



Foto: Rainer Weisflog

Letzte gemeinsame Schritte

Umgang mit dem Sterbewunsch im Hospiz

Reinhold Dietrich

Wenn PatientInnen sterben wollen, muss das Umfeld versuchen, adäquat darauf zu reagieren. Für das palliative Behandlungsteam ist das eine besondere Herausforderung: ein Spagat zwischen dem Gebot der Hilfe zum Weiterleben und der Akzeptanz des Patientenwunsches.

Eine Ehrenamtliche sitzt bei einer Patientin. Immer wieder äußert die Patientin im Gespräch den Wunsch, möglichst bald sterben zu dürfen. Sie bedauert es auch, dass ihr dabei keiner „helfen“ kann. Die Ehrenamtliche sieht, dass am Infusionsständer parenterale Ernährung hängt, die über einen künstlichen Zugang zugeführt wird. Als das nächste Mal der Sterbewunsch thematisiert wird, sagt sie: „Dann sollten Sie aber zunächst mal ‚das da‘ lassen ...“ Die Patientin schaut sie entsetzt an und sagt: „Aber dann sterbe ich ja!“

Immer wieder begegnen wir in der palliativen und hospizlichen Arbeit Menschen, die sich wünschen, ihr Leben möge schnell enden – „dass es

nicht mehr so lange dauert ...“ Und oft wird in diesem Zusammenhang auch der Wunsch nach „Sterbehilfe“ formuliert. Was wird eigentlich in der allgemeinen Diskussion alles unter dem Begriff „Sterbehilfe“ verstanden, was davon befindet sich im Bereich des gesetzlich Erlaubten und wie gehen Pflegende, die im dauernden, oft intimen Kontakt mit Schwerkranken stehen, mit dem ausgesprochenen Wunsch nach Sterbehilfe um?

Sterbebegleitung im Hospiz

In der öffentlichen Diskussion ist der Begriff Sterbehilfe vielschichtig und wird oft undifferenziert verwendet. Die „helfende Begleitung beim Sterben“ ist professionelle Pflicht für Pflegende, ÄrztInnen, Seelsorgende und alle anderen helfenden Berufe. Sie bemühen sich um die Linderung aller Beschwerden, die Menschen in ihrer letzten Phase das Leben schwer machen: Schmerzen, Atemnot, Durst- und Hungergefühl, Übelkeit, Erbrechen, quälende Angst, Einsamkeit und Unruhe

und vieles andere. Der Ansatz der Hospizarbeit steht für eine umfassende und menschliche Begleitung Schwerkranker, ohne dass der Sterbeprozess manipuliert wird. Kranke entscheiden selbst, wann sie loslassen wollen und können, werden in diesem Prozess aber nicht alleine gelassen.

Passive Sterbehilfe

Ein weiterer Schritt ist die „Behandlungsbegrenzung“ (oft auch „passive Sterbehilfe“ genannt). Bestimmte, das Leben erhaltende oder verlängernde Maßnahmen wie parenterale Ernährung, Dialyse bei Niereninsuffizienz, antibiotische Behandlung bei Pneumonie oder anderen lebensbedrohlichen Infektionen werden von vornherein nicht durchgeführt oder beendet. Das gewohnte Behandlungsziel der Heilung oder wenigstens Verbesserung des Gesundheitszustandes wird ersetzt durch ein anderes Therapieziel, die Palliation, der es ausschließlich um Symptomkontrolle und die damit verbundene Leidenslinderung geht.

Dieses Vorgehen ist im palliativen Setting üblich, es orientiert sich nicht am medizinisch möglichen, sondern an der aktuellen Lebensqualität der PatientInnen sowie ihren Wünschen und Bedürfnissen. Für das Behandlungsteam ist es bei einem solchen Vorgehen wichtig, den tatsächlichen oder auch mutmaßlichen Willen der

„Pflegerkräfte müssen sich eine eigene Position gegenüber Sterbewünschen erarbeiten.“

Kranken zu kennen. Eine Patientenverfügung und eine Betreuungsverfügung spielen dabei eine wichtige Rolle. Oft sind ÄrztInnen und auch Pflegenden in der schwierigen Situation, zwischen Kranken und Angehörigen vermitteln zu müssen. Während der Schwerkranker am liebsten seine Ruhe will und wünscht, bald sterben zu können, fällt es den Angehörigen schwer, den geliebten Menschen „einfach so“ sterben zu lassen. Sie wünschen eine Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen.

Die Symptomkontrolle kann neben den erwünschten Folgen wie Schmerzfreiheit oder Atemerleichterung als Nebenfolge

auch eine Lebensverkürzung bewirken, wenn zum Beispiel durch den Einsatz von Opiaten eine Atemdepression auftritt (oft auch „indirekte Sterbehilfe“ genannt). Dazu meint die Bundesärztekammer: „Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf“ (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, 2011). Ein solcher Einsatz von Medikamenten ist immer sinnvoll und ist – wie auch die zuvor beschriebenen Vorgehensweisen – in der Bundesrepublik nicht mit Strafe bedroht.

Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid

Anders verhält es sich bei der „Tötung auf Verlangen“ (aktive Sterbehilfe). Nur in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg ist es möglich, dass Schwerkranke nach einem geregelten Prüfverfahren auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin durch bewusste Überdosierung gezielt getötet werden. Dieser Wunsch wird in der Praxis oft auch gegenüber Pflegenden geäußert, PatientInnen wissen um die Wirkung einer Überdosis und bitten ausdrücklich darum. Es ist oft unbefriedigend, sich hier nur auf die „Gesetzeslage“ zurückzuziehen – um authentisch aufzutreten, müssen Pflegekräfte sich eine eigene Position gegenüber solchen Wünschen erarbeiten.

Ethisch sehr viel schwieriger zu bewerten ist die „Beihilfe zum Suizid“. In der Schweiz ist dies im Strafbuch nicht ausdrücklich ausgeschlossen, mit Strafe bedroht ist nur die Hilfe zum Suizid „aus selbstsüchtigen Beweggründen“. Im Umkehrschluss gilt sie als problemlos, wenn solche nicht vorliegen. Vereine wie Dignitas oder Exit stellen Schwerkranken auf ihren Wunsch hin ein tödlich wirkendes Medikament zur Verfügung, das diese dann selbstständig anwenden. Immer wieder reisen Schwerstkranker aus der Bundesrepublik in die Schweiz, um dort ihr Leben zu beenden – oft unter nicht sehr würdigen Bedingungen in einem billigen Hotelzimmer.

Die Gesetzeslage in Deutschland

In Deutschland wurde in der letzten Legislaturperiode des Bundestages ausführlich über ein Gesetz diskutiert, das „gewerbsmäßige Sterbehilfe“ oder auch Suizidalassistentz generell unter Strafe stellt. Wegen

Edition Leidfaden

Basisqualifikation Trauerbegleitung



Pro Band

€ 14,99 (print)

€ 11,99 (eBook)

Monika Müller

Trauergruppen leiten

Betroffene Halt und Struktur geben

2014. 124 Seiten, kartoniert

ISBN 978-3-525-40237-5

eBook: ISBN 978-3-647-40237-6

In geleiteten Trauergruppen erleben Betroffene Interesse, Zuverlässigkeit, feste Strukturen, somit Halt in haltlosen Zeiten.

Willy Peter Müller

Trauer in Träumen

Traumbilder können helfen und heilen

2014. 126 Seiten, kartoniert

ISBN 978-3-525-40236-8

eBook: ISBN 978-3-647-40236-9

Der Traumexperte Willy Peter Müller gibt konkrete Ratschläge und Tipps, um Träume zu verstehen und in der Trauerbegleitung zu nutzen.

Matthias Schnegg

Erwärmen in der Trauer

Psychodramatische Methoden in der Begleitung

2014. 137 Seiten, mit 17 Abb., kartoniert

ISBN 978-3-525-40232-0

eBook: ISBN 978-3-647-40232-1

Die spielerischen Methoden des Psychodramas helfen, mit einem Verlust leben zu lernen.

3 weitere Bände erscheinen im September.



Vandenhoeck
& Ruprecht
www.v-r.de

Unstimmigkeiten in der damaligen Koalition liegt jetzt das gesamte Gesetzesvorhaben auf Eis. Ganz prinzipiell argumentiert der Deutsche Hospiz- und Palliativverband gegen die Unterstützung beim Suizid: „Ein Suizid beendet Probleme, er löst sie nicht.“ Er setzt sich dafür ein, Pflege- und Unterbringungsbedingungen zu schaffen, die den Wunsch nach einem

„Den Sterbewunsch des Patienten zu hören und ernst zu nehmen, ist entscheidend. Manchmal kann ich ihn sogar gut nachvollziehen.“

Suizid gar nicht erst entstehen lassen. Da der Suizid nicht strafbar ist, ist auch die Beihilfe in der Bundesrepublik straffrei. In der Praxis kann es aber doch Strafanordnungen wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz oder auch Totschlag durch Unterlassung geben. Offen und in Medizinkreisen heftig diskutiert ist die Frage, ob es einen frei bestimmten Suizid überhaupt gibt oder ob er immer Ausdruck einer psychischen Erkrankung ist und auch entsprechend behandelt werden muss, unabhängig von weiteren Erkrankungen. Meist ist die Unterstützung bei einem Suizid schwer mit dem eigenen ethischen Konzept der helfenden Berufe zu vereinbaren.

Sterbewunsch als Episode

Unabhängig davon, welche Art der Sterbehilfe von Schwerkranken gewünscht wird, in der hospizlichen Praxis erlebe ich den Wunsch nur als episodenhaft, nicht als durchgehende unwiderrufliche Entscheidung. Das eingangs geschilderte Beispiel macht dies eindrücklich deutlich. Und es handelt sich bei dem geschilderten Verhalten der Patientin nicht um eine vorübergehende Verwirrtheit, sondern um ein dauernd wechselndes Empfinden der eigenen Situation. Ebenso erlebe ich einen Patienten, der am Vormittag sehr deutlich seinen Sterbewunsch formuliert und auch darüber klagt, dass niemand ihm

helfen wolle oder könne und der mir dann am Nachmittag begeistert vom Besuch seines Enkels berichtet und sagt, wie froh er darüber ist, diesen Menschen noch eine Weile erleben zu dürfen.

Wir beobachten im Hospiz, dass selten der ausdrückliche Wunsch geäußert wird „Ich will nicht mehr leben“, sondern fast immer der eingegrenzte Wunsch „Ich will so nicht mehr leben“. Die Umstände, unter denen jemand nicht mehr leben will, sind individuell sehr verschieden und diesem „so“ kann in unserer hospizlichen Arbeit auch sehr unterschiedlich begegnet werden.

Relativ einfach ist eine angemessene Reaktion, wenn es sich um eindeutig medizinische Probleme handelt, wenn ein Patient Angst vor starken Schmerzen, qualvollem Ersticken oder Übelkeit und Erbrechen hat. Dann können wir ihm fundierte Hilfe durch Medikamente anbieten, nach entsprechenden Erfahrungen wird der Sterbewunsch oft schnell nicht mehr formuliert. Schwieriger ist es in der Regel, wenn es eher um psychische oder soziale Probleme geht. So etwa wenn es einem Menschen schwer fällt, die Hilfe anderer anzunehmen, weil von ihm Hilflosigkeit pauschal als Würdelosigkeit wahrgenommen wird oder er unter seiner Einsamkeit leidet, die zwar im Laufe seiner Biografie entstanden ist, in Zeiten der Gesundheit aber nicht als gravierend und bedrückend erlebt wurde.

Die „richtige“ Reaktion ist schwierig

In unserer Praxis wird der Wunsch nach Tötung auf Verlangen oder auch Unterstützung beim Suizid sehr viel öfter gegenüber Pflegekräften geäußert als gegenüber Arzt oder Ärztin. Dies liegt sicher daran, dass Pflegenden sehr viel mehr Zeit mit den PatientInnen verbringen – oft in sehr intimen Pflegesituationen. Aus dieser Intimität entsteht eine Vertrautheit, die auch eher schwierige Anliegen formulierbar macht. Gerade in der Nacht, wenn mit der Dunkelheit irrationale Ängste aufsteigen, sind Pflegenden oft die einzigen Personen, die verfügbar sind und denen Ängste und Verzweiflung mitgeteilt werden. Diese Auseinandersetzung mit den tiefsten Nöten eines anderen Menschen ist sehr anstrengend. Pflegenden sollten mit den Anforderungen, die durch solche Situationen entstehen, umgehen lernen, um das eigene psychische Wohlbefinden und das der PatientInnen zu gewährleisten.

Um auf Sterbehilfewünsche angemessen zu reagieren, ist es zunächst entscheidend, den Wunsch der Kranken zu hören und auch ernst zu nehmen. „So etwas darf man nicht einmal denken“ – mit einer solchen Bemerkung ist ein Gespräch sicher schnell beendet. „Ich spüre, wie schwer Ihnen das Leben jetzt fällt und möchte gerne mit Ihnen herauskriegen, was so schwer ist für Sie und ob ich etwas tun kann, was Ihnen Ihre Last erleichtert.“ Auf dieser Basis wird ein weiteres Gespräch eröffnet. Medizinische Befürchtungen lassen sich oft durch Hinweis auf entsprechende Medikamente ausräumen und die Angst vor Hilflosigkeit und Angewiesensein ist manchmal mit einer scherzhaften Bemerkung aus der Welt zu räumen: „Ich unterstütze Sie gerne – nicht, weil ich so ein guter Mensch bin, sondern weil ich damit meinen Lebensunterhalt verdiene.“

Aber manchmal gibt es nichts, womit ich die düstere Stimmung eines Patienten aufhellen kann, was ich seinem Sterbewunsch entgegensetzen könnte. Dann bewege ich mich im schwierigsten und anstrengendsten Bereich palliativer und hospizlicher Arbeit. Ich erkenne die Not und die Verzweiflung eines Menschen. Ich kann sie vielleicht sogar gut nachvollziehen, kann den Sterbewunsch verstehen. Dann muss ich sagen: „Ich kann Ihnen nicht helfen. Ich schaffe es nicht, alles zu beseitigen oder zu lindern, was Ihnen das Leben schwer macht. Aber ich bleibe bei Ihnen. Ich diskutiere Ihre Not auch nicht weg. Ich versuche einfach, mit Ihnen zusammen das auszuhalten, was Ihnen unaushaltbar erscheint.“ ■

Vor meinem Tod möchte ich unbedingt ...

„... gelernt haben, die negativen Erfahrungen ebenso selbstbewusst in mein Leben zu integrieren wie die positiven.“



Reinhold Dietrich

geb. 1955, ist Pfarrer und Seelsorger im Evangelischen Hospiz Frankfurt am Main. seelsorge@hospiz-frankfurt.de