

Umgang mit Todeswünschen und Wunsch nach assistiertem Suizid

Gibt es eine christliche Perspektive?

Dr. med. Ingmar Hornke, Stiftung Wegelichter (Frankfurt am Main)

10.03.2026 Palliativ-Forum online
Christen im Gesundheitswesen

Todeswünsche in der Palliativmedizin

WWJD?

I

Phänomen

WTHD • Spektrum
Lebenssattheit bis Suizidalität

II

Theologie

Imago Dei • Jesus •
Hospizbewegung

III

Recht

BVerfG 2020 •
MAiD • Terminologie

IV

Kirche & Einrichtung

DBK/EKD • Schutzraum
Caritas • Diakonie

V

Klinische Praxis

Fragen • SAHD-10
TaLK • DEDIPOM

VI

Eigene Haltung

Leidenskategorien
Grenzen • Team

“

Was antworten Sie, wenn ein schwerkranker Patient sagt:

„Ich will nicht mehr leben.“

“

Was antworten Sie, wenn ein schwerkranker Patient sagt:

„Ich kann **so nicht mehr leben.“**

*oder: „Ich will **so** nicht mehr leben.“*

Beides enthält einen Lebenswunsch – und öffnet den Gesprächsraum.

Fallvignette

Herr M., 78 Jahre, Prostatakarzinom im Finalstadium.

Er hat eine lange Krankengeschichte hinter sich. Nun liegt er seit 5 Tagen im Hospiz, ist kaum noch in der Lage aufzustehen. Seine Frau besucht ihn täglich.

Bei einer abendlichen Visite sagt er leise zu Ihnen:

„Herr Doktor, bitte helfen Sie mir. Ich will einfach nur, dass es schnell vorbei ist. Ich kann so nicht mehr leben.“

Was ist das wirklich? • Was braucht er jetzt? • Was antworte ich?

Was verbirgt sich zumeist in Todeswünschen?

Oberfläche

„Ich kann so nicht mehr leben.“

Gleichzeitigkeit

Todeswunsch UND Lebenswille zur selben Zeit – kein Widerspruch, sondern Lebendigkeit (DEDIPOM)

Fluktuation

Nicht stabil, nicht linear – die Stufe von heute ist nicht die von morgen; regelmäßige Gespräche verändern die Dynamik

Ambivalenz

Widersprüchliche Äußerungen sind normal – Zeichen des individuellen Ringens, nicht der Unzurechnungsfähigkeit



Dahinter

- Unerträgliche Schmerzen / Symptome
- Verlust des Würdeerlebens & Kontrollverlust
- Angst, zur Last zu fallen
- Einsamkeit & Hoffnungslosigkeit
- Spiritueller Schmerz

*Todeswünsche sagen: „So kann ich nicht mehr.“
Wir fragen: „Wie könnte es anders sein?“*

Wer das hört, muss nicht lösen – muss nur bleiben.

Das Spektrum: Lebenssattheit bis akute Suizidalität

Stufen fluktuieren!
Kein linearer Verlauf

Klinisch verschiedene Phänomene – mit verschiedenen Antworten

1	Lebenssattheit <i>„Ich habe gelebt. Es darf jetzt enden.“</i>	Dankbare Akzeptanz; kein Handlungsimpuls; Frieden	Kein Handlungsbedarf – Raum geben, begleiten, bezeugen
2	Lebensmüdigkeit <i>„Ich wünschte, es wäre bald vorbei.“</i>	Passiver Todeswunsch; kein Plan; oft gleichzeitig Lebenswille spürbar häufig Ambivalenz	Vertiefen: Was macht müde? Symptomkontrolle, Entlastung
3	Aktiver Todeswunsch <i>„Ich will, dass jemand mir hilft zu sterben.“</i>	Handlungsimpuls; Ambivalenz fast immer vorhanden; expliziter Hilferuf Ambivalenz = therapeutisches Fenster	SAHD-10, Krisenplan, Ethikberatung, Psychiatrie
4	Akute Suizidalität <i>„Ich habe einen Plan. Ich warte auf den Moment.“</i>	Konkreter Plan; Einigung; Ambivalenz nicht mehr spürbar	Sofortintervention: psychiatrische Notfallversorgung

Stufen sind nicht stabil: Vertrauensvolle, regelmäßige Gespräche können dazu beitragen, dass ein Todeswunsch in den Hintergrund tritt. **Ambivalenz ist kein Hindernis – sie ist das therapeutische Fenster.**

Gesprächsleitfaden: SAHD-10

Schedule of Attitudes toward Hastened Death – validiertes Instrument zur Erfassung von Todeswünschen

Was ist der SAHD-10?

- 10 Items zu Todeswünschen, Stimmung und Perspektive
- Ursprünglich von Rosenfeld (2000), deutsch validiert
- Unterscheidet: Wunsch zu sterben vs. aktiver Handlungsimpuls
- Nicht als Screening-Test, sondern als Gesprächsleitfaden
- Ergebnisse eröffnen das Gespräch – sie beenden es nicht
- Kostenlos verfügbar: palliativzentrum.uk-koeln.de

Wie nutze ich ihn im Gespräch?

- 1** Einleitung: „Sie haben etwas gesagt, das mich bewegt hat. Darf ich Sie etwas fragen?“
- 2** SAHD-Items gemeinsam durchgehen – nicht abhaken, sondern innehalten
- 3** Rückmelden: „Was Sie beschreiben, kenne ich von anderen. Sie sind nicht allein damit.“
- 4** Einschätzen: Stufe 1–4 des Spektrums – Handlungsbedarf ableiten
- 5** Dokumentieren – und Team einbeziehen, nicht alleine tragen

Begriffe klären – Ebenen unterscheiden

WTHD • MAiD • Euthanasie – drei Konzepte, drei Ebenen, ein internationales Diskussionsfeld

WTHD

Wish to Hasten Death

Erlebnis-Ebene

Reaktion auf Leiden, aus der der Patient keinen anderen Ausweg sieht als die Beschleunigung seines Todes (EAPC-Konsens-Definition, Voltz et al.)

■ **dt: Todeswunsch / Wunsch nach einem beschleunigten Tod**

Klinisch-phänomenologischer Begriff – vor jeder rechtlichen Frage. Was der SAHD-10 erfasst. Muss nicht in Handlung münden.

MAiD

Medical Aid in Dying

Handlungs-Ebene

internat. zunehmend eingesetzter Begriff: beinhaltet (dt.) Tötung auf Verlangen und Suizidassistentz gleichermassen (!)

■ **Suizidassistentz: Begleitung bei und Hilfe zum Suizid z.B. durch Beschaffung von geeigneten Giftstoffen. Tathoheit beim Suzidenten**

Juristisch-institutioneller Begriff. In D: seit 1884 grundsätzlich erlaubt. bedingtes Verbot durch BVerfG 2020 gekippt. Seither keine gesetzl. Regelung, keine ärztliche Aufgabe (!)

Euthanasia

Euthanasia

Handlungs-Ebene

Aktive Lebensbeendigung durch Dritte auf Wunsch des Patienten (NL, BE, CA, ES: legal • DE: strafbar)

■ **dt: Tötung auf Verlangen § 216 StGB (alter Begriff: aktive Sterbehilfe)**

In D historisch schwer belastet (NS-„Euthanasie“ = Mord ohne Einwilligung). Bewusste Vermeidung des Begriffs in dt. Debatte – „Sterbehilfe“ als Euphemismus.

Jesu Haltung gegenüber Leidenden (Beispiele)

Präsenz

Joh 11

Er trat in den Schmerz hinein – er floh nicht (Lazarus)

Zuhören

Mk 10,51

»Was willst du, dass ich dir tue?« (Begegnung mit dem Blinden)

Würde

Lk 17

Er behandelte Ausgegrenzte als vollwertig geschätzte Menschen (10 Aussätzige)

Klage

Mk 15,34

Er kannte den Ruf: »Mein Gott, warum hast du mich verlassen?« (Kreuzesruf)

Begleitung

Lk 23

Er ging für uns voraus, er spricht dem Mit-Sterbenden Hoffnung zu

Theologische Grundspannung

Würde

- Imago Dei – der Mensch ist Ebenbild Gottes
- Jedes Leben hat unveräußerlichen Wert

Leiden

- Nicht zu verherrlichen
- Gott selbst trat ins Leiden ein (Passion)

Autonomie

- Selbstbestimmung als Schöpfungsgabe
- Leben ist nicht unbegrenzt verfügbar

Hans-Martin Rieger: „Gottesdienst der Leiblichkeit“

„Stellt eure Leiber als lebendiges, heiliges Opfer dar – das ist euer vernünftiger Gottesdienst.“

Röm 12,1

Leib als Gabe & Aufgabe

Weder instrumentalisierbar noch vergötterbar

Umgangsfähigkeit

Gesundheit = Fähigkeit, mit Krankheit und Sterblichkeit umzugehen

Begleitung als Gottesdienst

Medizin und Pflege am Sterbebett vollziehen selbst einen leiblichen Gottesdienst

Kontrapunkt: Reiner Anselm (ev.)

Prof. Systematische Theologie & Ethik, LMU München • Ethikkommission Bayern

Gabe ≠ Verfügungsverbot

Ein Geschenk geht in den Verantwortungsbereich des Empfängers über – die Gabe des Lebens begründet kein unbeschränktes Verfügungsverbot

Autonomie theologisch

Christliche Freiheit ist reflektierte Freiheit – nicht Willkür, aber auch nicht durch Heiligkeit des Lebens schrankenlos begrenzt

Kein "biblisches Verbot"

Suizid ist in der Bibel neutral erwähnt (5 Stellen) – die negative Wertung stammt von Augustin, nicht aus der Schrift selbst

Kein absolutes Lebenserhaltungsgebot – aber auch kein unbegrenztes Verfügungsrecht über das eigene Leben

Das Bundesverfassungsgericht-Urteil

26. Februar 2020
2 BvR 2347/15

§ 217 StGB für nichtig erklärt

Kernaussage

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 GG)

Bedeutung

Dieses Recht schließt die Freiheit ein, das eigene Leben zu beenden – und dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen

Reichweite

Das Urteil gilt nicht nur für Sterbenskranke – es schützt die Autonomie zur Lebensbeendigung grundsätzlich

Heute

Bis heute kein neues Gesetz verabschiedet → weltweit liberalste Lösung (!), Rechtsunsicherheit für Ärzte, Hospize und Einrichtungen (?)

Was das Urteil sagt – und was nicht

Das Urteil sagt:

- Suizidbeihilfe darf nicht generell verboten werden
- Jeder Mensch hat ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben
(Freiverantwortlichkeit!)
- Der Staat darf dieses Recht nicht faktisch leerlaufen lassen
- freiwillige Hilfe darf geleistet und beansprucht werden

Das Urteil sagt nicht:

- Ärzte sind zur Beihilfe verpflichtet
- Einrichtungen müssen Suizidbeihilfe anbieten
- Gewissensfreiheit von Ärzten ist aufgehoben
- Aktive Tötung auf Verlangen ist erlaubt

BVerfG: Die Warnung vor gesellschaftlicher Normalisierung

Das Gericht erkennt das Grundrecht an – und benennt gleichzeitig die gesellschaftliche Gefahr:

Normalisierung

Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe kann den assistierten Suizid als „normale Form der Lebensbeendigung“ für alte und kranke Menschen etablieren (Rn. 233, 250)

Sozialer Druck

Es darf kein gesellschaftlicher Erwartungsdruck entstehen, der das Ausschlagen von Suizidangeboten „rechtfertigungsbedürftig“ erscheinen lässt (Rn. 235)

Nützlichkeit

Der Staat darf einer Entwicklung entgegensteuern, bei der Menschen sich aus „Nützlichkeitserwägungen“ oder um nicht zur Last zu fallen zum Suizid gedrängt fühlen (Rn. 236)

Schutzauftrag

Gleichwohl: Das Gericht erteilt dem Gesetzgeber einen aktiven Schutzauftrag – nicht durch Strafrecht, sondern durch verfahrensrechtliche Sicherungen der Freiverantwortlichkeit

Kirchliche Reaktionen im Vergleich

Kath. Kirche

Suizidbeihilfe Klar Nein

Autonomie Nachgeordnet

Palliativ Ausdrücklich gefordert

Sorge Dammbrech-Effekt

EKD

Suizidbeihilfe Einzelfall möglich

Autonomie Zentral, aber eingebettet

Palliativ Kern der Forderung

Haltung Differenzierter Ansatz

Freikirchen

Suizidbeihilfe Klar Nein

Autonomie Gottes Willen nachgeordnet

Palliativ Sterbebegleitung stark

Nähe Eher kath. Position

Gemeinsamer Nenner: „Suizidbeihilfe ist die falsche Antwort auf die richtige Frage.“

Reiner Anselm
ev. Theologe
LMU München
(geb. 1965)

Ev.-kirchliche Debatte um Suizidassistent in Einrichtungen:

2021 FAZ: Kirchliche Einrichtungen sollten assistierten Suizid nicht ausschließen – Todeswünsche seien „weder zu moralisieren noch generell zu pathologisieren“; sie könnten aber auch Hilferufe sein. Anselm plädiert für einen offenen Dialog statt vorschneller Parteinahme. → Reaktion: erhebliche Kontroverse innerhalb der EKD.

Gemeinsamer Nenner aller Kirchen

**„Suizidbeihilfe ist die falsche Antwort
auf die richtige Frage.“**

Die richtige Frage:

Warum will dieser Mensch sterben – und wie können wir ihm zur Linderung helfen?

Die eigentliche Antwort: Begleitung · Würdestärkung · Symptomkontrolle · Palliativversorgung

Der Todeswunsch als Gesprächseinladung

Todeswünsche zu haben ist menschlich – nicht pathologisch

„Todeswünsche zu haben ist menschlich – sie zu äußern ist Vertrauen, nicht Pathologie.“

„Auch psychisch gesunde Menschen haben Todeswünsche.“

„Den Tod denken zu können gehört zum Leben.“

Leitfrage:

„Was bräuchten Sie, damit das Leben wieder tragbar wäre?“

1 Zuhören

Den Wunsch ernst nehmen – ohne sofort zu werten oder zu lösen

2 Vertiefen

Nachfragen: Was genau ist unerträglich? Was fehlt? Ambivalenz hörbar machen

3 Handeln

Symptomkontrolle, Seelsorge, Sozialarbeit, Angehörige einbeziehen

Was darf – und was soll – ein Jünger Jesu als (professioneller) Helfer tun?

Er DARF

Suizidbeihilfe aus Gewissensgründen ablehnen – das BVerfG -Urteil schützt auch die Gewissensfreiheit des Arztes

Er MUSS

Den Patienten umfassend informieren – und bei persistierendem Wunsch an andere verweisen (Nicht-im-Stich-Lassen)

Er SOLL

Alles tun, damit der Antrieb zum Sterbewunsch sich wandelt: **Beziehung** stärken, exzellente **Symptomkontrolle** anstreben, **Begleitung** aufrecht erhalten, **Würdeempfinden** adressieren

Christliche Haltungen in der Palliativpraxis

Christliche Tradition bejaht

- ✓ Konsequente Symptomkontrolle (auch mit Doppelwirkung)
- ✓ Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen ohne Indikation oder Einwilligung
- ✓ auch gezielte Sedierung bei refraktären Symptomen
- ✓ Raum für Klage, Zweifel, spirituellen Schmerz

Christliche Tradition kritisiert

- ✗ Aktive Tötung auf Verlangen (Tötung ≠ Sterben-Lassen)
- ✗ Moralisierendes Urteilen über den Sterbenden
- ✗ Lebenserhaltung um jeden Preis gegen den Willen
- ✗ Alleinlassen des Patienten in seiner Verzweiflung

DBK & Caritas: Neue Leitlinien – März 2026

„Den Weg des Lebens gehen“ · 6. März 2026

Deutsche Bischofskonferenz & Deutscher Caritasverband

Kern

Kultur der Lebensbejahung – Suizidwünschen einfühlsam und nicht wertend begegnen

Klar

Suizidassistentz widerspricht dem Selbstverständnis kath. Einrichtungen – kein Zugang für Sterbehilfevereine

Offen

Das Thema darf nicht tabuisiert werden – Gespräche müssen möglich bleiben

Struktur

Forderung nach institutionellen Schutzräumen und gesetzlicher Verankerung

Praxis

Niedrigschwellige Angebote zur Suizidprävention durch Ärzte und Psychotherapeuten

Empirische Grundlage: DEDIPOM-Studie & Malteser

DEDIPOM-Studie · Uniklinik Köln

*Prof. Voltz & PD Dr. Kreimeike
BMBF-gefördert 2017–2020*

- Proaktives Fragen verursacht keine Suizidgedanken – es entlastet
- Todeswunsch und Lebenswille können gleichzeitig bestehen
- 18–45 % der Palliativpat. berichten vorübergehende Todeswünsche
- Schulungen steigern Sicherheit nachhaltig (102 Versorgende, 12 Kurse)
- Gesprächsleitfaden SAHD-10 steht kostenlos zur Verfügung

Malteser · Handlungshinweise

*Unterstützen DBK-Leitlinien 2026
Vorstandsvors. Elmar Pankau*

- Todeswünsche sind „selten stabil“ – Wandel ist möglich
- Beratungsdienst für Menschen mit Todeswünschen seit 2023
- Antwort: Hilfe zum Weiterleben oder Begleitung im natürlichen Sterben
- Forderung: Institutionelle Schutzräume gesetzlich verankern
- Todeswunsch = oft Hilferuf: „ich will SO nicht mehr leben“

Schulungsangebot: TaLK-Kurs • Uniklinik Köln

„Umgang mit Todeswünschen am Lebensende“ – wissenschaftlich entwickelt und evaluiert

Für wen?

- Hausärzt*innen & Onkolog*innen
- Pflegende, Psycholog*innen
- Seelsorger*innen & Sozialarbeit
- Ehrenamtliche Hospizmitarbeitende

Wie?

- 2-tägiges Präsenzformat (auch digital: DeDigiTaL)
- Vorträge + Gruppendiskussionen
- Rollenspiele mit Gesprächsleitfaden
- Selbstreflexion & rechtliche Grundlagen

Ergebnis?

- Nachhaltig mehr Sicherheit im Umgang
- Leitfaden wird im Alltag eingesetzt
- Offenere Gespräche mit Patient*innen
- Verbesserung der Lebensqualität

Soll man aktiv nach Todeswünschen fragen?

Empirische Befundlage: Aktives Fragen löst keine Suizidgedanken aus – es entlastet.

Warum fragen?

- Viele Patienten warten darauf, gefragt zu werden
- Unausgesprochenes belastet stärker als Benanntes
- Öffnet den Raum für echte Begleitung

Wie fragen?

- »Haben Sie manchmal das Gefühl, nicht mehr weiterleben zu wollen?«
- »Gibt es Momente, wo Sie denken: Es wäre besser, wenn es vorbei wäre?«
- Ruhig, direkt, ohne Wertung – und mit Zeit zum Antworten

Was bewirkt es?

- Fördert keine Suizidgedanken (Studienbelege)
- Stärkt das Vertrauen in den Arzt
- Ermöglicht gezielte Intervention

Wie finde ich eine eigene Haltung?

Und: Wie gehe ich mit anderen Haltungen um – von Patienten, Angehörigen, Kollegen, meiner Einrichtung?

Eigene Haltung entwickeln

- 1** Biographische Selbstreflexion: Welche Erfahrungen mit Sterben und Leiden prägen meine Haltung?
- 2** Werteklarheit: Wo stehe ich zwischen Autonomie und Fürsorge? Was ist mir heilig?
- 3** Grenzen kennen: Was kann und will ich mittragen – und was nicht? (Gewissensfreiheit)
- 4** Supervision & kollegialer Austausch: Haltungen brauchen Räume – keine Einsamkeit in Grenzsituationen

Andere Haltungen respektieren

- Patient** Autonomie respektieren, ohne zu kapitulieren – zuhören, hinterfragen, begleiten
- Angehörige** Schutzmotiv verstehen, keine Partei ergreifen – eigene Fürsorge thematisieren
- Kollegen** Kein Konsens nötig, aber Transparenz: Wer macht was – und wer nicht?
- Einrichtung** Institutionelle Haltung kennen und respektieren, Spielräume nutzen, nicht allein entscheiden

Welche Leidenskategorien legitimieren medizinisches Handeln?

Körperl. Schmerz	✓ Schmerztherapie, palliative Sedierung, Dosisanpassung trotz Doppelwirkung	✗ Tötungsabsicht – Suizidbeihilfe
Atemnot / Symptome	✓ Symptomkontrolle, Sedierung, Beatmungsverzicht nach Patientenwillen	✗ Lebensverkürzung als Ziel; Handeln gegen ausdrücklichen Willen
Psychisches Leiden	✓ Psychiatrische und psychologische Versorgung, Begleitung, Krisenintervention	✗ Suizidbeihilfe bei nicht-freiverantwortlichem Entschluss (Rn. 247 BVerfG)
Existenziell-spirituell	✓ Seelsorge, Meaning-Making, Würdeorientierte Therapie (Chochinov) – Spiritual Care	✗ Alleinige ärztliche Verantwortungsübernahme – interprofessioneller Auftrag

Eckhard Frick SJ – Spiritual Care als klinisches Fach (TU München, Leitfaden Palliative Care 2025)

Definition

Sensibilität für existenzielle Sinndeutung von Krankheit – diese als Ressource nutzbar machen, nicht als Problem eliminieren

Abgrenzung

Spiritual Care ist nicht Verkündigung: Therapeutische Intervention überschreitet die Autonomie des Patienten, wenn sie Sinn "injiziert" statt Raum zu öffnen

Interdisziplinär

Arzt, Pflege, Seelsorge, Psychologie tragen gemeinsam – das Proprium der Seelsorge bleibt: das Unverfügbare, das sich nicht in den Arznschrank stellen lässt

Wofür ist Medizin nicht legitimiert?

Grenzen ärztlicher Verantwortungsübernahme – und was das für die Praxis bedeutet

Soziales Leiden & Einsamkeit

Armut, soziale Isolation, das Gefühl, zur Last zu fallen – gesellschaftliche Versorgungsaufgaben, keine medizinischen Indikationen

Antwort: Sozialarbeit, Gemeinschaft, politische Strukturen

Sinnleere & Lebensmüdigkeit

Existenzielle Erschöpfung ohne psychiatrische Diagnose ist kein medizinisches Problem – sondern ein spirituelles und soziales

Antwort: Seelsorge, Beziehung, Meaning-Making, Zeit

Allein stellvertretende Verantwortung

Der Arzt allein trägt die Verantwortung – das überfordert und entlastet zugleich falsch. Sterbebegleitung ist immer interprofessionell

Antwort: Team, Ethikberatung, Fallbesprechung

Alle Leiden lösen wollen

Nicht jedes Leiden lässt sich aufheben. Aushalten, Begleiten und Bezeugen ist legitime – und manchmal einzige – medizinische Antwort

Antwort: Presence statt Performance

Rieger: „Gottesdienst der Leiblichkeit“

Röm 12,1

Die moderne Medizin folgt der Logik „Depotenzierung des Schicksals – Potenzierung der Machbarkeit“ (Rieger). Wer alle Leiden lösen will, missversteht seinen Auftrag – und übernimmt eine Verantwortung, die keinem Menschen zukommt.



Die Frage vom Anfang:

„Ich will nicht mehr leben.“

Eine mögliche Antwort:

***„Ich höre, dass Sie leiden.
Erzählen Sie mir – was ist gerade am
schwersten?“***

Fazit

Die mehrfachen christlichen Perspektiven verbindet

Stärkung des Würdeerlebens

jedes Menschen bis zum letzten Atemzug

Verpflichtung zur Linderung vermeidbaren Leidens

durch exzellente Palliativversorgung

Begleitung statt Verfügung

im Sterben-zulassen da sein, keinesfalls intentional Töten

»Sie sind wichtig – bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens.« – Cicely Saunders

“
*Meister, was muss ich tun, dass ich das ewige
Leben ererbe?*

...So geh ´hin und tu desgleichen!



*Danke für Einladung, Aufmerksamkeit und
kommenden Austausch*
