



Hospiz Soest

# Gemeinsam auf dem letzten Weg

**Ein Positionspapier zum  
assistierten Suizid.**





## Einleitung

Das Christliche Hospiz in Soest existiert seit dem Jahr 2018 und ist ein Ort, an dem Menschen auf ihrem letzten Lebensweg eine professionelle, palliative Pflege, Betreuung und einen würdigen Abschied erhalten.

*„Mit Gottes Segen...ankommen...ausruhen...und loslassen dürfen.“*

So lautet der Leitspruch, den die Mitarbeiter:innen im Christlichen Hospiz Soest gemeinsam entwickelt haben und der im folgenden Leitbild konkretisiert wird:

*„Lebensqualität in einer schwierigen Zeit zu schaffen und zu wahren ist unser oberstes Ziel.*

*Ein multiprofessionelles Team bestehend aus hauptamtlichen Mitarbeitern, Palliativärzten, ausgebildeten Seelsorgern und ehrenamtlichen Helfern heißt den Gast auf seinem letzten Lebensweg willkommen. Wir stehen den Gästen und ihren Familien zur Seite, haben Zeit für Gespräche, lindern Schmerzen und teilen Sorgen, Ängste und Freude. Bei uns steht der Mensch im Mittelpunkt.*

*Wir bieten Schutz und Herberge. In der letzten Lebensphase ist uns besonders wichtig, dass*

- der Gast seine Selbstbestimmung und Würde lebt,*
- Angehörige und Zugehörige stets willkommen sind,*
- Schmerzen und Ängste gelindert werden,*
- alle Gefühle Raum haben dürfen,*
- wir Zeit und Zuwendung schenken.*

*So können Sternstunden möglich sein.“*

Auf der Grundlage dieses Leitbilds haben die Mitarbeiter:innen, die Leitung und die Geschäftsführung des Hospizes eine gemeinsame Position und Haltung zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz im Christlichen Hospiz Soest entwickelt. Dabei sind sich alle beteiligten Personen bewusst, dass diese Position und Haltung immer im Kontext der jeweils gültigen Gesetzeslage steht. Ferner stehen Position und Haltung auch im Kontext sich verändernder palliativmedizinischer, palliativpflegerischer und ethischer Erkenntnisse. Von daher ist dieses Positionspapier<sup>1</sup> als „living document“ zu betrachten.

---

<sup>1</sup> Grundlage dieses Positionspapiers sind die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, [DGP] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hg.) (2021/A): Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Online verfügbar unter 230512\_Umgang\_mit\_Wunsch\_nach\_Suizidassistenz\_B.pdf, zuletzt geprüft am 25.01.2024

## Ausgangssituation

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020<sup>2</sup> stellt ein Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes fest. Dies beinhaltet auch das Recht, Hilfe zum Suizid in Anspruch zu nehmen, auch wenn diese von geschäftsmäßig handelnden Personen oder Organisationen angeboten wird. Nach dem Urteil ist das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf schwere und unheilbare Krankheitszustände oder Altersgruppen beschränkt, sondern in jeder Phase der menschlichen Existenz zu gewährleisten. Allerdings sah das Gericht auch eine Schutzpflicht des Gesetzgebers, mit dem Ziel, die Selbstbestimmung des Einzelnen über sein Leben und hierdurch das Leben als solches zu schützen. Um das Grundrecht auf Leben zu schützen, hat der Staat die Möglichkeit, nicht nur Selbsttötungen entgegenzuwirken, die nicht von freier Selbstbestimmung und Eigenverantwortung getragen sind, sondern er kann sich auch dafür einsetzen, dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft nicht als „normale“ Form der Lebensbeendigung durchsetzt.

## Definition Suizidalität<sup>3</sup>

Nach Definition der WHO wird zwischen Suizidgedanken und –plänen, sowie zwischen Suizidversuch und vollendetem Suizid unterschieden.

**Suizidale Gedanken** sind nicht stabil, sondern in der Intensität zeitlich schwankend. Sie sind bei vielen Betroffenen auch nicht anhaltend. **Suizidpläne** umfassen die konkrete Planung der Durchführung eines Suizids. Der Begriff des **Suizidversuchs** bezieht sich auf jegliches nicht tödliches suizidale Verhalten, d.h. eine bewusst selbst zugefügte Vergiftung, Verletzung oder jede andere Selbstschädigung. Dies schließt die Einnahme von Substanzen in Dosen, die über der allgemein als therapeutisch benannten Dosis liegen, mit dem Ziel der Selbsttötung ein. Unter **Suizid** werden Handlungen verstanden, die zum Tod führen und von einer Person selbst durchgeführt werden. Entscheidend ist auch hierbei das bewusste Handeln mit der Intention zu sterben bei einem vorhandenen Verständnis von Tod.

---

<sup>2</sup> Bundesverfassungsgericht.

Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1-343. 2020.

<sup>3</sup> Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 10ff

## **Situation im Christlichen Hospiz und Position der Mitarbeiter:innen**

Das Hospiz zeichnet sich als Ort aus, an dem mit hoher Professionalität und Zuwendung Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung bis zu ihrem Lebensende gepflegt und betreut werden. Dies ist der Grund, weshalb die betroffenen Menschen das Hospiz aufsuchen. Ihnen ist bewusst, dass sie unheilbar erkrankt sind und – bis auf wenige Ausnahmen – in einem absehbaren Zeitraum sterben werden. Von außen betrachtet wird das Hospiz folglich auch häufig als Ort gesehen, in dem „Sterbe-Expert:innen“ arbeiten.

Aus Sicht der Mitarbeiter:innen des Christlichen Hospiz Soest liegt diese Expertise und Fachlichkeit allerdings **nicht** in der Hilfe zum Sterben (Suizidassistenz), **sondern in der Begleitung auf dem Weg zum Lebensende.**

Der Umgang mit dem assistierten Suizid rührt wie kaum eine andere Frage an dem Selbstverständnis und den Werten der Arbeit im Hospiz. Letztlich rührt sie aber nicht nur am Selbstverständnis des Hospizes und seiner Mitarbeiter:innen, sondern sie betrifft auch die gesellschaftliche Wahrnehmung und den Auftrag eines Hospizes:

Sind Hospize Häuser, in denen Hilfe zum Sterben (Suizidassistenz) oder Hilfe beim Sterben geleistet wird?

***Die Mitarbeiter:innen, Leitung und Geschäftsführung des Christlichen Hospiz sehen die Beratung zur und die Durchführung der Suizidassistenz nicht als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung.***

In diesem Zusammenhang wird die Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) geteilt:

*Das Selbstverständnis und die Grundhaltung der Hospiz- und Palliativversorgung sind geprägt von der Achtung vor dem Wert des Lebens und der sich daraus ergebenden Aufgabe, „Leben bis zuletzt“ zu ermöglichen. Der Respekt vor der Würde und der Selbstbestimmung des Menschen sind dabei verbunden mit der Überzeugung, dass nicht ein einseitiges Verständnis von Autonomie im Sinne eines alle anderen Werte in den Hintergrund stellenden Individualismus zentrales Kennzeichen der Menschenwürde sind. Trotz bester Prävention, hospizlicher und palliativmedizinischer*

*Angebote wird es schwerkranke und nicht-kranke sterbewillige Menschen geben, für die ein Suizid alternativlos erscheint.<sup>4</sup>*

Wenn Gäste in der palliativen und hospizlichen Versorgung **Sterbewünsche** äußern, handelt es sich daher um ein komplexes Geschehen, welches aufgrund unterschiedlicher Ursachen und Ausprägungen notwendigerweise individuell betrachtet werden muss.

Zunächst kann die Äußerung eines Todeswunsches einen anderen Sinngehalt haben als seine wörtliche Bedeutung. In Äußerungen von Gästen eine bloße Handlungsaufforderung zu sehen, würde der Komplexität des Geschehens nicht gerecht werden.

Die verbalisierten Wünsche reichen von einer Akzeptanz des Sterbens, über das Hoffen auf ein baldiges Lebensende bis hin zum expliziten Wunsch zu sterben. Erst an dieser Stelle werden der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen oder auch eine Suizidassistenz verlangt. „Häufig beziehen sich Todeswünsche auf die Befürchtung einer nicht beherrschbaren Zukunft bzw. auf das Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit. (...)“<sup>5</sup> Zu beobachten ist in dieser Situation eine durchaus ambivalente Haltung und der Wechsel in der Dringlichkeit, mit der ein vorzeitiges Lebensende gewünscht wird.

Mögliche Motive geäußerter Sterbewünsche können sein:

- Der verzweifelte Ausdruck einer aktuellen Not und Angst,
- die Situation wird als unerträglich empfunden, der Sterbeprozess mutmaßlich ebenso,
- der Sterbewunsch als Ausdruck letzter Kontrolle und Individualität,
- aber auch als der Versuch, das soziale Umfeld zu manipulieren.

„Die Würde eines Menschen bis ins Äußerste, unter Umständen bis zum Wunsch, dieses Leben selbst zu beenden, trotz aller individuellen Besonderheiten zu bewahren, ist dabei eine große Herausforderung für alle Fachkräfte der Hospizarbeit und Palliativversorgung.“<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 25

<sup>5</sup> Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 14

<sup>6</sup> Ebenda, S. 5

## **Sterbewünsche wahrnehmen und verstehen**

*„Wenn Du sterben willst berührt es mich und ich will Dir als Mensch beistehen.“<sup>7</sup>*

In dieser Aussage manifestiert sich der diakonische Auftrag hospizlicher Begleitung: Sterbewünsche wollen wahr- und ernstgenommen werden.

Gesprächssituationen zu Sterbewünschen werden in diesem Sinn als prozesshaft verstanden, da die Notwendigkeit einer intensiven Vertiefung, ggf. auch Abbruch und Wiederaufnahme, gegeben sind.

Gesprächsbedingungen dafür sind ein geschützter Rahmen sowie Vertrauen und Vertraulichkeit, ebenso wie eine Atmosphäre der Offenheit, der Wertschätzung und des gegenseitigen Respektes. Mit Zustimmung der Gäste sind An- und Zugehörige, Bevollmächtigte und Betreuer:innen in den Verlauf einzubeziehen, in dem Wissen, dass Sterbewünsche möglicherweise auch in konflikthaften Beziehungssituationen auftreten können.

Dabei dürfen Wahrnehmungen zu Sterbewünschen, Suizidalität oder dem Wunsch nach Suizidassistenz, die Mitarbeitende in der Begleitung von Gästen machen, diesen gegenüber direkt angesprochen werden. Offenheit und direkte Ansprache führen nachweisbar nicht zur Steigerung suizidaler Tendenzen. „Von vielen Betroffenen wird das aktive Ansprechen als Erleichterung empfunden.“<sup>8</sup>

Notwendigerweise sind im Hintergrund liegende psychische Vorerkrankungen, möglicherweise eine bekannte Depression, oder auch kognitive Einschränkungen und Veränderungen in die Sicht der Gesamtsituation einzubeziehen. Die Beurteilung und Einschätzung möglicher psychiatrischer Krankheitsbilder, kognitiver Veränderungen und deren Einfluss auf Todeswünsche obliegt selbstverständlich Fachärzt:innen oder Therapeut:innen.

## **Möglichkeiten der Suizidprävention**

Die ganzheitliche Begleitung im hospizlichen Kontext wird als vorrangigste Suizidprävention verfolgt: Nur, wenn unzureichend behandelte Symptome körperlicher und psychischer Art gelindert werden können, kann ein Sterbewunsch an Dringlichkeit verlieren. Dabei gilt es alle Partner:innen der hospizlichen und palliativen Versorgung einzubeziehen, um ein Höchstmaß an medizinischen, pflegerischen und

---

<sup>7</sup> Ebenda, S. 2

<sup>8</sup> Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 18

psychosozialen Unterstützungsleistungen - von der Schmerz- und Symptomkontrolle über die Trauerbegleitung bis hin zur Seelsorge - zu ermöglichen. An- und Zugehörige werden in die Unterstützungsmaßnahmen einbezogen und an einem transparenten Beratungsprozess aller Professionen beteiligt.

Hier kann es auch Ergebnis sein, einen Sterbewunsch akzeptieren zu lernen.

### **Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen**

„Das Zulassen des Sterbens durch Nichtaufnahme oder Beendigung lebensverlängernder oder -erhaltender Maßnahmen ist nicht nur erlaubt, sondern sogar ethisch und rechtlich geboten, wenn diese Maßnahmen nicht oder nicht mehr indiziert sind oder die Patient:innen nicht oder nicht länger darin einwilligen. (...) Dazu gehören z.B. künstliche Ernährung, Infusionen, Antibiotika oder auch Beatmungstherapie.“<sup>9</sup> Die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen wird als Therapieverzicht über eine Verfügung des mutmaßlichen Willens des Gastes verstanden z.B. über eine Patientenverfügung.

### **Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken**

Im Fall eines geäußerten Sterbewunsches wird der Freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken (FVET), auch Sterbefasten oder Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, als Option von Gästen in Erwägung gezogen. Häufig ist zu beobachten, dass Gäste nur unzureichend über Dauer, Symptomlast und Komplikationen informiert sind und eine intensive und wiederholte Beratung durch erfahrene Palliativmediziner:innen notwendig erscheint. Ebenso bedarf es der Einbeziehung von An- und Zugehörigen in den Prozess.

### **Palliative Sedierung<sup>10</sup>**

Gäste mit lebenslimitierenden Erkrankungen geben häufig nicht die aktuelle Symptombelastung als Grund für einen Sterbewunsch an, sondern die Angst vor einem leidvollen Sterbeprozess. Daher kann die Option einer medikamentösen Sedierung zur gezielten Leidenslinderung besprochen werden, wenn alle zur Verfügung stehenden medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Unterstützungsleistungen das Leid des Gastes nicht lindern können.

---

<sup>9</sup> Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 22

<sup>10</sup> Sedieren bedeutet "beruhigen". Im engeren Sinne wird darunter eine medikamentöse Therapie verstanden, die antriebshemmend und schlaffördernd wirkt. (Anm. d. Verf.)

„Die Einschätzung, ob Symptome trotz aller verhältnismäßigen Maßnahmen zur Symptomlinderung (Maßnahmen auf Expertinnen-/ Expertenniveau) therapie-refraktär<sup>11</sup> und für die Patientin/ den Patienten unerträglich geblieben sind, erfolgt im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung. Bei existenziellem Leiden ist psychologische und seelsorgerische Kompetenz für die Fallbesprechung einzubinden.“<sup>12</sup>

Der Austausch und die Verständigung innerhalb des multiprofessionellen Pflegeteams über die Akzeptanz des Sterbewunsches gehört in allen Fällen zur Vorbereitung. Mitarbeitende des Hospizes sollen in die Lage versetzt werden, angemessen und gemäß ihrer hospizlichen Haltung den Prozess begleiten zu können.

Als Ergänzung der vorgestellten Präventionsmaßnahmen sei darüber hinaus bemerkt, dass ein verstetigter Suizidwunsch immer mit der Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden einhergeht (z.B. mögliche Hilfsmittel zur Vergiftung, Verletzung oder jeder anderen Selbstschädigung, etc.) – im Fokus steht hier die Suizidprävention.

### **Suizidassistentz**

Der Einbezug von Sterbehilfevereinen oder der ärztlich assistierte Suizid wird aus der hospizlichen Grundhaltung der Lebensbegleitung heraus im Christlichen Hospiz Soest abgelehnt. Das heißt: Das Christliche Hospiz vermittelt keine Kontaktdaten zu Sterbehilfevereinen und berät nicht zu deren Leistungen.

Dabei widerspricht die Ablehnung der Suizidassistentz nicht einem respektvollen Umgang und dem Verstehen geäußerter Sterbewünsche sowie der eigenständigen Informationsbeschaffung. Wenn sich ein Gast für den Assistierten Suizid entscheiden sollte, wird ein Auszug aus dem Hospiz notwendig werden.

### **Rolle der Mitarbeitenden – Belastungsfaktoren und Kommunikationsmatrix**

Dem multiprofessionellen Team des Christlichen Hospizes Soest kommt zunächst die Funktion eines Beratungsteams unterschiedlicher Expertise zu, bestehend aus Pflege und Medizin, Psychosozialer Kompetenz und Seelsorge. Dabei beginnt der Prozess

---

<sup>11</sup> die Erkrankung spricht nicht auf eine Therapie an (engl. therapy-resistant)

<sup>12</sup> [DGP] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hg.) (2021/B): Handlungsempfehlung Einsatz sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-veroeffentlichungen/broschueren?download=1460:2021-04-handlungsempfehlung-einsatz-sedierender-medikamente-in-der-spezialisierten-palliativversorgung>, zuletzt geprüft am 21.01.2024, S.25



mit der Wahrnehmung, dem wertfreien und nachfühlenden Sinnverstehen von geäußerten Sterbewünschen einzelner Gäste.

Hieran schließt sich ein Beratungsprozess, der verschiedene Professionen im Begleitungsnetzwerk einbezieht und auch Partner:innen integriert, die von extern hinzugezogen werden können. Eine Schlüsselposition in der Kommunikation nehmen ohnehin An- und Zugehörige je nach Wunsch des Gastes ein. Verantwortlich für die Transparenz in einem ergebnisoffenen Kommunikationsprozess sind die Leitenden der Einrichtung.

In dieser menschlich und fachlich herausfordernden Situation ist es dabei für das Team der haupt- und ehrenamtlich Begleiter:innen unabdingbar die eigene Haltung und die eigenen Emotionen in Bezug auf die Gäste wahrzunehmen, zu kommunizieren und zu reflektieren: „Es muss vermieden werden, dass die Belastung der Begleiter:innen oder ein von den Begleiter:innen selbst empfundener Handlungsdruck die Entscheidungsfindung beeinflussen.“<sup>13</sup> Dabei erfährt das Team adäquate Begleitung durch regelmäßige Supervisionen, ethische Fallbesprechungen und Gesprächsangebote innerhalb des Teams.

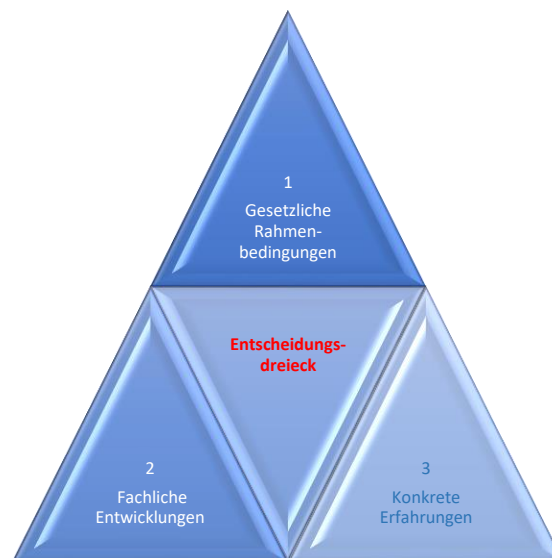
---

<sup>13</sup> Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S.20

## Schlussbemerkung

Wie in der Einleitung ausgeführt, versteht sich dieses Positionspapier als „living document“.

Im Kontext des Dreiecks (1) *gesetzliche Rahmenbedingungen*, (2) *fachliche insbesondere palliativmedizinische, palliativpflegerische, ethische Entwicklungen* und (3) *konkrete Erfahrungen mit den Sterbewünschen und Wünschen nach einem assistierten Suizid der Gäste im Hospiz* findet eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Umgang zum assistierten Suizid statt, wodurch letztlich Haltungen, Sichtweisen und Entscheidungen einer künftigen Veränderung unterliegen können.



## ANFRAGEN ZUR SUIZIDASSISTENZ

Erster Satz bzw. Anliegen des Gesprächs:



Datum der Anfrage: \_\_\_\_\_

Wiederholter Kontakt:       ja       nein

### ANFRAGENDE:R

Für wen wird angefragt: Für sich selbst? Für einen nahestehenden Menschen?

Alter der/des Suizidwilligen: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Liegt eine Erkrankung vor? \_\_\_\_\_

Lebenssituation: \_\_\_\_\_

IST DER SUIZIDWUNSCH / -PLAN KOMMUNIZIERT? ☐ ja ☐ nein

Mit wem?

---

---

---

### GAB ES BEREITS KONTAKTE ZU KRISENINTERVENTIONS- BZW. HILFSANGEBOTEN?

(z. B. Telefonseelsorge, Hilfsangebote Suizidprävention, Sozialpsychiatrische Dienste, Krisenberatung, andere Beratungsstellen, Psychiater:in, Psychotherapeut:in o.a.)

---

---

---

### GAB ES BEREITS EINEN (ODER MEHRERE) SUIZIDVERSUCH/E?

---

---

---

### KONKRETES ANLIEGEN

(z. B. Vorausschauende Planung/Information im Sinne von „wenn – dann...“ oder „wo bekomme ich die Pille?“, Informationen über konkrete Umsetzung?)

---

---

---

<sup>14</sup> Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S.32+33

**GENANNT GRÜNDE FÜR DEN SUIZIDWUNSCH**

---

---

---

**WISSENSDEFIZITE**

(z. B. zu Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung, medizinischen Möglichkeiten, rechtlicher Situation, Patientenrechten usw.)

---

---

---

**GESPRÄCHSERGEBNIS:**

---

---

---

---

---

**DAUER DES GESPRÄCHS:**

---



**Christliches Hospiz Soest gGmbH**  
Wienburgstr. 62  
48147 Münster

**Email:** [info@hospiz-soest.de](mailto:info@hospiz-soest.de)

**Tel.:** 0 29 21 / 66074-60

**Web:** [www.hospiz-soest.de](http://www.hospiz-soest.de)

1. Auflage | September 2024

Für den Inhalt verantwortlich

Einrichtungsleitung: Angelika Köster

Geschäftsführung: Felix Staffehl,  
Sebastian Thiemann

Handelsregisternummer: HRB 15284  
Amtsgericht Münster



**HOSPIZ SOEST**





HOSPIZ SOEST