



Sterben wünschen

Umgang mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid
im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin

NPG
NETZWERK
PALLIATIVE
GERIATRIE
BERLIN



 **Unionhilfswerk**
Kompetenzzentrum
Palliative Geriatrie
Bildung • Pflege • Hospiz

Inhalt

Vorwort	4
Einleitung	4
Sterbewünsche	5
Umgang mit Sterbewünschen	6
Suizidprävention	8
Assistierter Suizid	9
Begriffsbestimmungen	11
Rechtliche Auswirkungen des Urteils vom 26.02.2020	13
Umgang mit Sterbewünschen in der Einrichtung	14
Selbstbestimmung	15
Umgang mit Nahestehenden	16
Tipps für Mitarbeitende	17
Literatur	21

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir das generische Maskulinum. Die in dieser Broschüre verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich ausdrücklich auf alle Geschlechter!

Vorwort

Wir, die Mitglieder im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG B), wollen die Auseinandersetzung mit den Themen Sterbewünsche und assistierten Suizid fördern. Es geht uns darum, eine grundsätzliche Haltung zu verdeutlichen und Möglichkeiten zum guten Umgang mit diesen existenziellen Fragen aufzeigen.

Dabei ist uns bewusst, dass sich die Umsetzung der hier dargestellten Haltung und entsprechender Maßnahmen unter den gegebenen, zum Teil schwierigen, Rahmenbedingungen nicht einfach gestaltet.

Einleitung

Das Sterben und der Tod sind Themen, die für alte und hochbetagte Menschen oft naheliegend sind – das Ende des Lebens kann sogar eine wünschenswerte Perspektive sein.

Doch sind Sterbewünsche mitunter auch Hilfeschreie, sind der Wunsch nach einfühlsamer Kommunikation und einer Verbesserung der Lebens- und Betreuungssituation. Der Wunsch zu sterben kann als Ausdruck von „Total Pain“ – allumfassendem Schmerz – und einer hohen Symptomlast interpretiert werden.

Darum gilt es, allen Dimensionen des menschlichen Daseins (physisch, psychisch, sozial und spirituell) Rechnung zu tragen.¹

Menschen, die sich das Lebensende herbeiwünschen, haben oft auch ein großes Bedürfnis, über ihren Sterbewunsch, über den Tod, ihre Ängste und Hoffnungen zu sprechen. Auch, weil es für sie häufig weniger um das körperliche, als um das existentielle Leid geht.

¹ Vgl. FGPG (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie) (2022): Grundsatzpapier Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie

Sterbewünsche

So verschieden, wie die Menschen sind, so verschieden können auch ihre Sterbewünsche sein. Sie reichen von der Akzeptanz des Todes im Sinne von Lebensattheit, dem Hoffen auf baldigen Beginn des Sterbeprozesses mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung bis hin zur akuten (bewusst geplanten) Suizidalität. Dies jeweils mit einem zunehmenden Handlungsdruck, je drängender und akuter der Wunsch ist, dem Leben ein Ende zu setzen². Doch sollte nie vergessen werden: Sterbewünsche sind grundsätzlich normal und nicht pathologisch!

Die Ursachen für Sterbewünsche sind dabei recht unterschiedlich. Es ist bekannt, dass neben der Angst vor unerträglicher Symptomlast, vor großen Schmerzen, auch depressive Symptome hinter dem Wunsch zu Sterben stehen. Daneben sind es unerfüllte spirituelle Bedürfnisse, soziale Probleme oder die individuelle Persönlichkeit eines Menschen, die die Wahrscheinlichkeit, einen Sterbewunsch zu entwickeln, erhöhen.^{3,4}

Spiritualität ist dabei nicht mit Religiosität zu verwechseln. Religiosität kann, muss aber kein Bestandteil von Spiritualität sein. Unter unerfüllten spirituellen Bedürfnissen versteht man z. B. den empfundenen Verlust von Sinn und Zweck im Leben, das Bedürfnis nach Verbindung zu anderen Menschen oder zu einer höheren Macht sowie die Sehnsucht, etwas von sich selbst weitergeben zu können. Persönlichkeitsmerkmale, die zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von auftretenden Sterbewünschen führen, sind beispielsweise der ausgeprägte Wunsch nach Autonomie und das Bedürfnis, stets die Kontrolle über akute und bevorstehende Situationen behalten zu wollen. Das gilt auch für Menschen mit Demenz.

Was man nie vergessen sollte: Der Tod ist für alte Menschen äußerst präsent. Viele An- und Zugehörige sind bereits verstorben. Vielleicht wurden Kinder, Geschwister, Klassenkameraden oder beste Freunde überlebt, Gedanken über den eigenen Tod bleiben dann nicht aus.

² Vgl. Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (2019): 18. Todeswünsche. Onkologie Leitlinienprogramm.

Und so kann es sein, dass das Ende als Ergebnis einer Lebensbilanzierung herbeigesehnt wird und die entsprechende Person nicht abwarten will, bis der Tod von selbst kommt.

Trotzdem können Menschen mit Sterbewunsch zugleich einen Wunsch nach Leben in sich tragen. Sie sind in ihren Ansichten oft ambivalent. Studien besagen, dass sich im Zeitverlauf und hinsichtlich der Intensität der empfundenen und/oder befürchteten Belastungen der Sterbewunsch und Lebenswille verändern können.⁵

Umgang mit Sterbewünschen

Menschen, die einen Sterbewunsch äußern, tun dieses niemals leichtfertig. Auch wenn es leicht ist zu sagen, ein Mensch wolle „nur“ Aufmerksamkeit: Das Gefühl, unsichtbar zu sein und in den eigenen Bedürfnissen nicht wahrgenommen zu werden, ist durchaus eine existenzielle Leiderfahrung.⁶

Grundsätzlich gilt: Fachlichkeit, Mitmenschlichkeit und gemeinschaftliche Sorge bilden die Basis palliativgeriatrischen Handelns. Dazu gehört es auch, Menschen ernstzunehmen und ihnen zuzuhören, wenn sie sich wünschen zu sterben.

Hinter „vordergründigen“ Sterbewünschen können mitunter verdeckte Sorgen, Ängste und Bedürfnisse stecken, die gehört, verstanden, besprochen und beantwortet werden wollen.⁷ Ein Großteil der an der Versorgung von alten und hochbetagten Menschen mit und ohne Demenz Beteiligten wurden in ihrem Berufsalltag bereits mit einem Sterbewunsch konfrontiert.⁸

³ Vgl. Jox (2019)

⁴ DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.) (Hrsg.) (2021): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistentz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung

⁵ Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (2019): 18. Todeswünsche. Onkologie Leitlinienprogramm.

⁶ Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2025)

Das ist nicht ungewöhnlich, da davon ausgegangen wird, dass etwa jeder sechste in einer stationären Einrichtung lebende Mensch einen mehr oder weniger stark ausgeprägten Sterbewunsch in sich trägt.⁹

Unabhängig davon, wie ausgeprägt ein Sterbewunsch erscheint: Es ist wichtig, ihn in jedem Fall ernst- und wahrzunehmen und im Sinne der betroffenen Person zu kommunizieren und auch zu handeln. Insgesamt ist die Äußerung eines Sterbewunsches als großer Vertrauensbeweis zu bewerten und steht für eine auf Vertrauen basierende Pflege- und Betreuungsbeziehung.¹⁰

Gespräche über das Lebensende, über Sterben und Tod sowie bestehende Sterbewünsche werden von alten Menschen in der Regel nicht als belastend oder verstörend empfunden. Viel eher empfinden sie diese Gespräche als Entlastung. Im Verlauf regelmäßig wiederkehrender Gespräche, z. B. im Rahmen von Gesundheitlicher Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase — GVP —, (Fall-)Besprechungen, Gespräche bei grundpflegerischen Tätigkeiten, sollte das Vorhandensein von Sterbewünschen darum aktiv erfragt werden.¹¹ Wird der Wunsch zu sterben geäußert, darf darüber nicht hinweggegangen werden!

Abhängig von der jeweiligen Qualifikation und Kommunikationsfähigkeit des Mitarbeitenden, sollte zeitnah ein für den Menschen mit Sterbewunsch angenehmer und angstfreier Raum geschaffen werden. Hier gilt es, über diese Wünsche urteilsfrei ins Gespräch zu kommen. Ist die betreuende Person dazu nicht in der Lage, muss in der Einrichtung zeitnah eine hierfür geeignete Person (z. B. GVP-Berater, Seelsorger) in Kenntnis gesetzt und das Gespräch, ggf. mehrmals, angeboten und geführt werden.

⁷ Vgl. FGPG (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie) (2022): Grundsatzpapier Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie

⁸ Vgl. Jentschke et al. (2024)

⁹ Vgl. Jox (2019)

¹⁰ Riedel (2024)

¹¹ Vgl. Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (2019): 18. Todeswünsche. Onkologie Leitlinienprogramm

Suizidprävention

Suizidprävention bedeutet auch, dem betreuten Menschen ein gutes und lebenswertes Leben und Sterben zu ermöglichen. Dies ist ein Grundgedanke der Palliativen Geriatrie, und so besteht innerhalb der Mitgliedseinrichtungen im NPG B Konsens darüber, dass gelebte Palliative Geriatrie zur Suizidprävention beiträgt.

Es gibt Hinweise darauf, dass – wenn sich ein Mensch Gedanken über einen Suizid macht – es entlastend für ihn ist, wenn er auf angemessene Weise direkt auf diesen Wunsch angesprochen wird. Allerdings weist umgekehrt nichts darauf hin, dass suizidale Gedanken entstehen oder stärker werden, wenn man dies zum Thema macht.^{12, 13}

Alle Netzwerkpartner plädieren, unter der Voraussetzung, dass die betroffene Person einwilligt, für eine engmaschige Dokumentation auftretender Sterbewünsche in ihren Einrichtungen. Auch, um alle an der Versorgung Beteiligten in Kenntnis zu setzen und ggf. zügig präventive Maßnahmen ergreifen zu können.¹⁴

Zur Steigerung der Sensibilisierung aller an der Versorgung Beteiligten werden Schulungen, Fortbildungen und (Fall-)Besprechungen empfohlen.¹⁵ Hier ist es wichtig, sie alle einzubinden und ggf. auch externe fachliche Expertise zu nutzen. Zusätzlich bieten vor allem die seelischen Erste-Hilfe-Kurse (z. B. Mental Health First Aid oder psychologische Erste Hilfe) eine wertvolle Einführung in dieses Thema.

Einige dieser Kurse können aktuell kostenfrei von Berliner Bürgern besucht werden, die dann als Ersthelfer über ein breites Wissen zum Nutzen aller verfügen. Ein Ansatz, der auch in Hinblick auf die Versorgung in der Langzeitpflege sinnvoll erscheint. Denn gerade Ärzte und Pflegefachpersonen mit Kenntnissen über weiterführende Hilfsstrukturen sind erste Ansprechpartner für Bewohner mit suizidalen Gedanken.

¹² Vgl. Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz (2021): Umgang mit suizidalen Äußerungen in der Pflegeberatung

¹³ Vgl. Jox (2019)

¹⁴ Vgl. Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG B) (2025)

¹⁵ Jentschke et al. (2024)

Insgesamt ist im Bereich der Altenhilfe und Pflege angesichts der steigenden Suizidraten eine gezielte Sensibilisierung des Personals notwendig. Fachkräfte sollten befähigt werden, Suizidrisiken zu erkennen, insbesondere in Verbindung mit Einsamkeit, Pflegebedürftigkeit und depressiven Symptomen, um angemessen reagieren zu können.¹⁶

Assistierter Suizid

Etwa 100.000 Menschen in Deutschland versuchen sich jedes Jahr durch aktiv suizidale Handlungen das Leben zu nehmen.¹⁷ Etwa zehn Prozent dieser Suizidversuche sind „erfolgreich“.¹⁸

Die meisten Menschen, die ihrem Leben ein Ende setzen (wollen), stehen kurz vor der Rente oder sind bereits im Rentenalter. Daher ist es im Kontext Palliativer Geriatrie wichtig, sich auch mit den Themen Suizid und assistierter Suizid näher auseinanderzusetzen.

Unter (ärztlich) assistiertem Suizid wird die Handlung (eines Arztes) verstanden, einer Person auf deren ernsthaftes, freiwilliges und angemessenes Verlangen hin die eigenständige Selbsttötung zu ermöglichen. Dabei liegt die Tatherrschaft ausschließlich bei der suizidwilligen Person. Ein Beispiel hierfür ist die Bereitstellung tödlich wirkender Medikamente zur Selbstverabreichung.

Das Thema assistierter Suizid wird in der Gesellschaft breit diskutiert. In Umfragen zeigt sich, dass insbesondere der assistierte Suizid eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung erfährt. Auch steigt die Anzahl durchgeführter assistierter Suizide¹⁹ vor dem Hintergrund, dass am 26. Februar 2020 der § 217 StGB vom Bundesverfassungsgericht (BVerG) für nichtig erklärt wurde. Dieser Paragraph beinhaltete das Verbot „Geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung“, also dem in Deutschland geltendem Verbot der Suizidbeihilfe.

¹⁶ Vgl. Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG B) (2025)

¹⁷ Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2025)

¹⁸ Statistisches Bundesamt | ¹⁹ Infografik: Breite Akzeptanz für ärztliche Suizidhilfe/Statista

Das Urteil wurde u. a. damit begründet, „*dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasse sowie die Freiheit, sich das Leben zu nehmen und auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen*“.

Dieses Recht (vgl. Art.2 [2] Grundgesetz) gilt für alle gleichermaßen, also für Menschen mit und ohne schwere körperliche Erkrankungen. Gleichzeitig wurde festgehalten, dass sich die Regelungen der assistierten Selbsttötung im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und der Pflicht des Staates zum Schutz des Lebens befänden. Allerdings kann niemand dazu verpflichtet werden, Suizidbeihilfe zu leisten.

Die Voraussetzung für einen assistierten Suizid ist primär, dass ein Mensch in der Lage ist, eigene Entscheidungen zu treffen. Er kann also die Bedeutung und Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, Möglichkeiten abwägen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten. Bei Menschen über 18 Jahren ist dies grundsätzlich anzunehmen.

Doch gibt es Ausnahmen: Bei Menschen ab einer mittelgradigen Demenz oder bei psychisch Erkrankten innerhalb einer akuten Krise ist nicht von einer Entscheidungsfähigkeit auszugehen. Trotzdem mindert das nicht einen vorhandenen Sterbewunsch, auf den empathisch, vorurteilsfrei und ohne Wertung eingegangen werden muss.



Bei einem Sterbewunsch müssen verschiedene Möglichkeiten abgewogen, der persönliche Wille danach bestimmt und entsprechend gehandelt werden.

Begriffsbestimmungen

„Sterbehilfe“

Der Begriff der Sterbehilfe ist missverständlich und daher in der Fachwelt eigentlich nicht mehr gebräuchlich.

Sterbehilfe kann viel bedeuten:

- ⇒ Hilfe *im* Sterben, also das, worauf Hospizarbeit basiert.
- ⇒ Hilfe *zum* Sterben, als etwas, das viel mehr als die Herbeiführung des Todes bedeuten kann (im Sinne eines todbringenden Medikamentes). Hilfe zum Sterben kann auch die Gabe schmerz- und leidenlindernder Medikamente sein.

Bei der Sterbehilfe muss dann genau unterschieden werden zwischen:

Aktive Sterbehilfe

- ⇒ Tötung auf Verlangen eines Sterbewilligen: Eine Person (z. B. Ärztin) verabreicht einem Sterbewilligen ein tödliches Medikament. Die Tatherrschaft liegt beim aktiv Handelnden. In Deutschland ein **Straftatbestand nach §216 StGB.**²⁰
- ⇒ Assistierter Suizid: Dem Sterbewilligen wird eine explizit tödliche Substanz zur Verfügung gestellt. Die Tatherrschaft liegt ausschließlich beim Sterbewilligen. **In Deutschland seit dem 26.02.2020 (wieder) zugelassen.**

Passive Sterbehilfe (heute eher „Therapiebegrenzung“)

- ⇒ Unterlassung oder Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen (vgl. erklärter Wille in einer Patientenverfügung), in Deutschland zulässig. Seit 2009 sind Patientenverfügungen rechtsverbindlich.

Indirekte Sterbehilfe (heute eher „Therapiezieländerung“)

- ⇒ Die Gabe leidendlindernder Medikamente (nach ärztlicher Anordnung). Immer mit dem Ziel, dass für den Bewohner qualvolle Symptome wie Angst, Panik, Schmerzen, Blutungen, massive Luftnot gelindert werden. Das kann auch eine palliative Sedierung beinhalten.

²⁰ §216 StGB

- ⇒ Eine mögliche Verkürzung der Lebenszeit wird hierbei mit Blick auf die Symptomlinderung in Kauf genommen. Sie ist nicht das Motiv für die Medikamentengabe.
- ⇒ Palliative Care im weiteren Sinne
- ⇒ In Deutschland erlaubt.

Gut zu wissen: Menschen in Pflegeeinrichtungen haben auf Wunsch ein Recht auf Behandlungsabbruch bei gleichzeitigem Aufbau von Palliative-Care-Strukturen. Von diesem Recht können sie entweder bei gegebener Entscheidungsfähigkeit verbal gebrauch machen. Oder sie verfügen im Rahmen einer Patientenverfügung oder innerhalb eines gelungenen GVP-Prozesses, welchen Behandlungen am Lebensende zugestimmt wird und welche abgelehnt werden.

Bei „frei verantwortlichen“ Suiziden ist die sogenannte Entbindung der Garantenpflicht, also der Verfügung von Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung im Sinne einer Patientenverfügung rechtsgültig. **Tötung auf Verlangen bleibt weiterhin unzulässig. Dies ist auch ausdrücklicher Konsens innerhalb des NPG Berlins.**



Rechtliche Auswirkungen des Urteils vom 26. Februar 2020

Die Gewissens- und Religionsfreiheit von Mitarbeitenden und Institutionen kann das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen nicht aushebeln. Das bedeutet, dass das Selbstbestimmungsrecht die Träger-Ideologie überwiegt. Genauso können Heimverträge das Selbstbestimmungsrecht von Bewohnern nicht wirksam beschränken. Ein Mensch, bei dem es keine Hinweise auf eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit gibt und der seinem Sterbewunsch durch einen assistierten Suizid nachgehen will, darf dieses auch tun.²¹

Das BVerfG hat festgehalten, dass *„dem Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichender Raum zur Entfaltung und Umsetzung belassen werden [muss]. [...] All dies lässt unberührt, dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben darf.“*²²

Das bedeutet, dass niemand verpflichtet ist oder verpflichtet werden darf, Hilfe bei einem Suizid zu leisten. Es heißt aber auch, dass niemandem, der die vom BVerfG vorgegebenen Voraussetzungen erfüllt, der assistierte Suizid faktisch verunmöglicht werden darf.

Für Einrichtungen, die sich nicht aktiv an einem assistierten Suizid beteiligen möchten, gibt es keine Pflicht, die Voraussetzungen für einen rechtmäßigen assistierten Suizid zu prüfen.²³ Dies ist schlussendlich die Aufgabe des „Dienstleisters“, z. B. einer Sterbehilfsorganisation bzw. des Arztes, der bereit ist, Suizidbeihilfe zu leisten.

Aufgrund der z. T. komplizierten Situation ist es wichtig, dass jede Einrichtung eine Haltung zum Thema entwickelt sowie die Rechtslage respektiert.

Das Begehren nach assistiertem Suizid ist eine besonders starke Ausprägung eines Sterbewunsches. Diesem Wunsch auf den Grund zu gehen, ist Voraussetzung einer gelingenden Suizidprävention – jedoch ohne moralisierend oder wertend auf die betroffene Person einzureden. Das könnte dazu führen, dass sich diese Person unverstanden fühlt und keine weiteren Gespräche über das Lebensende mehr wünscht.

^{21/23} Zank A (2025)

²² Leitsätze zum Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020

Umgang mit Sterbewünschen in der Einrichtung

Die im NPG Berlin organisierten Einrichtungen sind sich darin einig, dass neben der Etablierung einer verlässlichen Palliativen Geriatrie, Strukturen/Räume zum Austausch über möglicherweise gegebene Sterbewünsche geschaffen bzw. ausgebaut werden müssen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dies nicht von Einzelpersonen allein geleistet werden kann.

Der Kreis derer, die sich im Sinne des hospizlich-palliativen Ansatzes für Schwerstkranke und Sterbende einsetzen, muss erweitert werden. Nur so lässt sich gewährleisten, dass für alle, die diese Angebote brauchen, auch verlässliche Alternativen zur Verfügung stehen.²⁴ Zudem sollten Möglichkeiten zu Reflexion und Austausch angeboten und/oder ausgebaut werden, um dem Thema auf allen Ebenen gerecht zu werden.

Hier werden interprofessionelle Teambesprechungen, kollegiale Beratungen, Supervision, Ethikberatung, die intensivierete Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten und bei Bedarf die Hinzuziehung externer Expertise (z. B. Palliativgeriatriischer Konsiliardienst Berlin, Zentrale Anlaufstelle Hospiz, SAPV, Hospizdienste) als hilfreich empfunden.

Zusätzlich sollen allen an der Versorgung Beteiligten mögliche Alternativen zum assistierten Suizid bekannt sein. Hierunter fallen neben der verlässlichen Umsetzung von Palliativer Geriatrie auch Veränderungen in der Lebenswelt des Betroffenen, person-zentrierte Pflege und Betreuung, Validation, gerontopsychiatrische Betreuung, eine Lebens- und Therapiezieländerung oder der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken (FVET).

²⁴ Vgl. Müller D, Wistuba B (2014)

Selbstbestimmung

Selbstbestimmung in der Pflege bedeutet, dass pflegebedürftige Menschen das Recht haben, eigene Entscheidungen über ihr Leben, ihre Pflege und natürlich auch über ihren Tod treffen zu können, soweit sie dazu in der Lage sind.

Pflegebedürftige Menschen haben das Recht, selbst zu entscheiden, wie sie ihren Tag gestalten oder wann sie schlafen gehen wollen. Sie sollten aktiv in die Gestaltung ihres Pflegeplans einbezogen werden und ihre Wünsche und Vorstellungen einbringen können; auch haben sie Anspruch auf verständliche Informationen über ihre Erkrankung und geplante Pflegeleistungen, um informierte Entscheidungen treffen zu können.

Die Meinungen und Wünsche pflegebedürftiger Personen müssen geachtet und als wichtig anerkannt werden.²⁵

Pflegekräfte verfolgen im Sinne einer bestmöglichen Versorgung eine weitestgehend vollumfängliche Sammlung bewohnerbezogener Informationen. Diese Intention gilt es auszubalancieren, um dem Recht Pflegebedürftiger auf Selbstbestimmung und Privatsphäre Rechnung zu tragen. Hierzu gehören u. a. auch die Mitgliedschaft in einer Sterbehilfsorganisation oder das Vorhandensein ausgeprägter Sterbewünsche.

So können Betroffene entweder die Versorgenden in den Vorbereitungsprozess zum assistierten Suizid einweihen und sich begleiten lassen oder schweigen und dies nur für sich durchführen. Sollte letzteres der Fall sein, gilt es das Versorgungsteam im Nachhinein aufzufangen. Supervisionen, kollegiale Beratungen und Raum für Reflexionen sind in diesem Zusammenhang empfehlenswert.

²⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Umgang mit Nahestehenden

Wenn Bewohner in Pflegeeinrichtungen zunehmend Selbständigkeit und soziale Teilhabe verlieren, entstehen häufig Gefühle von Ausweglosigkeit und die mit Sicherheit unbegründete Sorge, Angehörigen zur Last zu fallen.²⁶ Dies kann zu Sterbewünschen führen, die für Nahestehende oft schwer auszuhalten sind. Viele fühlen sich überfordert, unsicher, haben Hemmungen, darüber zu sprechen oder sich mit dem Sterbewunsch oder Verlangen nach assistiertem Suizid näher zu beschäftigen. Umso wichtiger ist ein einfühlsamer, respektvoller Umgang, der die besondere Lage aller Beteiligten berücksichtigt.

Die Mitgliedseinrichtungen des NPG Berlin stimmen überein, dass bei Redebedarf über Sterbewünsche (unabhängig von deren Ausprägung) Begleitung und ein offenes Gespräch für alle an der Versorgung Beteiligten angeboten werden muss.²⁷

Auch sollten Nahestehende, wenn es von der sterbewilligen Person gewünscht wird, im Prozess mitgenommen werden: Ein Prozess, der eine Ausnahmesituation darstellt und eine große emotionale Belastung ist – für Nahestehende, Betroffene, aber auch für an der Pflege und Betreuung Beteiligte.

Auf allen Seiten können hier Gefühle wie Trauer, Wut, Verzweiflung, Akzeptanz, Verständnis, Erleichterung, Unverständnis, Ambivalenz, Scham oder Angst zum Teil gleichzeitig auftreten. Und natürlich haben Nahestehende oft sehr viele Fragen bzw. sind unsicher, wie damit umzugehen ist.

Gelingende Angehörigenarbeit ist darum ein wichtiger Teil von Palliativer Geriatrie.²⁸ Sofern ein Sterbewilliger den Einbezug von Nahestehenden wünscht, sollen diese also bis über dessen Tod hinaus begleitet, betreut und beraten werden.

²⁶ Vgl. Lucas D (2024)

²⁷ Vgl. Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG B) (2025)

²⁸ Vgl. v. Hövell C (2012)

Tipps für Mitarbeitende

Wenn es darum geht, Menschen in dieser Grenzsituation unterstützend zur Seite zu stehen, ist es entscheidend, Sterbewünsche, suizidale Gedanken und Wünsche nach Suizidassistenz zu erkennen, ernst zu nehmen und damit sensibel umzugehen.

1. Hinsehen und hinhören²⁹

- ⇒ Viele Menschen sprechen über ihre Sterbewünsche. Gleichzeitig haben Betroffene Angst, nicht ernst genommen oder als psychisch krank bezeichnet zu werden. Nehmen Sie das vom Sterbewilligen signalisierte Bedürfnis nach einem Gespräch ernst.
- ⇒ Trauen Sie sich, Ihre Sorgen über das veränderte Verhalten eines Menschen wahrzunehmen, signalisieren Sie Kommunikationsbereitschaft auch bei heiklen Themen.
- ⇒ Sprechen Sie proaktiv über Ängste vor dem Sterben und dem Tod. Dabei ist es aber auch wichtig zu erkennen, ob Sie dieses Gespräch überhaupt leisten können.
- ⇒ Es ist empfehlenswert, ehrlich zu sein und zuzugeben, dass dies die persönlichen Kräfte übersteigt.
- ⇒ Machen Sie aber trotzdem deutlich, dass der Gesprächswunsch gehört wurde und sich zeitnah um einen geeigneten Gesprächspartner bemüht wird.

2. Kontakt anbieten und Räume schaffen

- ⇒ Vermitteln Sie das Gefühl, dass der Betroffene wichtig ist.
- ⇒ Zeigen Sie Verständnis für die Situation des Betroffenen.
- ⇒ Hören Sie aufmerksam zu, urteilen Sie nicht.

²⁹ Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2022): Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz

- ⇒ Versuchen Sie nicht, sofort eine Lösung für Probleme oder Ängste der betroffenen Person zu finden. Das kann schnell als übergriffig empfunden werden.
- ⇒ Vermeiden Sie Aufmunterungen, Ablenkungen oder Bagatellisierungen in diesem Zusammenhang, sonst fühlt sich der Betroffene nicht ernst genommen und noch unverständener.³⁰
- ⇒ Häufig braucht es mehrere Gespräche, bis sich Betroffene öffnen bzw. erklären können.
- ⇒ Gespräche über Sterbewünsche sind immer individuell, personen-, beziehungs- sowie situationsabhängig und haben keine feste Themenreihenfolge oder Struktur.³¹

3. Sterbewünsche und suizidale Gedanken wahrnehmen und ansprechen^{32,33}

- ⇒ Haben Sie Mut, Betroffene auch direkt anzusprechen, wenn Äußerungen in Bezug auf Sterbewünsche fallen.
- ⇒ Gehen Sie ins Gespräch über Themen wie noch bestehende und als sinnstiftend empfundenen Kontakte oder Beziehungen sowie über bevorstehende, als wichtig empfundene Ereignisse. Besprechen Sie mit dem Sterbewilligen, ob bestehende Krankheitssymptome zufriedenstellend kontrolliert und gelindert sind oder ob es Verbesserungsmöglichkeiten gibt.
- ⇒ Machen Sie Alternativen zum assistierten Suizid deutlich, erklären Sie diese verständlich und adressatengerecht.³⁴
- ⇒ Wenn Sie eine psychische Belastung oder Krankheit vermuten, besprechen Sie die Möglichkeit psychologischer/psychotherapeutischer/seelsorglicher Unterstützung.

³⁰ ÖPG (Österreichische Palliativgesellschaft) (Hrsg.) (2022): Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid

³¹ Vgl. Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2022): Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz

³² Vgl. FGPG (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie) (2022): Grundsatzpapier Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie

³³ Vgl. Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2022): Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz

³⁴ Vgl. Fuchs U (2009)

4. Die innere, oft verzweifelte, Situation des Gegenübers (mit) aushalten

- ⇒ Übertragung und Gegenübertragung bedeutet, eigene Gefühle, Affekte, Überzeugungen, Vorstellungen und lebensgeschichtliche Erfahrungen auf die andere Person zu übertragen. Dies bleibt bei einem so existenziellen Thema nicht aus. Wichtig ist jedoch, dies zu reflektieren und sich über diese Dynamiken im Klaren zu sein.³⁵
- ⇒ Versuchen Sie, Nähe und Distanz auszubalancieren. Dies trägt dazu bei, sich nicht in das Schicksal des Menschen mit Sterbewunsch „verwickeln zu lassen“ und zugleich in empathischer Nähe „zu bleiben“.

5. Im Team arbeiten und weitervermitteln³⁶

- ⇒ Tauschen Sie sich im multidisziplinären Team über die Person mit Sterbewunsch innerhalb ihrer bestehenden Lebenssituation aus, wenn diese es wünscht.
- ⇒ Beziehen Sie fachliche Expertise aller an der Pflege, Begleitung und Versorgung beteiligten Personen ein.
- ⇒ Diskutieren Sie folgende Fragen:
 - Welche Angebote oder Erlebnisse könnten für die betroffene Person weiterhin sinnstiftend oder hoffnungsgebend sein?
 - Wurden Krankheitssymptome zur Zufriedenheit der betroffenen Person kontrolliert oder gibt es Verbesserungsbedarf? Ziehen Sie im Zweifelsfall den Hausarzt und/oder ein SAPV-Team bzw. einen Hospizdienst hinzu.
 - Besprechen Sie die Möglichkeit einer Therapiezieländerung mit dem Betroffenen.

³⁵ Vgl. Kraneider, Crepaldi (2024)

³⁶ Vgl. Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2022): Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistentz

- Steht seelisches Leid im Vordergrund oder wird eine psychische Störung vermutet bzw. ist bereits diagnostiziert worden? Bieten Sie in diesem Fall die Hinzuziehung eines Psychiaters oder Psychotherapeuten an.
- Ist die notwendige palliativgeriatrische Fachexpertise im Team verfügbar? Können externe Experten hinzugezogen werden? Besprechen Sie dies mit dem Betroffenen.
- Gibt es jemanden im Team, der einen besonders guten Kontakt zum Menschen mit Sterbewunsch hat und als Vertrauensperson zur Verfügung stehen kann?

6. Strukturelle und konzeptionelle Angebote in den Einrichtungen

- ⇒ Stetige Sensibilisierung aller an der Versorgung Beteiligten
- ⇒ Etablierung von GVP-Prozessen in den Einrichtungen zur Schaffung eines Raums, um über Sterbewünsche ins Gespräch zu kommen
- ⇒ Etablierung klarer Absprachen im Team und mit der Leitung, wie bei geäußerten Sterbewünschen zu verfahren ist
- ⇒ Umsetzung des Total-Pain Konzeptes im Rahmen der täglichen Versorgung der Bewohner
- ⇒ Implementierung regelmäßiger (Fall-)Besprechungen
- ⇒ Regelmäßiger teaminterner Austausch
- ⇒ Erkennen und Respektieren persönlicher Grenzen der Mitarbeitenden
- ⇒ Vertiefte Kooperation mit externen Kooperationspartnern (Hospizdienst, SAPV-Team)
- ⇒ Wenn gewünscht, Zusammenarbeit mit der Seelsorge (konfessionell/nicht konfessionell)
- ⇒ Einbezug von Nahestehenden
- ⇒ Bei Bedarf Hinzuziehung externer Expertise (Beratungsstellen, Ethikkomitees)
- ⇒ Prozessregelungen im Kontext der Mitwirkung einer Sterbehilfeorganisation und/oder eines Arztes

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Bundesverfassungsgericht (BVerG) (2020): Leitsätze zum Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>. letzter Zugriff 15.10.2025

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (Hrsg.) (2021): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2025): <https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet/> letzter Zugriff 15.10.2025

Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (2019): 18. Todeswünsche. Onkologie Leitlinienprogramm.

Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz (2021): Umgang mit suizidalen Äußerungen in der Pflegeberatung

Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) (Hrsg.) (2022): Grundsatzpapier Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie

Fuchs U (2009): Gewissensfrage Sterbehilfe. Die Kontroverse um den selbstbestimmten Tod. Kreuz Verlag. Stuttgart

Hövell C, Hundt N (2012): Systematische Begleitung der Angehörigen. In Modul: V-WV-02 Einführung in die Palliative Geriatrie. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Systematische%20Begleitung%20der%20Angeh%C3%B6rigen_van%20H%C3%B6vell_Hundt_Mai%202012.pdf. letzter Zugriff: 29.10.2025

Jentschke E et al. (2024): Sterbewünsche im Kontext stationärer Altenpflegeeinrichtungen – Belastungen und Bedürfnisse von Pflegenden sowie Aspekte für eine einrichtungsinterne Diskussion und Positionsfindung. Zeitschrift für Palliativmedizin 2024; 25(06): 295-305

Jox R (2019): Sterbewünsche alter Menschen in Pflegeheimen. Fachzeitschrift Palliative Geriatrie 3/2019

Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.) Müller D; Wistuba B (2014): Die Situation von Hospizarbeit und Palliative Care in Deutschland. Fakten, Bewertungen, Verbesserungsbedarf

Kraneider C; Crepaldi G (2024): Psychodynamisches Verstehen assistierter Suizidwünsche im palliativen Setting. Zeitschrift für Palliativmedizin 2024; 25(03): 127-133

Lucas D (2024): Wann ist es Zeit zu gehen? Suizidwünsche im Kontext einer demenziellen Erkrankung. In: Bozzaro C; Richter G; & Rehmann-Sutter C (Hrsg.). (2024). Ethik des assistierten Suizids: Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen. transcript Verlag. Bielefeld

Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG B) (2025): Protokoll 52. Netzwerktreffen

Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG B) (2025): Protokoll 53. Netzwerktreffen

Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin (NPG B) (2025): Protokoll 54. Netzwerktreffen

ÖPG (Österreichische Palliativgesellschaft) (Hrsg.) (2022): Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid

Riedel A (2024): Assistierter Suizid und die Pflege(nden). In: Bozzaro C, Richter G, Rehmann-Sutter C (Hrsg.) (2024): Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen. transcript Verlag. Bielefeld

Statistisches Bundesamt (2025): <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324>. letzter Zugriff 19.10.2025

Zank A S (2025): Hospiz und Suizidassistenz – eine Orientierung mit Blick auf ein aktuelles externes Gutachten. HPV Berlin e. V.



Impressum

**Eine Broschüre des Netzwerk Palliative Geriatrie (NPG) Berlin/
Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) im Unionhilfswerk**

Richard-Sorge-Straße 21 A, 10249 Berlin

Tel. 030 422 658 33

npg@palliative-geriatrie.de

www.netzwerk-palliative-geriatrie.de

Autoren: Kompetenzzentrum Palliative

Geriatrie und Mitglieder im NPG Berlin

Redaktion/Layout: Claudia Pfister

Fotos: iStock

Druck: WirmachenDruck



Berlin, 2026

**Der Druck dieser Broschüre wurde aus Spendenmitteln
der Interessengemeinschaft Palliative Geriatrie im
Unionhilfswerk Landesverband Berlin e. V. finanziert.**

