

Assistierter Suizid (**Sterbewunsch**) im Rahmen einer Betreuung

Juristische, medizinische und **ethische Aspekte**



Gemeinsame Fürsorge und Verantwortung



1. Vorbemerkung zu „Sterbewunsch“
2. Theorie zu „ethischem Dilemma u. Ethikberatung“
3. Kurzes Fallbeispiel
4. Impulse zu Ethik - Suizid - Betreuung

Dr. Klaus Rademacher

Leiter des Geriatriischen Schwerpunktes
Ethikberatung
Klinikum Freudenstadt

„Sterbewunsch“ in Palliative Care und Hospiz

„Uns sind Grenzen gesetzt.
Da mag die Palliativmedizin
noch so gut eingesetzt werden.
Es gibt dennoch Menschen,
die schreien, stammeln, röcheln.
Und vor allem Menschen, die alleine sind.
Zutiefst alleine! ...

Ich rede von
**Menschen, die „bestens versorgt“
monatelang um den Tod betteln.**
Es gibt sie.“



„Wenn mir die Last der Schmerzen, des Elends und der Verachtung **unerträglich wird,**
warum will man mich hindern, meinem Leiden ein Ende zu setzen,
und mich grausam eines Heilmittels berauben, das ich in den Händen habe?“

(Charles de Secondat, Baron de la Brède, Philosoph, Schriftsteller, „Montesquieu“, 1689-1755)

Ethisches Dilemma / Konflikt

Wenn im Rahmen einer **ethischen Fragestellung**

zwei Handlungsoptionen vorliegen,

die beide

bei den Beteiligten mit Gefühlen

der Empörung, Unzufriedenheit oder Angst

und mit „moralischem Unbehagen oder Unsicherheit“

verbunden sind,

dann sprechen wir von einem **ethisches Dilemma / Konflikt**,

bei dem oftmals eine **ethische Reflexion** hilfreich sein kann.

(vgl. Prof. Annette Riedel)



Ethische Fallbesprechung

gemeinsam mit

dem Betroffenen (wenn Teilnahme möglich),
seinen Angehörigen, seinem rechtlichen Vertreter,
seinen Pflegenden und dem behandelnden Arzt

in einem strukturierten, **sorgfältigen Entscheidungsfindungs-Prozess**

unter Berücksichtigung **juristischer Vorgaben**

und anhand **ethischer Prinzipien**

(Gutes Tun, Nicht-Schaden, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit)

die **bestmögliche** Vorgehensweise im Sinne des Betroffenen

möglichst im **Konsens** aller Beteiligten finden.

➔ „Empfehlung“

„Ethik braucht die
Kompetenz geteilter
Inkompetenz.
Niemand hat alleine
den Blick auf das Ganze.“
(Heller und Reitinger, 2010)

Vier medizinethische Prinzipien

(Beauchamp und Childress, 1979/2013)

1. Selbstbestimmung (Respect for autonomy)

- Freiheit von Zwang und manipulativer Einflussnahme (negative Freiheit)
- Entscheidungsfähigkeit (kognitive Fähigkeit, Aufrichtigkeit bei Aufklärung)
- Berücksichtigung der Wertvorstellungen, Wünsche und Interessen (**Biografie**)

2. Prinzip des Nicht-Schadens (Non-maleficence) und

„Fürsorge“-Prinzip

3. Prinzip des Wohltuns (Beneficence)

- Gebot, das Wohl des Betroffenen aktiv zu fördern und Schaden zu verhindern
→ Abwägung von Nutzen, Schaden und Risiko einer Maßnahme/Option
- weitere Aspekte: Würde, Privatheit, Vertrauen, Lebensqualität, ...
- Wohl „haltgebender“ Dritter (vgl. Angehörige eines sehr unruhigen MmD)

4. Prinzip der Gerechtigkeit (Justice)

- Orientierung am Gleichheitsprinzip (Ressourcen, Diskriminierung)
- Wohl beteiligter Dritter (Zugehörige, Pflegende, Mitbewohner, Betreuer)

Sterbehilfe/Sterbewunsch – wie weit dürfen, wollen oder müssen wir gehen?

- Sterbebegleitung → selbstverständlich
- **aktive Sterbehilfe = Tötung auf Verlangen** → verboten, strafbar (in D)
- **indirekte Sterbehilfe = Lebensverlängerung** → nicht strafbar

aus juristischer Sicht: Unterschied? - Ja
... nicht beabsichtigter Lebensverlängerung

aus ethischer Sicht: Unterschied ???

- **passive Sterbehilfe = Sterben zulassen** durch
Therapiebegrenzung
Therapieverzicht
Therapieabbruch → „ein Muss“ !!!
Indikation oder
(mutmaßlicher) **Wille**

- **Beihilfe zum Suizid** „freier Wille“ → nicht strafbar

- **Freiwilliger Verzicht** auf Essen und Trinken → palliative Begleitung

- terminale palliative Sedierung

Sterbewunsch – „Fall-Beispiel“ (1)

❖ Soziales:

- 83-jährige Dame, verwitwet, in gutem Kontakt zu Sohn u. Familie
- außergewöhnlich vital, bis 80. Lebensjahr noch Tennis, viele Freunde
- legte großen Wert auf **gepflegtes Äußeres und Etikette**
- lt. Sohn **sehr willensstark** und dickköpfig

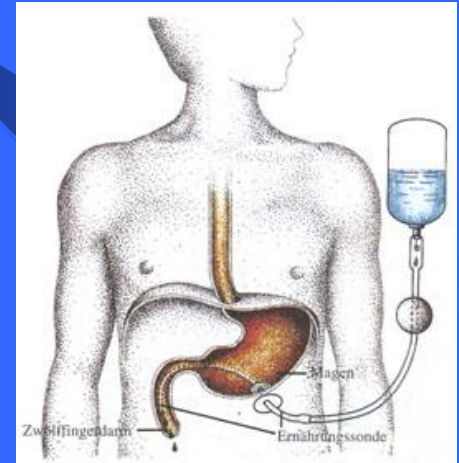
❖ Medizinisches:

- vor 3 Jahren Diagnose **M. Parkinson**, rasch progredienter Verlauf
- Probleme beim Schlucken / Sprechen, starkes Zittern
- durch Medikamente nur vorübergehende Linderung

Sterbewunsch – „Fall-Beispiel“ (2)

❖ aktuelle persönliche Aspekte:

- mit größtem Widerwillen vor 1 Jahr ins Pflegeheim
- Schluckstörung: „**Sabbern, das sieht doch scheußlich aus**“
→ nicht mehr zum Gemeinschaftessen
- Sprechprobleme zunehmend → **soziale Isolierung**



Seit 5 Monaten: PEG-Sonde zur Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe

- **seit 8 Wochen ernsthaft Suizid-Wünsche**
- „ich will so nicht mehr weiterleben!“

Nachvollziehbar ?

Akzeptierbar ?

Unterstützung ?

Sterbewunsch: meist nicht Angst vor Schmerzen, sondern Sorge um Verlust der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstkontrolle (Würde)

Wegen progredienter Parkinson-Demenz: **Betreuung**

Biographie bleibt dieselbe !!!

Bei Patientenverfügung mit Ablehnung Ernährung u. Dialyse ???

Abschluss: Ethische Aspekte bei „Sterbewunsch“

- ❖ **ethische Fallbesprechung**
 - Sorgfalt, gemeinsame Fürsorge und **gemeinsam getragene Verantwortung**
 - kann zur **Entlastung aller Beteiligten** beitragen
- ❖ bei ethischen Dilemmata gibt es oftmals **keine „gute“ Lösung**
- ❖ bei ethischen Dilemmata gibt es oftmals **kein sicheres „richtig“ oder „falsch“**
- ❖ existenzielle Entscheidungssituation - kein (Zeit-) Druck, ggf. **zweite Fallbesprechung**
- ❖ **Betreuer** (weitere Beteiligte)
 - Reflexion der persönlichen Betroffenheit und **eigener Gefühle**, Wünsche, Werte
 - Widerspruch zu eigenen Wertvorstellungen - was könnte mir helfen zu akzeptieren?
 - systematischer **Perspektivenwechsel**
 - bewusstes Hineinversetzen in Situation des Betroffenen
 - ich als „Anwalt“ des Betroffenen
- ❖ **assistierter Suizid** kann aus ethischer und aus Betroffenen-Sicht gleichwertig sein mit **Therapieabbruch** oder **Freiwilligem Verzicht auf Essen und Trinken** oder terminaler palliativer Sedierung

Workshop 7 (assistierter Suizid) - Ergebnisse

AG 7: assistierter Suizid

fehlender Standard beim assistierten Suizid (aS)
keine Freiverantwortlichkeit → kein aS (z.B. fortgeschr. Demenz)
weitere Optionen in Blick nehmen: - frw. Verzicht auf Essen & Trinken
- Therapieablehnung

Was waren die drei wichtigsten Ergebnisse der Arbeitsgruppe?

- keine Verpflichtung der Betreuenden zum aS (Orga & Unterstützung)
- Umsetzung schwierig & teuer
- Aushalten von Ambivalenz (gehört dazu)
- sorgfältig dokumentieren & Einbeziehen aller Bet.
- kein Zeugnisverweigerungsrecht für Betreuende
- eigene Einstellung & Werte reflektieren

Was können Sie davon in den Arbeitsalltag integrieren?

- Netzwerk aufbauen
- ambulante Ethikberatung
- Notfallanordnung als Ergänzung zur PV.

Wie lösen Sie die damit einhergehenden Herausforderungen?

