

Vortrag anlässlich des DGHS-Themenabends am 28.11.2025 in Düsseldorf

Thema	„Umgang mit Todeswünschen“
	Wenn kranke und/oder betagte Menschen sagen, dass sie nicht mehr leben wollen, kann dies zunächst Ausdruck vielfältiger Gefühle sein, wie z.B. Hilflosigkeit, Angst, Wut, Einsamkeit oder der Sorge, den Liebsten zur Last zu fallen. Möglicherweise ist es aber auch Ausdruck eines konkreten Wunschs, das Leben zu beenden. Vielen Nahestehenden fällt es schwer, solche Todeswünsche einzuordnen und angemessen darauf zu reagieren; sie fühlen sich unvorbereitet. Wie kann man mit Betroffenen oder/und mit anderen Familienmitgliedern ins Gespräch kommen zu diesem belastenden Thema? Und welche evtl. unerwarteten Chancen können sich daraus ergeben?
Referentin	Susanne Schaaf

Vortragsinhalt

Rechtslage im Fall von Todeswünschen

Was möglich bzw. erlaubt und verboten ist, wenn Menschen nicht mehr leben wollen.

Wissen, über das Sie verfügen sollten, falls jemand Ihnen gegenüber Todeswünsche äußert, und Sie darauf reagieren möchten oder müssen, und zwar zu:

1. Patientenrecht auf palliative und hospizliche Versorgung
2. Patientenverfügung (PV) und Vorsorgevollmacht (VV)
3. Aktive Sterbehilfe
4. Passive und Indirekte Sterbehilfe
5. Sterbefesten
6. Suizidhilfe/Freitodbegleitung (FTB)

Umgang mit Todeswünschen

Bedeutung von „Umgang“

sowie Informationen und Fallbeispiele, die verdeutlichen sollen,

- welche unterschiedlichen Hintergründe Todeswünsche haben können,
- wie unterschiedlich sie aus- oder unterdrückt werden,
- welche Reaktionen sie beim Gegenüber auslösen können,
- welche Kommunikationsprobleme es dabei geben und wie man sie lösen kann.

Sie dürfen diesen Text gern an andere Interessierte weiterleiten.

Auf das Gendern wurde verzichtet. Selbstverständlich gelten alle Personenbezeichnungen für alle Geschlechter.

EINLEITUNG

Zunehmend viele Menschen aus der s.g. mittleren Generation werden Mitglied der DGHS und lassen sich von uns beraten. In ca. 50% der Fälle geht es um die eigene Vorsorge. Bei der anderen Hälfte geht es um die Situation von erkrankten oder lebenssatten Familienmitgliedern, Lebenspartnern oder Freunden.

Deshalb biete ich heute zum ersten Mal eine Veranstaltung an für Sie, die Kümmerer und Unterstützer. Sie begleiten, betreuen und pflegen Menschen in Ihrem nahen Umfeld, oder wurden von diesen Menschen bevollmächtigt. Und Sie sind oft diejenigen, die bei der Informationsbeschaffung unterstützen.

1. Da ist es zunächst nicht nur in Bezug auf Todeswünsche wichtig, etwas über die **Patientenrechte** zu wissen. (*1) Wer gesund und munter ist und in der Familie bisher keine, oder nur plötzliche bzw. Todesfälle nach kurzer Krankheit erlebt hat, weiß vielleicht nicht, dass schwerstkranke Menschen mit einer unheilbaren, fortgeschrittenen

und lebensbegrenzenden Erkrankung einen **gesetzlichen Anspruch auf palliative oder hospizliche Versorgung** (*2) haben. Was bedeutet das?

Ist ein Patient unheilbar und lebensbegrenzend erkrankt, z.B. krebskrank, kann es sein, dass im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium spezielle Schmerzbehandlung und Pflege notwendig werden, die der Hausarzt und ein normaler Pflegedienst nicht gewährleisten können. Mit dem Haus- oder Facharzt kann dann besprochen werden, ob je nach konkreter Situation eine ambulante palliative Pflege zu Hause oder eine Überweisung auf eine Palliativstation oder ins Hospiz möglich und gewünscht ist.

Bei palliativer Versorgung geht es um Linderung von Symptomen und um Bewahrung von Lebensqualität durch multiprofessionelle Teams von Ärzten und verschiedenen Therapeuten, die Schwerkranken sehr fürsorglich begleiten. Oft unbekannt ist, dass eine palliative Behandlung nicht nur in den allerletzten Lebenstagen oder -wochen möglich ist, sondern auch schon viel früher, z.B. um wieder zu Kräften zu kommen oder um in geschütztem Rahmen Medikamente neu einzustellen. Man kann eine solche Versorgung im Laufe einer lebensverkürzenden Erkrankung auch mehrfach in Anspruch nehmen.

Das sind sehr wichtige Infos auch für Nahestehende, die meist ab einem bestimmten Punkt der Betreuung und Pflege von Schwerkranken an ihre Grenzen stoßen. Die palliative Versorgung unterstützt auch die Nahestehenden und kann sie deutlich entlasten.

Eine Palliativstation oder ein Hospiz sind also Orte, an denen zwar sehr oft gestorben wird, die man aber nicht nur kurz vor dem Tod aufsucht und gleiches gilt auch für die ambulante Variante.

Stationär wie ambulant wird man palliativ im Sterben begleitet, aber man erhält keine Hilfe zum Sterben. Auf eine Besonderheit in diesem Zusammenhang komme ich gleich aber nochmal zurück.

Schauen wir nun auf die **Patientenverfügung**. (*3)

In einer PV kann eine volljährige, einwilligungsfähige Person für eine mögliche Situation in der Zukunft, in der sie nicht mehr einwilligungsfähig ist, bestimmen, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sie wünscht und welche sie ablehnt.

Ärzte und Pflegende müssen die Verfügungen beachten, bevor sie medizinische oder pflegerische Maßnahmen beginnen oder beenden. D.h. dazu müssen Ärzten und Pflegenden die Verfügungen zunächst mal bekannt sein. Da haben wir schon die erste Situation, in denen Sie als Unterstützende aktiv werden und die Dokumente Ihrer Nahestehenden im Original z.B. im Krankenhaus vorlegen müssen.

Ist eine Person zwar behandlungs- oder pflegebedürftig, aber immer noch oder wieder einwilligungsfähig, gilt ihr gesprochenes Wort. D.h. Ein Patient, der dazu in der Lage ist, kann sagen, was er wünscht und ablehnt, seine PV jederzeit widerrufen bzw. sie gar nicht erst vorzeigen.

Eine PV ist das zentrale Instrument des selbstbestimmten Sterbens, wird aber leider immer noch vernachlässigt. Menschen jeden Alters sollten Patientenverfügungen erstellen, denn auch Junge und bisher Gesunde können plötzliche Notfälle erleiden, z.B. Unfall, Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Und auch Menschen, die sich vorstellen können, irgendwann einmal eine Freitodbegleitung in Anspruch zu nehmen, sollten unbedingt eine Patientenverfügung haben. Denn schließlich weiß man nie, was morgen passiert und ob nicht eine Situation eintritt, die eine Freitodbegleitung unmöglich macht.

Missachten Ärzte und Pflegende die ihnen vorliegenden Verfügungen, begehen sie Körperverletzung und machen sich damit strafbar. Auch in einer solchen Situation kann Ihre Unterstützung notwendig sein, in dem Sie auf die vorliegende PV hinweisen und Ärzte ggfs. erinnern oder gar ermahnen, den Patientenwillen zu respektieren.

Womit wir beim Thema **Vorsorgevollmacht** (*3) angekommen sind, die ich als Sahnehäubchen der PV bezeichne.

Wurden PV und Vorsorgevollmacht erstellt, ist es Aufgabe des Bevollmächtigten auf Grundlage der PV den Patientenwillen zu interpretieren und gegenüber Ärzten und Pflegenden zu vertreten. Ist die tatsächlich

eingetretene Situation anders als die in der PV beschriebenen, erklärt der Bevollmächtigte, was der Patient in der nun tatsächlich eingetretenen Situation vermutlich gewünscht hätte. Dies setzt natürlich voraus, dass sich der Notfallpatient und dessen Bevollmächtigter vorher detailliert besprochen haben. Aber dazu gleich mehr.

Über die Notwendigkeit einer Vorsorgevollmacht denkt man leider innerhalb der Familie oft nicht nach oder glaubt vielleicht, keine solche Vollmacht zu brauchen. Tatsächlich müssen aber auch volljährige Kinder, Eltern und Partner sich untereinander schriftlich bevollmächtigen. Nur unter Eheleuten gibt es ein max. 6-monatiges eingeschränktes Notvertretungsrecht.

Sind im ungünstigsten Notfall weder PV noch Vollmacht vorhanden, werden evtl. wildfremde Ärzte entscheiden, ob und wie Ihre Eltern, Kinder oder Partner behandelt werden. So könnte eine Situation eintreten und vielleicht quälend lange Jahre andauern, von der Sie sicher wissen, dass Ihre Nahestehenden sie so nicht gewünscht haben.

Schauen wir zunächst auf die **rechtliche Situation der Sterbehilfe** (*4) und klären erst mal die unterschiedlichen Begrifflichkeiten.

Da ist zunächst der Begriff der **aktiven Sterbehilfe**.

Sie ist in Deutschland verboten. Niemand darf einem Menschen tödlich wirkende Mittel verabreichen, um dessen Tod herbeizuführen - kein Arzt, keine Sterbehilfeorganisation und auch kein Nahestehender.

Passive und indirekte Sterbehilfe sind dagegen erlaubt:

Als **passive Sterbehilfe** wird der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bezeichnet. Dazu zählt zum Beispiel der Verzicht auf Ernährung, Medikamente, Bluttransfusion oder Beatmung, nämlich all die Maßnahmen, die wir in unserer PV erlauben oder ablehnen können.

Da der Begriff „passive Sterbehilfe“ missverständlich sein kann, bezeichnet man sie mittlerweile als „**Sterbenlassen**“.

Bei der **indirekten Sterbehilfe** geht es um Schmerzlinderung durch Medikamente, deren Gabe bewirken, dass man früher verstirbt als natürlicherweise nur aufgrund der Erkrankung.

Diese indirekte Sterbehilfe erfolgt i.d.R. im Rahmen einer palliativen oder hospizlichen Versorgung. Dies betrifft also die Situationen der eben genannten schwerstkranken Menschen mit einer unheilbaren, fortgeschrittenen und lebensbegrenzenden Erkrankung.

Palliativmedizin dient ja nicht der Heilung, sondern der Leidenslinderung und faktisch gelingt es Palliativmedizinern in den allermeisten Fällen, dass ihre schwerkranken Patienten z.B. nicht unter Atemnot, Übelkeit oder Schmerzen leiden müssen.

In wenigen Fällen, z.B. bei bestimmten Tumorerkrankungen gelingt es jedoch nur, wenn man hochdosiert z.B. Morphin verabreicht, was eine bewusstseinsdämpfende Wirkung hat und quasi als Nebenwirkung zu Atemstillstand führen kann. Dies ist dann ein Fall von indirekter Sterbehilfe und wird auch palliative Sedierung genannt.

Zur Abgrenzung von der aktiven Sterbehilfe ist hier wichtig, dass zwar eine zum Tode führende Dosierung eines Medikaments verabreicht wird, aber nicht in der Absicht, das dies zum Tode führt. Vielmehr dient das Medikament der Leidenslinderung und der Tod wird billigend in Kauf genommen. Diese palliative Sedierung ist die eben angekündigte Besonderheit, nämlich die einzige Form der Hilfe zum Sterben, die im Rahmen der palliativen und hospizlichen Versorgung gewährt wird.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch noch auf das s.g. **Sterbefasten** (*5) eingehen, auch benannt als „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“.

Sterbefasten ist häufig Teil eines natürlichen Sterbeprozesses und man darf es sich nicht vorstellen, wie ein qualvolles Verhungern und Verdursten junger bzw. gesunder Menschen.

Zunächst wird der Betagte oder Kranke wegen zunehmender Appetitlosigkeit und Schwäche über einen längeren Zeitraum immer weniger essen und trinken. Im fortgeschrittenen Sterbeprozess wird er Essen und Trinken dann vollständig verweigern, und zwar weil die inneren Organe derart geschwächt bzw. geschädigt sind, dass sie Nahrung

nicht mehr verarbeiten können.

Verzicht auf Nahrung bzw. vor allem auf Flüssigkeit führt vereinfacht gesagt zum Nierenversagen und einer Vergiftung, die zur Folge hat, dass Menschen schlaftrig bis bewusstlos werden und schließlich versterben.

Als Begleitende sollte man diesen körperlichen Prozess kennen. Dann kann man angstfrei damit umgehen, den Sterbeprozess geschehen lassen und vor allem verhindern, dass der Sterbende kurz vor dem Tod durch unsinnige Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit zusätzlich belastet werden. Lindernd und notwendig in dieser Situation ist dagegen eine professionelle Mundpflege.

Sterbefesten kann auch eine Option sein für geschwächte Hochaltrige oder schwer Kranke, die ihren natürlichen Sterbeprozess aktiv beschleunigen möchten.

Die Begleitung eines Menschen beim Sterbefesten stellt nach Einschätzung der Bundesärztekammer eine Form der Sterbebegleitung und keine Hilfe bei der Selbsttötung dar.

Je nach konkreter Situation kann daher im Rahmen der palliativen und hospizlichen Versorgung auch Begleitung beim Sterbefesten möglich sein. Denn bevor schließlich der friedliche, weil meist besinnungslose Zustand des Nierenversagens eintritt, kann es vorübergehend zu Krisen kommen, z.B. zu Halluzinationen mit großer Unruhe oder zu Schmerzen, die medikamentös behandelt werden müssen.

Es gibt auch Fälle, in denen noch relativ kräftige und nicht lebensverkürzend erkrankte Menschen diesen Weg wählen, um ihr Leben zu beenden. Dies ist eine ganz andere Situation als die eben geschilderten.

Es könnte sein, dass Ihre Nahestehenden solche Todeswünsche äußern, hierzu aber unrealistische Vorstellungen haben. Zum bewusst herbeigeführten Sterbefesten eines noch kräftigen Menschen braucht es einen ungeheuer starken Willen, denn je nach Konstitution kann es Wochen dauern. Nur bis zu einem gewissen Punkt ist der Prozess des Sterbefestens noch umkehrbar, kann man sich also zum Abbruch und zum Weiterleben entscheiden.

Im fortgeschrittenen Verlauf sind die inneren Organe derart geschädigt, dass der Sterbewunsch unumkehrbar ist.

Wer einen Menschen beim Sterbefesten begleitet, sollte gut informiert sein und mit dafür sorgen, dass alle Beteiligten abgesichert sind, und zwar sowohl medizinisch/pflegerisch, als auch rechtlich und emotional, und zwar über die ganze Zeit und rund um die Uhr.

Nun kommen wir zum Thema **Freitodbegleitung**(*6), die ebenfalls erlaubt ist.

In seinem Grundsatzurteil bestätigte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 2020:

- es gehört zum Allgemeinen Persönlichkeitsrecht jedes Menschen in Deutschland, über das eigene Leben und dessen Beendigung eigenverantwortlich entscheiden zu können,
- und zwar unabhängig vom Vorliegen einer Erkrankung, auch im Fall von Lebenssattheit,
- und es besteht ein Recht auf Hilfe zum Suizid,
und zwar durch eine beliebige Person oder Organisation, die freiwillig zu dieser Hilfe bereit ist.

Das BVerfG hat nur eine entscheidende Bedingung für die Suizidassistenz festgelegt:

Die Freiverantwortlichkeit des Freitodwilligen muss gewährleistet und damit sichergestellt sein, dass er urteils- und entscheidungsfähig ist.

Das BVerfG hat dem Gesetzgeber freigestellt, zusätzliche Regelungen zu beschließen. Dies ist bisher nicht erfolgt, wird aber aktuell von mehreren politischen Gruppierungen angestrebt.

Seit 2020 ermöglichen die DGHS und weitere Organisationen in Deutschland legale ärztliche FTB und hat von 2020 bis heute ihren Mitgliedern in ca. 2200 Fällen jeweils einen freitodbegleitenden Arzt und Jurist vermittelt.

Wer Mitglied der DGHS ist, kann nach einer Wartezeit von mind. 6 Monaten einen Antrag (*6) an die Geschäftsstelle in Berlin senden und darin um Vermittlung einer Freitodbegleitung bitten.

Die 6monatige Wartezeit kann verkürzt werden, wenn ärztlich bestätigt wird, dass ein extremer Leidensdruck vorliegt, z.B. bei unstillbaren Schmerzen.

Im frei formulierten Antrag muss deutlich werden, aufgrund welcher Situation der Sterbewunsch besteht.

Bei Krankheiten sollen Krankenberichte und Befunde mitgeschickt werden, im Fall von psychischen Erkrankungen auch Atteste. Bei Lebenssattheit muss beschrieben werden, worin die zum Ausdruck kommt.

Aus dem Antrag muss hervorgehen, dass

- der Entschluss wohlerwogen und dauerhaft ist,
- man sich mit möglichen Alternativen auseinandergesetzt hat,
- man mit anderen Menschen über den Sterbewunsch gesprochen und sich beraten hat,
- und dass der Entschluss, das Leben zu beenden, die eigene Entscheidung ist und man von niemandem dazu gedrängt wird.

Wie anfangs gesagt, sind Patientenverfügungen und Vollmachten s.g. Vorausverfügungen:

ich verfüge etwas in guten für eventuelle schlechte Zeiten, als Gesunder vielleicht viele Jahre im Voraus.

Im Gegensatz dazu kann eine FTB nicht im Voraus verfügt werden, sondern die Absendung des Antrags bedeutet, dass man in absehbarer Zeit eine FTB wünscht.

Und, das ist jetzt ganz besonders wichtig, man muss sowohl bei Antragstellung als auch noch am Todestag urteils- und entscheidungsfähig sein. Es ist z.B. nicht möglich, dass ein Gesunder dafür vorsorgt, dass er zukünftig, z.B. im Fall einer Demenz Suizidhilfe erhält.

Merken sollten Sie sich außerdem, dass Freitodbegleitungen i.d.R.in der eigenen Wohnung stattfinden, zumindest aktuell nicht in Kliniken und auch nicht in allen Pflegeheimen.

Was bedeutet dieses Verfahren für Sie als Unterstützende?

Zunächst mal bedeutet es, dass es nicht möglich ist, dass Sie als Unterstützende Suizidhilfe im Namen Ihrer Nahestehenden beantragen. Der Freitodwillige verfolgt selbst die Absicht, sich zu töten! Er hat die Tatherrschaft. Der Freitodwillige betreibt das Antragsverfahren selbst, d.h. u.a. er informiert sich, wählt ab, entscheidet sich, schreibt den Antrag und sendet ihn ab, er führt die Gespräche mit den Freitodbegleitern, er bestätigt immer wieder auf deren Nachfrage, dass er weiterhin entschlossen ist. Und am Todestag dreht er selbst die Infusion mit dem tödlichen Medikament auf.

Ich sage das so kleinteilig, weil es auch aus ihrer Perspektive sehr wichtig ist. Denn Sie als Unterstützer sind zwar u.U. in gewissem Umfang an einer FTB beteiligt – dazu gleich mehr – aber die Entscheidung und rechtliche Verantwortung liegt allein beim Freitodwilligen.

Und die Prüfung, ob der Freitodwillige urteils- und entscheidungsfähig ist und somit ein Recht auf FTB hat, ist einzig und allein Aufgabe der Freitodbegleiter.

Wir, d.h. Sie und ich müssen keine Sorge haben vor rechtlichen Konsequenzen, wenn wir jemanden über FTB informieren. Und es ist nicht nur kein Problem, wenn sich der Freitodwillige mit Ihnen oder mir austauscht und berät, sondern es ist vom Gesetzgeber sogar gewünscht. Wir dürfen uns auch den Antragstext vom Freitodwilligen diktieren lassen und den Text für ihn am PC schreiben. Auf dem Antrag ist letztlich nur die eigenhändige Unterschrift des Freitodwilligen rechtlich relevant. Und es ist unproblematisch, ja sowohl von der DGHS als auch den Freitodbegleitern gern gesehen, wenn Sie bei den Vorgesprächen und am Todestag anwesend sind.

Kein Polizist, keine Staatsanwaltschaft wird Ihnen deshalb eine Mitwirkung am Tod des Sterbewilligen unterstellen, da die Freitodbegleiter bezeugen, dass der Freitodwillige selbst die Infusion aufgedreht hat.

Übrigens dürfen sich parallel zum Freitodwilligen auch Sie als Nahestehende von uns beraten lassen, denn Sie haben evtl. Fragen und Gedanken aus einem ganz anderen Blickwinkel.

Nun wissen sie etwas über die diversen Rechtslagen und Optionen am Lebensende bzw. im Fall von Todeswünschen. Das allein hilft Ihnen aber kaum weiter, denn wie umgehen damit?

Was meint man überhaupt mit „Umgang“? Ich habe mal die KI befragt:

„Der Umgang mit Menschen bezeichnet die Art und Weise, wie sich eine Person anderen gegenüber in sozialen Situationen verhält, und umfasst sowohl das Verhalten (Umgangsformen) als auch die innere Haltung. Dazu gehören Aspekte wie Freundlichkeit, Respekt, Höflichkeit, Empathie, Toleranz und Rücksichtnahme, die eine positive und wertschätzende Interaktion fördern und als Grundlage für soziale Beziehungen dienen. Im engeren Sinne kann es auch die gezielte Auseinandersetzung mit Menschen in bestimmten Situationen meinen.“

In alltäglichen Situationen fällt uns ein solcher Umgang mit Mitmenschen ziemlich leicht. Ein Beispiel:

Ein Sohn kauft wöchentlich für seine hilfsbedürftige Mutter ein. Er soll Leberwurst auf dem Einkaufszettel notieren. Er erkundigt sich, ob Leberwurst nicht schädlich ist wegen ihrer Erkrankung. Sie antwortet, dass ihre Krankheit ihr eh schon viel Lebensfreude nimmt und sie nicht auch noch auf diesen Genuss verzichten möchte.

Das versteht er, streicht über die Hand der Mutter und fragt, ob er die Leberwurst von Aldi mitbringen oder in der Metzgerei kaufen soll.

Sie besteht auf die von der Metzgerei und erzählt eine Anekdote über den Metzger.

Als sie dann überlegt, ob es die grobe oder feine Leberwurst sein soll, guckt der Sohn auf die Uhr und sagt, dass er sich jetzt beeilen muss, weil er ja nicht nur nach Aldi, sondern auch noch zur Metzgerei gehen muss.

Daraufhin sagt die Mutter, dass sie nicht möchte, dass er Stress hat. Es reicht ihr, wenn er die Leberwurst nächste Woche kauft und diesmal einfach die Teewurst von Aldi mitbringt.

Ich finde, die beiden hatten einen guten Umgang miteinander. Es ging um Fragen der Gesundheit, persönliche Vorlieben, um Gefühle und das Teilen von Erinnerungen. Er war zur Unterstützung und sogar zur Eile bereit, sie ist ihm aber entgegengekommen und hat ihm zuliebe verzichtet. Beide Seiten sind zufrieden, fühlen sich gesehen und respektiert.

Was hat Leberwurst mit Todeswünschen zu tun, fragen Sie sich gerade?

Dann gebe ich Ihnen andere, eigentlich auch ganz **alltägliche Fallbeispiele**.

Peter besucht regelmäßig seine 78jährige Mutter **Erika**.

Er bringt Kuchen mit, sie kocht Kaffee und dann machen sie es sich auf dem Sofa gemütlich, sie mit der Zeitung, er mit dem Handy oder sie schauen zusammen eine Quizsendung.

Er ist froh, wenn sie sich nicht groß unterhalten, weil sie ihm sonst bestimmt wieder Dinge sagt wie:

„Wenn ich bloß nicht so alt werde wie Lieselotte!“

oder „In fünf Jahren leb ich ja hoffentlich eh nicht mehr!“.

Peter guckt dann meist gar nicht vom Handy oder Fernseher auf und antwortet nur „Ach Mutti, du nun wieder. Du bist doch noch fit!“ Dann ist sie zum Glück still.

Die krebskranke **Gisela** wird von ihrem Mann Paul liebevoll umsorgt. Sie hat jahrelang vergeblich alle möglichen Therapien versucht und ist inzwischen hoffnungslos. Immer wieder nimmt sie sich vor, ihrem Mann zu sagen, dass sie keine weitere Chemo mehr will. Aber sie glaubt, dass er das rücksichtslos finden wird. Er will ja, dass sie noch möglichst lange bei ihm ist.

Paul sieht, wie es mit Gisela bergab geht. Bald wird sie bettlägerig sein. Wie soll er die Pflege dann schaffen? Er ist schon jetzt so erschöpft. Er bewundert ihr Durchhaltevermögen. Wäre er an ihrer Stelle, hätte er schon lange aufgegeben. Aber das kann er ihr ja nicht sagen, sonst ist er noch schuld, wenn sie den Mut verliert.

Wenn Melanie zum ihrem Vater **Franz** ins Pflegeheim kommt, beklagt er sich immer wieder über die lange Zeit, die er nun schon dort ist, das schlechte Essen, die Pfleger, die kaum Deutsch können und diesmal sagt er sogar „Der Karl aus Zimmer 9 hats gut, der ist letzte Woche gestorben. Dem ging es ja schon lange schlecht - so lang wie der, hätte ich nicht durchgehalten.“

Franz ist schon seit den 90er Jahren Mitglied der DGHS. Wegen seiner zunehmenden Sehbehinderung kann er das Mitgliedermagazin nicht mehr lesen. Er geht einfach davon aus, dass ihm als Mitglied beim Sterben geholfen wird. Melanie erledigt ja alles für ihn, dann wird sie sich auch darum kümmern, wenn es so weit ist.

Was ist nun der rote Faden zwischen der Leberwurst und den drei anderen Beispielen? Es ist die Kommunikation bzw. deren Mangel.

In unseren alltäglichen Gesprächen geht es meist um Themen, die uns vertraut sind, zu denen wir uns auskennen, die unverfänglich sind, uns und andere nicht belasten und berühren. Selbst wenn wir in solchen Gesprächen mal den falschen Ton treffen würden, wäre das kein Drama, und eventuelle Missverständnisse schnell aus der Welt geschafft. Also reden wir im besten Sinn munter drauf los.

Und demgegenüber gibt es die anderen Gesprächsthemen, zu denen uns Erfahrung fehlt und denen wir uns nicht gewachsen fühlen, die uns verunsichern oder ängstigen, deren Konsequenzen wir nicht absehen können. Wir

befürchten, etwas Falsches zu sagen, etwas Verbotenes, Unangemessenes oder Verletzendes. Wir halten den Mund, weichen aus, ducken uns weg, laufen davon. Wohlgernekt nicht aus böser Absicht, sondern einfach nur aus Hilflosigkeit.

In meinen Fallbeispielen werden Andeutungen gemacht, die vom Gegenüber scheinbar ignoriert werden, man geht von Annahmen und Vermutungen aus, weil man Angst hat vor der Gewissheit, man wüsste gern Näheres, traut sich aber nicht nachzufragen. Obwohl die Beispiele sehr verschiedene Situationen beschreiben, haben sie doch etwas gemeinsam: jemand müsste den ersten Schritt machen und eine andere, bessere Kommunikation versuchen. Zugegeben, das wäre nicht leicht. Man müsste gewohntes Terrain verlassen, sich aktiv in eine Situation begeben, in der man unerfahren ist. Man müsste sich aus der Deckung wagen, ohne zu wissen, wie die Resonanz des Gegenübers ausfallen würde und ohne die Folgen absehen zu können. Das hört sich zunächst bedrohlich und wenig empfehlenswert an.

Auf dem Büchertisch sowie als downloadlink im Handout finden Sie eine Broschüre der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention mit dem Titel „Wenn das Alter zur Last wird- Suizidprävention im Alter“ (*7)

Darin heißt es u.a. zu Gesprächen mit suizidalen alten Menschen:

„Es fällt nicht immer leicht, mit einem alten Menschen, der die Absicht hat, sich das Leben zu nehmen, Kontakt aufzunehmen und ein Gespräch zu führen. Der Suizid ist immer noch ein Thema, dem viele lieber aus dem Weg gehen. Es erweckt Ängste und Unsicherheiten, etwas falsch zu machen und die Suizidgefährdung des Gegenübers noch zu verstärken. Außerdem kann das Gespräch an krisenhafte Ereignisse im eigenen Leben des Helfers röhren.“

Schauen wir mal, ob uns Experten Ratschläge geben können zu unseren Ängsten und Unsicherheiten im Umgang mit Todeswünschen. Auf der Webseite einer Forschungsgruppe der Uni Köln (*8) heißt es:

„Die verbreitete Sorge, Todeswünsche durch ein proaktives Ansprechen hervorzurufen oder zu befördern ist unbegründet. Ergebnisse aus der Suizidforschung belegen, dass Gespräche über Todeswünsche nicht schädlich sind, sondern vielmehr hilfreich sein können. Auch unsere Forschung im palliativen Kontext bestätigt: Gespräche über Todeswünsche durch geschulte Versorgende haben keine messbaren negativen Auswirkungen. Vielmehr werden sie als Teil des normalen kommunikativen Prozesses in der Versorgung am Lebensende wahrgenommen und als solcher von den Patienten geschätzt.“

Nun sind Sie wahrscheinlich keine „geschulten Versorgenden“, sondern Sie müssen sich auf Ihre Lebenserfahrung und Ihr Bauchgefühl verlassen. Meiner Erfahrung nach ist das auch eine gute Basis, wenn man dabei noch ein paar Tipps berücksichtigt.

In jedem Gespräch über Todeswünsche sollte das aufmerksame Zuhören an erster Stelle stehen und Fragen sollten vor allem dazu dienen, das Gegenüber noch besser zu verstehen. Beispiele:

„Was meinst du damit? Was genau bedrückt dich?

Was müsste passieren, damit du dich besser fühlst?

Wie stellst du dir denn diese oder jene Situation vor?

Was wünschst du dir von mir?“

Jemanden zu informieren, dass er das Recht hat, eine Behandlung abzubrechen, heißt nicht, dass man es ihm empfiehlt. Wieder ein Beispiel:

„Ich verstehe, wie belastend die Behandlung ist und dass du kaum noch Zuversicht hast. Fühlst du dich der Krankheit ausgeliefert? Weißt du, dass du selbst bestimmen kannst, wie es nun weitergeht und ob du behandelt werden möchtest? Brauchst du dazu irgendwelche Informationen? Sollen wir zusammen mit dem Arzt besprechen, welche Optionen du hast?“

Auch konkrete Informationen über Möglichkeiten der Sterbehilfe weiterzugeben, ist keine Aufforderung zum Suizid und kein Ausdruck von Kaltherzigkeit, sondern von Anteilnahme und Respekt. Beispiel:

„Es ist sehr bedrückend für mich, zu sehen, dass dein Leben so beschwerlich ist und dass du sterben möchtest. Obwohl ich mir wünsche, dass du noch lange lebst, verstehe und respektiere ich, dass du dir einen baldigen Tod wünschst. Wie konkret denkst du denn darüber nach? Willst du alles Weitere auf dich zukommen lassen oder

möchtest du selbst etwas dafür tun, bald sterben zu können? Weißt du, dass schon seit Jahren Sterbehilfe in Deutschland möglich ist?"

Diese Beispiele sind natürlich keine allgemeingültigen Formulierungen. Sie werden ein wenig Fingerspitzengefühl brauchen, um die richtigen Worte für die individuelle Situation und vor allem passend zur jeweiligen Person zu finden.

An dieser Stelle möchte ich eine Buchempfehlung geben.

Der Palliativmediziner Matthias Gockel hat ein m.M.n. sehr lesenswertes Buch geschrieben mit dem Titel „Was am Ende möglich ist“ (*9) Es liest sich leicht und ist, so seltsam es klingt, auch unterhaltsam.

Auf dem Buchrücken steht zuoberst „Halte es für möglich, dass dein Arzt beim Thema Tod noch mehr Angst hat als du.“ Das beschreibt das Kernproblem, weshalb mir die heutige Veranstaltung so wichtig ist. Ich möchte Ihnen heute Anschubser geben für mehr und vor allem bessere Kommunikation, denn die Wahrscheinlichkeit, dass Ihre Nahestehenden irgendwo da draußen andere oder gar bessere Gesprächspartner finden als Sie, ist gering. In den 26 Jahren, in denen ich in diesem Themenfeld unterwegs bin, habe ich häufig miterlebt, dass weder Ärzte noch Pflegende Zeit, Talent oder Willen haben, mit Alten und Kranken über Sterben und Tod zu sprechen. Hinzu kommt, dass vor allem die ältere Generation im Fall von Ängsten und Sorgen eher nicht auf die Idee kommt, einen Therapeuten oder Coach aufzusuchen und auch der Gang zum Seelsorger ist heutzutage nicht mehr selbstverständlich.

Die von Dr. Gockel geschilderten Situationen und seine Ratschläge machen Mut, es in Gesprächen einmal anders zu versuchen als bisher. Dazu auch ein Zitat von Dr. Gockel aus einem Interview (*10):

Auf die Frage, welche Art von Umgang mit dem Tod er sich wünscht, antwortet er:

„Das ist etwas paradox: Einerseits wünsche ich mir einen selbstverständlicheren Umgang, gleichzeitig aber auch eine Wertschätzung, wie existentiell bedrohlich der Tod auf uns wirkt. Er ist eben genauso banal wie unvorstellbar. Und ich sehe eben da, wo Gespräche offen darüber stattfinden, oft eine Erleichterung, ein Gefühl von Verbundenheit.“

Das ist quasi das Vorwort und die Überleitung zu den von mir in der Veranstaltungseinladung angekündigten möglichen **Chancen im Umgang mit Todeswünschen**.

Mal sehen, wie es bei Erika, Gisela und Franz weitergegangen ist:

Als **Erika** ihrem Sohn Paul wieder mal sagt, dass sie hofft, nicht so alt zu werden wie Lieselotte, legt er das Handy weg und schaut sie an. Er fragt: „Das hast du ja schon oft gesagt, aber warum genau willst du nicht so alt werden?“ Sie stutzt, überlegt einen Moment und beschreibt daraufhin Lieselottes Krankheitssymptome und Einschränkungen und ihre Hilflosigkeit. Er hört zu, fragt an einigen Stellen nach, ob er richtig verstanden hat und bestätigt, dass er sich auch schon Sorgen gemacht hat, was wohl die Zukunft bringt: Er sagt:

„Ich hoffe, dass es dir nicht so gehen wird wie Lieselotte und dass wir Lösungen finden, wenn du Probleme hast.“ Es tut Erika gut zu hören, dass er sich Gedanken macht. Sie traut sich zu fragen, ob er in einem solchen Fall z.B. für sie einkaufen gehen und sie zum Arzt begleiten würde. Er sagt, dass das für ihn selbstverständlich ist. Und sollte es aus beruflichen Gründen nicht möglich sein, würde er eine Alltagshilfe für solche Aufgaben organisieren. Nach diesem Gespräch ändert sich etwas zwischen den Beiden. Er fragt jetzt nicht mehr nur nebenbei, sondern viel konkreter nach, wie es ihr geht. Sie erzählt ihm, wie sie sich fühlt und welche Bedürfnisse sie hat. Ihm fallen nun häufig Informationen in Zeitungen oder Internet auf zu häuslicher Pflege oder Alltagsunterstützung und manchmal bringt er ihr davon Ausdrucke mit, die sie dann gemeinsam lesen und besprechen.

Paul hat **Gisela** gefragt, wie sie sich denn eigentlich fühlt, kurz vor der vierten Chemo. Gisela hat erst gezögert, dann aber gesagt, dass sie unsicher ist, ob sie überhaupt noch eine Chemo will. Paul war davon überrascht. „Ich habe dich immer bewundert, weil du so tapfer durchhältst.“ Gisela sagt, dass sie das auch für ihn getan hat, weil sie glaubt, dass er ohne sie sehr schlecht zureckkäme. Er meint daraufhin: „Das stimmt zwar und es ist so lieb von dir, dir darüber Gedanken zu machen, aber hier geht es doch viel mehr um dich als um mich.“ Sie gehen gemeinsam zu Giselas Arzt und fragen ihn, wie es weitergehen würde, wenn sie die Chemo ablehnt. Sie erfahren, welche eventuell auftretenden Symptome der Hausarzt behandeln kann, in welchen Situationen häusliche Palliativpflege notwendig und wann die Aufnahme in einem Hospiz möglich wären. Über das Wochenende sprechen Gisela und Paul immer

wieder über die Möglichkeiten und schließlich sagt Gisela die Chemo ab. In den nächsten Wochen machen sie es sich zu Hause gemütlich und sogar ein paar kleine Ausflüge sind möglich, bei denen sie sich zusammen zwei Hospize anschauen. Beiden geht es so gut wie lange nicht mehr.

Melanie hat neulich eins von **Franz** ungelesenen DGHS-Mitgliedermagazinen mit nach Hause genommen und darin einen Bericht über eine Freitodbegleitung gefunden. Tagelang hat sie zusammen mit ihrem Mann hin und herüberlegt, ob sie den Artikel ihrem Vater vorlesen soll. Erst als ihr Mann sie fragte, was sie sich selbst an Franz Stelle wünschen würde, war die Sache klar. Sie würde genau wissen wollen, welche Möglichkeiten sie hat. Franz sagt sofort ja, als sie ihn fragt, ob sie vorlesen soll. Danach ist er erst mal sehr wortkarg und in Gedanken. Schließlich meint er, dass er ganz schön dumm gewesen wäre, weil er ja dachte, dass Melanie die Sterbehilfe für ihn organisieren könnte. „Da mach dir mal keine Vorwürfe, das konntest du ja nicht wissen. Aber es ist wirklich gut, dass ich als Angehörige da eher im Hintergrund bleibe. Das wär ja auch schlimm, wenn ich den eigenen Vater ins Jenseits befördern würde.“ Da lachen sie sogar zusammen und dann bittet er sie, nochmal im Magazin zu schauen, ob man irgendwo noch weitere Infos erhalten kann. Melanie sucht die Nummer der ehrenamtlichen Ansprechperson heraus. Franz bittet sie, die Nummer in seinem Sehbehinderten-Telefon einzuspeichern. Als Melanie in der nächsten Woche zu ihm kommt, berichtet er ihr von seinem Telefonat und den Infos, die er erhalten hat. Sie hat ihn lange nicht mehr so energiegeladen erlebt und diesmal kommt kein Wort der Klage von ihm über das Heim. Sie erkundigt sich, was er denn nun vorhat. „Ich lasse das ganze jetzt erst mal sacken. Vielleicht spreche ich auch mal mit Kurt, der drei Türen weiter wohnt, was der von der Sache hält. Auf jeden Fall finde ich es gut, dass ich selbst entscheiden kann, was ich aushalten will. In letzter Zeit habe ich oft gedacht, dass nur noch andere über mein Leben bestimmen.“

Das waren Beispiele, die sich an dem orientieren, was ich von Anrufern höre.

Mich rufen auch Hochaltrige an, die mir erklären, sie könnten ihren erwachsenen Kindern auf keinen Fall sagen, dass sie eine FTB planen. Dann höre ich diverse Annahmen und Vermutungen als Grund für diese angebliche Unmöglichkeit. Und wenn ich dann frage, ob sie es denn schon mal probiert haben und vorschlage, es doch einfach mal in kleinen Informationsschritten zu versuchen, kann ein Prozess in Gang kommen, bei dem diese Kinder schließlich am Sterbebett sitzen und die Hand des Sterbenden halten.

Oder Anrufer beklagen sich bei mir, ihre Eltern hätten ihnen mitgeteilt, dass sie sie bevollmächtigt haben. Gefragt hätte man sie zuvor nicht. Sie bitten mich dann um Infos, was sie denn als Bevollmächtigte eigentlich zu tun hätten. Ich gebe ein paar Infos und schlage dann vor, sich erst mal zusammen mit den Eltern deren PV und die Vollmacht anzusehen. Dabei könnten sie einerseits genau nachfragen, welche Art der Unterstützung sich die Eltern von den Bevollmächtigten wünschen und andererseits den Eltern mitteilen, zu welcher Unterstützung sie bereit und in der Lage sind. Die Anrufer sind dann überrascht. Vor lauter Ärger über die als Auftrag und Zumutung der Eltern empfundene Bevollmächtigung sind sie gar nicht auf die Idee gekommen, dass man auch nachträglich noch über die ganze Sache sprechen, die Bevollmächtigung eventuell inhaltlich ändern oder sogar ganz ablehnen könnte.

Innerhalb von Familie und Freundeskreis machen Menschen häufig nur Andeutungen. Vielleicht kennen Sie solche Sätze:

„Ich gehe in kein Heim. Mich muss man mit den Füßen voran aus meiner Wohnung tragen!“,

„Schrecklich, wie es der Frieda geht, hoffentlich bleibt mir das erspart.“,

„Der arme Paul ist 95geworden. So alt will ich gar nicht werden.“

„Wenn ich mal nicht mehr kann, will ich auf keinen Fall meinen Kindern zur Last fallen.“

Solche Andeutungen sind eine gute erste Gelegenheit, ins Gespräch zu kommen. Man könnte sich zunächst mal erkundigen, was denn eigentlich genau damit gemeint ist. Zu den eben genannten Beispielen so oder ähnlich:
„Dass du nicht im Heim leben möchtest, verstehe ich gut. Was braucht es denn, damit es nicht notwendig wird?“
„Es tut mir sehr leid, dass es Frieda schlecht geht. Was würdest du dir wünschen, falls du in ihrer Situation wärst?“
„95 ist wirklich ein stolzes Alter. Wiestellst du dir denn dein Leben vor, wenn du so alt würdest?“
„Es ist schön, dass du deine Kinder nicht belasten möchtest. Was genau ist denn nötig und was kannst du tun, um die Kinder zu entlasten?“

Einen letzten Andeutungsklassiker möchte ich noch mit Ihnen teilen. Der lautet:

„Ich will auf keinen Fall ins Krankenhaus. Im Notfall will ich, dass man mich sterben lässt. Das hab ich auch meinem Sohn gesagt.“

Diese Aussage höre ich tatsächlich immer wieder in unterschiedlichen Versionen, z.B. wenn es um die

Patientenverfügung geht. Nahestehende reagieren scheinbar in den meisten Fällen sprachlos auf solche Aussagen und lassen sie unkommentiert im Raum stehen. Beide Seiten haben Angst, zu hinterfragen, was sich denn eigentlich dahinter verbirgt.

Wenn ich höre, dass jemand auf keinen Fall ins Krankenhaus möchte, frage ich genau nach:

„Habe ich es richtig verstanden, dass im Notfall kein Arzt gerufen werden soll und kein Krankenwagen, weil Sie zu Hause sterben möchten?“ Das wird dann meist bejaht.

Dann antworte ich: „Ok, dann lassen Sie uns doch mal genau hinschauen, wie wir das in der PV formulieren müssten. Typische Situationen, die Sie meinen könnten, wären z.B. ein Schlaganfall oder ein Unfall z.B. beim Aufstehen aus der Badewanne.

Ich stelle mir vor, wie Sie nach dem Schlaganfall halbseitig gelähmt und ohne sprechen zu können auf dem Bett liegen. Oder dass Sie mit dem Gesicht auf den Badewannenrand gefallen sind, der Kiefer gebrochen ist, Sie stark bluten stark und besinnungslos sind.

Habe ich es richtig verstanden, dass Sie in diesen Fällen nicht ins Krankenhaus möchten, sondern Tage oder Wochen abwarten wollen, bis der Tod eintritt und ihr Sohn untätig dabei zusehen soll?

Ich glaube, ich muss hier nicht weitererzählen, denn Sie können sich denken, wie überrascht die Anrufer reagieren und welche Wendungen die Gespräche dann nehmen.

Auch Ihre Nachfragen können Türöffner sein, um endlich konkret mit Nahestehenden über deren Wünsche für den Notfall oder das Lebensende zu sprechen. Und auch darüber, zu welcher Unterstützung Sie in diesen Fällen bereit und in der Lage sind.

Im Gegensatz zu meinen oft einmaligen Gesprächen mit Ratsuchenden, werden Sie mit Ihren Nahestehenden nach dem ersten Türöffnen wahrscheinlich mehrfach sprechen. Anfangs vielleicht vorsichtig, dann immer mutiger. Ich hoffe für Sie, dass ein Austausch in Gang kommt, bei dem beide Seiten Neues voneinander erfahren, und zwar in mehreren Runden, wie in einem Kreisverkehr in Paris.

Darin sind Verkehrsteilnehmer in unterschiedlichem Tempo und mit mehr oder weniger gutem Orientierungssinn unterwegs.

Jeder hat einen anderen Fahrstil und man muss jederzeit auf überraschende Spurwechsel und Bremsmanöver gefasst sein.

Jeder hat andere Erfahrungen und Gefühle getanzt, die ihn antreiben.

Trotz ihrer Unterschiedlichkeit haben die Verkehrsteilnehmer gleiche Ziele, nämlich Sicherheit, Verständnis und Respekt.

Wie in einem Kreisverkehr in Paris, ist es mit einer einzigen Runde meist nicht getan. Man muss mehrmals herumfahren, um alle Wegweiser zu lesen und ihre Bedeutung zu verstehen.

Mit jeder Runde fällt die Orientierung leichter.

Schließlich findet man die richtige Ausfahrt und weiß, wohin die Reise geht.

Sollte es irgendwann ganz Dicke kommen, weil sich ihre Nahestehenden z.B. auf der Intensivstation oder im Pflegeheim befinden, schwer krank oder dement sind oder lebenssatt, wird das für alle Beteiligten schwierig sein. Wenn Sie dann aber genau wissen, was gewünscht und zu tun ist, wird das den Betroffenen und Sie sehr entlasten.

Also nur Mut: Bereiten Sie sich und Ihre Nahestehenden darauf vor und machen Sie den ersten Schritt im persönlichen Gespräch, fahren Sie nach Paris. Und zwar nicht irgendwann, sondern baldmöglichst, nämlich in hoffentlich noch guten Zeiten, in denen es viel leichter fällt als in Krisensituationen. Und bei Bedarf dürfen Sie sich gern von mir und meinen Kollegen unterstützen lassen.

© Susanne Schaaf

Ehrenamtliche lokale Ansprechpartnerin und Delegierte im Reg.-Bez. Düsseldorf;
Kontaktstellenleiterin Region Nordrhein
0211- 56 38 45 85 (AB)
susanne.schaaf@dghs.de
www.susanne-schaaf.de/beratung

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.
Mühlenstraße 20, 10423 Berlin
030- 21 22 23 37-0
info@dghs.de
www.dghs.de

Informationsquellen und weiterführende Informationen

1. Patientenrechte

- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege.html>

2. Palliative und hospizlicher Versorgung

- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/schwerstkranke-und-sterbende.html>
- <https://www.dhpv.de/start.html>

3. Download DGHS-Patientenschutzmappe u.a. incl. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

- <https://www.dghs.de/patientenverfuegung/patientenverfuegung-download/>

4. Rechtslage der Sterbehilfe

- <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/aerzte-und-kliniken/sterbehilfe-was-ist-erlaubt-was-nicht-46793>

5. Sterbefasten

- https://www.dghs.de/fileadmin/content/01_service/eigene_publikationen/18_Broschuere_18_klein.pdf
- Buch: „Sterbefasten“, Christiane Zur Nieden, ISBN 978-3-86321-337-4

6. Vermittlung von Freitodbegleitung durch die DGHS

- [Wissenswertes zu V_FTB durch die DGHS](#)
- <https://www.dghs.de/vermittlung-von-freitodbegleitung/>
- https://www.dghs.de/fileadmin/content/01_service/freitodbegleitung/Infoblatt_Freitodbegleitung_26.06.25.pdf

7. Broschüre „Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter“

- <https://www.bmbfsj.bund.de/resource/blob/95512/04f0c15cf975fce440c1cac7547fcf7/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-data.pdf>

8. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Todeswünschen, PMV Forschungsgruppe Uni Köln

- <https://coreweb.pmvforschungsgruppe.de/todeswunsch/details-zu-handlungsempfehlungen>

9. Buch „Was am Ende möglich ist“, Matthias Gockel, ISBN-13: 978-3492312677

10. Interview mit Matthias Gockel

- <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/palliativmediziner-dr-gockel-ueber-umgang-mit-tod>