Krisen ebenso betroffen wie Menschen ohne Behinderung. Zugleich sind sie einem hohen Risiko von Fremdzuschreibungen in diesen Krisen ausgesetzt.

Die aktuellen Debatten um Sterbewünsche und Suizidbegehren fokussieren oftmals den Wunsch nach autonomer Entscheidung über das Lebensende als den „letzten Willen“. Dass Sterbewünsche aber oft Ausdruck einer länger andauernden existenziellen Krise sind, die unterschiedliche Auslöser haben kann, bleibt dabei eher ausgeblendet. Vor der Entscheidung für oder gegen den Suizid liegen viele kleine Schritte, bevor meist mehrere Ursachen und aktuelle Ereignisse oder Befindlichkeiten zusammen einen Wunsch erzeugen, das eigene Leben zu beenden. Soll es erst gar nicht so weit kommen, dass Menschen aktiv den eigenen Tod herbeiführen wollen, gilt es, sich der zugrundeliegenden existenziellen Krise zuzuwenden und sie der Kommunikation und Reflexion zugänglich zu machen. Wenn Sterbewünsche als Versuch zu verstehen sind, in einer Situation als vollkommen erlebter Ohnmacht die „letzte Entscheidung“ noch selbst treffen zu wollen, dann benötigen Menschen neuen Mut und die Chance, verloren geglaubte Kontrollüberzeugungen in Bezug auf ihre Lebensgestaltung zurückzugewinnen. Es gilt, Menschen in ihren Selbstwirksam-

keitserwartungen zu stärken. Dafür müssen wir zunächst mehr über existenzielle Krisen und ihre mögliche Wirkung auf den Lebenswillen von Menschen wissen und verstehen.

Statistisch betrachtet sinkt die Zahl der Suizidversuche mit zunehmendem Alter, die Zahl der vollzogenen Suizide pro Zahl der Versuche hingegen steigt. Die Rate ist in der Altersgruppe über 75 Jahre am höchsten und bei Männern im Durchschnitt zwei- bis dreimal so hoch wie bei Frauen. Es gibt zudem deutliche Unterschiede in den Bundesländern: Während in Nordrhein-Westfalen pro 100.000 Einwohner:innen 7,6 Suizide gezählt wurden, waren es in Sachsen im gleichen Zeitraum 15,9.¹ Diese Zahlen deuten darauf hin, dass soziale Faktoren eine große Rolle spielen.

Zudem stehen 65 bis 90 Prozent aller Suizide im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung. Daneben können Krankheiten, die mit Schmerzen, starken körperlichen Einschränkungen und neurologischen Störungen einhergehen, das Suizidrisiko erhöhen.²

Über Suizide von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung wissen wir bisher wenig. Die allgemeinen Risiken gelten aber für sie in gleicher Weise und vermutlich sogar verstärkt. Die unzureichende psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung dieser Personengruppe stellt einen zusätzlichen Risikofaktor dar.

Ein situativ geäußerter Sterbewunsch ist kein plötzliches Ereignis, auch kein ein für alle Mal fixer Zustand, sondern ein Prozess. In dieser Entwicklung kann die Intention eines Menschen sehr stark variieren zwischen dem Wunsch, (doch, aber vielleicht anders) leben zu wollen, dann wieder dem Wunsch, nicht länger leben zu wollen, dem Willen, ein herannahendes

„Mindestens zwei von drei Suiziden sind mit psychischer Erkrankung verbunden“



Menschen mit Behinderung in großer innerer Not brauchen das respektvolle Zuhören.

Sterben zu beschleunigen und dem Willen, das Leben aktiv und unter Umständen mit Unterstützung einer anderen Person zu beenden. Das ist kein linearer Prozess, sondern ein Prozess voller Ambivalenzen, der von großer Verzweiflung geprägt sein kann. Manche Wünsche können sogar gleichzeitig nebeneinander bestehen, und es kann „Sprünge“ zwischen den Prozessschritten geben. Umso wichtiger ist es im Einzelfall, die manchmal minimalen Schritte zwischen diesen Facetten und deren situative Auslöser zu verstehen – das kann eine (neuerliche) beängstigende Diagnose sein oder eine unbedachte Äußerung aus dem Umfeld der Person, die ihr das Gefühl gibt, eine Last zu sein – oder schlicht das Erleben großer Einsamkeit.

In der Palliativforschung ist bekannt, dass neben erlittenen Schmerzen vor allem soziale Faktoren zu einem Wunsch nach beschleunigtem Sterben führen: Das Gefühl des Verlustes der eigenen Würde spielt in etwa 50 Prozent der Fälle eine Rolle, zu einem Drittel die Angst vor Abhängigkeit und Kontrollverlust, Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit sowie das Gefühl, anderen zur Last zu fallen.³ Diesen sozialen Ursachen lässt sich – sofern das Umfeld dieses innere Erleben wahrnimmt – auch sozial begegnen.

Sterbewunsch und Suizid bei Menschen mit Behinderung

Schaut man auf Menschen mit Behinderungserfahrung, stößt man auf eine deutliche Forschungslücke in

Bezug auf Sterbeverläufe und -ursachen, Umstände der Begleitung am Lebensende sowie Sterbewünsche und Suizidbegehren. Jugendliche mit kognitiver Beeinträchtigung oder mit psychischer Behinderung weisen gegenüber Jugendlichen ohne Behinderung eine erhöhte Tendenz zum Suizid auf, auch äußern sie häufiger suizidale Gedanken. Einer schweizerischen Studie zu Suiziden von Menschen mit Beeinträchtigung zufolge besteht bei gut einem Drittel aller Suizide mindestens eine psychiatrische Diagnose.⁴

Personen mit kognitiver Beeinträchtigung sind von einem mehrfachen Risiko für erhöhtes suizidales Verhalten betroffen: negative Bedingungen in der Entwicklung, traumatisierende Lebensereignisse sowie eine überdurchschnittliche Häufigkeit psychischer Störungen.⁵ Auch eine funktionale Behinderung führt zu einer erhöhten Suizidalität, besonders bei Komorbidität mit einer psychischen Erkrankung.⁶ Entscheidend sind aber auch hier soziale Faktoren, wie sich in der gesellschaftlichen Haltung gegenüber Suiziden zeigt: Einer Studie aus den USA zufolge gelten Suizide generell als akzeptabler, wenn die Person eine Behinderung hatte. Hier zeigt sich deutlich die Gefahr einer subtilen gesellschaftlichen Botschaft an Menschen mit Behinderungserfahrung: Suizide sind nicht akzeptabel – außer im Falle von Behinderung.⁷

In Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung scheint die Erfahrung mit Suiziden eher eine Ausnahme zu sein, zumindest wird dieses Thema im Feld

der Eingliederungshilfe allenfalls am Rande aufgeworfen. In der Schweiz, wo der assistierte Suizid schon länger als legitim gilt und Sterbehilfeorganisationen breite gesellschaftliche Zustimmung erleben, stellt sich die Situation anders dar: Im Kanton Zürich geben etwa ein Drittel der Wohnrichtungen für Erwachsene mit Behinderung an, im Untersuchungszeitraum 2006–2015 von Suizidvorfällen betroffen gewesen zu sein. Die Suizidrate ist bei Bewohner:innen der Einrichtungen gegenüber der sogenannten Allgemeinbevölkerung mehr als doppelt bis dreifach erhöht (auch hier bei Männern stärker als bei Frauen). In Einrichtungen für Personen mit einer psychischen Behinderung liegt die Suizidrate fast zehnmal höher. Als Ursachen führt die Studie von Wicki⁸ belastende Lebensereignisse, fehlende Bewältigungsstrategien, unbewältigte Konflikte und soziale Einsamkeit an. Auf der anderen Seite: Wegen der deutlicheren Präsenz des Themas Sterbehilfe in der Schweiz verfügte 2017 schon jede zweite Einrichtung für Menschen mit Behinderung im Kanton Zürich über ein Konzept zur Suizidprävention.

In allen Ländern, in denen der ärztlich assistierte Suizid legalisiert wurde, steigen die Zahlen stark an, in der Schweiz kam es zwischen 2010 und 2018 zu einer Verdreifachung der Fälle. Parallel zu dieser Entwicklung erlassen die Schweizer Kantone zunehmend Regelungen zum begleiteten Suizid in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf – bis hin zu einer gesetzlichen Verpflichtung für Institutionen, die öffentliche Beiträge beziehen, begleitete Suizide in der Institution zuzulassen.⁹

In den Niederlanden ist die vorsätzliche Hilfe zur Selbsttötung zwar verboten, aber nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt oder einer Ärztin unter Einhaltung definierter Sorgfaltspflichten durchgeführt wird. Alle Fälle assistierten Suizids sind öffentlich zugänglich dokumentiert. Eine Studie hat die neun in den Niederlanden ausfindig gemachten Fälle, in denen Menschen mit Behinderung beim Suizid assistiert wurde, genauer

untersucht:¹⁰ Von den 416 dokumentierten Fällen handelte es sich bei sechs Personen um Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und bei drei Personen um Menschen mit Autismus.

Die Fallstudien zeigen, dass in der Beurteilung des Ausmaßes an „Leiden“ die ärztliche (Fremd-)Einschätzung dominiert. Das Vorliegen einer Behinderung wird in manchen Fällen direkt und ungeprüft als ein Anzeichen von „Leiden“ gewertet. Als deutliche Schwachstelle innerhalb der vorgeschriebenen sorgfältigen Prüfung der Voraussetzungen für einen assistierten Suizid zeigt sich in vielen Fällen ein vollkommen unzureichendes Assessment in Bezug auf die Kompetenz zu einer freiverantwortlichen Entscheidung für oder gegen den Suizid. Die Studie fordert daher einen verstärkten Schutz der Personen durch Stellvertreter:innen und eine differenziertere und multidisziplinäre Einschätzung der Gesamtsituation.

Hier wird das sogenannte „Behinderungsparadox“ deutlich: eine vielfach konträre Bewertung der Lebensqualität im Blick auf ein Leben mit Behinderung aus der Selbst- versus der Fremdperspektive, die auch in der (Fremd-)Bewertung von Suizidwünschen eine Rolle spielt.¹¹ Die zunehmende Legalisierung des assistierten Suizids stellt daher eine Gefahr für Menschen mit Behinderung dar, weil aus einem eigenen gesteigerten Wunsch nach Autonomie heraus ein Leben mit Behinderung als weniger wertvoll betrachtet und vorschnell und unbewusst mit Leiden assoziiert wird. Damit treten wir das Recht von Menschen mit Behinderung, ein Leben voller Lebensqualität und gleicher Chancen zu leben, mit Füßen – so der Hinweis von Stainton.¹²

Ein zentrales Kriterium im rechtlichen Diskurs um den assistierten Suizid ist das der „Freiverantwortlichkeit“. Hier besteht eine inhaltliche Parallele zur Frage der Einwilligungsfähigkeit. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung – ob lebenslang oder im Alter etwa durch eine Demenzerkrankung erworben – wird die Kompetenz zur Willens-

bildung und eine autonome Entscheidung als Grundlage für einen Sterbewunsch oft nicht zugetraut. Willensäußerungen werden oft nicht gehört, nicht verstanden, nicht ernst genommen, nicht zugelassen. Nach wie vor wird in Entscheidungssituationen am Lebensende oft über Menschen mit kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung entschieden – statt gemeinsam mit ihnen. Das geschieht häufig aus wohlmeinenden Motiven innerhalb einer eher fürsorglichen Organisationskultur, eines fürsorgenden Rollenverständnisses rechtlich Betreuender oder aus der Perspektive sorgenvoller Angehöriger. Vor dem Hintergrund der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid zeigt sich hier zusätzlich dringlicher Reflexions- und Handlungsbedarf: Was bedeutet „Freiverantwortlichkeit“ genau? (Wie) lässt sie sich eindeutig von außen feststellen? Wie ist mit Zweifeln an dieser „Freiverantwortlichkeit“ umzugehen? Wer kann sie legitimerweise äußern? Und welche Möglichkeiten bieten sich umgekehrt, „Freiverantwortlichkeit“ als Ansatzpunkt für die gemeinsame Arbeit am Lebenswillen einer Person zu verwenden?

Da die Kompetenz, „freiverantwortliche“ Entscheidungen zu treffen, kein statisches Merkmal einer Person ist, sondern ein ausgesprochen fluider Zustand – der wiederum situativ sehr stark schwanken kann und von sozialen Faktoren abhängig ist –, ist es wichtig, sich der Tragweite existenzieller Krisen von Menschen mit Behinderungserfahrung anzunähern.

Existenzielle Krisen bei Menschen mit Behinderung

Wie wir gesehen haben, wird gesellschaftlich ein Leben in Abhängigkeit vielfach als minderwertig oder gar unwürdig betrachtet. Diese Haltung des sogenannten „Ableismus“, der Menschen nach ihren Fähigkeiten beurteilt, wird oftmals verknüpft mit dem Verweis auf die Steigerung der Sozial- und Gesundheitskosten. Diese Verknüpfung macht Behindertsein zu einer „gesellschaftlichen Institution“¹³, die individuell als Ansammlung von

„Respekt beim
Zuhören – erst
dann gemeinsam
Wege suchen“

Entwertungserfahrungen erlebt werden kann. Wiederholte Missachtungserlebnisse können sich zu einem permanenten seelischen Schmerz verdichten, dem mit „Schmerzmanagement“ viel weniger gut beizukommen ist als bei körperlichen Schmerzen.

Die Mutter eines erwachsenen Mannes mit Autismus formuliert dies in einem Interview sehr deutlich als Gefühl, „nicht gemeint“ zu sein: „Ja, das ist so diese Aussichtslosigkeit, diese Ohnmacht, die man immer spürt. Es wird immer so viel Behindertenfreundlichkeit suggeriert, und es sind immer dieselben, die gar nicht gemeint sind.“ Und über ihren eigenen Sohn sagt sie: „Der ist nicht gemeint. Solche Menschen sind nie gemeint.“¹⁴ Ihre Lebensbilanz in der jahrzehntelangen Sorge um ein „behindertes Kind“ formuliert die Mutter sehr deutlich: „Entweder man opfert sich selbst, oder man opfert sein Kind!“¹⁵ An diesem Beispiel zeigt sich, wie die Behinderungserfahrung das gesamte Leben und die Identität bestimmen kann. Dieser Einzelfall steht für viele Familien mit Behinderungserfahrung: Sie werden lebenslang diskreditiert. Niedecken sieht hierin auch die Wirkung kollektiver, mehr oder minder bewusster Zuschreibungen, die gesellschaftlich tief verankert sind, aber unsichtbar bleiben.

Gerade die gesellschaftliche Unsichtbarkeit von Behinderung trägt wiederum dazu bei, dass die Belange von Menschen mit Behinderungserfahrung in den Diskursen um den ärztlich assistierten Suizid nicht vorkommen – so der ehemalige UN-Sonderberichterstatter für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Gerard Quinn.¹⁶ Das von mehr und mehr Staaten eingeräumte Recht auf ärztlich assistierten Suizid ohne aktuelle schwere Erkrankung oder Todesnähe trägt (unbewusst und unbeabsichtigt) zur Diskriminierung von Lebensformen mit Behinderung bei, weil diese nun auch ohne Verweis auf ein offensichtliches oder subjektiv empfundenes Leiden infrage gestellt werden können: „Die Ausweitung des Rechts auf assistierten Suizid stellt ein reales Risiko für die Verstärkung von Tendenzen des Ableismus [der Diskriminierung von Menschen aufgrund ihrer Defizite] dar.“¹⁷

Worauf es ankommt – Hinweise zur Prävention

Wahrnehmen

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 setzt beim Recht auf freie Entfaltung der Per-

sönlichkeit an, das allen Menschen gleichermaßen zusteht (Art. 2 GG). Daraus leitet es das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ab, welches zugleich das Recht beinhaltet, sich das Leben zu nehmen und ebenso das Recht, zur Umsetzung des Suizids „Hilfe bei Dritten zu suchen“.

In Bezug auf Menschen mit Behinderungserfahrung resultiert daraus zunächst die Anforderung, ihre Lebensrealität mit Feingefühl und ohne vorwegnehmende Bewertungen wahrzunehmen – und dabei offen zu sein für subjektiv empfundene existenzielle Not. Bei Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen bedarf diese Wahrnehmung einer besonderen Fähigkeit zum „Lesen“ auch nonverbaler Signale und emotionaler Äußerungen. Dem Grundsatz der rechtlichen Handlungsfähigkeit jeder Person unabhängig von einer Behinderung folgend (Art. 12 der UN-Behindertenrechtskonvention), muss jedem Menschen die Fähigkeit zugesprochen werden, „freiverantwortlich“ und aus einem eigenen Sinn heraus das eigene Leben zu bewerten. Zweifel an der „Freiverantwortlichkeit“ dürfen keinesfalls vorschnell zur Fremdbeurteilung von Lebensqualität führen. Stattdessen besteht die Herausforderung darin, entsprechend dem Grundsatz der unterstützten Entscheidungsfindung Menschen zu helfen, aus situativer Not heraus getroffene Willensentscheidungen zu prüfen, bestehende Optionen für ein Weiterleben erkennen und abwägen zu können und verlässliche Bezugspartner:innen an der Seite zu haben, die auch einen schwierigen und langwierigen Prozess der individuellen Entscheidungsfindung mitgehen.

Erkennen

Gemeinsam mit der Person mit Beeinträchtigung – nie ohne sie – gilt es, ihren Willen zu erkennen. Das heißt, situative Äußerungen in einen biografischen Kontext ihrer Lebenserfahrungen hineinzustellen und die aktuelle Lebenssituation umfassend in den Blick zu nehmen: Welche Erfahrungen im Lebensverlauf tragen zu einem aktuellen Gefühl von Lebensüberdruß bei? Welche dieser Erfahrungen lassen sich möglicherweise aufarbeiten und integrieren? Welche Faktoren lassen das Leben aktuell perspektivlos erscheinen? Welche Umfeldbedingungen sind so veränderbar, dass neuer Lebensmut entdeckt werden kann? Welche sozialen Beziehungen könnten die Person durch die Krise hindurchtragen? Das „Erkennen“ beinhaltet ein Verstehen im Sinne einer vertieften Einschätzung der Ursachen

eines Sterbewunsches, um Ansatzpunkte für neuen Lebenswillen zu identifizieren.

Respektieren

Ein grundlegender Respekt gegenüber der subjektiven Deutung des eigenen Lebens bedeutet auch, selbst dann Wünsche der Person als ihre ureigenen anzunehmen und zu bestätigen, wenn diese für andere Menschen nicht nachvollziehbar sind. Denn gegebenenfalls wird erst durch das Gehört- und Respektiertwerden des „Eigensinns“ der Person der Weg dafür frei, gemeinsam auf die Suche nach möglichen Ankerpunkten für den Willen zum Weiterleben zu gehen. Das Respektieren eines Sterbewunsches bedeutet allerdings nicht, sich an der Initiierung oder Umsetzung eines Suizidwunsches aktiv zu beteiligen – letztlich begegnen sich in diesem dialogischen Prozess des Ringens um den besten Weg ja zwei Menschen, die beide ihrerseits an ihre jeweiligen Werte gebunden sind. So muss jeder Person, die mit einem sterbewilligen Menschen um einen Weg ringt, zugestanden werden zu entscheiden, wie weit sie den Weg mitgehen kann und will. Wichtig scheint aber in jedem Fall die Bereitschaft, die existenzielle Not zu teilen.

Kompetente Unterstützung anbieten

Erst auf der Grundlage einer respektvollen Haltung und der Bereitschaft, sich der inneren Not der anderen Person zu stellen, sich zu ihr zu stellen und zu verhalten, kann es gelingen, vorurteilsfrei Unterstützung anzubieten. Sterbewünsche ernst zu nehmen und gemeinsam zu „bearbeiten“, kann bedeuten, Menschen neue Erfahrungen der sozialen Einbindung und Zugehörigkeit zu vermitteln, ihrer Lebensrealität mit Aufmerksamkeit zu begegnen und sich auf den Weg einer „geteilten Sinnese“¹⁸ zu machen. Damit ist dieses Durcharbeiten von Todeswünschen im Kern eine Dimension von Teilhabe, die bis in existenzielle Lebenskrisen hineinreichen muss. Zu solcher Teilhabeerfahrung bis zum Lebensende¹⁹ ist auch die Unterstützung in

der Willensbildung und Autonomieentwicklung im Sinne „unterstützter Entscheidungsfindung“ grundlegend. Beratungsangebote und die inklusive Ausrichtung von Krisennotdiensten auf die Belange von Menschen mit Behinderungserfahrung sind notwendige flankierende Hilfen, die es (weiter) zu entwickeln gilt. Einrichtungen der Eingliederungshilfe sollten ihren Fokus konsequent auf die Etablierung einer personenzentrierten Organisationskultur richten – die Frage der institutionellen „Absicherung“ muss gegenüber dem Willen, Menschen in ihren tiefsten Lebenskrisen beizustehen, in den Hintergrund treten.

Anmerkungen

1. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de
2. WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO)/ DEUTSCHE DEPRESSIONSHILFE (DDH): Suizidprävention – eine globale Herausforderung, 2014. Download: <https://t1p.de/CBP141>, S. 42.
3. Vgl. unter anderen: MORITA, T.; TUNODA, J. et al.: An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 9/2000, S. 164–168; KREMEIKE, K. et al.: ‚Desire to Die‘ in palliative care patients – legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. In: *Ann Palliat Med* 2021, 10 (3), S. 3594–3610, doi: 10.21037/apm-20-381
4. WICKI, M. T.: Suizidprävention in den Wohnrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, 2017, S. 9. Download per Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP14-Wicki>
5. WOLDT, H.: Suizid und geistige Behinderung: Suizidprophylaxe bei Menschen mit geistiger Behinderung (und psychischer Störung) innerhalb betreuter Wohnformen. Saarbrücken, 2012.
6. WICKI, M. T.: A. a. O.
7. LUND, E. M.; NADORFF, M.R. et al.: Is suicide an option?: The impact of disability on suicide acceptability in the context of depression, suicidality, and demographic factors. *Journal of Affective Disorders*, 2016, S. 189, S. 25–35.
8. WICKI, M. T.: A. a. O.

9. CURAVIVA SCHWEIZ: Begleiteter Suizid in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, 2018. Download: <https://t1p.de/CBP142>
10. TUFFREY-WIJNE, I.; CURFS, L. et al.: Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: An examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012–2016), 2017. doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0257-6>
11. STAINTON, T.: Disability and Assisted Suicide: Elucidating Some Key Concerns, 2022. Download: <https://t1p.de/CBP14Stainton>
12. STAINTON, T.: A. a. O., S. 9.
13. NIEDECKEN, D.: Geistig Behinderte verstehen. Ein Buch für Psychologen und Eltern. München, 1993.
14. BÖING, U.; SCHÄPER, S.: Auswirkungen der Pandemie auf die soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Abschlussbericht, erstellt von der katho NRW. Münster, 2022, S. 207. Download: <https://tinyurl.com/CBP14Nicht-gemeint>
15. Ebd., S. 204.
16. QUINN, G.: Ansprache im kanadischen Senat zur Rechtsreform in Bezug auf ärztlich assistierten Suizid, 2021. Download: <https://tinyurl.com/CBP14-Quinn>
17. Ebd., Übersetzung der Autorin.
18. DEDERICH, M.; DIETRICH, C.: Das Subjekt der Teilhabe – ein Orientierungsversuch. In: *Teilhabe* 61/2022, S. 2, S. 54–61.
19. ROEMER, A. et al.: Teilhabe bis zum Lebensende. Handreichung für die Entwicklung und Darstellung von Leistungen in der Begleitung am Lebensende. DGP (Hrsg.), 2021. Download: <https://tinyurl.com/CBP14-Handr>



Prof. Dr. Sabine Schäper

Lehrgebiet „Heilpädagogische Methodik und Intervention“ im Studiengang Heilpädagogik der katho – Katholische Hochschule NRW, Abt. Münster
E-Mail: s.schaeper@katho-nrw.de

Assistierter Suizid im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge

Wenn Selbstverantwortlichkeit und verbale Kommunikation eingeschränkt sind und Fürsorge sich in ein „Erlösen durch Todbringen“ wandeln soll, steigt das Risiko für willkürliches Handeln Dritter.

Text **Sophia Falkenstörfer**

Beim näheren Betrachten des Spannungsfeldes zwischen der Selbstbestimmung eines Menschen mit Behinderung und der Sorge für ihn: sie zeigt sich rasch, dass es nicht nur um Fragen nach der individuellen Selbstbestimmung des womöglich sterbewilligen Menschen einerseits und um die Fürsorge des sozialen (und gesellschaftlichen) Umfelds andererseits geht, sondern ganz zentral auch um das jeweils vorherrschende Freiheitsverständnis, sowohl des:der Einzelnen als auch der Gesellschaft. Das macht die folgenden Überlegungen zum richtigen Umgang mit dem Thema des (assistierten) Suizids äußerst komplex. Dies ist jedoch unumgänglich, wenn bewusst wird, dass wir es beim Thema Suizid mit einer Angelegenheit zu tun haben, die mit Fragen um Leben oder Sterben den Kern des Menschseins im Innersten betrifft.

Anhaltspunkte zur Diskussion lassen sich hilfreicherweise bei den Menschenrechten finden, die jeden Menschen als würdiges „Verantwortungssubjekt“¹ verstehen und die Trias Freiheit, Gleichheit und Solidarität² grundlegend verhandeln. Mit Blick auf die Persönlichkeits- und Freiheitsrechte sind das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Freiheit, Eigentum und Sicherheit der Person, das Recht auf Freiheit von willkürlichen Eingriffen in die Privatsphäre und das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit sowie bei den sozialen Menschenrechten das oft zitierte

Recht auf Selbstbestimmung und das Recht auf den besten erreichbaren Gesundheitszustand³ für das Thema (assistierter) Suizid relevant, weshalb einigen dieser Rechte im Folgenden nähere Beachtung geschenkt wird.

Beeinträchtigungen sind auch freiheitseinschränkend

Zunächst ist davon auszugehen, dass Menschen, die sich einen assistierten Suizid wünschen, nicht frei von körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen sind. Damit ist ihnen das Recht auf körperliche (und/oder psychische) Unversehrtheit grundsätzlich genommen. Diese oft schmerzhaften Beeinträchtigungen machen Menschen zu unfreien Subjekten und erlauben es ihnen auch nur aus diesem unfreien Lebensumstand heraus, sich selbstbestimmt zu verhalten.

Insofern ist auch das Recht auf Selbstbestimmung stark verzerrt. Derzeit seines Lebens sehr stark körperlich beeinträchtigte Wissenschaftler Andreas Kuhlmann, der sich 2009 das Leben nahm, hatte sich in seinem publizistischen und wissenschaftlichen Werk sehr intensiv mit seinen unfreien Lebensumständen auseinandergesetzt. Er macht deutlich, dass nicht die Gesellschaft, sondern die – wie er es nennt – unaufhebbare Differenz durch die körperliche (und/oder psychische) Behinderung unfrei macht. Axel Honneth beschreibt das in der Einleitung zu dem Buch von Andreas Kuhlmann „An den Grenzen unserer Lebensform“

auf Kuhlmann zurückgreifend so, dass „jeder physische Mangel an Beherrschung und Beseelung des eigenen Körpers eine Beeinträchtigung der eigenen Freiheit bedeutet, die durch keine noch so gut gemeinte Kompensationsmaßnahme aufzuheben ist“⁴.

Das deutet darauf hin, dass offensichtlich auch das Recht auf den besten erreichbaren Gesundheitszustand nur bedingt dazu führt, dass das Leben eines lebensmüden Menschen mit (schmerzhaften) körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen wieder lebensfroh wird. Auch ist davon auszugehen, dass das Recht auf Freiheit, Eigentum und Sicherheit der Person und das Recht auf Freiheit von willkürlichen Eingriffen in die Privatsphäre für einen solchen Menschen zum Beispiel aufgrund von Krankheiten, Akutzuständen, Pflegebedarfen, mobilen Einschränkungen usw. zumindest gefährdet sind.

An dieser Stelle lässt sich festhalten: Menschen, die sich den Tod wünschen, leben mit hoher Wahrscheinlichkeit äußerst vulnerabel und unter Bedingungen starker körperlicher und/oder psychischer Verwerflichkeit, die sie – unabhängig von sozialen und gesellschaftlichen Umständen – zu unfreien Menschen machen. Gefragt ist aus diesem Grund ein „besonnener Diskurs mit den Betroffenen, in dem in jedem Einzelfall aufs Neue entschieden wird, wie die angemessene Balance zwischen faktischer physischer Beeinträchtigung und Autonomieanspruch zu wahren ist“⁵.



Findet sich
niemand, der
die schwerste
Fahrt kompetent
begleitet?

Andreas Kuhlmann ist sehr daran gelegen gewesen zu verdeutlichen, dass die Fähigkeit zur Selbstbestimmung bei den Betroffenen häufig viel stärker beeinträchtigt ist, als das mithin in öffentlichen Diskursen unterstellt wird. Auch weist er eindringlich darauf hin, dass der Wahlfreiheit der Einzelnen häufig enge Grenzen gezogen sind, unter anderem, weil sie Verantwortung anderen gegenüber tragen, zuweilen auch, weil besonnenes Nachdenken nur (noch) bedingt möglich ist oder aber sie immer wieder von unkontrollierbaren Ängsten heimgesucht werden.⁶ Mit dem Thema Verantwortung macht Kuhlmann auf einen weiteren sehr wichtigen Gegenstand im Themenfeld des (assistierten) Suizids aufmerksam. Wie schon erwähnt, liegt den Menschenrechten das Menschenbild des Verantwortungssubjektes zugrunde. Menschen sind soziale Wesen, und als solche sind sie mit ihrer sozialen Umwelt verwoben, sie tragen damit nicht nur für sich, sondern

auch für ihre Mitmenschen Verantwortung. Darüber steht in der Bibel im 2. Gebot „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst“ (3. Mose 19,18) ebenso geschrieben wie in unzähligen Werken bekannter Denker:innen der Theologie, der Philosophie, der Anthroposophie, der Psychologie und auch der Pädagogik.

Ist der Mensch nun in einer für ihn ausweglosen Lage und erwägt, sich aus freiem Willen das Leben zu nehmen, so kann er diese Entscheidung nicht ohne (zumindest innere) Aushandlungsprozesse zwischen der Idee seines freien Willens und seiner Verantwortung anderen gegenüber treffen. Es erscheint also als äußerst sinnvoll, mit lebensmüden Menschen in einen intensiven Austausch zu treten, um ihre Motive, Ängste, Sorgen und Nöte besser verstehen zu können. Kuhlmann schreibt dazu, dass „die Selbsttötung nicht selten eine Katastrophe für die Zurückbleibenden [ist], weil sie deren Lebensweise, den

ganzen Halt gebenden, zwischenmenschlichen Zusammenhang erschüttert“.⁷ Es ist demnach überaus nachvollziehbar, dass das soziale Umfeld, die Liebenden, die Unterstützer:innen, Begleiter:innen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Sorgende usw. alles Erdenkliche tun werden, um einen lebensmüden Menschen von der Selbsttötung abzuhalten. „Das bedeutet aber nicht, dass man seinen Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, prinzipiell für unmoralisch hält [oder halten sollte]“.⁸ Denn die Anerkennung des Wunsches bedeutet, dass der lebensmüde Mensch ernst genommen wird, und erst diese ehrliche Zuwendung wird es ihm ermöglichen, sein innerstes Leid zu teilen.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Menschen lieber leben als sterben wollen. Dass sie also alles unternehmen werden, um der Sehnsucht nach dem Tod, der häufig als Erlösung vom Leid erscheint, zum Beispiel durch medizinische Maßnahmen zu entkom-

men. Honneth schreibt – sich wieder auf Kuhlmann beziehend – dazu: „Nichts sollte darüber hinwegtäuschen, dass der körperlich Behinderte und Erkrankte zunächst einmal ein fundamentales Interesse an der Verbesserung seines Zustandes und mithin an medizinischer Erleichterung hat.“⁹

Wenn Fürsorge sich ins Todbringen wandeln soll

Mit Blick auf das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge ergibt sich zum jetzigen Zeitpunkt für das soziale Umfeld, dass es geboten scheint, den sterbewilligen Menschen in seinem Leid anzuerkennen, ja sogar seinen Wunsch nach dem Sterben nachzuvollziehen, um mit ihm gemeinsam nach Wegen suchen zu können, ob das Leben unter diesen Umständen nicht doch wieder lebenswert werden könnte. Diese Suche kann als fürsorgender Akt verstanden werden. Denn wie die Care-Ethikerin Patricia Benner schreibt, sind Pflegen und Fürsorge lebensermöglichende Tätigkeiten. Menschen sind weltschöpferisch, indem sie andere pflegen und sich um sie kümmern. Dabei bedeutet Fürsorge aus ihrer Sicht, „anderen auf eine Weise zu helfen, die ihnen Freiheit gewährt und die sie stärkt, ohne ihnen dabei den Willen des Pflegenden aufzuzwingen“¹⁰.

Der Ethiker Martin Schnell schreibt: „Das Lebensende beansprucht den Sterbenden aktiv und passiv, und zudem beansprucht es die Begleiter, die dem Sterbenden ein ‚Du‘ oder Dritte sind, und das ebenfalls aktiv wie passiv. Der Sterbende gestaltet sein Lebensende aktiv im Hinblick auf die Passivität des Verlassens der Welt. Die Begleiter gestalten ihre Begleitung aktiv, aber im Hinblick auf den passiven Moment des Abschieds und des Gehenlassens.“¹¹ Es wird demnach je individuell sein, ob ein sterbewilliger Mensch sich mit Hilfe fürsorglich zugewandter Begleiter:innen auf Aushandlungsprozesse um eine Neugestaltung des eigenen Lebens wird einlassen können, oder ob er alleine oder mit den Begleiter:innen zusammen sich – aufgrund

seiner schmerzvollen Unfreiheit – auf das Lebensende, den Abschied und das Gehen vorbereitet.

Viel schwieriger gestaltet sich die Situation bei einem assistierten Suizid. In diesem Fall nämlich kann der (angeblich oder tatsächlich) sterbewillige Mensch seinen Wunsch nicht selbst in die Tat umsetzen und hat die Handlung nicht selbst, etwa durch eine Patientenverfügung, angewiesen. Er muss – auf die Vermutung hin, dass er nicht mehr leben möchte – getötet werden. Denn der derart unfreie und in sich gefangene Mensch (beispielsweise im Koma) kann nicht mehr für sich selbst bestimmen, er kann nicht mehr für sich selbst sprechen, nicht für sich entscheiden. Der:die fürsorgende Andere, dessen:deren Aufgabe Patricia Benner zufolge Lebensermöglichung ist, wird damit konfrontiert, Tod bringen zu sollen. Die Idee der Freiheit durch ein gutes Leben, die die Fürsorgenden in ihren Tätigkeiten antreibt, wird durch die Idee der Freiheit durch Todbringen ersetzt. Sie werden mit dem (nicht explizit festgehaltenen) Wunsch: „Töte mich, erlöse mich, bringe mir (Leidens-)Freiheit!“ konfrontiert. Diese Situation konterkariert sowohl die Idee der Selbstbestimmung als auch die Idee der Fürsorge und macht sie unwirksam.

Risiken einer Fehlentscheidung früh vorbeugen

Der assistierte Suizid kann demnach nicht im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge verhandelt werden. Vielmehr muss das Risiko im Vordergrund stehen, dass Menschen in die Gefahr willkürlicher Lebensverkürzung gebracht werden. Es muss künftig verhandelt werden, wie diesem Risiko – beispielsweise durch sehr frühe Thematisierung lebensverkürzender Maßnahmen im Notfall und durch das Verfassen einer Patientenverfügung – begegnet werden kann. Wenn eine Gesellschaft sich dafür entscheidet, eine generelle Toleranz gegenüber der „Tötung auf Verlangen“¹² beispielsweise im Falle eines fortgeschrittenen und schwer

erträglichen Krankheitsstadiums zu vertreten, dann muss sie umfangreiche Vorkehrungen dafür treffen, dass Menschen frühzeitig eine solche Situation für sich antizipieren, um Regeln für den individuellen Umgang mit ihnen festzulegen. Dabei müssen diese Entscheidungen stets revidierbar bleiben.

Literatur

1. Klingst, M.: *Menschenrechte*. Ditzingen: Reclam, 2024, S. 94.
2. *Ebd.*, S. 18.
3. *Vgl. ebd.*, S. 25.
4. KUHLMANN, A.: *An den Grenzen unserer Lebensform. Texte zur Bioethik und Anthropologie*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, 2011 (*Frankfurter Beiträge zur Soziologie und Sozialphilosophie*, 16).
5. *Ebd.*, S. 12 f.
6. *Vgl. ebd.*, S. 13.
7. *Ebd.*, S. 64.
8. *Ebd.*, S. 65.
9. *Ebd.*, S. 15.
10. BENNER, P. E.: *Stufen zur Pflegekompetenz – From novice to expert*. Bern: Hogrefe, 2017.
11. SCHNELL, M. W.: *Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie*. Bern: Hans Huber, 2008, S. 109.
12. KUHLMANN, A.: A. a. O.



Prof.in Dr. Sophia Falkenstörfer

Lehrstuhl für Körperbehindertepädagogik, Julius-Maximilians-Universität Würzburg
E-Mail: sophia.falkenstoerfer@uni-wuerzburg.de

Christliche Kultur der Begleitung im Sterben vor dem Geheimnis des Lebens für heute

Konfessionelle Einrichtungen und christliche Mitarbeitende haben die Chance, eine neue Kunst guten Lebens und Sterbens mitzugestalten – wenn sie Menschen vorurteilsfrei begleiten.

Text **Gerhard Dittscheid**

Bild CBP/Cornelia Suhan



Christliche Kultur hält die Hoffnung des Glaubens für das Lebensende bereit.

Aus alltäglichen Begegnungen kann ich konstatieren, dass das Stichwort „assistierter Suizid“ viele bewegt, auf unterschiedliche Weise. Dabei hat es nicht die Qualität eines Alltagsthemas, sondern es ist stärker emotional besetzt, denn es geht um „letzte“ Dinge. Die Eine oder der Andere signalisiert Unwohlsein, wieder andere sprechen sich spontan stark dafür (Autonomie!) oder dagegen (Lebensschutz!) aus. Und schließlich habe ich oft erlebt, dass das Gespräch schon nach relativ kurzer Zeit versiegt.

Mein Eindruck ist, dass der Signalbegriff „assistierter Suizid“ zwar anstehende Fragen

berührt, zugleich aber eine erforderliche Auseinandersetzung und Klärung oder eine „Sprechfähigkeit“ noch ausstehen. An diesem Punkt weiter zu einem Gespräch, ja zu einer Auseinandersetzung einzuladen, das ist das erste Anliegen dieses Beitrages. Ein weiteres ist, zur Entwicklung einer Kultur und Positionierung in Institutionen nach innen und nach außen beizutragen.

Zunächst möchte ich das Thema über meine Erfahrung als Psychiatriseelsorger im Kontakt und in der Begleitung von Menschen mit Suizidwünschen tiefer aufschließen. Die Meinung, im Psychatriekontext sei das The-

ma doch klar, weil im Rahmen einer pathologischen Verortung zu verstehen, greift zu kurz. Sowohl seelsorgliches als auch therapeutisches Anliegen muss es sein, einen Suizidwunsch offen zur Sprache zu bringen. Das hat Konsequenzen, auch jenseits des Krankenhauses. Es muss in seiner grundsätzlichen Bedeutung in zweierlei Hinsicht wahrgenommen werden:

Zum Ersten: Im Sinn einer verantworteten Suizidprävention zweifle ich eine institutionell oder individuell vertretene kategorische Position wie „Assistierter Suizid ist bei uns gar keine Frage!“ stark an. Diese Frage

„Im heutigen pluralen Feld christlich handeln“

muss gestellt werden (können)! Keine Positionierung verhindert die Frage nach dem assistierten Suizid, sondern fordert und fördert sie. Es gehört zur Grundverständigung bei jeglicher Krisenbegleitung, das Motiv des Suizides oder den Wunsch zu sterben als menschliche Möglichkeit anzusprechen.¹

Ein zweites Hemmnis habe ich schon verschiedentlich in Begleitungen erfahren: Die kirchliche Position wird von vielen Kirchenmitgliedern oder auch schlicht von Menschen, die den Kontakt zur Seelsorge suchen, so erinnert und ins Gespräch gebracht, dass die Kirche ja gegen Suizid sei und dass, zu Ende gedacht, Gott einen Menschen, der sich das Leben nimmt, verdamme. Darin zeigt sich die Spannung einer kirchlich-theologischen Position, die wir heute anders verantwortet begleiten müssen. Sie basiert auf einer kirchlich-christlichen Verurteilungsgeschichte, die einst konsensfähig gewesen sein mag, heute aber ihren Schatten wirft in einer Situation, die bei genauer Betrachtung der Differenzierung bedarf.²

Kein Urteil: Seelsorge respektiert das persönliche Geheimnis

In der 2020 veröffentlichten Schrift „Samaritanus bonus ...“³ wird die Spannung deutlich, die sich ergibt, wenn grundsätzlich daran festgehalten wird, dass wir Christ:innen glauben und hoffen, dass jedes Menschenleben von Gott gewollt und getragen ist – dass wir aber zugleich nicht in das Herz eines Menschen schauen können, der den Wunsch hat, sein Leben zu beenden. Und vor allem: Nicht nur, dass wir diesen tiefsten Grund nicht wissen – wir müssen es der Begegnung dieses Menschen mit Gott überlassen, was es zwischen ihnen bedeutet. Auch hier dürfen wir nicht (an Gottes Statt) urteilen. Ein theologisch begründeter Urteilsverzicht und die Glaubenszusage vom Getragensein jedes Lebens stehen hier unvermittelt gegeneinander.

Es rührt an die seelsorglich wesentliche Wahrnehmung der Spiritualität des Menschen, an sein:ihre Geheimnis des Glaubens und Hoffens. All das, was in der Arbeit im Zusammenhang einer „Spiritualität am Lebensende“ in den letzten Jahren (wieder-)entdeckt wurde und in den Fachrichtungen der Palliativ- und Hospizarbeit unter dem Label „Spiritual Care“ einen praxisrelevanten Eingang gefunden hat, kann an dieser Stelle erinnert und zur Entfaltung empfohlen werden.⁴

Fixpunkt ist dabei ein Element, das ich als haltungs- und konzeptionsrelevant hervorheben und festhalten

möchte: Jemand kommt in eine Institution oder ist in ihr zu Gast und bittet Pflegende oder Seelsorgende möglicherweise um Hilfe zum Suizid. Wenn die Pflegenden und die Institution zu diesem Thema eine interne Klärung vorgenommen haben und wenn nach außen – zum Beispiel in einem Leitbild oder im Vertrag – der Hinweis steht, dass keine Assistenz zum Suizid angeboten oder gefördert wird, dass aber zugleich alles angesprochen werden kann (Lebensbilanz/Ängste/Einsamkeit/Änderung des Behandlungsziels...), dann stellt das einen Rahmen dar. Dieser ist sichtbar, an ihn lässt sich anknüpfen – gerade auch, wenn die Institution beziehungsweise Einzelne keine Suizid-Assistenz im eigentlichen Sinn befürworten.⁵

Wie ist hier eine Begleitung möglich? Was bedeutet das beispielsweise für den in seiner schillernden Problematik oftmals nicht wahrgenommenen Begriff „Assistenz“? Hier muss eine weite Bedeutung angenommen werden. Formal-rechtlich geht es im deutschen Kontext um ärztliche Assistenz. Aber Pflegende, Ehrenamtliche, Hausleitungen und Seelsorgende in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, in Senioreneinrichtungen, Krankenhäusern und Hospizen oder ambulanten Einrichtungen sind jeweils alle von existenziellen Fragen oder dem Ringen von Patient:innen oder Bewohner:innen betroffen, die in einer lebendigen Begegnung ja auch, wie oben angemahnt, vorkommen können sollen.⁶

Die so beschriebene, institutionell und individuell getragene, möglichst bewusste Rahmung oder Einbettung des Themas eines Suizidwunsches in eine wohlwollende Kultur und Begleitung – bis hinein in die Tiefe existenzieller spiritueller Fragen – steht zur Debatte. Sie ist eine unserer Aufgaben und Teil der in der heutigen kirchlichen und gesellschaftlichen Situation zu entfaltenden Suizidprävention – die alle in ihrer Erfahrung und Haltung betrifft, die empathisch begleiten.

Eine neue christliche Ars moriendi

Eine differenzierte Position, die einen Suizid weiterhin nicht als normale Alternative zum Beenden eines Lebens sieht, ist möglich und begründbar. Sie muss aber den kulturgeschichtlich-gesellschaftlichen Prozess bis hin zu einer veränderten Haltung zum Suizid wahrnehmen und christlich im heutigen gesellschaftlich pluralen Feld handeln. Hier ist es zunächst notwendig, das Recht, sein Leben selbst zu beenden, über unterschiedliche Weisen des Verständnisses vom Suizid und

ihre Entwicklung einer Entkriminalisierung, Entmoralisierung und Entpathologisierung auch als eine Geschichte der immer klarer werdenden Vorstellung vom freien Menschen zu begreifen.⁷

Zugleich veranlasst die Unklarheit, ob sich eine neue Normalität ohne das erforderliche normative Gewicht qua Praxis etablieren könnte, auch Befürworter:innen eines offen geführten Diskurses zur Zurückhaltung.⁸ So ist die in der neuen gesetzlichen Situation auch geforderte Entwicklung einer Suizidprävention und einer ausreichenden Palliativversorgung (noch?) nicht gegeben. Durch die Betonung von Autonomie in einem mehr postulierten als geklärten Verhältnis zur sozialen Abfederung entsteht ein Druck auf Einzelne, besonders unter vulnerablen physischen und psychischen Umständen.

Im ethischen Diskurs wird die Tendenz eines ideal gedachten, frei handelnden Menschen in ihrer kritischen Dynamik hervorgehoben, die faktisch schnell in ihr Gegenteil einer nicht zu sichernden Autonomie durch fehlende Bezogenheit umschlägt.⁹ In diesem Zusammenhang steht zum Beispiel der Hinweis, dass Menschenwürde nicht über Autonomie bestimmt werden darf, da damit ein stark eingeschränktes Menschenbild verbunden sein kann.

Dabei lenken nicht nur die Kirchen und ihre Sozialverbände wie Caritas, Diakonie und Malteser, sondern auch eine Reihe von Fachgesellschaften (DGP/DGPPN etc.)¹⁰ den Blick sowohl auf offene Fragen zu einem Verfahren, also zu einer möglichen Praxis, wie auf das gesellschaftliche, verbandliche und professionelle Grundverständnis, das eine Praxis initiieren kann.

Alle diese Aspekte betreffen als ethische Grundfragen alle und so auch kirchliche Einrichtungen beziehungsweise Personen, die als Christ:innen in Einrichtungen anderer Trägerschaft arbeiten. Was sich hier zeigt, ist der Raum, in dem die Teilhabe aller Menschen – auch mit körperlichen, sozialen, psychischen, altersbedingten oder sonstigen Ein-

schränkungen – in den Blick kommt. Dieser kann vom Gesetzesspruch nicht, beziehungsweise nur zu einem bestimmten Teil gesehen werden. Diese Skizze soll zur Beschreibung des Gesamtgewichts der Frage genügen.

Aber was bedeutet das zugespitzt für ein christliches Profil oder Angebot (inhaltlich)? Christlich betrachtet, geht es um eine neue Spurensuche und ein Erschließen spiritueller Erfahrungen – auch und gerade um die Suche nach Gott und um die Erfahrung mit ihm/ohne ihn –, die Begleitende, Pflegende und Seelsorgende beim Mitgehen fordert. Im Titel dieses Beitrages habe ich dafür bewusst vom „Geheimnis des Lebens“¹¹ gesprochen. Das passt für die Frage nach dem assistierten Suizid zunächst unter den Leitbegriff einer heutigen, neuen „Ars moriendi“, einer zeitgemäßen Kunst guten Sterbens. Genau an dieser Stelle ist ein Vor- und Nach-Denken wichtig. Es lässt sich zum Beispiel an Vorstellungen herauskristallisieren, wenn auch nicht einfach beantworten. Sie sollen in einer Auswahl zum Austausch anregen:¹²

- ♦ Hat Gott, der das Leben schenkt, damit auch verbunden, dass das Geschenk angenommen werden muss? Und wer „schenkt“ weiteres Leben, etwa angesichts medizinischer und sozialer Gegebenheiten? Wirft jemand, der sich suizidiert beziehungsweise um Assistenz dazu bittet, sein Leben vor Gott und den Menschen fort, oder geht er in einer ohne Zweifel höchst individuellen Weise ein in das Geheimnis seiner Beziehung zu Gott, seinem Schöpfer?
- ♦ Ist ein Mensch, der sich seinen Tod wünscht, von Gott verdammt? Das können und müssen wir nicht beantworten. Vielmehr geht es darum, die Dimension der Frage für das Gegenüber zu erschließen.
- ♦ Haben wir die Pflicht, das Leben bis zum „natürlichen“ Tod auszuhalten, etwa weil es der Würde entspricht, die von Gott verliehen wurde? Aber was ist ein natürlicher Tod in der heutigen medizinisch-humanwissenschaftlichen Situation und auch angesichts der oftmals möglichen und vielleicht gebotenen „Veränderung des Therapiezieles“?¹³

- ♦ Haben wir als Pflegende oder Begleitende die Pflicht zur Assistenz beim Suizid? Nein, und zwar aus den gleichen Gründen, die unserem Gegenüber seine:ihre persönliche existenzielle und spirituelle Freiheit lassen. Es gibt sicher weitere Situationen und Erfahrungen, die Sie für Ihre Praxis austauschen sollten. Hier sehe ich den Bedarf, in Einrichtungen oder als einzelne:r Professionelle:r Motive von Menschen mit dem Wunsch zu sterben erkennen und mit ihnen ins Gespräch kommen zu können.¹⁴

Ein Thema, das gegenwärtig ebenfalls im Raum steht und eine neue Kunst des Sterbens befruchten kann, ist das der „Verwundbarkeit“ oder „Vulnerabilität“¹⁵. Vulnerabilität hat sich in den Politik-, Sozial- und Humanwissenschaften als kritische Vorstellung etabliert. Hier wird die menschliche Endlichkeit aufgrund aktueller Herausforderungen und mit eigenen Methoden in verschiedenen Situationen (gesellschaftliche Ungerechtigkeit, Geschlechteridentität, Gewalt- oder Fluchterfahrung oder körperliche, geistige und psychische Einschränkung sowie Krankheit, aber auch kulturelle und religiöse Ausgrenzung) wahrgenommen und kritisch gegen eine Vorstellung vom immer heilen Leben gesetzt.

Möglichkeiten und Absichten einer neuen Praxis und einer entstehenden Kultur über eine erweiterte Wahrnehmung und eine veränderte Sprache können von diesen Aspekten her inspiriert werden. Heruntergebrochen bedeutet es: Das, was in den Einrichtungen an palliativer und spiritueller Begleitung schon entwickelt wurde, stand und steht eigentlich fortwährend unter einem Relevanzvorbehalt – die Bewohnerin oder der Gast kann sich darauf einlassen, muss es aber nicht. Es kann ein sinnvolles Angebot sein, aber muss lebendig und entwicklungsfähig bleiben. Dies gilt unter anderem auch angesichts einer Bitte um assistierten Suizid.

Im gesellschaftlichen Diskurs die Stimme erheben

Die gesellschaftliche Debatte ist ebenso intensiv wie kontrovers. Helfen kann an dieser

Stelle, dass uns verschiedene Diskursebenen bewusst sind, die jeweils eine ähnliche Frage stellen, diese jedoch mit unterschiedlichen Akzenten und Reichweiten beantworten beziehungsweise bestimmte Aspekte nicht beantworten (können und wollen). So hat die neue Gesetzgebung zunächst den Punkt eines Grundrechts weiter klären wollen.¹⁶ Ebenso hat der Gesetzgeber eine Reihe von Aufgaben an verschiedene – zumal politische – Institutionen verwiesen. So geht es darum, dass Suizidprävention und palliativmedizinische Versorgung entwickelt werden. Damit verbunden ist im politisch-gesellschaftlichen Diskurs die Frage nach dem Menschenbild und nach dem Schutz von Menschen mit physischen, psychischen oder sozialen Einschränkungen. (Sozial-)ethische und philosophische Debatten sind im Gang.

Davon unterscheidbar ist der praxisrelevante Diskurs, den Sozialverbände und -einrichtungen sowie religiöse oder weltanschaulich-wertorientierte Einrichtungen führen. Schließlich sind es auch Fragen nach der individuellen, privaten und beruflichen Position, die gestellt sind und beantwortet werden müssen. Dies ist das Feld, in dem sich unsere christlich begründete Arbeit im Dialog mit anderen Professionen und gesellschaftlichen Gruppen entfalten kann, um eine christliche Begleitung von Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid zu begründen: Sei es bei der Mitgestaltung palliativer oder hospizlicher Kulturen etwa beim Entwickeln einer spezialisierten Spiritual Care oder sei es als aktive Größe im kulturellen Diskurs, der auf gesellschaftlich pluraler Grundlage auch eine christlich verantwortete Position enthalten sollte.

Anmerkungen

1. Vgl. STRIET, M.: *Gottes Schweigen. Auferweckungssehnsucht und Skepsis. Ostfildern*, 2015, S. 78–102.
2. Vgl. KLÖCKER, K.: *Für eine menschenfreundliche Moral. Theologisch-ethische Anmerkungen zur Debatte um den Assistierten Suizid aus katholischer Perspektive*. In: KÄMPER, B.; SCHILBERG, A. (Hrsg.):

Assistierter Suizid. Ein interdisziplinärer Austausch zu Fragen eines selbstbestimmten Todes. Berlin, 2022, S. 67–73.

3. Vgl. KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE: *Samaritanus bonus. Über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens*. Verlautbarungen Nr. 228, Bonn, 2020. Download: <https://tinyurl.com/CBP14-Sam>
4. Vgl. WEIHER, E.: *Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*. Stuttgart, 2014.
5. Vgl. LOB-HÜDEPOHL, A.: *Vom „Recht auf Selbsttötung“ und dem „Gebot zum Beistand“ – moraltheologische Notizen zum Umgang mit Suizidalität im Kontext kirchlicher Pastoral*. In: ATAIE, J.; BERGER-ZELL, C.; GIEBEL, A. (Hrsg.): *Leben. Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit der Beihilfe zur Selbsttötung*. Esslingen, 2022, S. 120–131.
6. Vgl. RUPPRECHT, D.; DITTSCHIEDT, G.: *Seelsorgliche und seelsorgetheologische Aspekte aus der katholischen Krankenhaus- und Hospizseelsorge*. In: KÄMPER, B. (s. Fußnote 2), S. 81–89.
7. Vgl. MACHO, T.: *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne*. 2. Aufl. Berlin, 2018.
8. Vgl. WILS, J.-P.: *Sich den Tod geben. Suizid als letzte Emanzipation?* Stuttgart, 2021.
9. Vgl. BORMANN, F. J.: *Suizid und Suizidassistenz – Überlegungen aus katholisch-theologischer Perspektive*. In: PULTE, M.; RUTHIG, J. (Hrsg.): *Assistierter Suizid. Ethische Fragen und rechtliche Entwicklungen angesichts fortschreitend pluralisierender Lebenswelten*. Würzburg, 2022, S. 117–132. Bormann kritisiert eine Überlastung der Vorstellung und Bestimmung von Autonomie über eine ‚negative Freiheit‘ (Verlust von Autonomie soll verhindert werden), die zugleich eine hohe und nachgerade isolierte willentlich-kognitive Grundverfasstheit kennzeichnet.
10. Hier genügt der Verweis auf die im Internet gut verfügbaren Texte von DGP, DGPPN, Diakonie, Caritas, CBP, VKAD.
11. Vgl. WEIHER, E.: *Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*. Stuttgart, 2014.
12. Vgl. SPLETT, M.: *Was soll der Mensch, was will Gott? Zur Plausibilität religiöser Argumente in der*

ethischen Debatte um die Suizidbeihilfe. In: *Pastoralblatt für die Diözesen Aachen*, Berlin, Hildesheim, Köln und Osnabrück. Köln 2/2022, S. 41–46.

13. Vgl. SAHM, S.: *An der Seite des Lebens. Ethische Herausforderungen in Palliativmedizin und -pflege*. Würzburg, 2021.

14. *Wie dies ohne vorausgehende Zustimmung gehen kann, ist dokumentiert in: MORGENTHAUER, C.; PLÜSS, D. et al.: Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen*. Zürich, 2022. Vgl. auch DEUTSCHER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERBAND (Hrsg.): *Dialogpapier „Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. Anregungen zur Diskussion und zur Meinungsbildung vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zu § 217 StGB“*. Berlin, 2021.

15. Vgl. KEUL, H.; MÜLLER, T. (Hrsg.): *Verwundbar. Theologische und humanwissenschaftliche Perspektiven zur menschlichen Vulnerabilität*. Würzburg, 2020.

16. Vgl. UHLE, A.; WOLF, J. (Hrsg.): *Entgrenzte Autonomie? Die assistierte Selbsttötung nach der bundesverfassungsgerichtlichen Entscheidung vom 26. Februar 2020*. Münster, 2021.



Dr. Gerhard Dittscheidt
Pastoralreferent, Pastoralpsychologe und Psychiatrieseelsorger, bis 2022 Diözesanbeauftragter für Krankenhaus- und Hospizseelsorge im Bistum Essen
E-Mail: gerhard.dittscheidt@bistum-essen.de

Suizidprävention setzt echte Inklusion voraus

Vordergründiger Ausweg „assistierter Suizid“: Wie lassen sich Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung schützen und unterstützen im Umgang mit ihrem Recht?

Text **Wilfried Gaul-Canjé**

Mitunter gelingt es über Gesten und Zeichen, sich an die Spiritualität und an die innere Situation des Bewohners heranzutasten.



Bild CBP/Cornelia Suhan

Ein wesentliches Anliegen dieses Artikels ist es, den Anspruch besonders vulnerabler Gruppen auf Schutz vor missbräuchlichem Umgang mit der Suizidassistenz deutlich zu formulieren. Wer jedoch gesellschaftlichen Schutz für Menschen einfordert, setzt sich auch schnell dem Vorwurf der Überprotektion aus: „Dahinter steckt doch sicher wieder diese überkommene Fürsorgehaltung, die die davon Betroffenen zu Opfern macht, deren Recht auf freie Selbstbestimmung beschneidet, sie einhegt in randständigen Asylen.“

Diesem Vorwurf sehe ich persönlich gelassen entgegen. In den circa 40 Jahren meiner beruflichen Arbeit mit Menschen mit

psychischer Erkrankung oder Behinderung habe ich Anstalten aufgelöst, Sozialräume für inklusives Leben erschlossen, Teilhabe nach dem Willen der Betroffenen zum entscheidenden Maßstab moderner sozialpsychiatrischer Assistenz gemacht.

Quintessenz meiner beruflichen Erfahrungen: Im häufig schwer aushaltbaren Spannungsbogen von Freiheitsanspruch und Schutzbedarf gehe ich von einem Menschenbild aus, das die fundamentale Erfahrung menschlicher Verletzlichkeit, Bedürftigkeit, Bezogenheit und Abhängigkeit nicht ausblendet, sondern bewusst in den Mittelpunkt rückt. Eva Feder Kittay¹ thematisiert in ihrer

Care-Ethik die sorgende Beziehung als urmenschliche Grunderfahrung, die gleichermaßen vor Verwahrlosung wie vor Bevormundung schützt und die bei genauem Hinschauen erst die Basis bildet für freies, für befreites Handeln – wohlgemerkt nicht isoliert, sondern innerhalb sozialer Bindung. Freiheit, ebenso wie ihre Begrenzung, entsteht dementsprechend innerhalb eines Beziehungsgeschehens. Ihre ethische Reflexion führt zu der Frage, wie in nahezu regelhaft asymmetrischen Beziehungen² (mit ungleicher Verteilung von Macht, von Kompetenzen, von Verfügungsberechtigungen) trotzdem Subjektsein gelingen kann. Es geht um

die Gestaltung dialogischer Beziehungen – im Sinne Martin Bubers, der beschreibt, wie in solchen Begegnungen die Anerkennung des Anderen gelingen kann als zwingende Voraussetzung für Teilhabe auch unter komplexen assistiven Rahmenbedingungen.³

Ein zweiter wesentlicher Aspekt des Schutzgedankens: In keinem Fall möchte ich dem Affekt Vorschub leisten, dass Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung grundsätzlich qua Diagnose einen Grundrechtsausschluss hinzunehmen hätten. Sie haben – wie alle Menschen – das Recht auf die selbstbestimmte Gestaltung ihres Lebens einschließlich der Optionen zum Suizid und zur Suizidassistenz. (Einen solchen Fall der Rechtsverweigerung nenne ich deshalb einen „Affekt“, weil er vorurteilsbeladen einschließt, weil er keiner reflektierten menschenrechtsverpflichteten Prüfung standhält.)

Psychiatrisch ist zu unterscheiden, ob Suizidalität ein Symptom der vorliegenden psychiatrischen Erkrankung ist (und damit behandelbar, sehr häufig mit guten bis sehr guten Heilungschancen), ob – beispielsweise in der Folge jahre- bis jahrzehntelanger psychiatrischer Krankheits- und Leidensgeschichte – sich der Suizidwunsch reflektiert einstellt oder ob psychische Erkrankung und Suizidalität ohne inhaltliche Verbindung (koinzident) beieinanderstehen. Zwischen diesen Fallgruppen gibt es Graubereiche, Übergänge, die sich nur durch sorgsame Untersuchung des Lebenskontextes personenzentriert abgrenzen lassen.

Dies vorausgeschickt, macht es Sinn, über den Schutzbedarf missbrauchsgefährdeter Gruppen intensiv nachzudenken.

Zwei besonders vulnerable Gruppen ...

Im Zentrum der folgenden Betrachtungen stehen also Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung. Bundesweit gibt es noch keine präzisen Erkenntnisse dazu, in welchen Lebenslagen und in welchem Umfang sie von ihrem neuen Recht auf

Suizidhilfe Gebrauch machen. Auch Hypothesen dazu, ob und wann sie die Option der Suizidassistenz ziehen, sind schwierig. Der Blick ins benachbarte Ausland, in die Niederlande und in die Schweiz, lässt zunächst vermuten, dass vor allem einsame und lebensbedrohlich somatisch erkrankte Menschen sich mit dem assistierten Suizid befassen.⁴ Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse sind dazu allerdings nicht verfügbar.

Gesichert ist aber: Circa 90 Prozent der Suizide werden hierzulande von Menschen mit psychischer Erkrankung begangen. Allein aus diesem Fakt ergibt sich die unbedingte Verpflichtung des Gesetzgebers, sorgende Vorkehrungen zu treffen. Darauf verweist auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seinem Urteil zum Recht auf Suizidassistenz vom 26. Februar 2020.⁵ Mit Rückgriff auf den Europäischen Gerichtshof verpflichtet es ausdrücklich den Staat zum Schutz vulnerabler Gruppen vor Risiken und Missbrauchsgefahren im Kontext der Suizidhilfe.

Katrin Grüber vom Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft untersucht solche Gefahren aus der Perspektive der Menschen mit Lernschwierigkeiten.⁶ Ihr besonderes Anliegen: Für diese Gruppe entsteht Autonomie erst im Dialog, also im Kontext selbstbestimmungsfördernder Beziehungen. Sie sieht ein erhebliches Forschungsdefizit sowohl bezüglich der Gefährdungslage als auch bezüglich der Frage, welche gegebenenfalls besonderen kommunikativen Räume zu gestalten sind, wenn Menschen mit Lernschwierigkeiten suizidal werden und nach Suizidhilfe fragen.

... vor tödlichen Fehlentscheidungen schützen

Der empirische Befund aus den Gesprächen, Beratungen, Beurteilungen zu den Suizidwünschen behinderter oder psychisch kranker Menschen zeigt: Die Beteiligten tun sich mehr als schwer, ihrer hochkomplexen Aufgabe und der darin enthaltenen Verantwortung gerecht zu werden. Die feine Balance

zwischen dem unzweifelhaften Recht aller Menschen einschließlich derer mit Behinderung oder psychischer Erkrankung einerseits und ihrem zur Geltung zu bringenden Bedarf an sorgsamer Erwägung und Beratung – inklusive des Schutzes vor tödlicher Fehlentscheidung – andererseits gelingt vielfach nicht. Das Projekt ist also hoch anspruchsvoll. Hoffentlich – das frage ich beunruhigt – überfordert es die Akteur:innen nicht?

In die Balance zu kommen zwischen den menschenbildlichen Polen Autonomie und Selbstbestimmung auf der einen, Verletzlichkeit und Abhängigkeit auf der anderen Seite, darum hat sich das BVerfG in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 eindrucksvoll bemüht. Und es hat gezeigt: Hilfreich ist weniger die Option des Entweder-oder als vielmehr der Versuch, zwischen beiden Eckpunkten der menschlichen „Selbsterzählung“ – der prinzipiellen Selbstkonstitution des Menschen als freies Subjekt einerseits und seiner biologischen und sozialen Angewiesenheit und Fragmentarität andererseits – einen Spannungsbogen aufzubauen. Das BVerfG hat – wenn man so will – leidenschaftlich das grundsätzliche Recht jedes Menschen auf selbstbestimmtes Leben einschließlich des Sterbens zur Geltung gebracht. Und zugleich findet sich im Urteil die eindringliche Aufforderung, mit Blick auf die Relationalität individueller Entscheidungsprozesse die vulnerablen Gruppen vor Selbstgefährdung zu schützen.⁷ Den so beschriebenen Spannungsbogen zu entfalten, ist für mich die entscheidende Richtschnur für gesetzgeberisches wie psychosoziales Handeln in der Zukunft.

Die niederländischen und kanadischen Erfahrungen mit den Beratungsprozessen zum assistierten Suizid machen diesbezüglich Handlungsbedarfe sichtbar. Es geht bei guter Beratung und Beurteilung sicher auch um fachlich-psychiatrische Expertise, es geht um heilpädagogische und sozialarbeiterische Expertise in der Kommunikation mit Menschen mit Behinderung. Noch wichtiger aber sind die Grundannahmen der handelnden Personen zur menschlichen Existenz und zu

ihrer unveräußerlichen Würde, insbesondere mit Blick auf den Menschen in seiner Abhängigkeit und Gebrochenheit. Es sind diese Grundannahmen, die maßgeblichen Einfluss haben auf die Qualität der ethischen Expertise.⁸

Ein neues Bewusstsein vom „Leben als Fragment“ entlastet

Nahezu regelhaft suizidal werden Menschen im Kontext schwerer Lebenskrisen. Handelt es sich da um ein Unfallgeschehen, dem quasi technisch mit einem Satz therapeutischer Instrumente beizukommen ist? Oder handelt es sich um Minusvarianten, deren Leben nicht mehr lebenswert erscheint und denen wir gnädig helfen sollten, aus dem Dasein zu scheiden? Solche oder andere Grundannahmen haben alle Beteiligten „im Gepäck“. Leider werden sie selten transparent gemacht, geschweige denn, reflektiert. Wie ist mein Reflex auf Lebenskrise, auf Behinderung, auf das, was nicht gelingt oder bruchstückhaft bleibt? Hilfreich ist es da, auf Henning Luthers menschenbildliche Erörterung des „Lebens als Fragment“ zu schauen.⁹

Im Nachklang zur fundamentalen Wende im Verständnis behinderten Lebens vom exklusiven zum inklusiven Paradigma sind wir gefordert, eine neue Einordnung beeinträchtigender Lebenserfahrungen zu versuchen – zu verorten irgendwo im Kontinuum zwischen Gelingendem und Gebrochenem. Und so, dass sich zwischen diesen Polen eher ein Zusammenhang findet als eine hermetische Grenze. Dazu bietet die (christlich orientierte) Eingliederungshilfe aktuell eher Stereotypes oder Vereinfachtes (um nicht zu sagen, Halbdurchdachtes) an, in der Regel vorgetragen in Postulaten, Leitbildern oder konzeptionellen Vorworten. Einschließlich des Verweises auf das christliche Menschenbild mit der erleichternden inklusiven Botschaft, dass durch unseren Gott jeder Mensch als legitime Existenz willkommen geheißen ist – unabhängig von seiner intellektuellen, seelischen und/oder körperlichen Verfasstheit. Und – Gott sei Dank – erscheint in solchem Licht die Behinderung nicht mehr als schöpferischer Betriebsunfall, sondern als ...? Ja, als was eigentlich? „Gewollt, kein Kind des Zufalls, keine Laune der Natur?“¹⁰ So weit beruhigt, vergewissern wir uns noch rasch, dass jeder Mensch in seinem Kern ein unbehindertes Wesen ist, und gehen in den gemeinsamen Dialog mit behinderten Menschen als Menschen wie du und ich.

Ein wenig irritiert vielleicht der Umstand, dass körperbehinderte, sinnesbehinderte und psychisch kranke Menschen auf ihr Anderssein ungerne verzichten mögen, dass sie manchmal provokant von sich als „den Behinderten“ oder „den Kranken“ sprechen, Mauern noch höher ziehen, die wir „Nichtbehinderten“ zwecks Verschwisterung wegetruschiert sehen wollen. Meine Hypothese dazu: Das angebotene „Wir“ passt nicht, es ist für die Betroffenen möglicherweise identitätsgefährdend, möglicherweise auch entlarvt als zu oberflächliches, eher die Welt der „Nichtbehinderten“ beschwichtigendes Zugehen. Verunsichert und zugleich angespornt, suche ich nach Denkansätzen, die weiterführen, und stoße dabei auf Henning Luthers „Leben als Fragment – der Mythos von der Ganzheit“¹¹, eine provokante existenzielle Rede über Jedermann und Jede(r)frau. Es ist ein durchaus berührendes Statement, das sich gegen die „Tyrannei gelingenden Lebens“ wendet, in deren Gefolgschaft wir so emsig bemüht sind, auch das behinderte Leben zum Gelingen notfalls hinzubiegen. Kristian Fechtner, ein Schüler Henning Luthers, gliedert seine Betrachtung zu diesem in eine Reihe von Suchbewegungen:

- ♦ eine entwicklungspsychologisch-systemische,
- ♦ eine mit dem Ziel der Entzauberung unserer Ganzheitlichkeits-/Heilssehnsüchte,
- ♦ eine soziologische/sozial-biografische sowie
- ♦ eine theologische.

Entwicklungspsychologisch meldet er Zweifel an, ob – wie beispielsweise in der Eriksonschen Psychologie vorgetragen – die Konstruktion einer Ich-Identität, eines beständigen Persönlichkeitsgrundtons, der aller Verschiedenheit ausgleichend unterlegt ist, ob dieser Grundton auch in Krisen den Boden bildet für Konstruktivität und Wachstum. Haben wir alle solch einen konsistenten und vor allem stabilen „Markenkern“?

Dem gegenübergestellt sind systemische Zugänge, die jenseits der vereinheitlichenden Ich-Konstruktion die Person als Viele begreifen. Es sind Zugänge, die Differenzenerfahrungen erlauben, solche mit sich reibenden Tönen, die nicht in Dur oder Moll aufgelöst sein müssen. Identität(en) bilden sich hier aufgesetzt auf Erfahrungen der Bedürftigkeit, Angewiesenheit, Unfertigkeit und Unvollkommenheit, als fragmentarische Gebilde. Dazu die kritische Frage: Lässt sich aushalten, dass unsere Bilder vom zentralen Lebenssinn, von der Lebensbedeutung und vom sicher abgeleiteten Lebenswert ins Wanken kommen? »

*„Nahezu regelhaft
suizidal werden
Menschen im
Kontext schwerer
Lebenskrisen“*

„Die Lebensrealität vieler Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung ist exklusiv“

Mythos der Ganzheitlichkeit: Ganzheit finden wir als Programm (häufig konzeptionell in psychosozialen Hilfe-/Therapiesettings vorgestellt) und als Lebensgefühl, das auf Heil hin angelegt ist. Innerhalb der Eingliederungshilfe sind diese Bemühungen besonders ausgeprägt. Jeder Mensch, auch jemand mit Behinderung, hat in diesem Verständnis einen unbeschädigten Kern, von dem her wir dieses Leben als heiles Leben verstehen, es gewissermaßen erheben können. Oder bleibt das Leben doch immer wieder ungeheilt? Die Vorstellung des Lebens als Fragment schaut weniger auf die Sehnsüchte. Sie rückt die Erfahrungen von Verletztheit, von Bedürftigkeit, von Angewiesenheit in den Mittelpunkt der Betrachtung. Auch wenn wir als Gedankenspiel die zerbrochene Säule zu einer ganzen, zu einer heilen hin rehabilitieren – sie ist und bleibt gebrochen.

Dafür sammelt Fechtner¹² in der Nachfolge Henning Luthers soziologische und sozial-biografische Belege. Er spricht von der Realität der Entfremdung, des Zerbrechens, der Traumatisierung, der körperlichen Verletzung – und passend dazu von der schmerzlichen Sehnsucht nach einer Welt, in der diese Wunden heilen.

Eine der psycho-toxischsten Lebensaufgaben in der Spätmoderne ist die Organisation gelingenden Lebens. Dafür sind im Grundsatz die Individuen stets selbst verantwortlich. Scheitern ist also persönliches Scheitern. Wer im Fragment festhängt, „hat Mist gebaut“. Da helfen auch die Lebensratgeber eher selten weiter.

Insbesondere für Menschen mit psychischer Erkrankung hat dieses soziale Klima verheerende Auswirkungen. Sie werden im Scheitern zementiert, ihre Erkrankungen chronifiziert. Der „Tyrannei des gelingenden Lebens“ sind sie nicht gewachsen. Und sie erhalten für den letzten Ausweg, nämlich diesem gescheiterten Leben ein Ende zu bereiten, nun auch prominente Schützenhilfe. So sind wir auf dem Weg, uns der allzu öffentlich entgleisten Existenzen frühzeitig zu entledigen. Dazu passt, nebenbei bemerkt, die auch in der Eingliederungshilfe beliebte Präferenz, in der Öffentlichkeitsarbeit zu geistiger Behinderung auf die Menschen mit Down-Syndrom zurückzugreifen. Wenn schon behindert, dann wenigstens süß behindert. Hoffentlich schaut niemand auf die anderen.

Bleibt der theologische Blick auf das Thema. Kernfrage: Gibt es eine Ansehnlichkeit, die auch die weniger „Süßen“ im Leben lässt? Wie schaut das fragmentierte,

gebrochene Leben aus im Angesicht Gottes, das über jedem von uns leuchtet? Zitat Fechtner: „Eben das meint Segen als ein ‚Andersblick‘: ansehnlich sein. Auch das fragmentarische Leben ist ansehnlich. Das ist, nach theologischer Lesart, die Verheißung des Segensblicks. Empfinden zu können, in den Augen Gottes so angesehen zu werden, das wünsche ich uns.“¹³

Ebensolche Reflexionsschleifen wünsche ich allen, die Fragen des Zugangs zu psychisch kranken und behinderten Menschen mit Suizidwunsch umtreiben: Wie führen wir im Angesicht des Todeswunsches den Dialog? Gelingt es uns, in die Welt des fremden Anderen hinein ein Körnchen Zweifel am vordergründig so schlüssigen Verzweifeln zu säen, das doch bei genauem Hinsehen fast immer ambivalent bleibt? Auf diese Ambivalenz macht eindrücklich die Stellungnahme des Kontaktgesprächs Psychiatrie aufmerksam. „Aus fachlicher Sicht wird“, so die Positionierung, „eine singuläre Loslösung der Assistenzfrage vom Aspekt existenzieller Krisen dem staatlichen Auftrag zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit in keiner Weise gerecht.“¹⁴

Die Lebenswirklichkeit Exklusion bestärkt Suizidalität

Ein Plädoyer für den unverstellten Blick: Gegen die vorschnelle Setzung der inklusiven Gesellschaft auf die Vorderbühne, auf der jede:r ihren:seinen Platz findet, ist ehrlich festzustellen: Die Lebensrealität vieler Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung ist exklusiv. Es fehlt – von Leuchttürmen abgesehen – nicht selten an aufrichtiger Anerkennung, an sinnstiftender Arbeit, an echter Teilhabe im Sozialraum, an politischer Mitwirkung etc. Inklusion verstehe ich als hoch anspruchsvolles Projekt, das erst eingelöst ist, wenn die Behinderten, psychisch Kranken, Gebrochenen, Schwierigen für die Anderen einen Sinn machen. Gesellschaftlich befinden wir uns in einem mühevollen Ringen um gangbare Wege zu mehr „Wir“ – die vor allem dann gefährdet sind, wenn die erforderliche Anpassungsleistung (von den abgesenkten Bordsteinen bis zum Quartier, das Vielfalt begrüßt) von der Bürgergesellschaft zu leisten ist. Die Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung bleiben aktuell besonders gefährdet, ausgegrenzt und abgewertet zu werden.

In solchen Lebenslagen wird Leben schnell zur Bürde. Was tun wir, um zu verhindern, dass der Suizid,

gerade auch der assistierte, zur billigen Alternative wird zu den eigentlich erforderlichen psychosozialen Hilfen? Was tun wir, um zu verhindern, dass Suizidhilfe einfacher zu akquirieren ist als soziale Anerkennung und Teilhabe?

Was genau fördert die Suizidprävention?

Zum Schluss eine sicherlich nicht vollständige Liste mit Anregungen. Sie werden hineingerufen in eine mehr als angespannte gesellschaftliche Lage, die vielfach als Zeitenwende bezeichnet wird. Prioritär scheinen in den kommenden Jahren die Rüstung und vielleicht etwas Klimaschutz. Wie überzeugend sind da noch Investitionen in gesellschaftliche Solidarisierung? Allerdings: In der Zeitenwende lauern mehr denn je Gefahren der gesellschaftlichen Ausgrenzung, Polarisierung und Verrohung, vor allem der schnellen populistischen Scheinantworten. Daher zunächst der Blick auf den Gesetzgeber:

In der Ausgestaltung des neuen § 217 BGB muss es darum gehen,

- ◆ in Pflichtberatungen vor jeder Suizidhilfe die soziale Lebenslage, die körperliche und die psychische Verfassung des:der Suizidwilligen systematisch und multiprofessionell aufzunehmen;
- ◆ darauf fußend mit den Betroffenen in einen anerkennenden und stabilisierenden Dialog einzusteigen, der die Ambivalenzen des Wunsches aufnimmt und alternative Handlungs- und Bewertungsräume öffnet;
- ◆ getrennt davon in einem zweiten Prozess sehr sorgsam die Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches zu untersuchen mit fundierter psychiatrischer und sozialpsychiatrischer Beurteilungskompetenz, mit Berücksichtigung der Frage, ab wann bei psychisch erkrankten und behinderten Menschen von einer Stabilität des Suizidwunsches unter Ausschluss krisenbedingter Kurzschlüsse ausgegangen werden kann;
- ◆ ein systematisches fallbezogenes Controlling der Beratungs- und Beurteilungsprozesse durch eine öffentliche Instanz zu etablieren, um missbräuchlicher Praxis auf die Spur zu kommen;
- ◆ über ein bundesweites Monitoring der Fallzahlen mit Differenzierungsmöglichkeiten zur Einschätzung der Nachfrage nach Suizidhilfe und der faktischen Todesfälle mit Suizidassistenz die Auswirkungen des Öff-

nungsprozesses zu erfassen, um gegebenenfalls gegenzusteuern.

Darüber hinaus sind gesundheits- und sozialpolitische Initiativen wichtig, darunter:

- ◆ die Stärkung der Suizidprävention,
- ◆ die Regelfinanzierung regionaler psychiatrischer Krisendienste,
- ◆ der verbesserte Zugang zu psychiatrischen, insbesondere auch psychotherapeutischen Hilfen,
- ◆ das Fördern von Anstrengungen zur Entstigmatisierung von Behinderung und psychischer Erkrankung,
- ◆ die Inklusion exkludierter Bevölkerungsgruppen in Arbeit und Beschäftigung,
- ◆ das Fördern von neuen Wegen des Alterns mit Verringerung des Einsamkeitsrisikos,
- ◆ die Unterstützung politischer und sozialer Beteiligungsprozesse auf der Gemeinde- und Quartiers-ebene, in denen die Partizipation und ‚Gastfreundschaft‘¹⁵ der Bürger:innen in all ihrer Vielfalt als neue Qualität erfahrbar wird, und schließlich
- ◆ das Fördern einer neuen Care-Kultur, in der das sorgende, unterstützende Miteinander der Generationen und Kulturen nicht nur experimentell aufscheint, sondern gesellschaftlich konstitutiv werden kann.

Anmerkungen

1. Siehe dazu u.a.: SCHÄPER, S.: *Ethik unter erschwerten Bedingungen – heilpädagogische Ethik als Orientierung in Grenzsituationen*. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 1/2010, S. 24–27.
2. *Asymmetrische Beziehungsmuster sind in der Behindertenhilfe wie in der Sozialpsychiatrie mehr als häufig anzutreffen. Damit ist der Umstand aufgenommen, dass die Leistungsberechtigten in psychiatrischen Krisen oder im Kontext ihres kognitiven und/oder emotionalen Entwicklungsniveaus mit der proklamierten Kommunikation auf Augenhöhe überfordert sind. Davor die Augen zu verschließen, ist unredlich und macht blind für die Reflexion realer Machtgefälle. Das Beziehungsgeschehen in Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie bewegt sich im Spannungsfeld von intendierter Augenhöhe und faktischem Machtgefälle.*
3. BUBER, M.: *Ich und Du*. Darmstadt, 11. Aufl. 1983.
4. *Die eher polarisierende Gegenüberstellung von somatischer und psychiatrischer Erkrankung als Grundlage eines Antrags auf Suizidassistenz kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in ihrer Stellungnahme zum ärztlich assistierten Suizid: „In der öffentlichen Diskussion heißt es*

„Jetzt sind gesundheits- und sozialpolitische Initiativen wichtig“

oft, dass Menschen mit schweren somatischen Erkrankungen, die um Beihilfe zum Suizid bitten, sich grundsätzlich von suizidalen Menschen mit psychischen Erkrankungen unterscheiden würden. Auch in der politischen Diskussion werden vorzugsweise Beispiele von ausschließlich durch körperliche Krankheit verursachte Leiden mit terminaler Prognose angeführt. Diese Polarisierung verkennt die Realität: Oft gehen das Leid bei körperlicher Krankheit und das psychische Leid (zuweilen auch als Folge des körperlichen Leidens) untrennbar ineinander über. Es ist ein komplexes Bedingungsgefüge, das den schwindenden Lebenswillen und das Dringen auf einen vorzeitigen Tod bestimmt. Die Erfahrung von Psychiatern und Psychotherapeuten ist es, dass ursprünglich aus der Erfahrung körperlicher Krankheit entstandene Leidenszustände oft von einer verzweifelten und depressiven Verstimmung mitbestimmt werden. Daraus kann das Erleben von völliger Ausweg- und Hoffnungslosigkeit erwachsen, welches die Sterbewünsche und das Suizidbegehren hervorbringt.“ Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-suizid>

5. „Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte erkennt aber auch an, dass sich Einschränkungen dieses Rechts nach Art. 8 Abs. 2 EMRK [Europäische Menschenrechtskonvention – d. Red.] aus Gründen des Lebensschutzes Dritter ergeben können. Bei der Abwägung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen einerseits und der aus Art. 2 EMRK abgeleiteten Schutzpflicht des Staates für das Leben andererseits billigt er den Vertragsstaaten in diesem sensiblen Bereich indes einen erheblichen Einschätzungs- und Ermessensspielraum zu.“ (Vgl. EUROPÄISCHER GERICHTSHOF FÜR MENSCHENRECHTE (EGMR): *Pretty v. The United Kingdom*, Urteil vom 29. April 2002, Nr. 2346/02, §§ 70 f.; *Haas v. Switzerland*, Urteil vom 20. Januar 2011, Nr. 31322/07, §§ 53, 55; *Koch v. Deutschland*, Urteil vom 19. Juli 2012, Nr. 497/09, § 70). Danach ist es in erster Linie Aufgabe der Vertragsstaaten, die von einer Suizidhilfe ausgehenden Risiken und Missbrauchsgefahren zu bewerten (vgl. EGMR, *Pretty v. The United Kingdom*, a.a.O., § 74). Wählt ein Land eine liberale Regelung, sind geeignete Maßnahmen zur Umsetzung und zur Prävention erforderlich, die auch Missbrauch zu verhindern haben (vgl. EGMR: *Haas v. Switzerland*, a.a.O., § 57). Wird die Entscheidung, sich selbst zu töten, nicht freien Willens und bei vollem Verständnis der Umstände getroffen, verpflichtet Art. 2 EMRK die staatlichen Behörden, die Selbsttötung zu verhindern. Das in Art. 2 EMRK garantierte Recht auf Leben verpflichtet die Staaten, vulnerable Personen – auch gegen selbstgefährdende Handlungen – zu schützen und ein Verfahren zu etablieren, welches sicherstellt, dass die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, tatsächlich dem freien Willen des/der Betroffenen ent-

spricht (vgl. EGMR, *Haas v. Switzerland*, a.a.O., §§ 54, 58).“ BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (Hrsg.): Urteil vom 26. Februar 2020, Tz. 305. Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-BvR>

6. GRÜBER, K.: *Assistierter Suizid und die Perspektiven von Menschen mit Lernschwierigkeiten*. In: ATAIE, J.; BERGER-ZELL, C.; GIEBEL, A. (Hrsg.): *Leben. Selbstbestimmung und Lebensschutz – Ambivalenzen im Umgang mit der Beihilfe zur Selbsttötung*. Esslingen, 2022, S. 214–224.

7. BVERFG (Hrsg.): Urteil vom 26. Februar 2020, Tz. 305. Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-BvR2>

8. Das ist nicht ausschließlich gemeint. Aufzunehmen sind an dieser Stelle auch die vorliegenden Erkenntnisse zur Gestaltung ethischer Fallgespräche, die heute in zahlreichen Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialbereichs die Entscheidungsfindung in komplexen Grenzbereichen unterstützen.

9. FECHTNER, K.: „Leben als Fragment? Gegen den Zwang zur Vollkommenheit.“ Vortrag in der Wasserkirche Zürich, 6. Oktober 2015, www.ref.ch/news/das-leben-als-fragment/

10. Kirchenlied „Vergiss es nie“ mit Bezug auf 1 Mose 1,27.

11. LUTHER, H.: *Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit*. In: *Wege zum Menschen*, 43/1991, S. 262–273.

12. FECHTNER, K.: „Leben als Fragment?“ A.a.O.

13. Ebenda.

14. KONTAKTGESPRÄCH PSYCHIATRIE (Hrsg.): *Position der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zum assistierten Suizid vom 1. Dezember 2021*. Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-position>

15. Siehe dazu KAL, D. et al.: *Gastfreundschaft: Das niederländische Konzept Kwartiermaken als Antwort auf die Ausgrenzung psychiatriererfahrener Menschen*. Neumünster, 2010.



Wilfried Gaul-Canjé

Diplompädagoge und systemischer Therapeut, Geschäftsführender Vorstand des Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP), Geschäftsführer des Zweckverbandes der katholischen psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen (zpbbe)
E-Mail: gaul-canje@zpbbe.de

Beistand bis zuletzt

Ein Wunsch nach assistiertem Suizid stellt auch die Seelsorge vor Herausforderungen.

Text **Martin Seidnader, Leo J. Wittenbecher¹**

Es gibt Situationen, in denen schwer kranke Menschen keinen Sinn mehr im eigenen Dasein sehen. Zwar können Schmerzen medizinisch weitgehend gelindert werden, aber dies gelingt nicht in jedem Fall. Und auch dort, wo keine akute physische Not herrscht, kann das Leiden am Leben für die Betroffenen unerträglich werden. Sie wollen sterben und wünschen sich Hilfe dabei. Betroffene äußern dies gegenüber Angehörigen, sie sprechen das medizinische und pflegerische Personal an.

Die gesetzlichen Regelungen, nach denen hierzulande Beihilfe zum Suizid möglich ist, werden weiter diskutiert. Zu erwarten ist, dass Sterbewillige den Seelsorgenden zunehmend begegnen und sie mit ihrem Sterbewunsch konfrontieren (vgl. HK, Juni 2023, 25–27).

Seelsorge als Profession im Gesundheitswesen steht im Dialog mit anderen Berufen. Um sprachfähig zu bleiben, benötigt sie eine differenzierte Auseinandersetzung über Standards und Maßstäbe ihres Handelns. Das gilt verstärkt angesichts der Herausforderungen für die Seelsorge am Lebensende. Mit der Publikation „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden“ vom 23. Februar 2021 (hier: Palliativpapier) hat sich die Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz positioniert und die Hinwendung zu Schwerkranken und Sterbenden als zentrales Aufgabenfeld der Kirche betont. Die Handreichung nimmt Stellung zu medizinisch

und pastoraltheologisch sensiblen oder unklaren Situationen und erinnert an kirchliche Positionen. Die Erklärung befasst sich zudem mit dem für die heutige Seelsorge relevanten Themenkomplex Spiritual Care. Einzelne Aussagen des Papiers haben in den Einrichtungen des Gesundheitswesens eine Diskussion und bisweilen auch deutliche Kritik hervorgerufen.

Auch in den überdiözesanen Konferenzen für Krankenhausseelsorge sowie für Hospiz- und Trauerpastoral wurde das Papier kontrovers aufgenommen und in der Praxis kritisch diskutiert. Das galt vor allem für normative Textabschnitte zur Rolle der Seelsorge im Zusammenhang mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid.

Bedarf aus der Praxis benannt

Daraufhin hat sich im Auftrag der Bundeskonferenz der Diözesanverantwortlichen für Krankenhausseelsorge und der Bundeskonferenz der Diözesanverantwortlichen für Trauer- und Hospizpastoral eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit der Erklärung und den Anfragen befasst und aus der Perspektive der Praxis Differenzierungs- und Weiterentwicklungsbedarf benannt. Auf Einladung der Pastoralkommission fand daraufhin im Juni 2023 ein Fachtag mit Bischof Peter Kohlgraf (Mainz), Vorsitzender der Pastoralkommission, und Weihbischof Reinhard Hauke (Erfurt), Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Diakonische Pastoral“ statt. Er stand unter

dem Titel „Christlicher Beistand bis zuletzt. Seelsorge und/als Spiritual Care am Lebensende und die Herausforderung Suizidbeihilfe“ und trug der Tatsache Rechnung, dass die in den überdiözesanen Konferenzen vertretenen professionellen Seelsorgerinnen und Seelsorger einen Orientierungsbedarf sahen, den das Palliativpapier nicht abbilden konnte.

Aus fachlicher Perspektive gibt es drei miteinander zusammenhängende Aspekte, die aus der Seelsorgepraxis heraus eine stärkere Berücksichtigung verdienen. Vertieft zu diskutieren sind die seelsorgliche Begleitung von Sterbewilligen, das Berufsethos der Krankenhaus- und Hospizseelsorgerinnen und -seelsorger sowie das Zueinander von Seelsorge und Spiritual Care.

Gerade die Zuordnung von Seelsorge und Spiritual Care, namentlich der Zugang von Simon Peng-Keller, bildet gegenwärtig einen wichtigen Referenzpunkt (vgl. HK, November 2018, 36–38). In seinem Entwurf wird Seelsorge als spezialisierte Form von Spiritual Care verstanden. Auch Erhard Weiher prägt mit seinem Ansatz zur Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod den Diskurs bis heute maßgeblich. Weiher ist das Bild zu verdanken, dass im Seelsorgegeschehen das Geheimnis des Lebens berührt werde. Wo der seelsorgliche Kontakt gelingt, kann ein heilsamer Umgang stattfinden mit den existenziellen Fragen bei Krankheit, Krise, Sterben und Tod. In der Begegnung mit Kranken und Sterbenden rücken deren spirituelle Bedürfnisse ins Zentrum. Der Adressatenkreis ist

„Seelsorgende werden für Mitwirkung beim Suizid nicht bereitstehen“

ausgeweitet auf das persönliche Umfeld sowie auf das medizinische, pflegerische und therapeutische Personal.

Den spirituellen Schatz bergen

Ausgehend von den christlichen Wurzeln palliativer Sorge lässt sich – so formuliert es Martin Splett, Klinikseelsorger und Hospizreferent in Osnabrück – Spiritual Care als Chance verstehen, Seelsorge zeitgemäß weiterzuentwickeln. In der klassischen Kliniklogik ist Spiritual Care behandlungs- und dienstleistungsorientiert und ein normierter Prozess mit dem Anspruch weltanschaulicher Neutralität. Splett plädiert dafür, kirchliche Seelsorge auch als Spiritual Care zu verstehen, und zeigt zugleich auf, dass sie über Kliniklogik hinausgeht, weil sie sich personal versteht. Seelsorge realisiert den Auftrag der Kirche, Menschen zu begegnen und zu begleiten. Sie schafft dies in einem ergebnisoffenen Prozess, in einem „geschützten Frei-Raum“ aus Glaubenshoffnung heraus. Seelsorge ist ein „personales Beziehungsangebot“. Aus dem spirituellen Schatz kirchlicher Tradition können Impulse ins Gesundheitswesen hinein erfolgen. Splett benennt Teil- und Schnittmengen von umfassender Human Care, darin Spiritual Care und Seelsorge sowie letztere in Beziehung gesetzt mit Pastoral Care. Wie gerade das Verhältnis von Seelsorge und Pastoral Care zu konturieren sei, lässt die Diskussion als Desiderat offen. Festzustellen ist: Funktionszuweisungen einer klassischen Kliniklogik sind teilweise überwunden. Im Gesundheitswesen gibt es Offenheit für den interprofessionellen Beitrag einer seelsorglichen Spiritual Care.

Wo Seelsorge sich einbringt, behält sie indes eine kritische Rolle. Dabei tut sich die Kirche derzeit schwer, in entsprechenden Debatten wahrgenommen zu werden. Doch die als human titulierten Angebote eines assistierten Suizids verlangen mit ihrer Tragweite und ihren Grenzen Problemanzeigen von kirchlicher Seite.

Diese kaum abgefragte Expertise im öffentlichen Raum wiegt gerade bei existenziellen Themen schwer. Nicht nur muss die Kirche selbst in einen differenzierten Dialog kommen. Die Kompetenz von Fachpersonen der Seelsorge verdient bei schwierigen ethischen Fragen gesellschaftliche Wahrnehmung.

Eine Teilintegration von Spiritual Care und Seelsorge ist auch deshalb weiterzuverfolgen. Dabei sollte nicht ausgeblendet werden, dass eine anthropologische Grundlegung in praktizierten Formen der Spiritual

Care mehr zu fehlen scheint als in pastoralen Ansätzen. Letztere schöpfen aus Grundeinsichten zur menschlichen Persönlichkeit. Es schlägt die Stunde einer zeitgemäß aufgenommenen theologischen und ethischen Tradition. Gleichzeitig ist von kirchlicher Seite verlangt, offen zu bleiben für die diversen Zugangsweisen zur Spiritualität. Die genannte Teilintegration beinhaltet zudem alltagspraktische Fragen. So gilt es in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Seelsorge als Teil des erweiterten Behandlungsteams zu integrieren. Das Seelsorge-Patientendatenschutzgesetz schafft für die kirchlichen Einrichtungen dazu ausdrücklich die Möglichkeit. Zwar behält kirchliche Seelsorge immer auch die Rolle eines Gegenübers im Gesundheitswesen, die sie unter Wahrung ihrer Grenzen im Sinne eines Gemeinwohls auch systemkritisch spielen kann. Doch kann sie heute vor allem dann ihrer Aufgabe nachkommen, wenn sie als Teamplayer bereit ist, selbst Teil der Institution zu sein. So kann Klinikseelsorge an einer ganzheitlichen Betreuung von Menschen mitwirken, wie sie etwa in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen beschrieben ist.

Gewünscht sind Orientierungshilfen, die Ambiguitäten der Pastoral nicht unterkomplex beantworten.

Spürbar wird ein Dilemma angesichts der Frage nach assistiertem Suizid. Das Palliativpapier der Pastorkommission fordert moralische Glaubwürdigkeit, die an normativen Positionen abzulesen sei. Das jedoch würde nicht ohne Folgen für die seelsorgliche Qualität bleiben; es wäre ein Wechsel aus der Rolle der Begleitung in eine belehrende oder beurteilende Funktion. Von Kirchenseite wird eine Haltung für das Leben erwartet.

Doch die Situation des assistierten Suizids verlangt ein differenziertes Vorgehen. Das gebietet die Sensibilität für die anvertrauten Personen. Angesichts eines (möglichen) assistierten Suizids soll Kirche es nicht bei der moralischen Beurteilung belassen, wenn Sterbewillige oder ihr Umfeld um Begleitung bitten. Sie ist gefordert, in einem menschlich umfassenden Sinn Beistand zu leisten. Ein einseitiger Beziehungsabbruch wird den Beteiligten nicht gerecht. Darauf weist das Palliativpapier zwar hin, in der Konsequenz bleibt es jedoch hinter den pastoralen Realitäten zurück. Sich aus einer Begleitung zurückzuziehen bedeutet nicht zuletzt, das Umfeld eines sterbewilligen Menschen zurückzulassen, das einen verlässlichen Beistand benötigt.

Auswege aus dem skizzierten Dilemma beginnen da, wo Positionierungen der Kirche in gesellschaftlich relevanten Fragen nicht mit dem unmittelbaren Seelsorgegeschehen vermischt werden. Es gilt, jene Zwischentöne nicht zu überhören, die anklingen, sobald die Seelsorge gerufen wird. Dann rückt die existenzielle Lage ins Zentrum, die zusammen mit den Betroffenen auszuhalten ist, wo es zu schweigen, zu hören, behutsam zu fragen und Deutung anzubieten gilt. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass das gelingen kann.

Eine rollenklare Integration von Seelsorge in Strukturen des Gesundheitswesens umfasst den interdisziplinären Dialog zum Wohl der Betroffenen. Vom ärztlichen Handeln erwartet der Gesetzgeber, dass es Kriterien für die Beeinträchtigung von Autonomie abklärt. Ein Sterbewunsch wird nicht nach seiner argumentativen Schlüssigkeit bewertet. Erfahrungen aus der Palliativmedizin belegen, wie bedeutsam es ist, das Sterbewollen nicht nur nicht zu tabuisieren, sondern kommunikativ aufzunehmen. Die gewonnene Sprachfähigkeit ergibt in der medizinischen Behandlung oft die Chance, durch die Änderung von Therapiezielen Handlungsdruck aus der Situation zu nehmen. Den ärztlich Verantwortlichen ist es dann oft wichtig, dass Seelsorgende das Anliegen der Spiritual Care ins Team tragen und als Haltung präsent machen.

Seelsorge sucht zusammen mit den anvertrauten Menschen zu entdecken, was diesen spirituell dienlich sein wird. Es ist eine Perspektive des Lebens, die den christlichen Beistand bis zum Ende auszeichnet und einer diakonischen Pastoral Profil gibt. Ökumenisch bleibt das vermittelbar, selbst wenn Akzentsetzungen auf evangelischer Seite heute dahingehen, die Möglichkeit eines wohlherwogenen Sterbens offen zu halten. Untiefen in Richtung Tötung auf Verlangen werden gesehen und verlangen einen sorgsamen Umgang. Verbindend bleibt der Respekt vor der Autonomie der beteiligten Personen.

Berufsethisch betrachtet, gestaltet Seelsorge den kirchlichen Handlungsauftrag als

Beziehungsauftrag aus. Wo assistierter Suizid als Wunsch im Raum steht, geht es um ein In-Beziehung-Bleiben trotz und wegen der verschiedenen moralischen Positionen, die zur Verwirklichung eines Sterbewunschs bestehen. Hier wird das biblische Wort „Bleibt hier und wacht mit mir“ radikaler Ernstfall, den es für Seelsorgende auszuhalten gilt.

Seelsorgliche Begleitung als solche ist nicht Mitwirken an einer suizidalen Handlung. Seelsorgende werden für Mitwirkung beim Suizid nicht bereitstehen. Es sollte ihnen aber eine Gewissensentscheidung ermöglicht sein, dass sie bei Sterbewilligen und ihrem Umfeld bleiben können. Ebenso ist zu respektieren, wenn Seelsorgende sich dagegen entscheiden. Hier ist sowohl eine „Tugend der Ambiguitätstoleranz“ gefordert als auch die Bereitschaft der Kirche, den Seelsorgenden zuzutrauen, im Sinne der christlichen Botschaft gut und verantwortlich zu handeln. Der Kontakt mit Sterbewilligen und ihrem Umfeld enthält mehrdeutige Signale und Ansprüche, die es auszuhalten gilt.

Wie können Seelsorgende hier bestärkt werden? Sie arbeiten in einem Spannungsfeld mit möglichen Divergenzen: Hier die Einrichtung mit Institutionsinteressen, dort die Kirche, die für den Seelsorgeauftrag entsendet, und in der konkreten Situation: die anvertrauten Personen. Unterschiedliche Seelsorgeverständnisse innerhalb der Kirche können dies noch verstärken. Gewünscht sind Orientierungshilfen, die Ambiguitäten der Pastoral nicht unterkomplex beantworten. Verantwortliche in der Seelsorge benötigen das Vertrauen ihrer Kirche zusätzlich zu dem, welches ihnen im Gesundheitswesen entgegengebracht wird. Ertrag verspricht es, ausgehend von Erfahrungen pastoraltheologische Einsichten zu gewinnen und sich nicht zunächst an Grundsatzüberlegungen abzuarbeiten. Das stärkt einer erfahrungsorientierten Herangehensweise und Hermeneutik den Rücken.

Wo der Seelsorge sterbewillige Menschen und ihr Umfeld begegnen, partizipiert sie an Fragen der gesellschaftlichen Wohlfahrt.

Bundestagsdebatten zu schwierigen ethischen Fragen werden meist ohne Fraktionsbindung geführt. Gesetzentwürfe sind spürbar von Personen getragen, die ihrem Gewissen verpflichtet bleiben. Im Ringen um das Zueinander von Selbstbestimmungsrecht und Schutz des menschlichen Lebens spiegelt sich das wider.

Eine Neuregelung zur Suizidhilfe verfehlte bislang die parlamentarische Mehrheit. Der Deutsche Bundestag hat jedoch am 6. Juli 2023 einen Antrag mit großer Mehrheit angenommen, der vorsieht, die Suizidprävention zu stärken. Das zeigt einmal mehr, dass der Einsatz der Seelsorge im Gesundheitswesen sinnvoll und anschlussfähig bleibt.

Anmerkung

1. Der Artikel wurde zuerst in der Herder Korrespondenz (HK) Heft 2/2024 veröffentlicht. Wir danken für die freundliche Genehmigung zum Wiederabdruck.



Dr. Martin Seidnader
Pastoralreferent sowie Leiter des Fachbereichs Krankenhausseelsorge im Erzbischöflichen Ordinariat München, Sprecher der überdiözesanen Konferenz der Diözesanbeauftragten für die katholische Krankenhausseelsorge
E-Mail: mseidnader@eomuc.de



Dr. Leo J. Wittenbecher
Referent für den Bereich der Krankenhausseelsorger:innen im Bischöflichen Generalvikariat Münster, leitender Klinikpfarrer an den Universitätskliniken Münster
E-Mail: wittenbecher@bistum-muenster.de

Über Todeswünsche sprechen können: Das gilt es einzuüben

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid hat Einrichtungen der Eingliederungshilfe vermehrt gefordert: Sie müssen offen über Todeswünsche sprechen und lernen, deren verschiedene Arten zu differenzieren. Nur so können sie dem Einzelfall angemessen reagieren.

Text **Gu**drun Silberzahn-Jandt

Mitarbeitende sind Ansprechpartner:innen für Alltägliches ebenso wie für Gespräche über Leben und Tod. Auch die oft angstbesetzten, bisweilen bitteren Fragen am Lebensende brauchen ein offenes Ohr und ein fühlendes Herz. Und die großen Themen halten sich nicht immer an für sie reservierte Zeiten oder Gelegenheiten. Ihr Ort ist auch das Gespräch zwischen Tür und Angel. Mit dieser Alltagsbeobachtung bringt das Vorwort der gemeinsamen Arbeits- und Orientierungshilfe der Diözesanen Arbeitsgemeinschaft Altenhilfe und Hospizarbeit des DiCV Freiburg und des Netzwerks Alter und Pflege beim DiCV Rottenburg-Stuttgart die Herausforderung auf den Punkt. Dadurch ist anschaulich beschrieben, was Annette Riedel, Pflegewissenschaftlerin und Mitglied im Deutschen Ethikrat, mit Ko-Autor:innen so formuliert hat: „Pflegefachpersonen nehmen wie keine andere Profession Menschen in ihrer Leiblichkeit und Vulnerabilität wahr. Pflege als Beziehungs- und Berührungsberuf gewinnt ihre Qualität aus der – und auf der Basis der Werte der Pflege – professionell gestalteten Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen.“¹

Beide Aussagen beziehen sich zwar auf die Pflege und damit nicht primär auf Menschen mit Behinderung, die in Institutionen der

Eingliederungshilfe in Wohngruppen stationär oder ambulant versorgt werden oder in Werkstätten arbeiten. Doch die Grundaussagen sind übertragbar auf die Beziehung zwischen Professionellen wie Heilerziehungspfleger:innen und den Menschen, für die und mit denen sie arbeiten. Unterschiede gibt es in der Kommunikation und darin, ob sie mit oder ohne Assistenz möglich ist.

Die Frage nach der Selbstbestimmungsfähigkeit und der Freiverantwortlichkeit steht unabhängig von der einer Behinderung im Fokus. Doch die Verständigung darüber scheint häufig noch unklar. Ebenso fehlt es an Antworten, wie sie geprüft werden kann. Hilfreich sind hier das vom Deutschen Ethikrat beschriebene „relationale Verständnis von Selbstbestimmung“, „das die Sozialität des Menschen nicht als Bedrohung, sondern als Bedingung der Möglichkeit von Selbstbestimmung begreift“, sowie der Hinweis, dass Selbstbestimmung „kognitive, emotionale wie auch voluntative [willentliche – d. Red.] Komponenten“ hat.²

Im Folgenden sollen zunächst die Werte der mit den anvertrauten Personen professionell Arbeitenden betrachtet werden. Denn diese sind die Basis, auf die sich das reflektierte Handeln bezieht. Dann werden die unterschiedlichen Formen von Todeswünschen

entfaltet und zuletzt mit Blick auf die Organisation der institutionelle Rahmen benannt, der Mitarbeitende befähigen kann, mit Todeswünschen umzugehen.

Werte können einander widersprechen

Heilerziehungspfleger:innen und Pflegefachkräfte beziehen sich in ihrer Arbeit auf die jeweiligen Grundlagen ihrer beruflichen Ethik – beispielsweise auf das von ihrem Träger formulierte Leitbild – und auf ihre eigenen Werte und die der betreuten Personen. Die ihre Handlungen leitenden Werte können häufig auch widersprüchlich sein und somit ethische Konflikte hervorrufen, etwa den von Fürsorge versus Autonomie oder von Sicherheit versus Würde.

Auch der Wert der subjektiven Lebensqualität – ob es nun eine die augenblickliche oder eine künftige Situation und damit die Vermeidung von Schäden betrachtende Art ist – mag sehr unterschiedlich sein. Ein Beispiel: Geht es um die Lebensqualität des Augenblicks, mag eine Mobilisation unerwünscht sein. Betrachtet die bedürftige Person und die, von der sie unterstützt wird, jedoch möglicherweise entstehende Probleme – wie Schmerzen der Gelenke, Druckgeschwüre, Kreislaufprobleme –, wenn keine



Offen über Sterben und Tod sprechen zu können, ist eine Kompetenz, die alle brauchen: Mitarbeitende ebenso wie Bewohner:innen und ihre Angehörigen.

Maßnahme zur Bewegungsförderung erfolgt, dann wird das Urteil anders ausfallen.

Die grundlegend handlungsleitenden Werte wie das Recht auf Leben, Gerechtigkeit, Respekt, Selbstbestimmung oder Diskriminierungsfreiheit sind menschenrechtlich begründet. Mitarbeitende in Einrichtungen der Eingliederungshilfe orientieren sich auch beim Umgang mit geäußerten Todes- oder Suizidwünschen an diesen Werten und positionieren sich zum Teil je nach eigenem Werte-Tableau unterschiedlich. Dieses zur Sprache zu bringen, es zu analysieren und zu reflektieren, sollte Führungsaufgabe sein. Leitlinien und auch ein einheitliches werteorientiertes Vorgehen sollten gemeinsam und für alle nachvollziehbar entwickelt und regelmäßig auf Aktualität und Stimmigkeit überprüft werden.

Todeswünsche können ambivalent sein

Äußerungen zur Lebensmüdigkeit bis hin zu Todeswünschen und möglicherweise auch

Gedanken, den Suizid in Erwägung zu ziehen und Assistenz hierfür zu wünschen, tauchen nicht erst jetzt bei Menschen auf, die alt oder krank sind oder aufgrund von Behinderung Einschränkungen erleben. Solche Äußerungen und Gedanken gab es auch vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid im Februar 2020.

Verändert hingegen hat sich das Sprechen darüber. Galt es zuvor noch als weitgehend tabuisiert, so spüren Mitarbeitende inzwischen sehr deutlich, dass Menschen es eher wagen, sich dazu zu äußern, und sie auch erwarten, dass das Gegenüber darauf eingeht und Raum für ein Gespräch entstehen lässt.

Inzwischen konnte durch empirische Daten – wie denen eines Projekts der Universität Köln unter Leitung von Raymond Voltz³ – gezeigt werden, dass nicht nur das Kommunizieren über, sondern das proaktive Ansprechen und Nachfragen nach Todeswünschen für alle Seiten entlastende Wirkung hat und in keiner Weise suizidale Handlungen befördert. Vielmehr kann dadurch eine Vertrau-

ens- und Beziehungsebene entstehen und gestärkt werden, die beide Seiten als wertvoll einschätzen.

Ein „Ich will nicht mehr“, „Wann darf ich endlich sterben“, „Können Sie mir nicht etwas geben, damit es ein Ende hat“ ist ein Kundtun von Leid, auf das zu reagieren ist: zuallererst mit Zuhören, dann mit dem Stellen von Fragen, die zum Erzählen Raum eröffnen. Eine so gestaltete Kommunikation zielt auf Verstehen ab und gibt Raum, Nöte zu äußern, aber vielleicht auch das Lebenswerte trotz der Schwere der Erkrankung, Behinderung oder des Alters erspüren zu können. Je nach Grad der Behinderung sind auch die sich so äussernden Menschen – möglicherweise mit eingeschränktem Wortschatz oder ausschließlich mit Hilfe von Kommunikationsassistenten – in der Lage, sich dazu mitzuteilen und eigene Gedanken und Befindlichkeiten zu äußern.

Zuzuhören, ernstzunehmen und keine vorschnellen Antworten zu präsentieren, ist die erste Aufgabe der jeweiligen Mitarbeiten-

„Das Sprechen
über assistierten
Suizid hat sich
geändert“

den. Die eigenen Kompetenzen und Zuständigkeiten zu kennen, gehört zu diesem Tun. Zudem sollten sie auch unterscheiden können, worum es sich bei der jeweiligen Äußerung handelt. Ist es ein akutes suizidales Geschehen, das einer sofortigen Intervention bedarf, oder wird ein Wunsch um beschleunigtes oder auch baldiges Sterben formuliert, oder ist es eine Akzeptanz des Todes im Angesicht einer Erkrankung?⁴ Zu betonen ist dabei, dass Sterbewünsche – auch Wünsche nach Unterstützung des Suizids – volatil sein und durchaus den Wunsch nach Leben beinhalten können. Dieses Uneindeutige, Widersprüchliche und Wechselhafte gilt es anzuerkennen und zu akzeptieren. Hilfreich kann es sein, sich im Vorfeld eines Gesprächs über Todeswünsche auch der Ziele zu vergewissern – und diese können nicht ein vorschnelles, vermeintlich affirmatives Zustimmung, noch ein normatives Ausreden sein. Vielmehr geht es darum, zuzuhören, zu verstehen und die Not herauszuhören. Eventuell können sich Konsequenzen aus einem solchen Gespräch ergeben, wie die Intensivierung von Unterstützung durch Palliative-Care-Teams oder Therapieziel-Änderungen und Therapieverzicht.

Ein institutioneller Rahmen tut not

Der Rahmen, um über einen Todeswunsch in all seinen Facetten sprechen zu können und auch zu wissen, wie damit umzugehen ist, wird in den Einrichtungen möglichst gemeinsam mit Mitarbeitenden festgelegt als Teil eines Palliativkonzepts. Hierin werden Fragen behandelt: Wer über fortbestehende Suizidwünsche zu informieren ist, wo solches dokumentiert wird, welche Formen von Besprechungen mit welchen Instrumenten angeboten werden, ob in einem solchen Fall regelmäßig eine ethische Fallbesprechung angesetzt wird, ob die Seelsorge hinzugezogen wird und schließlich auch, ob in zu definierenden Ausnahmefällen ein assistierter Suizid in Räumen der Einrichtung stattfinden kann.

Für viele Institutionen bedeutet dies, hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Kommunikation Weiterbildungsprozesse zu überprüfen oder zu initiieren. Ziel ist es, mehr über die Wünsche und Sorgen der versorgten Personen zu wissen, mehr Kenntnisse über palliative Pflege und Versorgung zu etablieren, um Leiden und Symptome angemessen lindern zu können. Zudem sollten Fortbildungen im Bereich der psychischen Erkrankungen angeboten

werden, um Depressionen erkennen und von Todeswünschen unterscheiden zu können.

Da häufig als Ursachen von Todes- und Suizidwünschen Einsamkeit und Kontrollverlust angeführt werden, sind diese beiden unterschiedlichen Phänomene als Querschnittsthemen von der Einrichtung aufzunehmen und Verantwortliche dafür zu benennen.

Institutionalisierte Rahmungen für Gespräche zum Sterben und zu Wünschen für die letzte Lebensphase sind bereits durch die gesundheitliche Versorgungsplanung in der stationären Alten- und Eingliederungshilfe (GVP, § 132g SGB V)⁵ geschaffen und in vielen Einrichtungen implementiert worden. Erfahrungen zeigen auch hier, dass das Sprechen darüber erleichternd ist und Sorgen um „Wie wird es mir ergehen?“ reduzieren kann.

Anmerkungen

1. RIEDEL, A.; GIESE, C.; RABE, M.; BÖCK, S.: *Pflege und assistierter Suizid: gesellschaftliche Verantwortung und ethische Implikationen – Denkanstöße für Profession und Gesellschaft*. In: *Ethik in der Medizin* 34/2022, S. 709–714, S. 709.
2. DEUTSCHER ETHIKRAT (Hrsg.): *Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit*. Stellungnahme vom 22. September 2022, Berlin, S. 14. Download per Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-14SJ1>
3. PALLIATIVZENTRUM UNIKLINIK KÖLN (Hrsg.): *Selbststudium. Begleitung von Menschen mit Todeswünschen – Informationen*. Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-palliativmedizin>
4. DEUTSCHER ETHIKRAT, *ebd.*
5. GKV-SPITZENVERBAND (Hrsg.): *Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13. Dezember 2017*. Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-GKV>



Dr. Gudrun Silberzahn-Jandt
Kompetenzzentrum Sozialpolitik,
Kompetenzfeld Gesundheit,
Caritasverband der Diözese Rotten-
burg-Stuttgart e. V.
E-Mail: silberzahn-jandt.g@caritas-dicvrs.de

Hilfe in Grenzsituationen der Verantwortung

Das Instrument der ethischen Fallbesprechung sollte in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe fest etabliert werden: Damit niemand mit einem Dilemma alleingelassen wird.

Text **Stefan Kliesch**

Mitarbeitende erleben sich in ihrem Handlungs- und Verantwortungsalltag zunehmend als moralisch belastet und ethisch herausgefordert. Sie befinden sich im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht in Spannungsfeldern der Moral – also für richtig geglaubter und sozialisierter Werthaltungen. Diese Spannungen bleiben oftmals unbearbeitet, und nicht selten bleibt ein „schlechtes Gewissen“ übrig. Zudem fühlen die Mitarbeitenden sich auch in ihrem Team mit ihren moralischen Irritationen alleingelassen, weil Kolleg:innen ebenso empfinden und zugleich ebenso hilflos sind. Ihnen fehlt das Handwerkszeug, um ethisch konstruktiv mit diesen Herausforderungen umzugehen.

Dabei ist die moralische Ressource, die in dem:der einzelnen Mitarbeiter:in liegt, ein sehr hohes Gut und ein Kennzeichen für die berufliche Zufriedenheit. Sie wird in Grenzsituationen der beruflichen Verantwortungsübernahme – vor allem in Dilemma-Situationen – außerordentlich beansprucht. Nicht selten haben Mitarbeitende erhebliche Gewissensnot bezogen auf auszuführende Handlungen in der Begleitung und der Behandlung, vor allem dann, wenn es um das (mutmaßliche) Wollen und Wünschen der zu Betreuenden geht, für die sie verantwortlich sind.¹ Es gibt in der Einrichtung oftmals auch keine professionel-

le und tragfähige ethische Reflexion und Beratung, die ihnen einen Raum gäben, ihre Fragen angemessen zu stellen und zugleich begründete Handlungsempfehlungen mit ihnen zu erarbeiten.

Vor dem Hintergrund dieser moralisch-ethischen beruflichen Herausforderungen ist mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum ärztlich assistierten Suizid vom Februar 2020 eine bahnbrechende persönliche und professionelle Herausforderung für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe und ihre Mitarbeitenden juristisch geschaffen worden, die auch ethisch-anthropologische Implikationen beinhaltet. Dieses Urteil erfordert eine ethisch reflektierte Haltung und Positionierung jedes: jeder Einzelnen und der Einrichtung. Es handelt sich hierbei um nichts Geringeres als die gesellschaftliche Aufweichung des zuvor grund-

rechtlichen Prinzips des Lebensschutzes, das bis zum BVerfG-Urteil im grundsätzlichen Verbot der aktiven und direkten Tötung seinen Ausdruck gefunden hatte! Waren die jährlichen erfassten Suizidzahlen in Deutschland seit Jahrzehnten rückläufig, so ist seit 2022 eine Erhöhung um circa zehn Prozent zu verzeichnen, von circa 9200 auf 10.100 Todesfälle trotz erhöhter Maßnahmen der Suizidprävention. Über das Ausmaß im Dunkelfeld lässt sich nur spekulieren.²

Spätestens an diesem „Point of no Return“ durch das Urteil des BVerfG, das das Selbstbestimmungsrecht stärkt, ist die noch lange nicht erreichte umfassende Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen am gesellschaftlichen Leben in Gefahr, unter dem Paradigma der individualistisch geprägten Selbstbestimmung schleichend assistierte Selbsttötungen als normale Wirklichkeit zu



Grafik 1: Versorgungs- und Sendungsauftrag stellen Einrichtungen und ihre Führungskräfte vor unterschiedliche Anforderungen.

etablieren. Aber es gilt mehr denn je: Eine Kultur umfassender mitmenschlicher Lebensbejahung und des Gewolltseins aller – unabhängig von jeglicher wie auch immer gearteten Unterschiedlichkeit, existenziellen Beeinträchtigung und Vulnerabilität – gestaltet eine umfassende Teilhabe, die dann in den seltensten Fällen den freiverantwortlichen, dauerhaften und festen Willen, sein Leben beenden zu wollen, aufkommen lässt.³

Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind im Blick auf ihre Mitarbeitenden, die zu Betreuenden und ihre An- und Zugehörigen aufgefordert, auf diese Entwicklung adäquat zu reagieren. Einrichtungsleitungen sind nicht nur verpflichtet, dem Versorgungsauftrag – dem „Was?“ des professionellen Tuns – nachzukommen, sondern sich zugleich um den Sendungsauftrag, das „Wozu und Wie?“ zu kümmern (s. Grafik S. 31).

Dies fordert insbesondere Einrichtungen der Caritas heraus, denn es geht um die eigene Integrität und Glaubwürdigkeit. Christlich geprägte Einrichtungen genießen immer noch ein sehr hohes Vertrauen in unserer Gesellschaft. Dies ist ein hohes Gut, das im christlichen Menschenbild von der unverlierbaren Würde jedes: jeder Einzelnen grundgelegt ist. Diesem Vertrauenskapital gilt es gerade in einer pluralistisch geprägten Wer-

tegesellschaft zu entsprechen und Narrative des Christlichen und christlich geprägter Grundhaltungen zu existenziellen Fragen nach innen und außen offensiv und leidenschaftlich zu kommunizieren (s. Grafik unten).

Narrative des Christlichen als Orientierung

Die unumgängliche Beschäftigung mit dem seit Februar 2020 verfassungsmäßig verbrieften Grundrecht auf Selbsttötung, das substantiell in dem Selbstbestimmungsrecht des: der Einzelnen grundgelegt ist, verlangt zum einen eine offensiv gestaltete Sensibilisierung und Auseinandersetzung mit den eigenen moralischen Überzeugungen. Zum anderen ist eine neue Beschäftigung mit institutionellen, christlich geprägten Haltungen, Werten und Normen notwendig. Dies erfordert aufseiten der Einrichtung, dass sie eine ethisch begründete Haltung zum Umgang mit dem ärztlich assistierten Suizid reflektiert, entwickelt und den Mitarbeitenden in geeigneter Weise zur Verfügung stellt. Mitarbeitende verkörpern ihre persönliche Moral, sind aber vorrangig auch Repräsentant:innen der gelebten Unternehmensmoral, die organisationsethisch reflektiert und kommuniziert werden muss. Gut begründete Haltungen geben Halt und

Orientierung, prägen das Verhalten und lassen die Verhältnisse gestalten.

Hierfür steht beispielsweise der Satz: „Wir reden und sprechen mit allen über alles, aber wir machen nicht alles für alles!“ (Erstes Narrativ). Es braucht solche institutionell und individuell verinnerlichten ausweisbaren Narrative – Erzählungen, für die Caritas-Einrichtungen stehen. Der ärztlich assistierte Suizid macht ein einladendes, nicht ausgrenzend-bewertendes Bekenntnis der Einrichtung erforderlich – Mitarbeitende suchen nach gut begründeter Orientierung.

Das zweite Narrativ beruht auf der Grund Erfahrung, dass der freiverantwortliche, dauerhafte und feste Wille zur Selbsttötung normalerweise in einer menschen- und lebensfreundlichen und -bejahenden Unternehmenskultur so gut wie nicht vorkommt. Es geht darum, die Erfahrung des unbedingten Gewolltseins jedes: jeder Einzelnen, individuell und institutionell ausweisbar, solidarisch zu gestalten (drittes Narrativ) und angesichts allen individuellen Leidens eine Kultur und einen Umgang mit der existenziellen Vulnerabilität und dem Sterben als Teil des Lebens schöpferisch zu gestalten (viertes Narrativ). In ethischer Perspektive gibt es einen begrifflichen und substantiellen Unterschied zwischen dem Töten eines Menschen, also der Hilfe zum (vorzeitigen) Sterben, und der Hilfe beim Sterben (fünftes Narrativ). Ebenso ist jegliche Handlung in christlich-ethischer Hinsicht grundsätzlich unverhältnismäßig, die darauf abzielt, Leiden zu lindern (Zweck), indem das Leben genommen wird (Mittel) – sechstes Narrativ. Selbstverständlich sind alle Mittel der passiven und indirekten Sterbehilfe nicht nur erlaubt, sondern gegebenenfalls geboten (siebtes Narrativ). Angesichts der moralisch legitimen Möglichkeiten der Hilfe beim Sterben inklusive des Verzichts auf Nahrung und Flüssig-



Grafik 2: Haltungen basieren auf Grundsätzen wie dem Menschenbild, Handlungen basieren auf Werten.

keit bleibt die Selbst- und Fremdtötung eines Menschen grundsätzlich ethisch illegitim, auch wenn sie nun verfassungsrechtlich legal ist (achtes Narrativ).

Es geht also um kreative Konzepte christlich geprägter, ermutigender Sterbe- und Abschiedskultur. Ultima-Ratio-Grenzsituationen des Einzelfalles bedürfen auch außerordentlicher Antworten im Einzelfall, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe unter Aspekten der Verfahrensgerechtigkeit verantwortungsvoll auszuloten sind. Hierzu bedarf es aber auch eines umfassenden individuellen und institutionellen Wissens, das

- ♦ das Erkennen des Unterschiedlichen, der Ambivalenz, von differenzierten Anlässen und Funktionen der Sterbe- und Selbsttötungswünsche ermöglicht;
- ♦ ein grundlegendes Wissen um die Wirklichkeit „Suizid“ fördert;
- ♦ das Phänomen Suizidalität und seine Bedeutung kennt;
- ♦ „Suizidmythen“ erkennt und vermeidet;
- ♦ den sicheren Umgang im Sprechen über das Sterben und den Tod sowie die Jenseits Hoffnung sicherstellt;
- ♦ mit eigener Sprachlosigkeit umgehen lässt;
- ♦ No-Gos in der begleitenden und sokratisch geprägten Gesprächsführung kennt;
- ♦ um die Bedeutung von Ritualen weiß.

Zugleich bedarf es ethischen Wissens und ethischer Kompetenz sowie Fertigkeiten vor dem Hintergrund des christlich geprägten Menschenbildes und der normativen Identität von Einrichtungen der Caritas:

- ♦ Allgemeines Tötungsverbot und Lebensschutz;
- ♦ Gewissensfreiheit und -schutz des:der Einzelnen;
- ♦ Haltung der Liebe und Toleranz, Werke der Barmherzigkeit;
- ♦ normative Narrative als Chiffren des Christlichen, zum Beispiel: Du bist gewollt – Gleichnis vom verlorenen Schaf – urteilt nicht! (das Gleichnis der Ehebrecherin);
- ♦ Solidarität, Subsidiarität, Gemeinwohlorientierung und Wohl der Einrichtung und der Bewohner:innen;

- ♦ Fürsorge und Selbstfürsorge und ihre Grenzen;
- ♦ Selbstbestimmungskonzepte: Wovon genau sprechen wir bei Selbstbestimmung? – Grenzen der Selbstverfügung;
- ♦ Recht auf freie Selbstbestimmung und Anspruch an die Selbstbestimmung;
- ♦ Wahrhaftigkeit, Diskretion, Schweigepflicht und Datenschutz;
- ♦ Fertigkeiten begleiteter und wertorientierter Willensbildung;
- ♦ sicherer Umgang mit den Formen der Sterbehilfe, der palliativen Sedierung und des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit;
- ♦ anwendbare situationsadäquate Güterabwägungsprozesse.

Es braucht zusätzlich institutionsethisch verankerte Formen der Ethikberatung: die moderierte ethische Fallbesprechung und Orientierungshilfen im Sinne von operationalisierter Unternehmensmoral, die Mitarbeitende mitgestalten und -organisieren.

Gemäß der afrikanischen Weisheit „Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind großzuziehen“ braucht es am anderen Ende des Lebens eine (Dienst-)Gemeinschaft, die situationsadäquat mit Sterbe- und Tötungswünschen von Menschen mit Beeinträchtigungen umgehen kann. Hierzu bedarf es offen kommunizierter institutionell verankerter Verfahren (Teambesprechungen, Information und Beteiligung der Leitung, Zusammenarbeit mit der Seelsorge und den für ACP⁴ Zuständigen, Begleitung der Angehörigen).

Empfehlung: die moderierte ethische Fallbesprechung

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich folgerichtig, dass es nicht nur personale Investitionen zum Beispiel durch Fortbildungen zu ethischen Themen braucht. Dringend werden organisational wirksame Instrumente nötig sein, um strukturiert mit ethischen Grenzsituationen – ob grundsätzlicher Art oder im Einzelfall – umgehen zu können.

Die moderierte ethische Fallbesprechung, die hier vorgestellt wird, ist aus organisati-

onethischer Perspektive ein geeignetes Instrument des machtfreien (deliberativen) Diskurses. Sie eröffnet in der Einrichtung einen Raum für die ethische Reflexion, um mit moralischen Verunsicherungen beziehungsweise mit moralisch geprägten Fragen umzugehen (gerade auch mit dem sogenannten moralischen Bauchgefühl). Mitarbeitenden sowie An- und Zugehörigen der Bewohner:innen und den zu Betreuenden selbst steht die moderierte ethische Fallbesprechung als niederschwellige Möglichkeit zur Verfügung, um sich zeitnah ethisch zu beraten und um Handlungsempfehlungen mit den Handelnden in ihrer je eigenen Verantwortung und Zuständigkeit zu erarbeiten. Dieses Beratungsinstrument will die jeweilige Verantwortungsübernahme argumentativ durchdringen und stärken, darf sie aber in keiner Weise ersetzen. Die moralische Ressource des:der Mitarbeitenden und im Team wird gestärkt, um zum Beispiel beim Ermitteln des mutmaßlichen Willens eines Bewohners begründet Aufhellung zu ermöglichen. Zugleich gilt die Einführung dieses Instruments als ein nach innen und außen ausweisbares Qualitätsmerkmal der Einrichtung. Seine Stärken:

- ♦ moralische Fragen der Mitarbeitenden und Klient:innen als ethische Fragen im Unternehmen ernst nehmen;
- ♦ Mitarbeitende durch die ethische Reflexion in ihrer eigenen moralischen Entwicklung, der Gewissensbildung, unterstützen;
- ♦ patientenorientiertes Denken stärken;
- ♦ Selbstentwicklung des gesamten Systems favorisieren statt Veränderung durch Einzelne oder „von außen“;
- ♦ interprofessionelle Teambildung;
- ♦ Widerspruchsmanagement unternehmensintern gestalten, etwa bei Widersprüchen zwischen jeweiliger Fachlichkeit und Interprofessionalität;
- ♦ diskursives Wertemanagement: unternehmensinternen Dialog ermöglichen, Beratung von Grundsatzfragen, die auch vom Träger in Auftrag gegeben werden können;
- ♦ vorgegebene Trägermoral und ethische

Prinzipien, grundgelegt im christlichen Menschenbild, operationalisieren;

- ♦ organisationales und individuelles Wissen erweitern und dezentralisieren;
- ♦ ein institutionell ausweisbares Qualitätsmerkmal „systemischer Barmherzigkeit“ nach innen und außen schaffen.

Hierzu braucht es in Theorie und Praxis ausgebildete Moderator:innen, die das nachfolgend dargestellte Setting kommunikativ und ethisch sicherstellen können.⁵ Diese sind „Ankermenschen für das Ethische“ in der Organisation, ohne selbst zu einem ethischen Tribunal zu werden. Vielmehr fungieren sie in ihrer unternehmensinternen Beratungsrolle und reflektieren diese immer wieder (s. Grafik unten⁶).

Es bleibt eine umfassende und stetige Herausforderung als Ausdruck des christlich geprägten Sendungsauftrags, eine strukturierte und in die Organisation implementierte Form von Ethik-Beratung zu schaffen, die vor

allem Fragen des Einzelfalls ethisch reflektieren und am Leitbild operationalisieren. Dauerhafte moralische Unsicherheit und Verunsicherung würde die moralische Ressource des:der Einzelnen frustrieren, denn metaphorisch-biblich gesprochen – nicht die Gesunden brauchen den Arzt. Es gilt, jedem:jeder Einzelnen in seiner:ihrer umfassenden Bedürftigkeit nachzugehen, um Teilhabe und Gewolltsein lebendig auszugestalten, so dass vor dem Hintergrund palliativer und hospizlicher Alternativen der Wunsch zur Selbsttötung nur selten dauerhaft geäußert wird.

Anmerkungen

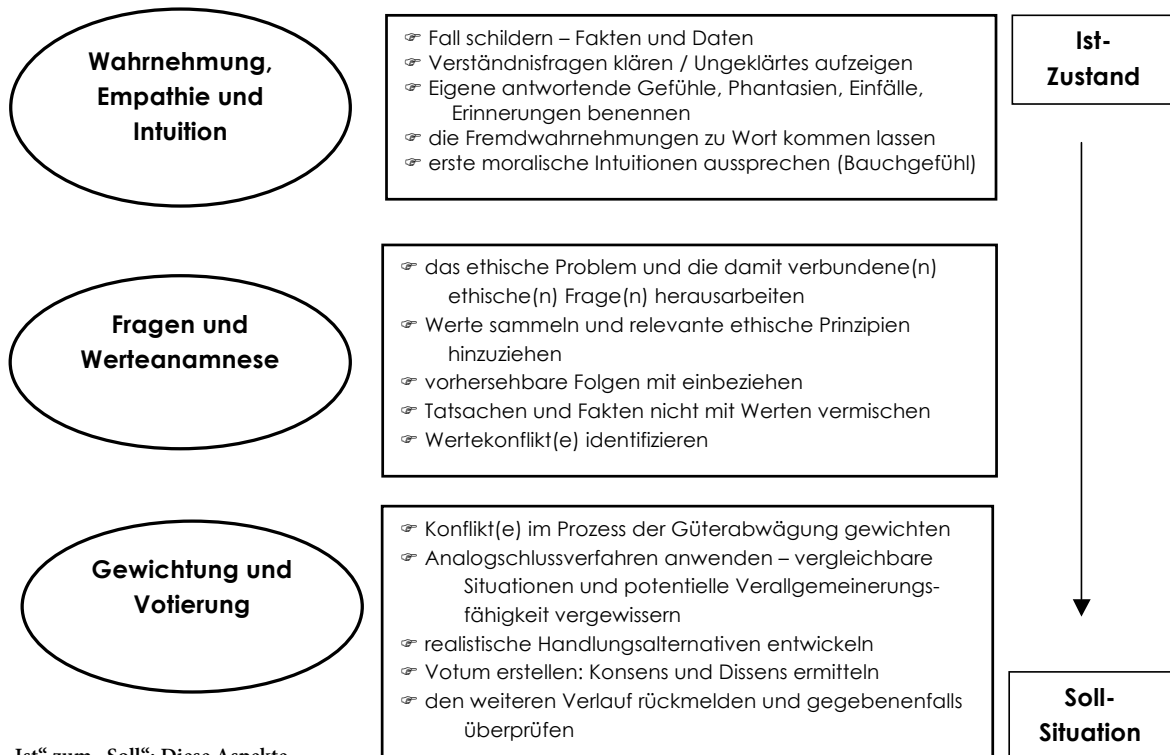
1. KLOTZ, K.; RIEDEL, A.: *Moralisches Belastungs-erleben von Pflegefachpersonen im Lichte des ICN-Ethikkodex*. In: *EthikJournal* 1/2023. Kurz-link: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-ethikjournal>
2. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/suizid.html
3. *Grunderfahrung der Hospiz- und Palliativbewe-*

gung: Bei bester umfassender und lebensbejahender Begleitung geht der freiverantwortliche Wille zur Selbsttötung gegen Null! DEUTSCHER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERBAND: *Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen*, 2022. Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-dialogpapier>

4. *Advance Care Planning (ACP) erlaubt die Vorausplanung der Sorge für palliativ betreute Patient:innen gemäß ihren Wünschen.*
5. *Der Autor dieses Beitrags bietet in der Caritas Moderator:innenschulungen an.*
6. *Entwickelt von SENSis Beraternetz für Ethik, Beratung, Entwicklung und Organisation, dessen Gesellschafter der Autor war.*



Stefan Kliesch
 Stabsstelle Ethik, Profil und Spiritualität beim Landes-Caritasverband für Oldenburg
 E-Mail: kliesch@lcv-oldenburg.de



Grafik 3: Vom „Ist“ zum „Soll“: Diese Aspekte sind auf dem Weg zu berücksichtigen.

Hospizlich-palliative Kultur: Viele tragen die Sterbebegleitung gemeinsam

Ein Erfahrungsbericht aus dem Anna-Katharinenstift Karthaus ermutigt andere Einrichtungen und Dienste, auch bei sich eine hospizlich-palliative Kultur zu etablieren.

Text **Ferdi Schilles**

Seit 1991 arbeite ich als Seelsorger im Anna-Katharinenstift Karthaus, einer Komplexeinrichtung mit Schwerpunkt in der Begleitung Erwachsener mit sogenannter geistiger Behinderung. Sterbe- und Trauerbegleitung gehört dabei zu den zentralen Aufgaben.

In diesen mehr als drei Jahrzehnten hat sich in der Eingliederungshilfe fachlich viel entwickelt – gerade auch im Blick auf den Umgang mit dem Sterben. Vor allem in den letzten fünfzehn Jahren haben wir in unserer Einrichtung eine hospizlich-palliative Kultur entwickelt, aus der unser Konzept „Begleitung am Lebensende“¹ entstanden ist. Dieser Beitrag zeigt die Entwicklung des Themas im Anna-Katharinenstift Karthaus auf, um zu einer palliativen Kultur zu ermutigen, die den individuellen Bedürfnissen der Bewohner:innen am Lebensende gerecht wird und zugleich an den Möglichkeiten der einzelnen Einrichtung orientiert ist.

Was „hospizlich-palliative Kultur“ bedeutet

Cicely Saunders, die Begründerin des weltweit ersten Hospizes, darf auch als Begründerin des Konzepts Palliative Care betrachtet werden. Ihr war es wichtig, die Prinzipien, auf denen es beruht, nicht allein auf stationäre Kontexte (Krankenhaus und Hospiz) zu beziehen. Cicely Saunders entwickelte ein Konzept mit vier Säulen von Palliative Care: medizinische Versorgung, Pflege auf den

körperlich notwendigen Ebenen, psychosoziale Begleitung – wozu zentral Lebensqualität und Selbstbestimmung gehören – sowie spirituelle Begleitung. Im Konzept von Palliative Care, das auch durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkannt wurde, stehen diese Säulen gleichberechtigt nebeneinander und ergänzen sich.

Das palliative Denken hat sich durch die Professionalisierung und die zunehmende Fokussierung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe immer stärker etabliert. Dies ist umso notwendiger, da die Selbstbestimmung der in den Einrichtungen Lebenden klar im Fokus stehen soll und Teilhabe auch in der letzten Lebensphase ein mit der UN-Behindertenrechtskonvention verbrieftes Recht und somit ein Auftrag der Eingliederungshilfe ist.

Andere Zeiten: Sterben wird multiprofessionell begleitet

Wenn ich an die Zeit vor 30 Jahren zurückdenke, fallen mir zwei Dinge spontan ein: Für das Begleiten sterbender Bewohner:innen waren die Ordensschwestern und die Seelsorge zuständig. Zu jener Zeit war es zum Beispiel noch selbstverständlich, dass die Ordensschwestern nachts am Bett von Sterbenden wachten. Auch die Verabschiedung war stark religiös und durch Rituale geprägt.

Andererseits war klar, dass es noch mehr brauchte, um den Umgang mit Sterben und Tod nicht nur an einen Teil der Mitarbeiterschaft zu delegieren. Immer deutlicher zeich-

nete sich ab, dass die Begleitung am Lebensende auf breitere Füße gestellt werden muss. So entstand seit den 1990er-Jahren schrittweise ein Konzept für eine ganzheitliche Begleitung schwer kranker, sterbender und trauernder Menschen, das durch praktische Erfahrung unter Beteiligung vieler gewachsen ist.

Von hoher Bedeutung waren und sind in diesem Prozess Rituale der Verabschiedung, die sehr persönlich auf die verstorbene Person ausgerichtet sind und die Hausgemeinschaft einbeziehen.

Mit Seelsorge und Ritualen allein wird man den Anforderungen aber nicht gerecht. Im Sinne einer angemessenen Professionalisierung war deshalb auch die Auseinandersetzung der Mitarbeitenden mit den Themen Sterben, Tod und Trauer und die Qualifizierung für diese Themen notwendig.

Zweitägige Fortbildung fängt Verunsicherungen auf

Deshalb haben wir seit den 1990er-Jahren ein zweitägiges Fortbildungsmodul zur Sterbebegleitung entwickelt, das den Titel „Den Abschied gestalten“ trägt. Wie der Titel schon andeutet, geht es nicht nur darum, eine Ausnahme-situation zu meistern, sondern die sehr existenzielle Erfahrung von Sterben und Tod anteilnehmend und mit Respekt zu gestalten. Wichtig ist es, Ängste und Unsicherheit von Mitarbeitenden ernst zu nehmen, da der Umgang mit Sterben und Tod durch Erfahrung erleichtert wird. Ziel ist es



Bild: Adobe Stock/Luca Lorenzelli

Ein Freundschaftsbändchen mit dem Franziskuskreuz könnte ein Zeichen sein für die Verbundenheit mit einer sterbenden Person, die das gleiche trägt.

deshalb, dass Mitarbeitende sich künftig in der konkreten Situation als handlungssicher erleben können.

Die zweitägige Mitarbeiter:innen-Fortbildung beginnt mit der eigenen biografischen Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, um die Grundlage für eine Haltung in der Begleitung zu schaffen. Leitideen für eine gute Begleitung werden thematisiert, an denen sich Mitarbeitende orientieren können. Daneben geht es auch um praktische Aspekte im Umgang mit Sterbenden. Gerade für diese handlungsbezogenen Fragen wurde ein umfangreicher Leitfaden für den Umgang mit Todesfällen entwickelt, der allen Beteiligten Sicherheit gibt.

Unser „Frühwarnsystem“: das Feld rechtzeitig in den Blick nehmen

Im Zuge der Entwicklung unserer Einrichtung in der Sterbebegleitung haben wir die Arbeitsgruppe „Verabschiedung“ gegründet. Wie der Name andeutet, lag ihr Ursprung in der Seelsorge bei denen, die sich um die Rituale der Verabschiedung nach dem Tod kümmern. Die Gruppe hat im Laufe der Zeit aber ein ganz anderes Profil angenommen. Ihre Aufgabe bestand mehr und mehr darin, wie ein Frühwarnsystem zu

erfassen, wo es in der Einrichtung Menschen gibt, denen es nicht gut geht, die schwer erkrankt sind oder deren Lebensende absehbar ist, und wo Bewohner:innen sich stark mit ihrem nahenden Lebensende beschäftigen. Hier wurde es zunehmend die Aufgabe der AG Verabschiedung, gemeinsam mit Mitarbeitenden, Mitbewohner:innen und Angehörigen für eine Begleitung der betroffenen Personen und ihrer Wohngruppen zu sorgen. In der AG sind Vertreter:innen verschiedener Bereiche der Einrichtung aus Wohnformen und Werkstatt, unterschiedliche Fachbereiche und Hierarchieebenen vertreten. Alle eint das Bemühen, gut im Blick zu haben, wer Unterstützung und Begleitung braucht, und sich abzustimmen, wer diese Hilfe in der konkreten Situation anbieten kann.

Es ist wichtig, in der Begleitung am Lebensende vernetzt und multiprofessionell zu arbeiten, um die anstehenden Aufgaben und Herausforderungen gemeinsam zu meistern.

Betroffene und Begleitende nicht alleinlassen

Um eine palliative Kultur zu etablieren, braucht es viel Erlaubnis. Die wichtigste ist, dass Sterben und Tod

etwas Normales und Teil des Lebens sind. Das mag auf den ersten Blick abstrakt klingen. Aber genau darum geht es: Sterben und Tod gehören zum Leben und sollten daher auch in besonderen Wohnformen selbstverständlicher Teil des Alltags sein. Trotzdem bleiben sie natürlich auch ganz besondere Situationen, die uns herausfordern.

Für viele Menschen sind Sterben und Tod bedrohlich – etwas, das wir uns gerne „vom Leibe halten“. Dahinter stecken oft verständliche Ängste – vor allem die Angst, etwas falsch zu machen. Trotzdem sind wir bemüht, alle Mitarbeitenden, die in der unmittelbaren Begleitung von Bewohner:innen arbeiten, in die Lage zu versetzen, auch das Sterben von Bewohner:innen in der Einrichtung zu begleiten. Eine veränderte Haltung, die den Prinzipien der Wertschätzung, der Empathie und Echtheit (C. Rogers) entspricht, ist aber nicht normativ herzustellen, sondern sie will eingeübt werden. Deshalb brauchen die Mitarbeitenden eine Hinführung, Einübung in die Praxis, Reflexion. Das Bewusstsein für die eigene Befindlichkeit – auch für Unsicherheit und Grenzen – im Sinne der Echtheit ist ein wesentlicher Baustein, um eine positiv achtsame und einfühlsame Zuwendung zu einer sterbenden Person zu entwickeln.

Der Umgang mit Sterbenden ist für Mitarbeitende ein Lernprozess, und es ist gut, wenn sie dabei „an die Hand genommen“ werden. Es hat sich gezeigt, dass die Haltung vor allem durch konkrete Erfahrungen in der Begleitung Sterbender wachsen kann und sich dadurch auch immer mehr Sicherheit entwickelt, indem Ängste und Unsicherheiten abgebaut werden. Nicht zuletzt haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Sterbenden selbst die „Lehrmeister“ in diesem Prozess sind, denn sie haben oft ein sehr intuitives Gespür für ihre Situation und für das, was sie brauchen.

Damit ein Sterbeprozess im Alltag einer Wohngruppe „normal“ wird, braucht es ebenfalls ganz viel Erlaubnis und Erfahrung. Das ist für die Sterbenden und ihr ganzes Umfeld (Mitarbeitende, Mitbewohner:innen,

Angehörige) wichtig. Dazu gehört es, das Umfeld über eine schwere Erkrankung oder eine akute Verschlechterung zu informieren, bei der sich das Sterben anbahnt. Es gilt Sorge zu tragen, dass darüber offen gesprochen werden kann. So können auch wichtige Bezugspersonen gemeinsam mit der betroffenen Person in die Wahrheit hineinwachsen.

Wir haben erfahren, dass die Sterbenden selbst ein klares Empfinden für ihre Situation haben – auch dann, wenn sie es nicht (mehr) äußern können. Auch Mitbewohner:innen nehmen die Befindlichkeit und Entwicklung sterbender Personen oft intuitiv sehr deutlich wahr. Die Erlaubnis, die eigenen Gedanken und Gefühle dazu offen äußern zu können, wirkt enttabuisierend und entlastend. Es ist gut, wenn auch die Tür zum Zimmer offen bleiben kann und Besuche der Mitbewohner:innen möglich sind, wenn dies dem Bedürfnis der:des Sterbenden entspricht. Es ist schon vorgekommen, dass sich eine sterbende Bewohnerin im Bett liegend auch in ihren letzten Tagen mitten im Wohnraum der Gruppe befand, so dass sie bis zuletzt am Leben der Wohngruppe teilhaben konnte – weil die Gruppe vorher immer ihr Ort war.

Wichtig ist es hier, stets ganz individuell zu entscheiden, was passt und was der sterbenden Person entspricht. Ein solch offener und sensibler Umgang bedeutet für alle Beteiligten eine Einübung in den Umgang mit dem Sterben, und er nimmt nicht nur bei den Mitarbeitenden Unsicherheiten und Ängste, sondern gibt auch den anderen Bewohner:innen Sicherheit und Orientierung im Umgang mit dem Sterben und ermöglicht ihnen zudem die Auseinandersetzung mit der Perspektive auf ihren eigenen Tod und mit ihren eigenen Wünschen.

Strukturen und Vernetzung bringen Entlastung

Sicherheit zu geben in einer Situation, die tendenziell unsicher und unverfügbar ist, kann durch das Etablieren haltgebender Strukturen gelingen, die Orientierung schaffen. Im Anna-Katharinenstift haben wir

zunächst einmal alle Aufgaben und Abläufe, die mit einem Sterbefall zusammenhängen, in einem Leitfaden zusammengefasst, der im Intranet unserer Einrichtung abrufbar ist. Er umfasst unsere „Philosophie“ im Umgang mit einem Sterbefall, wichtige Ansprechpartner:innen sowie interne wie externe Kontaktdaten, zudem zeigt er Abläufe, Aufgaben und Zuständigkeiten auf. Es ist wichtig, sich mit diesen Inhalten und Anforderungen rechtzeitig vertraut zu machen, damit man in der Situation selbst auf ein klares Handlungskonzept zurückgreifen kann.

Dazu gehört auch ganz wesentlich, dass für alle klar ersichtlich ist, wer in bestimmten Fragen ansprechbar ist. Neben der AG Verabschiedung haben wir mittlerweile einige in Palliative Care ausgebildete Fachkräfte, die von anderen Mitarbeitenden und Bereichen der Einrichtung um Beratung angefragt werden können und unterstützend wirken. Daneben ist die Vernetzung der Einrichtung mit externen Diensten und Expert:innen eine wertvolle Ergänzung.

Im Anna-Katharinenstift Karthaus haben wir das Glück, dass es in unserer Stadt und Region ein sehr gutes Netzwerk von Diensten und Angeboten gibt, auf die wir auch zurückgreifen können. Eine sehr wertvolle Unterstützung bietet das Palliativnetz (mancherorts auch als spezialisierte ambulante Palliativversorgung [SAPV] bekannt), das jederzeit genutzt werden kann, um unheilbar kranke Menschen oder Menschen in der letzten Lebensphase zu unterstützen. Voraussetzung ist die Eintragung der betreffenden Person in das Palliativnetz durch den Hausarzt. Der Dienst des Palliativnetzes, zu dem spezialisierte Pflegefachkräfte und Ärzt:innen gehören, kann in Fragen von Schmerztherapie und selbst am Wochenende jederzeit angerufen werden, um zu unterstützen. Das bedeutet für die Mitarbeitenden in den Wohngruppen eine große Hilfe. Sehr gut arbeitet unsere Einrichtung auch mit der örtlichen ambulanten Hospizbewegung, die Menschen in der letzten Lebensphase, wenn es gewünscht ist, durch ihre Mitglieder

begleiten kann. Sehr wichtig ist eine frühzeitige Kontaktaufnahme, um eine gute Beziehung zwischen der begleiteten und der begleitenden Person anzubahnen. In unserer Einrichtung gehen diese Begleitungen oft über Jahre, und sie sind für alle Beteiligten eine große Bereicherung. Die ehrenamtlichen Begleiter:innen der Hospizbewegung werden auch von den Mitarbeitenden der Einrichtung sehr wertgeschätzt.

Auch den externen Begleiter:innen ermöglichen wir eine Teilnahme an unserer Fortbildung „Den Abschied gestalten“. Hier können sich die Mitarbeitenden der Einrichtung und die der Hospizbewegung wechselseitig ihre jeweilige Expertise und Erfahrung zur Verfügung stellen.

Eine sehr gute Kooperation erleben wir auch mit dem stationären Hospiz vor Ort. Es kommt nicht oft vor, dass es notwendig ist, dort um einen Platz für eine:n sterbenden Bewohner:in anzufragen. Normalerweise ist es unser Anspruch, dass die Menschen auch in ihrem vertrauten Umfeld sterben können, wie es ihrem Wunsch entspricht. Aber es gibt Grenzen, die wir auch in unserer Einrichtung anerkennen müssen. Manchmal wird die Belastung für Mitarbeitende oder das Umfeld zu groß, und dann kann eine Aufnahme in ein Hospiz für alle sehr entlastend sein. Insbesondere für Mitarbeitende bedeutet das ein Aufatmen. Obwohl der:die ehemalige Bewohner:in dann offiziell nicht mehr zur Einrichtung gehört, halten wir den Kontakt, und die Mitarbeitenden begleiten die sterbende Person weiterhin – und das ganz individuell und von der Einrichtung mitgetragen. Im Hospiz erleben alle die Zentrierung auf die sterbende Person und ihre Bedürfnisse als sehr positiv. Und von Mitarbeitenden des Hospizes wird uns häufig rückgemeldet, dass die ehemaligen Bewohner:innen für sie ganz besondere Gäste sind, die auch in ihrer allerletzten Lebenszeit als Schwerkranken und Sterbende anderen durch ihre Unmittelbarkeit und Echtheit viel geben. Sie machen auf ganz eigene Weise erfahrbar, was „Leben bis zuletzt“ bedeutet.

Dem Willen der Sterbenden gerecht werden

Der Selbstbestimmung und dem Willen der betroffenen Person gerecht zu werden, ist ein unhintergebarer Rechtsanspruch und der Grundauftrag unserer Arbeit. Das gilt auch in der Begleitung am Lebensende. Diesen Anspruch zu erfüllen, erfordert Sensibilität und eine offene Kommunikation. Hilfreiche Instrumente dafür sind eine Patientenverfügung in leichter Sprache und das Angebot zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V. Die Einrichtung empfiehlt allen Bewohner:innen, sich frühzeitig mit den Fragen rund um eine Patientenverfügung zu beschäftigen und Vorsorge für Entscheidungssituationen am Lebensende zu treffen. Im Anna-Katharinenstift hat sich die Patientenverfügung von Bonn-Lighthouse (2019) „Zukunftsplanung am Lebensende. Was ich will“ in leichter Sprache² bewährt. Diese arbeitet zunächst die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen im Hinblick auf eine möglichst hohe Lebensqualität in der letzten Lebensphase heraus, bevor auf die Patientenverfügung im Sinne ultimativer Maßnahmen und außerdem auf Wünsche für die Beerdigung eingegangen wird.

Daneben führen zwei qualifizierte Mitarbeiterinnen die seit einigen Jahren implementierte gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) durch. Die dabei erhobenen Willenserklärungen und Wünsche der Bewohner:innen können so in der Sterbesituation besser berücksichtigt werden und geben allen Beteiligten Orientierung.

Gemeinsam nach dem richtigen Weg suchen

In der letzten Lebensphase treten manchmal Fragen und Konflikte auf, die nicht leicht zu beantworten oder zu lösen sind. Deshalb haben wir vor ungefähr zehn Jahren das Instrument der ethischen Fallbesprechung etabliert. Dies wird zum Beispiel für Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen genutzt wie etwa zu Fragen der Ernährung,

der (Nicht-mehr-)Notwendigkeit von Operationen oder Krankenhausaufhalten, oder wenn der Eindruck entsteht, der Selbstbestimmung von Bewohner:innen werde nicht hinreichend entsprochen. Ein Ethikzirkel, der aus Mitarbeitenden unterschiedlicher Bereiche der Einrichtung besteht, ist bei solchen Fragen und Konflikten ansprechbar. Jeweils zwei Mitglieder des Zirkels moderieren und protokollieren das Gespräch, an dem die betroffene Person selbst, ein:e Bezugsmitarbeiter:in, der:die gesetzliche Betreuer:in sowie – je nach Fragestellung – weitere Nahestehende oder der Hausarzt:die Hausärztin teilnehmen.

Nach dem Herausarbeiten der zentralen Fragestellung werden unterschiedliche Aspekte beleuchtet (medizinisch-pflegerisch, psychosozial, rechtlich etc.). Entscheidender Maßstab ist die Selbstbestimmung der Betroffenen. Nicht immer gibt es „die“ Lösung, aber das dialogische Verfahren und die multiprofessionelle Perspektive fördern das Weiten des Blicks und eine sehr hilfreiche Vergewisserung. Als großer Pluspunkt – wenn auch in manchen Situationen herausfordernd – hat es sich erwiesen, dass der:die betreffende Bewohner:in selbst beim Gespräch anwesend ist. So kann seine:ihre subjektive Sichtweise für alle hörbar werden.

Raum für Trauer und Abschied

Wenn die Sterbebegleitung ein gemeinsamer Weg ist, können auch der Abschied und die Trauer miteinander gelebt werden. Wichtig ist, dass niemand diesen Weg alleine gehen muss. Die wichtigsten Begleitenden im Prozess des Sterbens sind diejenigen, die auch vorher schon die wichtigsten Begleitenden im Alltag waren, also Bezugsmitarbeitende, Betreuer:innen und Verwandte, Freund:innen und Mitbewohner:innen. Es ist wichtig, dass auch sie begleitet werden, in unserem Fall durch Seelsorgende und die Mitglieder der AG Verabschiedung.

Für die Situation nach dem Versterben haben wir haltgebende Rituale des Abschied-

nehmens entwickelt. Wir bieten allen Mitbewohner:innen an, noch einmal im Zimmer des:der Verstorbenen am Sterbebett oder später im Verabschiedungsraum, wo die Möglichkeit zur Aufbahrung besteht, persönlich Abschied zu nehmen. Dieser unmittelbare Abschied hat gerade für Menschen mit einer geistigen Behinderung eine sehr wichtige Bedeutung, weil sie dem Verstorbenen ein letztes Mal begegnen und die Wirklichkeit des Todes besser erfassen können. Dabei besteht die Möglichkeit, der verstorbenen Person noch etwas zu sagen, einen Dank oder einen Wunsch. Auch die Trauer hat hier Platz und darf ausgedrückt werden. Das ist nicht leicht, aber es entlastet. Eine ältere Bewohnerin, die immer Angst vor dem Tod hatte, fragte einmal beim Verlassen des Zimmers nach einer Verabschiedung: „Tut ihr das auch für mich?“

Andere Rituale, die sich bei uns bewährt haben, sind neben der persönlichen Gestaltung der Beerdigung das Totengedenken für die verstorbene Person, bei dem sie mit ihrer unverwechselbaren Biografie und Persönlichkeit gewürdigt und ihre Bedeutung für die Hinterbliebenen aufgezeigt wird. Dafür wird auch – meist in der Kapelle für alle sichtbar und zugänglich – ein Erinnerungstisch mit Gegenständen und Symbolen für die verstorbene Person aufgebaut. Für jede:n Verstorbene:n wird außerdem ein Erinnerungsbuch angelegt, in das jede andere Person etwas hineinschreiben, -malen oder -kleben kann.

Dabei sind die Mitarbeitenden behilflich. Nach dem Sechswochenamt bekommt die Wohngruppe der verstorbenen Person dieses Erinnerungsbuch und einen großen Kieselstein, den sie passend zum:zur Verstorbenen gestalten kann.

Mit diesen Ritualen ist der Prozess des Abschiednehmens aber noch nicht abgeschlossen. Wir bieten den Mitarbeitenden von Teams, in denen es einen Sterbefall gegeben hat, regelhaft ein Austauschgespräch sowohl unmittelbar nach dem Todesfall als auch nach einigen Wochen an, um alles, was die Mitarbeitenden und die Wohngruppe bewegt hat, noch einmal reflektieren zu können.

Für Bewohner:innen haben wir zudem ein spezielles Angebot für die Auseinandersetzung mit Verlust- und Trauererfahrungen entwickelt. Ein- bis zweimal jährlich besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Trauerworkshop mit dem Titel „Manchmal bin ich traurig“.

Jede Einrichtung hat ihr eigenes Tempo

Die Kultur in unserer Einrichtung ist nicht vom Himmel gefallen, sondern hat sich im Laufe vieler Jahre entwickelt und differenziert. Die strukturellen und personellen Voraussetzungen sind in den Einrichtungen aber sehr unterschiedlich. Deshalb sollten die Verantwortlichen in Einrichtungen und Diensten ihren je eigenen Weg finden und ihn

ihren Möglichkeiten und Besonderheiten entsprechend gehen.

Von meiner Seite kann ich alle nur ermutigen, dass es lohnt, sich dem Thema Sterben und Tod zu stellen, um auch in der letzten Lebensphase schwerkranken und sterbenden Menschen eine gute Lebensqualität zu ermöglichen.

Anmerkungen

1. ANNA-KATHARINENSTIFT KARTHAUS (Hrsg.): Konzept „Begleitung am Lebensende“. Kurzlink: <https://tinyurl.com/CBP-spezial-katharinenstift>
2. Bestellung unter: <https://bonn-lighthouse.de/pv>

Weiterführende Literatur

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN; DEUTSCHER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERBAND E. V. (Hrsg.): *Charta zur Betreuung schwerkranken und sterbender Menschen in Deutschland*, 2016.

ROSER, T.: *Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*. Kohlhammer, 2017.



Ferdi Schilles

Seelsorger im Anna-Katharinenstift Karthaus
E-Mail: ferdi.schilles@akstift.de

IMPRESSUM

www.cbp.caritas.de

Redaktion: Janina Bessenich (jb) (verantwortlich), Ute Dohmann-Bannenberg (udb), Wilfried Gaul-Canjé, Klemens Bögner (neue caritas)

Kontakt: Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V., Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin, Tel. 0 30/28 44 47-8 22, Fax: 0 30/28 44 47-8 28, E-Mail: cbp@caritas.de, www.cbp.caritas.de

Gesamttitle: CBP-Spezial ISSN 2190-7978

Vertrieb: CBP-Geschäftsstelle Berlin (Adresse s. oben)

Herausgeber: Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.

Stücktitle: CBP-Spezial Heft 14 – September 2024

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Mehr als 1100 Mitgliedereinrichtungen und Dienste begleiten mit ca. 94.000 Mitarbeitenden rund 200.000 Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung und unterstützen ihre selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

www.cbp.caritas.de

ISBN 978-3-9800359-9-6

Layout: Peter Blöcher, Freiburg

Titelfoto: CBP/Cornelia Suhan

Sterbende begleiten, fürs Leben lernen

Seit sechs Jahren sind am Benediktushof Maria Veen die palliative Begleitung schwerkranker Bewohner:innen und die Gesundheitliche Versorgungsplanung professionell etabliert.

Text **Marit Konert und Nicola Bußkönning**



GVP-Beraterin Nicola Bußkönning (M.) mit den Heilerziehungspfleger:innen Julia Müller und Jannik Kötting.



Bilder Marit Konert

Nicola Bußkönning (l.) und ihre Kollegin Yvonne Terfort aus dem Wohnbereich (zuständig für die Koordination) zeigen ein Kunstwerk, das bei einem Projekttag „Tod und Sterben im Benediktushof“ entstand. Es wurde von Bewohner:innen, Mitarbeitenden und Netzwerkpartnern gemeinsam gestaltet.

Fünf Tage und vier Nächte haben die beiden 25-jährigen Heilerziehungspfleger:innen Jannik Kötting und Julia Müller die 75-jährige schwerkranke Bewohnerin Anna (Name geändert) im Benediktushof Maria Veen begleitet, bevor sie in ihrem Zimmer in ihrer Wohngruppe starb. Bis zum Schluss konnte Anna – auf eigenen Wunsch und dank intensiver Unterstützung des gesamten

Mitarbeiter:innen-Teams – in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Damit das bestmöglich funktioniert, hat der Benediktushof Maria Veen die Begleitung Sterbender vor Ort in den vergangenen sechs Jahren zunehmend professionalisiert.

„Wir kannten Anna gut und wollten auch an ihrem Lebensende bei ihr bleiben“, berichten Jannik Kötting und Julia Müller, die im

Benediktushof Maria Veen Menschen mit Behinderung begleiten, fördern und in ihrem Alltag unterstützen. Den jungen Leuten war es ein Herzensanliegen, die schwerkranke Bewohnerin auf ihren Wunsch hin beim Sterben nicht allein zu lassen. Dank guter Organisation, Teamarbeit und eines ausgeklügelten Zeitplans konnte rund um die Uhr jemand an Annas Seite sein.

Für Julia und Jannik war es das erste Mal in ihrem Leben, dass sie einen Menschen beim Sterben begleiten konnten. Sie standen während der Zeit in sehr engem Kontakt zu ihren Kolleg:innen und zu einer Palliativärztin in Reken, die rund um die Uhr für die Mitarbeitenden im Benediktushof ansprechbar war und für größtmögliche Schmerzfreiheit der Patientin sorgen konnte.

Als Annas Lebensende näherrückte, organisierten Julia und Jannik einen letzten Besuch von Annas Schwester aus Dortmund. Außerdem konnten sich die

Mitbewohner:innen aus der Wohngruppe von Anna verabschieden. „Das mitzuerleben war für mich das Schwerste und zugleich das Schönste“, erinnert sich Julia Müller an viele Geschichten, die die Bewohner:innen am Sterbebett von Anna erzählten, zum Beispiel über gemeinsame Erlebnisse, die sie mit Anna verbanden. Miteinander reden, miteinander schweigen: Bis zum letzten Atemzug war jemand an Annas Seite und hielt ihre Hand.

Oft sind es Kleinigkeiten, die – neben schmerzlin-
dernden Medikamenten – den Sterbeprozess erleich-

*„Oft sind es
Kleinigkeiten, die
den Sterbeprozess
erleichtern“*

Zur Person: Nicola Bußkönning (55), Palliativ-Care-Fachkraft und GVP-Beraterin im Benediktushof Maria Veen

Als gelernte Altenpflegerin habe ich zehn Jahre am Benediktushof Maria Veen als Pflegefachkraft im Wohnbereich für Menschen mit körperlichen, geistigen, psychischen und schwerstmehrfachen Behinderungen gearbeitet. Im Jahr 2018 schloss ich die Palliativ-Care-Fortbildung ab und nahm am dreijährigen Projekt teil „Palliative Praxis gestalten: Achtsam, komplementär und inklusiv“. Seit August 2022 bin ich Palliativ-Care-Fachkraft sowie Beraterin für die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) am Benediktushof Maria Veen.

Bereits während meiner langjährigen Tätigkeit als Altenpflegerin hat mich die Begleitung schwerkranker, sterbender Bewohner:innen besonders interessiert. Im Jahr 1992 schloss ich die Fortbildung „Sterbebegleitung“ ab. Leider gab es in den 90er-Jahren noch keine Dokumente wie zum Beispiel Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen.

Nach langer Elternzeit startete ich 2012 als Pflegefachkraft im Benediktushof Maria Veen wieder ins Berufsleben. Ich war überrascht, welchen besonderen Stellenwert die palliative Begleitung sterbender Bewohner:innen in dieser Einrichtung hat. Es gab bereits kleine Bücher mit dem Titel: „Mein letzter Wille“, die von Mitarbeitenden mit einigen Bewohner:innen liebevoll gestaltet worden waren. Auch gab es bereits Patientenverfügungen, die aber meistens von den Eltern der Bewohner:innen erstellt worden waren. Sie waren allerdings häufig nicht in leichter, verständlicher Sprache, sondern in einer sehr komplizierten Fachsprache geschrieben. Zudem wurde darin die spirituelle, seelsorgerische und psychosoziale Begleitung komplett außer Acht gelassen.

In den darauffolgenden Jahren habe ich die Erfahrung gemacht, dass in unserer Einrichtung Sterbende sehr menschenwürdig

und individuell begleitet worden sind. Besonders beeindruckt hat mich der Umgang in der jeweiligen Wohngruppe mit sterbenden Mitbewohner:innen. Häufig sind, wenn der:die Bewohner:in es wünscht, die Zimmertüren offen, so dass Mitbewohner:innen, Freund:innen und Mitarbeitende den:die Sterbende:n besuchen und sich persönlich verabschieden können. Letzte Worte und Gesten sind möglich. Wenn es gewünscht wird, ist das Seelsorgeteam des Benediktushofes fester Bestandteil in der Sterbebegleitung und eine gute Unterstützung für das versorgende Team und die Angehörigen.

Nach dem Tod bleibt der:die Bewohner:in in der Regel noch 24 Stunden im eigenen Zimmer. So besteht für Nahestehende die Möglichkeit eines würdevollen Abschieds. Die Einrichtung unterstützt eine engmaschige Begleitung und Betreuung durch die Mitarbeitenden – Überstunden werden dafür in Kauf genommen, was eine klare Haltung zur Bedeutung der Sterbebegleitung zeigt.

Im Jahr 2017 nahm der Benediktushof am bereits erwähnten Projekt der Europäischen Seniorenakademie „Palliative Praxis gestalten“ teil. Als Pflegefachkraft erhielt ich die Möglichkeit, die Palliativ-Care-Fortbildung mit 160 Stunden abzuschließen. Es hat sehr viel Spaß gemacht, Teil des Projektes zu sein. So hatte ich die Chance, aktiv an der palliativen Versorgung schwerkranker und sterbender Bewohner:innen mitzuwirken. Zeitgleich absolvierte die Projektleitung unserer Einrichtung die GVP-Fortbildung und entwickelte dabei eine Vorlage zur Willensäußerung/Patientenverfügung in einfacher Sprache und mit Metacom-Symbolen (einem professionell und speziell für die Unterstützte Kommunikation gestalteten Symbolsystem).

Nicola Bußkönning

tern können: der Duft vom Lieblingsparfum, die Tasse Kaffee mit Zucker, ein Elvis-Lied aus der Musikbox, das Zudecken der Patientin mit ihrer Lieblingsdecke. Jannik Kötting und Julia Müller sind froh und dankbar, dass sie Anna auf ihrem letzten Lebensweg begleiten durften und dabei bestmögliche Unterstützung vom ganzen Haus bekamen. Jannik Kötting sagt: „Das hat etwas mit Menschlichkeit zu tun, und am Ende ist man einfach erleichtert, wenn die betreffende Person es geschafft hat!“

Der Benediktushof Maria Veen

Der Benediktushof Maria Veen liegt in der Gemeinde Reken im westlichen Münsterland und ist eine Tochter der Josefs-Gesellschaft (JG-Gruppe) in Köln. Die Einrichtung betreut Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen und Menschen mit psychischen Einschränkungen. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der Mensch mit seinen Vorstellungen und Zielen. Die Angebote in den Bereichen Bildung und Arbeit, Wohnen und Leben, Gesundheit, Sport und Rehabilitation werden auf den Bedarf des:der Einzelnen abgestimmt. Als katholischer und gemeinnütziger Träger leistet der Benediktushof Maria Veen kompetente Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Bewohner:innen stehen im Mittelpunkt der Arbeit. Leichte Sprache ist für viele Grundvoraussetzung. Dabei dürfen Tod und Sterben kein Tabu sein. Darüber zu sprechen ist gar nicht schlimm, sondern kann – im Gegenteil – für alle sehr hilfreich sein. War die Sterbebegleitung im Benediktushof Maria Veen schon immer gut, ist sie jetzt professionell und gut. GVP-Beratung bedeutet Teilhabe! Schließlich bestimmt der:die Bewohner:in, was mit ihm:ihr noch passieren soll und was nicht.

Und es gilt Fragen zu beantworten wie: Wie geht es weiter nach dem Tod des Bewohners? Wie geht es den Mitbewohner:innen und den Mitarbeiter:innen? Der Benediktushof Maria Veen bietet Trauerarbeit für Bewohner:innen an, zum Beispiel kommt

Kunst als wichtiges Medium der Kommunikation zum Einsatz. Außerdem gibt es Verabschiedungsrunden, Rituale und Gespräche – für Bewohner:innen und Mitarbeitende. Für all dies ist ein gutes internes und externes Netzwerk wichtig:

Internes Netzwerk

- ◆ Physiotherapie/Ergotherapie: Lymphdrainage, Muskelentspannung, basale Stimulation, individuelle, auf Art der Erkrankung ausgerichtete Physiotherapie;
- ◆ Diätassistent:in: individuelle Anpassung der Nahrungsmittel- und Getränkeauswahl, Zubereitung von Wunschkost für schwerkranke, sterbende Bewohner:innen;
- ◆ koordinierende Wohnbereichsleitung, Ansprechpartner für alle Wohnbereichsleitungen und Mitarbeitende: stellt bei Bedarf Kontakt zum Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) und zur Palliativ-Care-Fachkraft her;
- ◆ Pflegekoordinator:in: entwickelt individuelle Unterstützung für den:die Bewohner:in. Es wird geschaut, welche Hilfsmittel benötigt werden, und falls nötig, wird der:die Wundexpert:in kontaktiert. Für die Mitarbeitenden wird geschaut, wie das Umfeld optimiert werden kann, um die Versorgung des:der Sterbenden zu erleichtern;
- ◆ Seelsorgeteam: Regelmäßig werden Gespräche und kirchliche Rituale für betroffene Bewohner:innen und Angehörige angeboten. In der Sterbebegleitung ist unsere Seelsorge ein fester Bestandteil des Teams. Dieses Angebot besteht auch dann, wenn von dem:der Bewohner:in keine kirchlichen Rituale gewünscht sind;
- ◆ Case Management.

Externes Netzwerk

- ◆ PKD (Palliativmedizinischer Konsiliardienst);
- ◆ Hausärzt:innen, Fachärzt:innen;
- ◆ Apotheken;
- ◆ Ambulanter Hospizdienst;
- ◆ Aromatherapeut:innen;

◆ Fachkraft tiergestützter Intervention. Seit 2022 ist eine GVP-Beraterin in der Einrichtung tätig. Die GVP ist ein wichtiger Bestandteil der Teilhabe und findet hauptsächlich in Leichter Sprache statt. Die Bewohner:innen informieren sich häufig selbstständig über die GVP, vereinbaren Termine und verfassen mit Hilfe der GVP-Beraterin nach circa zwei bis sechs Gesprächen ihre eigene Willensäußerung: Sie legen fest, was für sie noch getan werden soll, wenn sie schwerkrank sind und bald sterben werden. Zusätzlich haben sie die Möglichkeit, eine Verfügung für den akuten Notfall zu erstellen. In dem spirituellen/seelsorgerischen/psychosozialen Bogen wird sehr individuell festgelegt, was der:die Bewohner:in mag und was nicht, wie er:sie sich am wohlsten fühlt und welche Interessen er:sie hat. Auch besteht die Möglichkeit, aufschreiben zu lassen, wie und wo man beerdigt werden möchte (Sarg oder Urne, Gottesdienst, Musik etc.).

Nach sechs Jahren palliativer Begleitung schwerkranker Bewohner:innen und GVP-Beratung zeigt sich: Indem der:die Bewohner:in festgelegt hat, was ihm:ihr wichtig ist, kann eine bestmögliche Sterbebegleitung stattfinden. Viele Teile des Netzwerks greifen ineinander, und somit wird der:die Schwerkranke optimal ummantelt (Pallium = Mantel).



Marit Konert

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, JG-Gruppe – Benediktushof gGmbH
E-Mail: m.konert@benediktushof.de



Nicola Bußkönning

Palliativ-Care-Fachkraft und GVP-Beraterin, JG-Gruppe – Benediktushof gGmbH
E-Mail: nicola.busskoenning@benediktushof.de

Forschungsprojekt PiCarDi

Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung am Lebensende bestmöglich zu versorgen: Da es dazu bisher wenig Erkenntnisse gibt, hat ein Forschungsteam von drei deutschen Hochschulen über drei Jahre zu diesem Thema geforscht, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Der Projektname PiCarDi steht für die englischen Begriffe „Palliative Care“ und „Disability“. Der deutsche Projektname lautet: „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung“.

Nach einer Analyse der existierenden Praxis der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung in

unterschiedlichen Versorgungssettings wurde das Projekt in seiner zweiten Förderphase an drei Standorten bis Ende Oktober 2023 weitergeführt.

Die im Forschungsprojekt erarbeiteten Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen stehen auf der Website des Projekts zur Verfügung. Für diese Homepage erhielt das PiCarDi-Forschungsteam 2022 den Wissenschaftspreis der Stiftung Leben Pur.

Infos zum Anschlussprojekt sind im Projektflyer zu finden, ebenfalls auf der Homepage:

www.picardi-projekt.de

Schulung zum Umgang mit Todeswünschen

Mit seinem Schulungsangebot möchte das Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln alle unterstützen, die schwer erkrankte oder hochaltrige Menschen behandeln und begleiten. Ziel ist es, ihre Sicherheit, ihr Wissen, ihre Fertigkeiten und ihre reflektierte Haltung im Umgang mit deren geäußerten Todeswünschen zu stärken.

Studien der Uniklinik Köln haben gezeigt, dass eine ergebnisoffene Haltung die beste Voraussetzung dafür ist, dass der:die Gesprächspartner:in von sich aus und für sich die für ihn:sie beste Lösung findet. Bei der Vermittlung der Schulungsinhalte wird Wert auf die Kombination wissenschaftlich fundierter Informationen mit praktischen interaktiven Übungen gelegt.

Die Schulung besteht aus folgenden Modulen:

- ◆ Modul 1: Todeswünsche in der Praxis
- ◆ Modul 2: Haltung, Normen und Werte einschließlich rechtlicher Rahmenbedingungen
- ◆ Modul 3: Wissenschaftliche Perspektive und Leitfäden
- ◆ Modul 4: Reflexion zum eigenen Umgang – Fallbeispiele

- ◆ Modul 5: Umgang mit Todeswünschen – praktische Übung

- ◆ Modul 6: Selbstschutz

Wenn gewünscht, werden auch Möglichkeiten betrachtet, wie in der jeweiligen Einrichtung, im Team oder im Kreis der Kolleg:innen eine gemeinsame Haltung zur Begleitung von Menschen mit Todeswünschen entwickelt werden kann. Dies kann auch die Haltung gegenüber Anfragen nach Assistenz beim Suizid beinhalten.

Außer an Angehörige aller relevanten Berufsgruppen richtet sich das Schulungsangebot auch an ehrenamtlich Tätige sowie an betroffene An- und Zugehörige.

Die Schulungen werden auch digital angeboten. Sie sind kostenpflichtig, die Gebühren bemessen sich am gewünschten Umfang des Angebots. Falls Interesse besteht, in der Einrichtung eine Schulung zum Umgang mit Todeswünschen anzubieten, steht ein Anmeldebogen bereit unter: <https://tinyurl.com/CBP14UniK>

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



Einfache Sprache

Das Buch stellt die Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur in Einrichtungen der Eingliederungshilfe vor. Die Beiträge präsentieren die Ergebnisse der Vorträge und Workshops des Fachtags *Inklusion am Lebensende?! Menschen mit geistiger Behinderung bis an das Lebensende begleiten* im März 2019. Daraus ergeben sich erste Anregungen aus der Praxis für die Praxis. Zielgruppe sind Interessierte aus dem Bereich der Eingliederungshilfe und der Hospiz- und Palliativarbeit.

2020, 168 Seiten, kartoniert
€ 22,- **inkl. eBook**
ISBN 978-37841-3293-8



Einfache Sprache

Liebevoll illustriert

Basierend auf der Trauertheorie von Chris Paul erklärt die Autorin, was in Trauerprozessen passiert. Sie richtet sich mittels Einfacher Sprache und leicht verständlichen Bildern an Betroffene und deren Umfeld. Das Verstehen von Trauerreaktionen ermöglicht, die Geschichte auf viele andere Verlustsituationen zu übertragen.

Das Buch unterstützt trauernde Menschen mit und ohne Behinderung wie auch die Personen, die mit ihnen arbeiten.

2022, 28 Seiten, gebunden
farbig illustriert
€ 26,- **inkl. eBook**
ISBN 978-3-7841-3512-0



Das Handbuch für die Praxis zeigt Fachkräften der Behindertenhilfe praktische Lösungen auf und welche Unterstützung und Hilfe für Menschen mit Behinderung am Lebensende möglich, gewünscht und passend ist. Der weit gefasste Hilfebegriff umfasst Hintergrundinfos ebenso wie Hinweise zur sensiblen, persönlichen Betreuung und Hilfestellung für kleine Andachten. Konkrete Hinweise, was bei Tod, Nachlassregelung und Bestattung zu tun ist, ergänzen die vielschichtige Text- und Materialsammlung.

2019, 108 Seiten, kartoniert
€ 23,-
ISBN 978-3-7841-3216-7



Das Buch versteht sich als eine Einführung in die Theorie und Praxis des Empowerment-Konzepts unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit Lernschwierigkeiten und komplexen Beeinträchtigungen. Fokussiert werden Bereiche der Heilpädagogik und Sozialarbeit (z. B. Elternarbeit, Wohnen, Arbeit), Schulpädagogik (Unterricht) und Erwachsenenbildung.

4., aktualisierte Auflage
2022, 336 Seiten, kartoniert
€ 35,- **inkl. eBook**
ISBN 978-3-7841-3532-8



Das Buch vermittelt in der 3. Auflage die rechtlichen Grundlagen in der Heilpädagogik und Heilerziehungspflege weiter umfassend. Das Lehrbuch ist auf dem Rechtsstand vom Herbst 2021.

3., aktualisierte Auflage
2022, 360 Seiten, kartoniert
€ 26,- **inkl. eBook**
ISBN 978-3-7841-3396-6



Diese Ausgabe enthält die aktuelle Fassung des Textes des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX).

Stand: 1. Januar 2022

4., aktualisierte Auflage
2022, 380 Seiten, kartoniert
€ 12,90
ISBN 978-3-7841-3468-0

JETZT BESTELLEN

www.lambertus.de/inklusion

Alle Bücher sind auch als **eBook** erhältlich.



Jetzt den **kostenlosen Newsletter** abonnieren unter www.lambertus.de/newsletter

Es gelten unsere AGB. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter www.lambertus.de/datenschutz

www.lambertus.de

