

# **Sterbewünsche und der assistierte Suizid in Institutionen und Heimen**

**Krebsliga Schaffhausen – 20.03.23**

André Böhning, System. Therapeut u. Theologe  
Psychiatrie St. Gallen, Wil



## Ziele und Inhalte

- Informationen zu verschiedenen Formen und Funktionen von Sterbewünschen.
- spezifische Informationen zu Sterbewünschen im Zusammenhang mit assistiertem Suizid.
- Anregungen für Teams in einer Heim- u. Pflegeeinrichtung zu Umgangsmöglichkeiten mit Sterbewünschen.
- Anregungen für die Leitungsebene, um in einer Einrichtung einen Diskurs und ggf. breiten Konsens zum Umgang mit assistiertem Suizid herzustellen.
- kommunikative „Axiome“ zu Sterbewünschen.
- Anregungen für die Kommunikation zu Umgang mit grossen Begriffen: Würde, Autonomie.
- Literaturhinweise u. Vertiefungsmöglichkeiten.



## Kommunikationsregeln

- Subjektives Erleben hat seinen Platz.
- Persönliche Standpunkte dürfen geäußert werden.
- Akzeptanz v. Pluralität. Keine Wertungen anderer Äußerungen.
- Unterschiedliche Meinungen sind eine Ressource.
- Ausreden lassen.
- Die Information für das eigene Rollenverständnis oder die eigene Einrichtung herausnehmen.



**Aufgabe: Bitte diskutieren Sie folgende aus dem Heimaltag bekannte Aussagen. Wie reagieren Sie darauf und antworten Sie konkret?**

„Ich will anderen nicht zur Last fallen.“

„Ich will von keinem abhängig sein.“

„Jetzt ist genug. Ich will nicht mehr.“

„Ich will Herr meiner Selbst bleiben. Lieber sterben als hier herumvegetieren.“

„Ich will nicht, dass mich jemand so hässlich sieht...“

„Sterben ist besser. Im Himmel sehe ich meine Verwandten wieder.“



## Gründe und Funktionen von Sterbewünschen

- **Körperliche Gründe:** Chronische Schmerzen, chronische Nausea, Inkontinenz, Ulzerationen, chronische Gerüche von Wunden.
- **Psychische Gründe:** Angst, Traurigkeit, Depression, Verlust der Perspektive und Hoffnung, Furcht vor Urteilsunfähigkeit, Abhängigkeit.
- **Soziale Gründe:** Isolation, Alleinsein, finanzielle Schwierigkeiten, ungenügendes HelferInnennetz, Erfahrung des Verlassenwerdens aufgrund der Erkrankung.
- **Spirituelle Gründe:** Würdeverlust, Gefühl, im behinderten Körper gefangen zu sein, Hoffnungslosigkeit, Verlust von Lebenssinn, Offensichtlichkeit der unheilbaren Erkrankung, Unsicherheit bezüglich.



## Bedeutungszuschreibungen von Sterbewünschen

1. Dem lebensbeendenden Prozess seinen Lauf lassen.
2. Dem Tod erlauben, das Leiden zu beenden.
3. Lebenssattheit.
4. Beendigung einer Situation, die als unvernünftig gesehen wird.
5. Anderen die Bürde von mir ersparen.
6. Erhaltung der Selbstbestimmung im letzten Moment.
7. Erhalt der Selbstbestimmung.
8. Weitergehen in ein anderes Leben oder eine andere Realität.
9. Beispiel sein für andere.
10. Nicht quälend lang warten müssen, bis der Tod kommt.

Q: Ohnsorge, 2014



## Funktionalität von Sterbewünschen.

- Hilferuf/Aufruf zur Unterstützung angesichts von bestehender Todesangst.
- Suche nach Erlösung von Leiden u. Krankheit.
- Weg, um über das Sterben endlich mal reden zu können.
- Wiedererlangen des Handlungsraums, um bspw. inneren Druck oder Stress abzubauen.
- Manipulation, um Aufmerksamkeit zu bekommen.



## Entscheidungsprozess vor einem AS

### **Phase des theoretischen Nachdenkens.**

- Ein AS wird als mögliche Option erwogen.
- Im Rahmen eines AS zu versterben, wird als persönliches Recht verstanden.
- Mit ausgesuchten Angehörigen wird über die Option gesprochen.

### **Phase des Suchens nach einem Konsens und einer Entscheidung.**

- Suche nach Akzeptanz in nächstem Umfeld.
- Explorieren der Haltung und der Meinung von einer vertrauten Fachperson.

### **Regelung der gesetzlichen amtlichen Voraussetzungen und Planung.**

- Kontaktaufnahme mit einer Sterbehilfeorganisation oder einem Sterbegleiter.
- Beschaffung der Arztberichte/medizinische Unterlagen.
- Festlegung des Datum, Vorbereitung der Beerdigung, Durchführung.



## Der praktische Umgang mit dem Wunsch nach AS (1)

- Nationale und regionale (kantonale) Gesetzgebung müssen bekannt sein.
- Die medizinethische Haltung einer Einrichtung müssen dahingehend entwickelt und kommuniziert werden.
- Die Individuelle Situation des Patienten/der Patientin, seiner Biografie, seines inneren Erlebens, Abwägens, Wertvorstellungen, soziales Umfeld und finanzielle Situation werden erfasst. Die medizinische Situation ist ein Teil des Ganzen.
- Erwartungen des Patienten bezüglich des Engagements Arztes, der Ärztin bzw. medizinischen Fachpersonals klären.
- Abwägen, ob ein Patient/eine Patientin an einen Kollegen/eine Kollegin überwiesen wird.
- Patienten/Patientin die Rahmenbedingungen erklären.



## Der praktische Umgang mit dem Wunsch nach AS (2)

- Verstehen lernen, was „unerträgliches Leiden“ für den Patienten/die Patientin bedeutet.
- Multidimensionalität des Begriffs „unerträgliches Leiden“ klären.
- Vergewisserung, dass der Patient/die Patientin über alle relevanten Informationen verfügt.
- Palliativmedizinische Alternativen aufzeigen, besonders auf therapeutische Aspekte bzgl. emotionaler Herausforderungen (bspw. Psychoonkologie)
- Erklären, wie Sterben verlaufen kann, was normal ist, wie man bei frühzeitigen Entscheidungen auch Einfluss auf den Sterbeprozess nehmen kann. (bspw. Angst vor dem Ersticken)
- Erfassen, woraus der Patient/die Patientin Kraft schöpft und welche Bedeutung für ihn/sie die Begriffe Würde, Hoffnung und Heil haben.



## Der praktische Umgang mit dem Wunsch nach AS (3)

- Einbezug von Familie und Freundeskreis.
- Den Bedürfnissen von Familienmitglieder und Freundeskreis unter Wahrung der Autonomie des Patienten/der Patientin und dem Anspruch auf Vertraulichkeit entsprechen.
- Aktive Beziehungsgestaltung zum Patienten, zur Patientin. Nähe und Distanz ausloten. Verbindlichkeit.

Quelle: nach Daniel Büche u.a., Handbuch der Palliativmedizin.



## **Juristische Voraussetzung: Urteils- und Handlungsfähigkeit**

- Person muss in der Lage sein, eine Wahl zu treffen und sie auszudrücken?
- Person muss in der Lage sein, die relevanten Informationen zu verstehen. (Denkstörung?)
- Person muss in der Lage sein, die Eigenarten einer bestimmten Situation zu erkennen und mögliche Konsequenzen zu bewerten (Psychose).
- Person muss über Kapazität verfügen, Informationen rational auf der Ebene von Vernunft zu verarbeiten.
- Person muss in der Lage sein, den assistierten Suizid selbst durchzuführen. (Tatherrschaft)



U-DOC

EVALUATION DER URTEILSFÄHIGKEIT

Formular

Beurteilende Person(en): .....

.....

Datum der Beurteilung: .....

.....

[Patientenetikett]

<b>ERKENNTNISFÄHIGKEIT</b> Fähigkeit, die vorliegende Entscheidungssituation zu erfassen (Schwerpunkt: Kognition)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> mittelgradig beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> schwer beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
<b>WERTUNGSFÄHIGKEIT</b> Fähigkeit, der vorliegenden Entscheidungssituation persönliche Bedeutung beizumessen (Schwerpunkt: Motivation und Emotion)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> mittelgradig beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> schwer beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
<b>WILLENSBILDUNG UND -UMSETZUNG</b> Fähigkeit, eine Entscheidung zu treffen, zu kommunizieren, zu begründen und zu vertreten (Schwerpunkt: Volition)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> mittelgradig beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> schwer beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar



## Was ist Autonomie im Zusammenhang mit Sterben?

- Autonomie als freie Handlung – Die Entscheidung geschieht ohne äusseren Druck und entspricht der freien Willensbildung.
- Autonomie als Authentizität (Wahrhaftigkeit) – Die Entscheidung stimmt mit dem eigenen Wertesystem überein.
- Autonomie als praktische Reflexion – Ein Patient kann die unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten verstehen und seine Entscheidung für eine Möglichkeit begründen.
- Autonomie als moralische Reflexion – Der Patient akzeptiert die Konsequenzen seiner (moralischen) Entscheidung.

vgl. Borasio S. 121 /Bruce Miller



## Die Ambivalenzen im freien Willen (Autonomie)

- Wie frei ist der Wille, wenn jemand schwer krank ist?
- Wie frei ist der Wille, wenn jemand an einer Depression leidet?
- Wie frei ist der Wille, wenn Gesellschaft stigmatisiert?

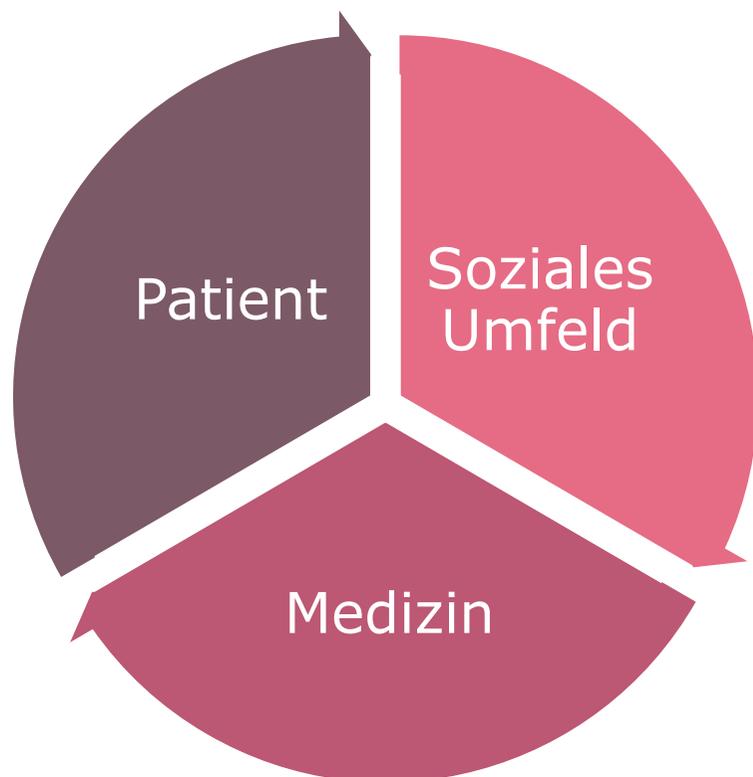
### Die Motive haben sich verändert:

- „Ich will anderen nicht zur Last fallen.“ (Sozialer Aspekt)
- „Jetzt ist genug.“ (Lebensbilanz - Lebensmüdigkeit.)
- „Ich will nicht so sterben wie mein...“ (Angst d. Vergleich)
- „Ich will Herr meiner Selbst bleiben...“ (Selbstkontrolle)
- „Ich will nicht, dass mich jemand so hässlich sieht...“ (Ästhetik)

Vgl. gemeinsame Studie der Universität Zürich u. Hochschule für angewandte Wissenschaften, 2008.  
[uzh.ch/news/articles/2008/3228.html](http://uzh.ch/news/articles/2008/3228.html). Oder: [admin.ch/br/index.html](http://admin.ch/br/index.html).



## Brennpunkte der Autonomie



- Relationalität (Heteronomie) der Autonomie.
- Asymmetrien zwischen Angehörigen, Ärztin und Pflege, Patient oder Bewohnerin, ggf. auch zwischen Angehörigen und Patient.
- Fürsorge unter Autonomievorbehalt.
- Fürsorge  $\neq$  Paternalismus.
- **Shared Decision Making.**
- **Entscheidungsassistenz.**
- Gefahr des Absolutismus.

## Der unterschiedliche Umgang mit der Würde

### **Normativer Umgang:**

- Würde ist übergeordnet.
- Strukturkonstitutiv und gilt generell.
- Voraussetzung für die Medizin, incl. Berufsethos.
- Unveräußerlich und niemandem zu nehmen.

### **Integrativer Umgang:**

- Individuelle Autonomie/Selbstbestimmung ist übergeordnet.
- Würde unterliegt einer emotional-pragmatischen Verwendung.
- Die Würde ist auf den Einzelfall bezogen.
- Verlust der Würde droht in zahlreichen Situationen.



## Definition einer Patientin (64)

„Für mich hat das viel zu tun mit Respekt, das Wahrnehmen, dass man immer noch Wert ist, ein Individuum, verstehen Sie? Man ist eine Person, die ein Leben hatte, verstehen Sie? Respekt ist wohl sehr wichtig, vermute ich. Dass ich mich einbringen kann in die Therapie, Nachfragen darf und nicht abwimmelt werde. Für mich hat das viel damit zu tun, dass ich ernst genommen werde, verstehen Sie?“



## In einer Wohngruppe, Heimeinrichtung

- Gespräch mit BewohnerIn
- Gespräch mit Klientin/Klient suchen, wie sie sich den Abschied in der Gruppe vorstellt:  
a) Sie/er informiert selbst, b) Delegation der Information, c) Einzel- oder Gesamtinformation.
- Information an die Gruppe nur mit Zustimmung der Klientin/des Klienten frühestens dann, wenn der Termin feststeht. Aber: Bis zum letzten Moment kann der Entscheid widerrufen werden. Eine Informationsmöglichkeit ist vorab schriftlich zu vereinbaren.
- Gelegenheit zum Dank oder Verabschiedung.
- Vermutlich heterogene Reaktionen in der Gruppe. Wie reagiert das enge soziale Umfeld, das soziale Netz der Bewohnerin, des Bewohners?
- Vorab hypothetisieren, auf wen man besonders achten muss?
- Obwohl es keinen Zusammenhang zwischen Sterbewünschen mit assistiertem Suizid und erhöhtem Suizidrisiko gibt, ist es gut, einen Lemmingeffekt bzgl. eigener Umgangsformen einzukalkulieren (bspw. Bezugspersonengespräche).
- Gedenk-, Abschiedsritual.



## Teamstrukturen für die Begleitung

- Belastungs- und Entlastungsfaktoren für das Thema im Team entwickeln. Herausforderung des Autonomisierungsprozesses. („Schutzkonzept“)
- Für jede Mitarbeiterin/jeden Mitarbeiter bleibt das Prinzip der Freiwilligkeit erhalten. Individuelle Geschichte der Mitarbeitenden (Todesfall in letzter Zeit) wird berücksichtigt.
- Ggf. Bezugspersonenwechsel.
- Es braucht dabei keinen ethischen Teamkonsens, aber einen gegenseitigen Respekt vor der Haltung des/der anderen.
- Ein gemeinsames Vorgehen/Handeln wird entwickelt.
- Besteht eine Sorge davor, es nicht verhindern zu können? Was muss ich tun, dass bei mir keine Schuldgefühle entstehen?
- Wofür stehen wir nicht zur Verfügung? (Berufsidentität)
- Unternehmensprofil und Leitbild der Einrichtung beachten.



## Literatur

- Rüdiger Achenbach/Hartmut Kriege. Von Savonarola bis Robespierre – Religion und Aufklärung im Widerstreit. Düsseldorf 2006.
- André Böhning (Hg.), Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie u. Psychotherapie.
- Gian Domenico Borasio. Selbstbestimmt sterben. München 2014.
- Brigitte Dorst u.a. (Hg.). Würde – eine psychologische und soziale Herausforderung. Düsseldorf 2009.
- Svenja Flaßpöhler, Mein Tod gehört mir– Über selbstbestimmtes Sterben, München 2013.
- Hans Küng. Glücklich sterben? München 2014.
- Thomas Kurana, Christoph Menke (Hg.). Paradoxien der Autonomie. Köln 2019.
- Giovanni Maio. Medizin ohne Maß? – Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit. Stuttgart 2014.
- Diethmar Mieth. Grenzenlose Selbstbestimmung – Der Wille und die Würde Sterbender. Düsseldorf 2008.
- Heinz Rüegger. Sterben in Würde. Zürich 2003.
- Robert Spaemann u.a., Vom guten Sterben – Warum es keinen assistierten Tod geben darf. Freiburg i. Br. 2015.
- Felix Thiele (Hg.). Aktive und passive Sterbehilfe. München 2010.

