

# DAS RECHT AUF ASSISTIERTEN SUIZID

Wie die Evangelische Heimstiftung mit Todeswünschen von Bewohnern umgeht.

Mit dem Sterbehilfe-Urteil des Bundesverfassungsgerichts (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. Für eine professionelle Begleitung sind in dem 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.

## 1. RECHT AUF SELBSTBESTIMMTES STERBEN

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 der Einrichtung, dem Träger Evangelische Heimstiftung oder dem jeweiligen Mitarbeiter besteht. Zur Suizidhilfe zählen Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen.

Für die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen wichtig ist, dass die sterbewillige Person im Vollbesitz der Urteilsfähigkeit und nicht im Affekt handelt. Und dass der Betroffene den letzten Schritt – das Trinken des in Wasser aufgelösten Medikaments oder das Öffnen des Infusionshahns – freiwillig und selbständig vornehmen kann (Tatherrschaft). Wer erkennbar an geistigen Beeinträchtigungen (z.B. einer demenziellen Erkrankung) leidet, dem darf in dieser Form nicht geholfen werden. Da jeder assistierte Suizid für die Behörden als außergewöhnlicher Todesfall gilt, muss nach Feststellung des Todes die Polizei benachrichtigt werden. Insbesondere wird sichergestellt, dass sich der Tod ohne Fremdeinwirkung ereignet hat. „Nicht eigenmächtig handeln“ lautet die Vorgabe.

Zu groß wäre das Risiko, zum Beschuldigten in einem Ermittlungsverfahren zu werden. Auch nach dem Sterbehilfe-Urteil des Bundesverfassungsgerichts gilt der Grundsatz: „Die EHS lehnt die Beteiligung an der freiwilligen Selbsttötung eines Menschen ab“ (QMH B1.1.06).



## 2. UMGANG MIT STERBEWÜNSCHEN UND DEM WUNSCH NACH ASSISTIERTEM SUIZID

Was ist in Beratung und Begleitung zentral, wenn der Sterbewunsch und der Wunsch des assistierten Suizids angesprochen wird?

### 2.1 Sprechen über Sterben und Tod

Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross, die Pionierinnen der Hospizbewegung und der Sterbeforschung, wollten vor allem eines: dass mit Sterbenden geredet wird und sie nicht alleingelassen werden. Dies gilt nicht nur, wenn die Sterbephase bevorsteht oder bereits begonnen hat, sondern schon in einer frühen Phase. Der Zeitpunkt des Sterbens und der Sterbeverlauf sind in hohem Alter und bei chronischen und komplexen Erkrankungen schwer zu erfassen. Deshalb ist Palliative Care oder die Palliative Betreuung bereits von Beginn an in der pflegerischen Versorgung mitzudenken. Weder der Zugang zum Gespräch über Sterben und Tod lassen sich standardisieren noch der richtige Zeitpunkt. Es gilt herauszufinden und zu erspüren, worüber der Bewohner oder Kunde sprechen möchte. Gespräche über Sterben und Tod erfordern eine ruhige Umgebung und genügend Zeit. Gute Kenntnisse der Techniken der Gesprächsführung sind eine Voraussetzung. Diese können erlernt werden. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben ist eine wichtige Grundlage, um mit Bewohnern und Kunden über deren Sterben und Tod sprechen zu können. Die eigene Grundhaltung sollte geprägt sein von der Bereitschaft, den Willen des Bewohners oder Kunden zu verstehen und zu akzeptieren, auch wenn sie den eigenen Vorstellungen widerspricht. Regelmäßige Gespräche auch mit den An- und Zugehörigen sind ein wichtiger Bestandteil für die von Vertrauen geprägte Begleitung und Versorgung am Lebensende (vgl. das Dokument „Gespräch über Sterben und Abschied nehmen“ im QMH C.1.11.01 FO).

### 2.2 Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung

Eine frühzeitige Vorsorgeplanung kann eine Hilfe dafür sein, dass später Entscheidungen getroffen werden, die den eigenen Wünschen und Werten der Betroffenen entsprechen.

Um dies sicherzustellen, qualifizieren wir Gesprächsbegleitende und bieten die gesundheitliche Versorgungsplanung für Bewohner (nach § 132g SGB V) an. Das Erstellen einer Patientenverfügung kann als wertvolle Möglichkeit zum Gespräch über Werte und Wünsche genutzt werden: was ist mir im Leben und Sterben wichtig? Habe ich Angst vor dem Tod oder vor Schmerzen, Atemnot oder anderen Leiden? Wer soll mich in den letzten Lebenstagen und –stunden begleiten? Von wem möchte ich bewusst Abschied nehmen können? Kann eine seelsorgliche/spirituelle Begleitung oder ein Ritual für mich von Bedeutung sein? Gesundheitliche Versorgungsplanung bindet die Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen in



einen gemeinsamen Prozess der Entscheidungsfindung ein. Dabei ist unverzichtbar, dass dieser Dialog durch qualifizierte Gesprächsbegleitende unterstützt wird. Im Rahmen der Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung kann ein Plan für Notfallsituationen erstellt werden mit Maßnahmen, die bei kritischen Ereignissen und bestimmten Krankheitssymptomen ergriffen werden. Wird das Gesprächsergebnis regelmäßig überprüft, bleibt es aktuell. So entsteht Sicherheit und Klarheit für alle Beteiligten, dass das Handeln in krisenhaften Situationen am (mutmaßlichen) Willen des Betroffenen ausgerichtet wird.

### 2.3 Umgang mit Sterbewünschen

Sterben kann für hochbetagte Menschen eine erwünschte Perspektive sein und als gute Lösung gesehen werden. Es kann sein, dass Menschen ihr Leiden dauerhaft und bis zum Tod als unerträglich empfinden. Für die Einschätzung bestehen keine objektiven Kriterien. Unerträglichkeit kann nur vom Leidenden selbst als solche benannt – und nicht von anderen Personen zugeschrieben – werden.

Äußert ein Bewohner oder Kunde, dass er sterben möchte, nehmen wir dies ernst und gehen dem Wunsch auf den Grund. Dem unbestimmt geäußerten Wunsch zu sterben als auch das klare Verlangen nach aktiver Lebensbeendigung können sehr unterschiedliche Motive zugrunde liegen. Häufig sind die Wünsche ambivalent: der Wunsch zu sterben besteht gleichzeitig wie der Wunsch zu leben.

Wir besprechen Sterbewünsche offen und ohne Wertung. Im Vordergrund steht das Bemühen, den Menschen zu verstehen und das Leiden zu ergründen. Sind es Ängste, sind es belastende Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Erstickungsgefahr, sind es Folgen der Grunderkrankung? Wissen wir um Hintergründe, so lassen sich palliativmedizinische Angebote und symptomlindernde Therapien benennen. Das Aufzeigen von verschiedenen Optionen kann dazu beitragen, Ängste zu minimieren und Sicherheit zu vermitteln.

Das Ziel solcher Gespräche besteht darin, Bewohner zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu befähigen, der den persönlichen Werten Rechnung trägt, und verhilft, bestehende Alternativen zum assistierten Suizid kritisch zu würdigen.

### 2.4 Linderung von Leiden

Einem unerträglichem Leiden kann mit einer etablierten Palliative Care Kultur begegnet werden. Leiden betrifft immer den ganzen Menschen in seinem körperlichen, psychosozialen und spirituellen Empfinden. Neben medizinischen Maßnahmen – zum Beispiel der Schmerzlinderung – sind insbesondere auch psychosoziale und seelsorgliche Angebote einzubeziehen.



Wenn trotz Ausschöpfung aller Maßnahmen sich keine befriedigende Situation herstellen lässt, ist als Ultima Ratio der Symptomkontrolle die Möglichkeit einer tiefen, kontinuierlichen palliativen Sedierung gegeben. Um hierzu eine ethisch gut begründete Entscheidung zu treffen und abzusichern, liegt für Pflegeteams (in der Stabsstelle „Theologie und Ethik“) eine Ethik-Leitlinie vor.

## 2.5 Entscheidungssituationen

Oft treten Sterbewünsche nach ausführlichen Gesprächen in den Hintergrund (vgl. 2.1). Es gibt aber auch Situationen, in denen der Wunsch, den Eintritt des Todes zu beschleunigen, bestehen bleibt und der Bewohner ausdrücklich nach Suizidhilfe verlangt.

Das Recht auf Selbstbestimmung gilt für alle Bewohner im ganzen Verlauf ihrer Krankheit bis zu ihrem Tod. Der Wille des Bewohners hat Vorrang. Die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts kann aber an Grenzen stoßen. Zum Beispiel der Wunsch von Behandlungen, die aussichtslos sind, oder das Einfordern von Handlungen, die für die Behandelnden mit ihrem Gewissen nicht vereinbar sind, oder Wünsche, die die Angehörigen überfordern (wie der Wunsch, zu Hause zu sterben). In solchen Situationen sind wiederholte Gespräche sinnvoll. Eine Ethische Fallbesprechung kann das Mittragen der Entscheidung durch alle Beteiligten erleichtern (QMH: B1.4.0). Entsteht ein Konflikt, weil vertretungsberechtigte Personen unterschiedlicher Auffassung sind, soll in wiederholten Gesprächen und unter Bezug ethischer Unterstützung nach einer Lösung gesucht werden. Ist kein Dialog möglich, ist das Betreuungsgericht beizuziehen. Dies gilt auch in Situationen, in denen Hinweise dafür bestehen, dass die Interessen des Bewohners gefährdet oder nicht mehr gewahrt sind.

Wichtig ist, das übergeordnete Ziel der Behandlung (mit Bewohner/rechtlichem Vertreter und dem Arzt) zu klären. Liegt der Focus z.B. auf der Leidenslinderung oder geht es um den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen?

Äußern Bewohner Gedanken oder Pläne, mittels assistiertem Suizid das Leben zu beenden, sollten drei in der Heimstiftung gültige Werte bedacht und abgewogen werden:

- die Fürsorge für den Bewohner,
- das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen,
- der Schutz des von Gott gewollten Lebens.

Keines dieser drei Prinzipien darf auf Kosten eines anderen absolut gesetzt werden.



## 2.6 Suizidhilfe

Es gehört nicht zur Aufgabe der Pflege, von sich aus Suizidhilfe anzubieten und durchzuführen. Ihre Rolle im Umgang mit Sterben und Tod besteht darin, Symptome zu lindern und den Bewohner und Kunden zu begleiten. Weder darf es zu einer Überforderung noch zu einer Gefährdung des professionellen Selbstverständnisses kommen. Der Pflege darf nicht die Lösung von Problemen übertragen werden, die in den Verantwortungsbereich anderer fällt.

Bleibt nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, so beachten wir den Willen des Betroffenen, auch wenn er im Widerspruch zu unseren eigenen Werten steht. Die Klärung der letzten Schritte erfolgt ausschließlich durch den Bewohner. Der letzte Akt der zum Tod führenden Handlung ist in jedem Fall durch die sterbewillige Person selbst durchzuführen. Der Tod durch Suizidhilfe ist als außergewöhnlicher Todesfall der zuständigen Behörde zu melden.

In unserem christlichen Grundverständnis hat jeder Mensch in jeder Lebensphase einen eigenen Wert und eine eigene Würde. Im praktischen Handeln möchten wir durch die Art der Pflege und Begleitung erleben lassen, dass der Bewohner und Kunde mit und trotz seiner Entscheidung wertvoll um seiner selbst willen ist. Wir geben ihm im Leben und im Sterben ein Zuhause. Als Zuhause bezeichnen wir den Ort, an dem ihm ein hohes Maß an selbstbestimmter Lebensgestaltung und unterstützter Entscheidungsfreiheit ermöglicht wird. Wo er das Gefühl wertschätzender Beziehung, Geborgenheit und Intimität erlebt.

Der Bewohner weiß, dass Leben bis zuletzt in unserer Einrichtung möglich ist. Er kann sich verabschieden und hat die Sicherheit, dass die Versorgung und Aufbahrung in seinem Sinn würdig geschieht. Die Angehörigen fühlen sich – ohne Schuldvorwürfe – willkommen und fühlen sich 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.

## 2.7 Das Ziel: Suizidhilfe durch Palliative Care überflüssig machen

Die Begleitung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen bis an ihr Lebensende ist fester Bestandteil unseres Versorgungskonzepts. Der trägerweite Ausbau von Palliative Care und ihre verständliche und praxisgerechte Vermittlung sind für uns eine wirksame Antwort auf die Sorgen der Menschen vor einem fremdbestimmten und langen, leidvollen Sterben. Suizidhilfe ist keine allgemeine Dienstleistung und gehört nicht zum Leistungsspektrum der Evangelischen Heimstiftung. Wir verstehen Suizidhilfe als Nothilfe im Einzelfall. Der assistierte Suizid darf nicht zu einem Patentrezept in einer Gesellschaft werden, in der die Menschen immer älter werden und deren Gesundheitskosten ständig weiter steigen.



Wir tun alles Menschenmögliche, damit Menschen ihr Leben als Geschenk Gottes annehmen, leben und manchmal auch aushalten und durchstehen können. Eine solche Haltung gegenüber dem Leben und Sterben muss aber jeder Mensch für sich selbst gewinnen. Die palliative Begleitung von Menschen entspricht unserem Selbstverständnis und einem christlichen Menschenbild. Durch einen trägerweiten Ausbau von palliativen Betreuungskonzepten und Qualifizierungsangeboten für Mitarbeitende erwarten wir, dass eine organisierte Suizidhilfe in absehbarer Zeit bedeutungslos sein wird.

### 3. HANDLUNGSGRUNDSÄTZE KONKRET

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.