

Selbstbestimmung geht weit über Suizidhilfe hinaus

Das Karlsruher Urteil in die Praxis ziehen

Thomas Mäule

Mit dem Sterbehilfe-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 ist das Verbot der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ in Paragraph 217 des Strafgesetzbuches aufgehoben. Das legalisiert Vereine, Sterbehilfe anzubieten. Es ist davon auszugehen, dass Mitarbeitende vermehrt mit dem Wunsch konfrontiert werden, Menschen zu begleiten, die die Option des assistierten Suizids für sich in Betracht ziehen. Solche Situationen sind für alle Beteiligten anspruchsvoll und herausfordernd. Die Evangelische Heimstiftung hat in einem Positionspapier Richtlinien und Hilfestellungen zu rechtlichen, ethischen und praktischen Gesichtspunkten zusammengetragen. Die Orientierungshilfe ist vom Ziel getragen, Suizidhilfe als organisierte Dienstleistung durch trägerweite palliative Versorgungs- und Begleitungsangebote bedeutungslos zu machen.

Sterben wünschen

„Ich mag nicht mehr!“, „Ich möchte sterben!“, „Ich wäre froh, es wäre endlich vorbei!“. Jede dieser Äußerung formuliert den Sterbewunsch anders. Oft sind die Worte nicht eindeutig, mit denen ein Mensch seine existenzielle Not im Moment ausdrückt. Da geht es ums Hinhören. Vor jedem Suizid(versuch) steht die Sehnsucht, die Alltagswirklichkeit zu überschreiten. „Wenn wir jemandem helfen wollen“, so der Philosoph Søren Kierkegaard, „müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge“¹. Das bedeutet, Menschen in ihren Wünschen, Nöten und Sorgen zuzuhören. Urteilsfrei, aufmerksam und wohlwollend. Sind es Ängste, Einsamkeits- und Sinnlosigkeitsgefühle, Schmerzen, Atemnot, Erstickungsangst? Ist es die zunehmende Pflegebedürftigkeit, Therapiemüdigkeit und die Vorstellung, eine Last für andere zu sein? Welchen Weg die Gedankengänge nehmen werden, ist im Moment der Erstäußerung selten entschieden. Der gedachte „letzte Ausweg“ im Sinne des assistierten Suizids ist – Erfahrung und Statistik zufolge - eher selten. Unsicherheit und die Suche nach Wegbegleitern sind häufig Beweggründe. „Wir besprechen Sterbewünsche offen und ohne Wertung“, heißt es im Positionspapier der Heimstiftung. Im Vordergrund steht das Bemühen, Menschen in existenziellen Grenzsituationen zu verstehen. Sie so zu begleiten, dass sie ermutigt und befähigt werden, herauszufinden, was sie selber eigentlich wollen. Die Frage,

¹ Kierkegaard, Søren, Fra en forfatters virksomhet (Aus dem Wirken eines Verfassers) Eine einfache Mitteilung. In: S.K., Gesammelte Werke, Munksgaard, Copenhagen 1859 (Ausg. 1994).

wann es Zeit sein könnte, sein Leben zu beschließen, kann letztlich nur individuell beantwortet werden. Jedes Postulieren von Kriterien, die für alle zu gelten haben, wäre anmaßend. Vielmehr geht es darum, in einer offenen und geduldigen Gesprächskultur eine subjektiv angemessene Antwort zu finden und diesen autonomen Willen klar zu kommunizieren.

Selbstbestimmtes Sterben

Selbstbestimmung ist für alle Bewohner ein wichtiges Gut. Was aber ist Autonomie am Lebensende? Selbstbestimmung eröffnet nicht nur Gestaltungsspielraum, es nimmt den Betroffenen auch in Pflicht. „Wie, wann und wo will ich sterben?“ Diese Fragen zu stellen und zu entscheiden bringt einen Freiheitsgewinn, aber auch eine Verantwortung mit sich, die gerade für hochbetagte Menschen in Überforderung münden kann. Die mögliche Zumutung liegt nicht in der Fähigkeit, sich selbständig ein Urteil zu bilden und zu kommunizieren. Sie ist existenzieller Natur – angesichts der völlig normalen menschlichen Ambivalenz gegenüber Sterben und Tod. Menschen können in Grenzsituationen geraten, in denen für sie nicht klar ist, was sie eigentlich wollen. Sie können im Tod den Freund und den Feind zugleich erblicken, ihn meiden und ersehnen. Für viele Hochaltrige steht nicht (mehr) der Wunsch im Vordergrund, aktive Gestalter des eigenen Sterbens zu sein. Die meisten möchten in vertrauensvollen Beziehungen mit Arzt und Angehörigen gemeinsam abwägen und entscheiden.

Selbstbestimmung geht weit über das Recht hinaus, den eigenen Todeszeitpunkt bestimmen zu können. Selbstbestimmung besteht aus einem komplex verwobenen Netz verschiedenster Faktoren: soziale Beziehungen, persönliche Befindlichkeiten, kulturelle und religiöse Prägungen. Das Ich ist niemals bloß ein einzelnes Ich, es besteht aus vielen Ichs und vielen Wirs. Ein Bewohner entscheidet nie „autark“. Seine Autonomie ist immer relational.

Selbstbestimmung ist mehr als ein völlig unabhängiges aktives Gestalten. Zu ihr kann auch die Fähigkeit gehören, Dinge hinzunehmen und geschehen zu lassen. Sich bewusst gestalten lassen von Umständen, Situationen und Personen. Bewusst angenommene Abhängigkeit kann bedeuten, dass Menschen – gerade im hohen Lebensalter - sich entschieden haben, auf andere zu vertrauen. Und dieses Vertrauen in die bestmögliche Leidenslinderung – durch andere Personen und Institutionen - eingelöst wissen.

Auf diese besonders vulnerable Situation ist das gesetzliche Autonomiegesetz nicht abgestimmt. Es lässt das persönliche Umfeld des Sterbenden außer Acht. Die Angehörigen geraten aus dem Blick. Abschied und Tod sind aber nicht nur für den Sterbenden selber, sondern auch für dessen Angehörige von einschneidender Bedeutung. Ihnen wird nicht nur die Entscheidung der Sterbewilligen zugemutet, sondern auch die Erwartung, diese anzuerkennen. Eine vom Bewohner gewünschte gemeinschaftliche Entscheidungsfindung unter Einbezug von Angehörigen und Freunden ist zu respektieren.

Selbstbestimmung darf nicht als Überforderung empfunden werden. Das Positionspapier der Heimstiftung betont die Wichtigkeit, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Autonomie sich möglichst wirksam entfalten kann. Dass bestehende Selbstgestaltungskompetenzen möglichst lange erhalten bleiben – und seien diese noch so gering. Dass konkrete Wünsche und Werte respektiert werden. Für schwierige Entscheidungsprozesse wird das bewährte Instrument der Ethischen Fallbesprechung empfohlen. Hingewiesen wird auf Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung: Die Erstellung einer Patientenverfügung kann als wertvolle Möglichkeit zum Gespräch genutzt werden. Auf dem Weg zu Klarheit können Bewohner sich Fragen stellen wie: Habe ich mein Leben so gelebt, dass ich lebenssatt geworden bin? Kann ich in Dankbarkeit loslassen („abdanken“)? Was konkret möchte ich noch erleben? Habe ich Angst vor dem Tod oder Schmerzen, vor Atemnot oder anderen Leiden? Wer soll mich in den letzten Lebenstagen und Stunden begleiten? Von wem möchte ich bewusst Abschied nehmen? Kann eine seelsorgliche Begleitung für mich von Bedeutung sein? Wie lange sollen lebenserhaltende Maßnahmen aufrechterhalten werden? Was ergibt sich daraus für meine jetzige Entscheidung? Voraussetzung für ein Gesprächsangebot zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (gemäß § 132g SGB V) ist eine ausgeprägte Palliativkultur in der Einrichtung. Ohne vorhandene Palliative-Care-Expertise kann die Ausrichtung der Versorgung am Willen der Bewohner mit Patientenverfügung nicht sichergestellt werden.

Suizidhilfe und Würde am Lebensende

Dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zufolge soll jeder Mensch das Recht und die Freiheit haben, am Ort seiner Wahl in Würde zu leben und zu sterben. Zur Wahrung dieser Würde gehört das Recht, an der Ausübung der Selbstbestimmung nicht gehindert zu werden. Dies gilt unabhängig davon, welche Einstellung zum Thema „assistierter Suizid“ jeweils bei dem Träger, der Einrichtung oder dem jeweiligen Mitarbeiter besteht.

Nun können und dürfen „Menschenwürde“ und „Selbstbestimmung“ nicht gleichgesetzt werden: als sei die Möglichkeit eines assistierten Suizids das Mittel zum Erhalt der Würde.

Selbstbestimmung ist ein unverzichtbarer Aspekt der Menschenwürde. Eine alleinige Fokussierung auf Selbstbestimmung und Autonomie birgt die Gefahr, menschliche Würde von der Fähigkeit abhängig zu machen, über sein Leben selbständig entscheiden zu können. Genau das widerspricht dem Gedanken der unverlierbaren Würde. Die enge Verbindung von Selbstbestimmung und Selbsttötung kann dazu führen, dass der Suizid als letzter Ausdruck menschlicher Autonomie gesehen wird. Eine solche Sicht verschleiern aber, dass Selbsttötung oft Ausdruck großer Einsamkeit und tiefer Unfreiheit ist. Oder dass Suizid als empfundene Pflicht zur „Entlastung“ von Mitbetroffenen ins Auge gefasst wird.

Assistierter Suizid und Pflege

Nicht Suizidhilfe sondern Palliative Care gehört – nach dem Hospiz- und Palliativgesetz - zum Versorgungsauftrag in der Altenhilfe. Die Heimstiftung versteht Suizidhilfe als Nothilfe im Einzelfall. Nämlich dann, wenn für den betreffenden Menschen jede andere zur Verfügung stehende Möglichkeit eine noch größere Belastung bedeuten würde. Dieser Fall kann aber immer nur ein Grenzfall sein. Das Positionspapier² macht deutlich, dass es nicht zur Aufgabe der Pflege gehört, von sich aus Suizidhilfe anzubieten und durchzuführen. Der Pflege darf nicht die Lösung von Problemen übertragen werden, die in den Verantwortungsbereich anderer fällt. Dazu gibt das Papier eine klare Position vor und stärkt den Mitarbeitenden den Rücken.

Als Orientierung gilt: „Bleibt nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, wird der Wille des Betroffenen respektiert, auch wenn er im Widerspruch zu den eigenen Werten steht. Die Klärung der letzten Schritte erfolgt ausschließlich durch den Bewohner selbst. Der letzte Akt der zum Tod führenden Handlung ist in jedem Fall durch die sterbewillige Person selbst durchzuführen“.

Im Grundverständnis der Heimstiftung hat jeder Mensch in jeder Lebensphase einen eigenen Wert und eine eigene Würde. Im praktischen Handeln soll der Bewohner durch die Art von Pflege und Begleitung erleben, dass er mit und trotz seiner Entscheidung wertvoll um seiner selbst willen ist. „Der Bewohner weiß, dass Leben bis zuletzt in der Einrichtung möglich ist. Er kann sich verabschieden und hat die Sicherheit, dass Versorgung und Aufbahrung in seinem Sinn würdig geschehen. Die Angehörigen fühlen sich – ohne Schuldvorwürfe – willkommen und in dieser wichtigen Phase zwischen Sterben und Bestattung einbezogen und gut unterstützt. Die Verabschiedung erfolgt würdig, entsprechend den Wünschen des Verstorbenen und seiner Bezugspersonen und der Abschiedskultur des Hauses“.

Suizidhilfe durch Palliative Care überflüssig machen

Die Heimstiftung ist sich einig: dass Leben auch im Zustand hochgradiger Verletzlichkeit seinen Wert und seine Würde behält. Dass Menschenwürde und Selbstbestimmung nicht gleichgesetzt werden können. Und dass Selbstbestimmung sich nicht nur im assistierten Suizid manifestiert, sondern auch im Entschluss, in bewusst angenommener Abhängigkeit bis zum letzten Atemzug zu leben.

² Das Positionspapier „DAS RECHT AUF ASSISTIERTEN SUIZID. Wie die Evangelische Heimstiftung mit Todeswünschen von Bewohnern umgeht“ findet sich unter folgendem Kurzlink: https://www.ev-heimstiftung.de/fileadmin/default/Ueberuns/Ethik/Positionspapier_Assistierter_Suizid.pdf

Palliative Care räumt die Heimstiftung einen hohen Stellenwert ein. Große Anstrengungen sind in den vergangenen Jahren unternommen worden, Mitarbeitende zu befähigen und Strukturen zu schaffen, die ein würdiges und mit möglichst wenig Schmerzen verbundenes Sterben ermöglichen. Bewohner dürfen darauf vertrauen, dass ihr Leiden bestmöglich gelindert wird. Eingebettet in ein Netz tragfähiger Beziehungen können sie ihren Weg – trotz hochgradiger Verletzlichkeit und Abhängigkeit – würdevoll zu Ende gehen. Das Zusammenspiel von Pflege, Medizin, Seelsorge, Ehrenamt und Angehörigen ist äußerst wichtig. Ein Bildungsprogramm „Palliative Care-Profil“ ist aufgelegt. Der Umgang mit Sterbenden und Hinterbliebenen ist für alle Berufsgruppen anspruchsvoll, beim assistierten Suizid erst recht. Ziel ist: durch einen trägerweiten Ausbau von Palliative Care und Qualifizierungsangeboten eine organisierte Suizidhilfe in absehbarer Zeit bedeutungslos zu machen. An solchen Orten verliert sich die Urangst, sein Schicksal allein und verlassen tragen zu müssen. Es wächst das Vertrauen, nicht noch tiefer fallen zu können, sondern getragen zu sein.

Anlagen I - II:

I. Suizidhilfe in sieben Sätzen³

1. Wir stellen uns gemeinsam mit den Betroffenen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.
2. Wir tabuisieren Suizidwünsche nicht. Wichtig ist uns, Sterbewünsche besser verstehen zu können. Wir nutzen dieses Wissen, um Leiden zu lindern, Ängste zu minimieren und Sicherheit zu vermitteln.
3. Wir beraten zu einer selbstbestimmten Entscheidung, die den persönlichen Werten Rechnung trägt und die Einschätzung der Situation respektiert.
4. Wir ermöglichen Selbstbestimmung. Unsere Sorge für hochbetagte Menschen bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge.
5. Wir teilen das Ziel, den assistierten Suizid durch eine professionelle palliative Begleitung überflüssig zu machen.
6. Wir beachten den Willen von Betroffenen, auch wenn er im Widerspruch zu unseren eigenen Werten steht. Wir beteiligen uns nicht an der Selbsttötung eines Menschen.
7. Wir geben Bewohnern im Leben und im Sterben ein Zuhause. Wir verabschieden uns würdig, entsprechend den Wünschen des Verstorbenen und seiner Bezugspersonen und der Abschiedskultur des Hauses.

³ Handlungsgrundsätze konkret. Aus dem Positionspapier, a.a.O., S.6.

II. Was kann Palliative Care in der stationären Altenhilfe leisten?

