

Der Umgang mit Sterbewünschen in katholischen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

Empfehlung

Diözesaner Ethikrat
im Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e. V.



ERZBISTUM
PADERBORN

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	3
1 Erinnerung an die kirchliche Grundposition zur sog. Sterbehilfe	4
2 Zur Phänomenologie von Sterbewünschen	6
2.1 Herausforderungen in der Praxis	6
2.2 Vielgestaltigkeit von Sterbewünschen	7
2.3 Zur Differenz von ‚Sterbewunsch‘ und ‚Suizidalität‘	10
3 Ethische Orientierung	13
4 Empfehlungen für die Praxis	16
4.1 Träger	17
4.2 Mitarbeitende	18
Veröffentlichungen des Diözesanen Ethikrates	20
Mitglieder des Diözesanen Ethikrates im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.	21

IMPRESSUM

Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Am Stadelhof 15
33098 Paderborn

Telefon 05251 209-0
Telefax 05251 209-202

ethikrat@caritas-paderborn.de
www.caritas-paderborn.de

VERANTWORTLICH

Thomas Becker
Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Josef Lüttig
Diözesan-Caritasdirektor

GESTALTUNG, HERSTELLUNG
Mues + Schrewe GmbH, www.mues-schrewe.de

Paderborn, Stand August 2022, 1. Auflage

EINLEITUNG

Der Aufbau einer christlichen Sterbekultur in katholischen Einrichtungen stellt eine ebenso anspruchsvolle wie lohnende Aufgabe dar. Zwar hat die zunehmende Verbreitung palliativmedizinischer und hospizlicher Angebote dazu beigetragen, der starken Tabuisierung des Todes in unserer Gesellschaft entgegenzuwirken. Doch stehen Mitarbeitende in kirchlich getragenen Diensten der Gesundheits- und Altenhilfe immer wieder vor großen Herausforderungen im Umgang mit Sterben und Tod, die teils aus der Knappheit personeller Ressourcen, teils aus ungeklärten Verantwortlichkeiten innerhalb der Einrichtungen, teils aber auch daraus resultieren, dass die Spannung zwischen einer fortschreitenden Liberalisierung des Sterbehilferechts in einer zunehmend säkularen Gesellschaft und dem moralischen Selbstverständnis des katholischen Trägers der jeweiligen Einrichtung immer größer wird. Vor allem die Entscheidung des BVerfG vom 26.2.2020, mit der das erst 2015 in Kraft getretene strafrechtliche Verbot der sog. geschäftsmäßigen Suizidassistenten für nichtig erklärt wurde, stellt nach Einschätzung der Vorsitzenden von Deutscher Bischofskonferenz (DBK) sowie Evangelischer Kirche in Deutschland (EKD) einen bedauerlichen „Einschnitt in unsere auf Bejahung und Förderung des Lebens ausgerichtete Kultur dar“¹. Dieses weitreichende höchstrichterliche Urteil zwingt nicht nur den Gesetzgeber zur Neureglung der Grenzen legaler Suizidassistenten, es nötigt auch Mitarbeitende in kirchlichen Einrichtungen dazu, ihren Umgang mit den Sterbewünschen der ihnen anvertrauten Menschen kritisch zu reflektieren. Da die DBK bislang kein eigenes Dokument vorgelegt hat, das die einschlägigen universalkirchlichen Vorgaben² in der gebotenen Differenziertheit für diesen Gegenstandsbereich auswertet³, möchten wir diesen Prozess der Selbstvergewisserung dadurch

1 Vgl. Gemeinsame Erklärung der Vorsitzenden der EKD und der DBK zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, vom 26.2.2020.

2 Vgl. Samaritanus bonus Kap. V.

3 Das Papier der Pastoralkommission „Bleibt hier und wachet mit mir!“ (Mt 26,38).

Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, (23.2.2021) behandelt das Thema im Abschnitt 2.2.3 eher nebenbei.

unterstützen, dass in einem ersten Text einige Anregungen dafür gegeben werden, was Sterbewünsche bedeuten (können) und wie mit ihnen ethisch informiert umzugehen ist. In einem späteren Dokument wird es dann um das speziellere Problem der Suizidalität und den rechtskonformen Umgang mit suizidalen Menschen innerhalb katholischer Einrichtungen gehen, die ihr ‚Recht auf selbstbestimmtes Sterben‘ in der Weise nutzen wollen, dass sie die Hilfe Dritter zur Unterstützung einer Suizidhandlung in Anspruch nehmen. Da die genauen Bestimmungen eines neuen Gesetzes zur Regelung der Suizidassistenz in Deutschland derzeit noch nicht absehbar sind, konzentriert sich der vorliegende Text zunächst auf das basalere Phänomen der Sterbewünsche, deren Artikulation in der Praxis nicht selten eine Handlungsunsicherheit auslöst. Im Anschluss an eine kurze Erinnerung an die kirchliche Position zur sog. Sterbehilfe sollen zunächst einige wichtige Sachinformationen zum Phänomen der Sterbewünsche in Erinnerung gerufen werden. Im Anschluss daran sind einige ethisch bedeutsame Aspekte für den Umgang mit Sterbewünschen zu benennen. Abschließend werden einige konkrete Empfehlungen für die Praxis gegeben.

1 ERINNERUNG AN DIE KIRCHLICHE GRUNDPOSITION ZUR SOG. STERBEHILFE

Der mehrdeutige Begriff der ‚Sterbehilfe‘ umfasst mit der ‚Hilfe *beim* Sterben‘ und der ‚Hilfe *zum* Sterben‘ mehrere, sowohl rechtlich als auch moralisch voneinander zu unterscheidende Handlungsformen. Während es bei der sog. ‚Hilfe beim Sterben‘ um verschiedene Maßnahmen (z. B. der Therapiebegrenzung sowie der umfassenden Sterbebegleitung) geht, durch die der natürliche Sterbeprozess einer Person zugelassen und erleichtert wird, umfasst die sog. ‚Hilfe zum Sterben‘ sowohl die unter bestimmten Voraussetzungen rechtlich zulässige Unterstützung einer Suizidhandlung als auch die nach geltendem Recht stets strafrechtlich verbotene ‚Tötung auf Verlangen‘. Auf der Grundlage des normativen Leitbildes eines ‚na-

türlichen Todes⁴ lehnt die katholische Kirche nicht nur Fremdtötungen, sondern auch in Freiheit begangene Selbsttötungen aus verschiedenen Gründen als moralisch unzulässig ab: erstens weil sie die natürliche Selbstliebe verletzen und eine Totalverfügung über das Leben darstellen, die mit recht verstandener Autonomie des Menschen unvereinbar ist; zweitens weil diese Handlungen die sozialen Beziehungen zwischen den Menschen schwer belasten und die gesellschaftlich notwendige Solidarität mit vulnerablen Gruppen unterminieren; und drittens, weil derartige Handlungen aus christlicher Perspektive eine Absage an die unverbrüchliche Liebe Gottes zu jedem Menschen ausdrücken. Deswegen unterstützt die Kirche seit langem die Suizidprävention und einen konsequenten Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, bei der noch immer große Versorgungslücken bestehen⁵. Da in Freiheit vollzogenen und deswegen moralisch zurechenbaren Selbsttötungshandlungen oft eine längere suizidale Entwicklung vorausgeht, schließt eine erfolgreiche Präventionsarbeit auch den kompetenten Umgang mit sog. *Sterbewünschen* ein, denen in der Vergangenheit oftmals nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Aufgrund der Tatsache, dass es sich hierbei um ein noch relativ junges Forschungsfeld handelt, sind nachfolgend zunächst die wichtigsten Erkenntnisse zu diesem Phänomenbereich zusammenzufassen.

- 4 Vgl. Johannes Paul II.: *Evangelium vitae* (25.3.1995), Nr. 93 und Nr. 101; Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst: Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, Vatikanstadt 1995, Nr. 34; Kongregation für die Glaubenslehre: Instruktion *Dignitas Personae* über einige Fragen der Bioethik (8.9.2008), Nr. 1; Kongregation für die Glaubenslehre: Schreiben *Samaritanus bonus* über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens (14.7.2020), in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 228, Bonn 2021, 9, 12, 42, 49, 53, 55, 58 und 68. Vgl. dazu auch F.-J. Bormann: Ist die Vorstellung eines ‚natürlichen Todes‘ noch zeitgemäß? Moraltheologische Überlegungen zu einem umstrittenen Begriff, in: F.-J. Bormann/G. D. Borasio (Hg.): *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, 325-350.
- 5 Vgl. Die Deutschen Bischöfe (Pastoralkommission): „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgerliche Begleitung von Sterbenden, Bonn 2021, bes. 32-35.

2 ZUR PHÄNOMENOLOGIE VON STERBEWÜNSCHEN

Es ist ein genereller Grundsatz der Ethik, dass Phänomene erst dann angemessen bewertet werden können, wenn sie zuvor hinreichend beschrieben worden sind. Das gilt auch für den Umgang mit den Wünschen einer Person, die auf das eigene Versterben i. S. eines beschleunigten Todes Eintritts gerichtet sind. Während man im angelsächsischen Bereich zumeist von einem ‚desire for hastened death‘ spricht, dominieren in der deutschen Sprache die Begriffe ‚Sterbe-‘ bzw. ‚Todeswunsch‘⁶. Es geht dabei stets um Personen, die sich noch nicht im Sterbeprozess befinden, jedoch aus verschiedenen Gründen das baldige eigene Lebensende herbeisehen.

2.1 Herausforderungen in der Praxis

Nach wie vor bestehen große Unsicherheiten im Umgang mit Sterbewünschen selbst bei professionellen Akteur*innen. Gerade für die Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen ist es jedoch wichtig, Sterbewünsche überhaupt als für die eigene Arbeit bedeutsames Phänomen wahrzunehmen, ihnen frühzeitig die erforderliche Aufmerksamkeit zu schenken und geeignete kommunikative Strategien zum Umgang mit solchen als persönlich herausfordernd erlebten Situationen zu erlernen. Angesichts des enormen Zeitdrucks und der üblichen Alltagsroutinen mit ihren jeweiligen professionsspezifischen Qualitätsanforderungen muss die Sensibilität für einschlägige Äußerungen der Pflegebedürftigen bisweilen erst geweckt werden. Ist dies geschehen, dann sind zwei Konstellationen zu unterscheiden:

Die erste Konstellation besteht darin, dass ein Sterbewunsch tatsächlich artikuliert wird. Wie ist mit einer solchen Situation umzugehen? Soll man nachfragen? Wenn ja – in welcher Form? Und was ist zu tun, wenn sich

6 Trotz gelegentlicher Versuche, beide Begriffe terminologisch gegeneinander abzugrenzen, werden sie zumeist synonym gebraucht.

die zunächst vielleicht noch diskrete Äußerung eines solchen Wunsches in ihrer Frequenz oder in der Art ihrer Darbietung steigert? Wie sind solche Wünsche zu interpretieren? Und was bedeutet dies für die Qualität der Beziehung zu der pflegebedürftigen Person?

Die zweite Konstellation besteht darin, dass trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen der/des Betroffenen kein Sterbewunsch geäußert wird, obwohl die Pflegekraft genau dieses eigentlich erwartet. Auch hier stellt sich die Frage, wie mit diesem Umstand umzugehen ist. Darf oder soll man dieses Thema selbst proaktiv ansprechen? Wenn ja – in welchen Situationen und in welcher Form?

Zur Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen ist es zunächst erforderlich, sich einen Überblick über die verschiedenen Arten und Funktionen von Sterbewünschen zu verschaffen.

2.2 Vielgestaltigkeit von Sterbewünschen

Sterbewünsche können in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen auftreten⁷. Oft bildet eine schwere somatische Erkrankung den unmittelbaren Auslöser hierfür, wobei nicht zwingend eine hohe aktuelle Symptomlast gegeben sein muss, sondern bereits die ärztliche Diagnose bestimmter, individuell besonders gefürchteter Beeinträchtigungen ausreicht, um einen Sterbewunsch hervorzurufen. Häufig gehen komplexe körperliche Belastungen zudem mit psychischen Begleiterkrankungen (wie z. B. Depressionen) einher, die eine Artikulation von Sterbewünschen begünstigen. Doch können Sterbewünsche auch bei solchen körperlich gesunden Menschen auftreten, die entweder an einer psychiatrisch relevanten Krankheit leiden oder aber – obzwar somatisch und mental gesund – infolge eines

⁷ Vgl. zum Folgenden R. Voltz: Sterbewünsche und Suizidbegehren, in: Anhörung des Deutschen Ethikrates vom 17. Dez. 2020 zum Thema: Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche.

biographisch besonders belastenden Ereignisses oder einer existentiellen Sinnkrise eine starke Todessehnsucht entwickeln. Aufgrund der *Vielfalt möglicher Anlässe* hat man nicht nur versucht, *unterschiedliche Arten von Sterbewünschen*⁸ gegeneinander abzugrenzen, sondern auch, typische Situationen zu identifizieren, in denen Sterbewünsche gehäuft auftreten. Auch wenn für den Bereich der (stationären) Altenhilfe und die verschiedenen Hospizdienste vor allem jene Konstellation von besonderer Bedeutung sind, bei der multimorbide hochaltrige Personen mit einer erheblichen krankheitsbedingten Symptomlast einen Sterbewunsch entwickeln, ist zu betonen, dass die Artikulation eines Sterbewunsches grundsätzlich ganz *unterschiedliche Funktionen* erfüllen kann.

Eine erste Funktion kann darin bestehen, einer schweren emotionalen Belastung bzw. Überforderung durch eine zumeist plötzlich eintretende, einschneidende Veränderung (wie z. B. die Diagnose einer eigenen schweren Erkrankung) Ausdruck zu verleihen. Solche sog. hypothetischen Sterbewünsche treten unabhängig von akuten körperlichen Symptomen auf. Darin gleichen sie auch jenen Trauerreaktionen Hinterbliebener, die auf den Verlust einer besonders nahestehenden Person gelegentlich mit dem Wunsch eines baldigen ‚Nachsterbens‘ reagieren⁹. In beiden Fällen ist der Sterbewunsch Symptom einer noch nicht bewältigten Anpassung (Akkomodation) an die neu entstandene Situation, die daher als katastrophisch erlebt wird.

Eine zweite Funktion besteht mit Blick auf die sog. aktuellen gesteigerten Sterbewünsche darin, der Unerträglichkeit einer gegenwärtigen Leidenssituation Ausdruck zu verleihen. Diese Situation kann z. B. aufgrund belastender körperlicher Symptome wie Schmerz, Atemnot oder Übelkeit so unerträglich sein, dass ein baldiger Tod gegenüber der Verlängerung

8 So werden z. B. hypothetische von aktuellen Sterbewünschen unterschieden.

9 So äußerte angesichts einer gerade verstorbenen Patientin ihr Ehemann im Rahmen der seelsorglichen Begleitung: „Ich will auch nicht mehr. Nimm mich doch mit.“ Dabei klammerte er sich fest an seine verstorbene Ehefrau.

des Lebens mit einer derart schlechten Lebensqualität vorzugswürdig erscheint. Die betroffene Person möchte zwar eigentlich nicht sterben, sie kann und will aber so nicht weiterleben.

Eine dritte Funktion besteht darin, einem für die Zukunft befürchteten schweren oder unkontrollierbaren Sterbeprozess zuvorzukommen und so die Kontrolle zu bewahren. Der Sterbewunsch ist Ausdruck der Angst vor einem ultimativen Kontrollverlust¹⁰.

Eine vierte Funktion der Äußerung eines Sterbewunsches kann darin bestehen, größere Aufmerksamkeit (z. B. von Pflegekräften) zu gewinnen oder Druck auf Familienangehörige auszuüben, um einer objektiv drohenden oder zumindest subjektiv befürchteten zunehmenden Vereinsamung vorzubeugen.

Eine fünfte Funktion könnte aber auch genau gegenläufig darin liegen, die eigene soziale Umgebung vor zu starker Belastung durch die weitere Pflege und Versorgung schützen zu wollen. Ein solcher Sterbewunsch wäre dann Ausdruck von Altruismus und Fürsorge für das eigene Umfeld, das die (meist weibliche) pflegebedürftige Person nicht über Gebühr beanspruchen möchte¹¹.

Schließlich kann ein Sterbewunsch sechstens aber auch Ausdruck einer existentiellen Verzweiflung sein, die als solche nicht zwingend an eine bestimmte somatische oder psychische Symptomlast gebunden ist, sondern aus dem Zusammenbruch eines persönlichen Sinnsystems resultieren kann¹².

10 In diesem Sinne sagte z. B. ein ALS-Patient: „Bei vollem Bewusstsein zu ersticken ist das Schrecklichste. Ich will in ein anderes Leben gehen.“

11 Eine typische Äußerung kann lauten: „Ich habe meine Lebenspflicht getan. Ich will Anderen keine Last sein.“

12 In diese Richtung weisen z. B. folgende Äußerungen von Betroffenen: „Soll das jetzt alles gewesen sein?“ oder im Falle der Erfolglosigkeit bestimmter therapeutischer Maßnahmen: „Jetzt ist alles aus. Sie können mir auch nicht helfen.“

Diese Vielfalt möglicher Bedeutungsvarianten und Funktionen zeigt, dass es sich bei der Artikulation von Sterbewünschen stets um *interpretationsbedürftige* und keineswegs selbsterklärende Ereignisse handelt. Je nach konkreter Situation und individueller Persönlichkeit des/der Betroffenen können Sterbewünsche ganz unterschiedliche, ja sogar gegensätzliche Sinngehalte und Botschaften transportieren. Während in manchen Situationen bereits die bloße Äußerung eines Sterbewunsches als subjektiv entlastend erlebt wird, ohne dass damit – über das aufmerksame Zuhören hinaus – noch ein bestimmter Handlungsauftrag an die/den Gesprächspartner*in verbunden ist, kann es in anderen Fällen gerade darum gehen, eine bestimmte Reaktion auszulösen.

Die Situation wird noch dadurch verkompliziert, dass Sterbewünsche in hohem Maße *volatil* sein können und oftmals mit einem gleichzeitigen Lebenswillen einhergehen. Ein und dieselbe Person kann in kurzer Abfolge – ja bisweilen sogar im selben Gespräch – ihren Wunsch, möglichst bald zu sterben, und zugleich den, weiterleben zu wollen, ausdrücken, was auf eine hochgradige *Ambivalenz* in der Einstellung dieser Person zu Leben und Tod verweist. Es ist daher erforderlich, für das angemessene Verständnis solcher Sterbewünsche nicht nur den konkreten jeweiligen Kontext, sondern auch die individuelle Persönlichkeit der Sprecherin bzw. des Sprechers in ihrer einmaligen biographischen Entwicklung zu berücksichtigen.

2.3 Zur Differenz von ‚Sterbewunsch‘ und ‚Suizidalität‘

Besonders wichtig für die pflegerische Praxis ist die nähere Bestimmung des Verhältnisses von Sterbewunsch und Suizidalität. Zwar hat es sich eingebürgert, so unterschiedliche Phänomene wie Suizidgedanken, -pläne, -versuche sowie den Suizid selbst unter den Begriff des ‚suizidalen Verhaltens‘ zu subsumieren, doch gibt es bislang keine allseits konsentrierte Definition des Begriffs der ‚Suizidalität‘, der z. B. verstanden werden kann als „das Potenzial aller seelischen Kräfte und Funktionen, das auf Selbst-

vernichtung tendiert“¹³, als „Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebnisweisen von Menschen, die den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“¹⁴ oder als „Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der die Menschen hoffnungslos und verzweifelt sind und ihre Situation als ausweglos erleben“¹⁵. Trotz aller definitorischen Unschärfe der Rede von der Suizidalität einer Person ist entgegen der verbreiteten Annahme, die Äußerung eines Sterbewunsches sei *per se* Ausdruck einer suizidalen Gestimmtheit des Sprechers bzw. der Sprecherin und stelle damit eine zumindest indirekte Aufforderung zur Unterstützung einer Suizidhandlung dar, zunächst einmal zu betonen, dass es sich hierbei um *zwei unterschiedliche Phänomene* handelt, die sich zwar überschneiden können, aber nicht miteinander identifiziert werden dürfen¹⁶. Beide Phänomene weisen gravierende Differenzen im Blick auf ihre charakteristischen Eigenschaften, Funktionen und ihre Beziehung zu pathologischen Belastungen auf. Während Suizidalität sehr häufig mit psychischen Störungen (insbes. Depressivität) verbunden ist, trifft das auf Sterbewünsche zumindest nicht im selben Umfang zu.

Aufgrund ihrer Vielgestaltigkeit und Volatilität sind Sterbewünsche unbedingt als ein *eigenständiges Phänomen* zu begreifen, das sowohl bezüglich ihres konkreten Sinngehalts als auch ihrer jeweiligen Funktion klar gegenüber einer manifesten Suizidalität abzugrenzen ist. Zwar können sich Sterbewünsche unter bestimmten Bedingungen zu einem verfestigten suizidalen Begehren weiterentwickeln, wobei die genauen Mechanismen

- 13 T. Haenel/W. Pöldinger: Erkennen und Beurteilen von Suizidalität, in: K. P. Kisker et al. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart Bd. 2, Berlin 1986, 107- 132.
- 14 B. Schneider/U. Sperling: Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) – aus Sicht der Suizidologie, in: ZfmE 65 (2019), 229. Vgl. dazu auch M. Wolfersdorf: Der suizidale Patient in Klinik und Praxis, Stuttgart 2000.
- 15 R. Lindner/G. Fiedler/P. Götzte: Diagnostik der Suizidalität, in: Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), A 1004-1007, A 1004f.
- 16 Da jede Suizidalität einen Sterbewunsch, aber nicht jeder Sterbewunsch eine Suizidalität impliziert, ist ‚Sterbewunsch‘ der weitere und ‚Suizidalität‘ der engere Begriff. Vgl. dazu auch: Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB, in: Dt. Ärzteblatt 118 (2021), A 1428.

des Übergangs zu suizidalen Gedanken, Absichten, Plänen und Handlungen noch der weiteren Erforschung bedürfen, doch handelt es sich dabei um einen mehrstufigen Entwicklungsprozess, an dessen Ende dann ein dauerhafter Wunsch nach Lebensbeendigung durch eigenes konkretes Handeln steht. Je nach konkreten Umständen kann dabei in unterschiedlicher Geschwindigkeit ein *zunehmender suizidaler Handlungsdruck* entstehen, der zunächst noch niedrig und unspezifisch ist und sich eher in einer ‚Lebensattheit‘¹⁷ und einer zunehmenden ‚Lebensmüdigkeit‘¹⁸ manifestiert, sich dann aber infolge bestimmter Ereignisse (z. B. einer rapiden Verschlechterung des Gesundheitszustandes) immer stärker in Richtung einer zunächst noch distanzierten¹⁹, dann aber latenten²⁰ und schließlich akuten²¹ Suizidalität verschieben kann. Wichtig ist, dass es sich bei dieser Entwicklung mit ihren jeweiligen Zwischenstufen nicht um ein starres Verlaufsschema im Sinne eines streng determinierten Automatismus handelt, sondern um die mögliche Resultante aus dem komplexen Zusammenspiel individueller Faktoren und äußerer Einflüsse, die durchaus durch gezielte Interventionen veränderbar und somit gestaltbar sind. Damit eröffnet sich ein weites Spektrum unterschiedlicher Handlungsmöglichkeiten für verschiedene Personengruppen (z. B. Pflegekräfte, medizinisches Fachpersonal, An- und Zugehörige etc.), das die Frage aufwirft, welche Handlungen jeweils begründeterweise vorzunehmen und welche zu unterlassen sind.

17 Sie beruht auf der Überzeugung, dass das Leben keine Perspektiven und Anregungen mehr bietet und daher an ein natürliches Ende gelangt ist, etwa in folgendem Sinn:

„Ich habe nichts dagegen, jetzt zu sterben, ich bin so weit und auch schon alt genug.“

18 Sie besteht in einer anhaltenden körperlichen und psychischen Erschöpfung. Eine ältere Dame formulierte das folgendermaßen: „Wann holt mich denn der liebe Gott? Ich glaube, der liebe Gott hat mich vergessen. Ich bin so müde. Ich mag nicht mehr. Ich will jetzt endlich heim.“

19 Es finden sich zwar gelegentliche Gedanken an eine Selbsttötung, doch haben diese noch nichts Bedrängendes.

20 Eine Selbsttötungsabsicht ist bereits vorhanden, tritt aber noch nicht in konkreten Planungen zur Ausführung des Suizids zu Tage.

21 Die Gedanken an Selbsttötung sind sehr konkret und drängen immer stärker auf Umsetzung, so dass sich die Person immer weniger von ihnen distanzieren kann.

3 ETHISCHE ORIENTIERUNG

Ein moralisch überzeugender Umgang mit den Sterbewünschen der Bewohner*innen und Patient*innen kirchlicher Einrichtungen setzt voraus, dass die Mitarbeitenden erstens die für diesen Bereich relevanten Güter und Werte kennen und zweitens die zum Schutz dieser Güter und Werte notwendigen Regeln und Normen situationsadäquat anwenden können und damit ihrer jeweiligen konkreten Verantwortung gerecht werden.

Im Blick auf die in diesem Zusammenhang relevanten Güter und Werte sind vor allem die Sorgfalt, die Vertrauenswürdigkeit, die Wahrhaftigkeit und Empathie der Kommunikation, der Lebensschutz sowie die Fürsorge und die Autonomie aller Beteiligten zu nennen.

Die *Sorgfalt* der Mitarbeitenden ist aus zwei Gründen von zentraler Bedeutung für diese Thematik: Zum einen bildet sie die notwendige Voraussetzung dafür, die zunächst womöglich diskrete Andeutung eines Sterbewunsches überhaupt als ein bedeutsames Ereignis wahrzunehmen; zum anderen ist sie erforderlich, um die hinter einem Sterbewunsch liegenden persönlichen Motive zu eruieren. Nur wenn die sehr *individuelle Motivlage* verstanden wird, besteht die Chance, geeignete Maßnahmen zur Linderung des jeweiligen Leidensdrucks einzuleiten und damit einer suizidalen Entwicklung frühzeitig entgegenzuwirken.

Das aber setzt zwingend eine gelingende Kommunikation voraus, die von wechselseitigem *Vertrauen*, persönlicher *Wahrhaftigkeit*, *Diskretion* und *Empathie* geprägt ist. Um der pflegebedürftigen Person die Möglichkeit zu geben, sich in der eigenen Not einem anderen Menschen anzuvertrauen, darf der kommunikative Raum nicht von vorneherein durch (Sprach-)Tabus verengt werden. Gerade beim Thema Tod und Sterben gibt es immer noch viele Hemmungen, die eigenen Gedanken auszusprechen. Worte sind jedoch – ungeachtet ihrer pragmatischen Dimension – (noch) keine Taten und dürfen daher nicht dramatisiert werden, so dass eine Haltung der Gelassenheit (nicht Lässigkeit!) hier durchaus entlastend wirken kann.

Statt bestimmte Themen von vorneherein abzublocken, sollten die Mitarbeitenden durch gezieltes und empathisches Nachfragen herausfinden, welche konkreten Belastungen, Ängste und Sorgen den Sterbewunsch zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausgelöst haben. Dabei sollte auch registriert werden, wenn sich Betroffene trotz objektiver Todesnähe überhaupt nicht zu Tod und Sterben äußern. Solche Beobachtungen können in Team-Besprechungen thematisiert werden, um gemeinschaftlich zu überlegen, wer gegebenenfalls für eine bestimmte Person der/die geeignete Gesprächspartner*in sein könnte. Mitarbeitende sollten dabei grundsätzlich – auch zum Schutz vor eigener Überlastung – die *Grenzen der eigenen Zuständigkeit und Expertise* beachten und gegebenenfalls zeitnah entsprechende Expert*innen hinzuziehen. So kann es z. B. im Blick auf die sog. aktuellen gesteigerten Sterbewünsche, die das Ergebnis belastender körperlicher Symptome sind, unbedingt erforderlich sein, möglichst rasch die Medikation des betroffenen Menschen an eine veränderte Bedarfssituation anzupassen, was in der Regel (palliativ-)medizinische Fachkenntnisse erfordert²². Auch in den häufigen Konstellationen, in denen die (womöglich gehäufte) Artikulation von Sterbewünschen als Symptom einer psychischen Beeinträchtigung (z. B. einer majoren Depression) zu werten ist, bedarf es zwingend einer psychologischen oder psychiatrischen Diagnostik sowie geeigneter therapeutischer Angebote. In anders gelagerten Fällen, die keinen Bezug auf eine somatische oder mentale Erkrankung aufweisen, sondern ihren Grund z. B. in einer existentiellen Sinnkrise haben, kann es dagegen erforderlich sein, einen Gesprächskontakt zu einer psychologisch und/oder seelsorgerlich geschulten Person herzustellen, um eine konstruktive Intervention zu ermöglichen.

22 Vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, 2015, bes. Abschnitt 9.4 zum kommunikativen Umgang mit den Themen Sterben und Tod. Den Umstand, dass das „vertrauensvolle Gespräch über den Wunsch des Patienten bzw. der Patientin, zu sterben oder das eigene Leben zu beenden, ... zum Kern der ärztlichen Tätigkeit und zwar nicht nur im Rahmen der Begleitung kranker oder sterbender Menschen, sondern auch bei suizidalen Gedanken“ gehört und „keine Mitwirkung („Assistenz“, Hilfe) beim Suizid“ darstellen, betont auch die BÄK: vgl. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB, in: Deutsches Ärzteblatt 118 (2021), A 1430 und A 1431.

Zum Schutz der besonderen *Vertrauensbeziehung*, innerhalb derer die sterbewillige Person ihren Sterbewunsch artikuliert hat, sollten sich die solchermaßen ins Vertrauen gezogenen Mitarbeitenden aber zunächst stets vergewissern, ob und in welchem Umfang sie die erhaltenen Informationen an Dritte weitergeben dürfen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die beabsichtigte Hilfestellung als Vertrauensbruch erlebt wird und zu einem weiteren sozialen Rückzug der pflegebedürftigen Person führt. Umgekehrt kommt einer vertrauensvollen und transparenten Kommunikation insofern eine suizidpräventive Funktion und somit eine wichtige Rolle für einen effizienten *Lebensschutz* zu, als auf ihrer Grundlage frühzeitig geeignete Maßnahmen zur Reduktion der Symptomlast und zur Stärkung der Lebensbindung durch geeignete Behandlungs- bzw. Gesprächsmöglichkeiten eingeleitet werden können, die einer drohenden suizidalen Entwicklung entgegenwirken.

Bei alledem ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Äußerung eines Sterbewunsches für Mitarbeitende nicht nur in ein Gefühl der Unsicherheit und der kommunikativen Überforderung, sondern auch in eine konflikthafte *Spannung zwischen Fürsorge und Autonomie* führen kann. Einerseits gebietet es die Fürsorgeverantwortung der Mitarbeitenden, Schaden von der pflegebedürftigen Person abzuwenden und ihr Leben zu erhalten. Andererseits stellt die Autonomie sowohl der sterbewilligen Person als auch der Mitarbeitenden selbst einen zentralen Wert dar, der geschützt werden muss. Zwar darf die Beziehung zwischen beiden Werten nicht als antagonistisches Verhältnis missverstanden werden, da Fürsorge stets im Respekt vor der Autonomie des Anderen – und nicht als Übermächtigung – zu leben ist, doch kann es spätestens dann zu belastenden Konflikten kommen, wenn sich bei der pflegebedürftigen Person immer deutlicher eine suizidale Tendenz abzeichnet, die trotz aller lebensförderlichen Interventionen der Mitarbeitenden nicht mehr umkehrbar erscheint. Spätestens dann, wenn eine pflegebedürftige Person, die noch zur freien Urteilsbildung fähig ist, einen stabilen Suizidwunsch ausgebildet hat, stellen sich zwangsläufig sehr grundsätzliche Fragen nicht nur der rechtlichen Zulässigkeit, sondern auch der moralischen Bewertung sowohl der

Suizidhandlung selbst²³ als auch konkreter Formen der Suizidassistenz, die weit über die persönliche Einstellung einzelner Mitarbeitender hinausgehen, komplexe Fragen der Mitwirkung (i. S. einer *cooperatio ad malum*) aufwerfen und damit die institutionelle Identität kirchlicher Einrichtungen betreffen. Diese Fragen werden in einer weiteren Empfehlung adressiert, die vorgelegt wird, sobald der Gesetzgeber den rechtlichen Rahmen für legale Formen der Suizidassistenz abgesteckt hat.

4 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Um innerhalb kirchlicher Einrichtungen routinemäßig einen fachlich angemessenen und ethisch reflektierten Umgang mit den Sterbewünschen der dort versorgten Menschen zu gewährleisten, sind zwei Verantwortungsebenen zu unterscheiden: erstens die (Mikro-)Ebene der einzelnen Mitarbeitenden und zweitens die (Meso-)Ebene der institutionellen Träger dieser Einrichtungen. Aufgrund der Gefahr, die Mitarbeitenden mit komplexen moralischen Herausforderungen allein zu lassen und die Verantwortung einseitig auf die individuelle Ebene abzuwälzen, sind zunächst die einschlägigen Verantwortlichkeiten auf der Trägerebene zu benennen.

23 Im Blick auf die oft undifferenzierte Respekt-Rhetorik ist deutlich zu unterscheiden zwischen der tatsächlich stets gebotenen moralischen Anerkennung der Person und ihrer Urteils- bzw. Selbstbestimmungsfähigkeit einerseits und der moralischen Qualität einer einzelnen von dieser Person getroffenen Entscheidung bzw. ausgeführten Handlung andererseits, die richtig oder falsch sein kann. Der Umstand, dass der Umgang mit einem bestimmten Gut (wie z.B. dem eigenen Leben) in die rechtliche und moralische Zuständigkeit einer bestimmten Person und ihrer Urteilskompetenz fällt, sagt noch nichts darüber aus, wie der Umgang dieser Person mit dem entsprechenden Gut moralisch zu beurteilen ist.

4.1 Träger

- Die Implementierung einer christlichen Sterbekultur stellt eine komplexe Aufgabe dar, die durch die zunehmende Liberalisierung des Sterbehilferechts in den nächsten Jahren noch an Bedeutung gewinnen wird und daher als wichtige *Leitungsaufgabe* auf Träger-Ebene mit klar umschriebener personeller Zuständigkeit verankert werden sollte.
- Der Begriff der ‚Sterbekultur‘ darf nicht auf einzelne Maßnahmen enggeführt werden, sondern bezeichnet ein *umfassendes Konzept*, das verschiedene Elemente (wie z. B. die Vermeidung von Übertherapie, die Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens, die Förderung von Vorsorgemaßnahmen, die Sorge um die bestmögliche Lebensqualität am Lebensende, den kompetenten Umgang mit Sterbewünschen, die Ablehnung der Suizidassistentz, die seelsorgerliche Begleitung des Sterbeprozesses und die würdevolle Verabschiedung der verstorbenen Person) zur Ermöglichung des normativen Ideals eines ‚natürlichen Todes‘ einschließt.
- Die Einrichtungsleitungen sollten die Mitarbeitenden durch geeignete *Fortbildungsangebote* für das Thema ‚Sterbewünsche‘ nicht nur sensibilisieren, sondern ihnen auch die erforderlichen (empirischen und normwissenschaftlichen) Sachkenntnisse und kommunikativen Techniken²⁴ vermitteln, die zu einem kompetenten Umgang mit Sterbewünschen erforderlich sind.
- Die Einrichtungsleitungen sollten ihren Angestellten klare *Richtlinien* für den Umgang mit Suizidwünschen ihrer Bewohner*innen kommunizieren, um die Handlungssicherheit auch in schwierigen Grenzfragen zu verbessern und eine Praxis der Doppelmoral zu verhindern.

24 Vgl. etwa den vom Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln entwickelten „Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen“.

- Die Einrichtungsleitungen sollten ihre Mitarbeiter*innen auch durch geeignete Angebote der *Supervision* und der *seelsorgerlichen Begleitung* darin unterstützen, die Dauerbelastung durch die Konfrontation mit Tod und Sterben angemessen verarbeiten zu können.
- Die Einrichtungsleitungen sollten zudem die *Vernetzung* ihrer Einrichtung mit externen Expert*innen für medizinische, psychologische, rechtliche, ethische und seelsorgerliche Fragen im Umgang mit Sterbewünschen fördern und weiter ausbauen.
- Bei möglichen Loyalitätskonflikten sind situationsadäquate Lösungen zu suchen, ohne die Einrichtung in eine kompromittierende Doppelmoral zu verstricken.

4.2 Mitarbeitende

- Mitarbeitende kirchlicher Einrichtungen sollten ihre persönliche Einstellung zu Sterben und Tod auf der Grundlage einer hinreichenden Kenntnis der Träger-Positionen zu diesen Phänomenen klären, um Loyalitätskonflikte mit ihrem Arbeitgeber zu vermeiden.
- Mitarbeitende sollten in der Lage sein, auch diskrete Sterbewünsche der ihnen anvertrauten Menschen wahrzunehmen, durch sensible und empathische Rückfragen deren Ursachen zu eruieren und den Unterschied zwischen einem Sterbewunsch und einer manifesten Suizidalität zu erkennen.
- Mitarbeitende sollten sich zum Schutz der gewachsenen Vertrauensbeziehung zu der sterbewilligen Person stets vergewissern, ob sie die ihnen anvertrauten persönlichen Informationen über den Sterbewunsch an Dritte weitergeben dürfen.

- Mitarbeitende sollten sich im Rahmen ihrer Fürsorgeverantwortung bewusst sein, dass ihnen im Umgang mit den artikulierten Sterbewünschen der von ihnen versorgten Menschen insofern eine wichtige kommunikative Scharnierfunktion zukommt, als sie die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen nicht vollumfänglich selbst leisten können, sondern dazu der zeitnahen Unterstützung durch geeignete (medizinische, psychologische oder seelsorgerliche) Expert*innen bedürfen, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen.
- Mitarbeitende haben im Respekt vor der Individualität jedes Menschen dessen reflektierte Entscheidungen auch dann zu tolerieren, wenn sie mit den eigenen Wertüberzeugungen kollidieren. Dies verpflichtet sie jedoch weder dazu, ihre eigenen moralischen Überzeugungen aufzugeben und die eigene Tätigkeit als wertneutrale Dienstleistung misszuverstehen, noch dazu, an den von ihnen abgelehnten Handlungen Dritter in irgendeiner Weise mitzuwirken.
- Mitarbeitende sollten ihre einschlägigen Erfahrungen im Umgang mit Sterbewünschen im Team reflektieren und in Zweifelsfällen eine ethische Fallbesprechung durchführen.
- Mitarbeitende sollten einschlägige Angebote zur Fort- und Weiterbildung nutzen, um ihre persönliche Handlungssicherheit auf diesem ebenso anspruchsvollen wie sensiblen Feld zu erhöhen.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES DIOZESANEN ETHIKRATES

- Eine Orientierungshilfe für ethisch fundierte Entscheidungen bei der Annahme von Versorgungsanfragen:
Den Mangel in der Pflege gestalten
(Dezember 2021)
- Empfehlung: Anwerbung von ausländischen Pflegefachkräften für den Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe
(Oktober 2018)
- Empfehlung: Das integrative Modell ethischer Fallbesprechung
(2. Auflage 2016)
- Empfehlung: Umgang mit Patientenverfügungen
(3. Auflage Januar 2016)
- Empfehlung: Umgang mit Vorsorgevollmachten
(2. Auflage November 2015)
- Empfehlung: Ernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz
(3. Auflage August 2016)
- Positionierung: Gerechter Lohn für hauptberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kirchlichen Einrichtungen und Diensten
(November 2011)

Die Veröffentlichungen sind erhältlich unter:

<https://www.caritas-paderborn.de/fuer-experten/diozesaner-ethikat/diozesaner-ethikat>

oder beim

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.

Am Stadelhof 15 | 333098 Paderborn | Deutschland

MITGLIEDER DES DIÖZESANEN ETHIKRATES IM CARITAS- VERBAND FÜR DAS ERZBISTUM PADERBORN E. V.

Vorsitzender

Thomas Becker

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Geschäftsführung

Dr. Johannes Alexander Kudera

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Mitglieder

Prof. Dr. Christopher Beermann
Katholische Hochschule NRW, Münster

Thomas Müller
Pfarrer, St.-Johannes-Hospital, Dortmund

Prof. Dr. Franz-Josef Bormann
Eberhard Karls Universität Tübingen

Dr. Werner Sosna
Liborianum, Paderborn

Dr. Ulrich Dickmann
Katholische Akademie Schwerte

Hartwig Trinn
St. Elisabeth Gruppe GmbH |
Katholische Kliniken Rhein-Ruhr, Herne

Prof. Dr. Markus Flesch
Marienkrankenhaus, Soest

Kathrin Waldhoff
Diözesan-Caritasverband Paderborn

Dr. Klaus Klother
Kath. St. Paulus Gesellschaft, Dortmund

Karen Mendelin
Caritas Alten- und Krankenhilfe, Brilon

www.caritas-paderborn.de

Diözesaner Ethikrat
im Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e. V.

