

WEGBEGLEITER IN DUNKLEN TAGEN

Thomas Hax-Schoppenhorst

In verschiedenen Kontexten sind es gerade Pflegende, die mit Äußerungen von Patientinnen und Patienten konfrontiert werden, dass diese nicht mehr leben bzw. ihrem Leben ein Ende setzen möchten. Diese zum Ausdruck kommende große Verzweiflung führt zweifelsfrei auch zu einer hohen emotionalen Belastung der professionell Tätigen, da ihr Anspruch an sich selbst darin besteht, in erster Linie dem Leben zu dienen. Die hohe Kunst besteht darin, mit der so traurigen Botschaft umzugehen, Gesagtes zu verstehen oder zu deuten, ggf. andere Sichtweisen anzubieten. Unter Abwägung ethischer Prinzipien kann es auch gegeben sein, dem Wunsch nach einem Lebensende im Rahmen der Möglichkeiten zu entsprechen.

Sterbewünsche sind individuell

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG, 2020) hat in seiner Entscheidung vom 26. Februar 2020 festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz) als Ausdruck persönlicher Autonomie das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst. Die damit einhergehende Freiheit, selbstbestimmt das eigene Leben zu beenden, schließt auch die Möglichkeit ein, hierfür die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen.

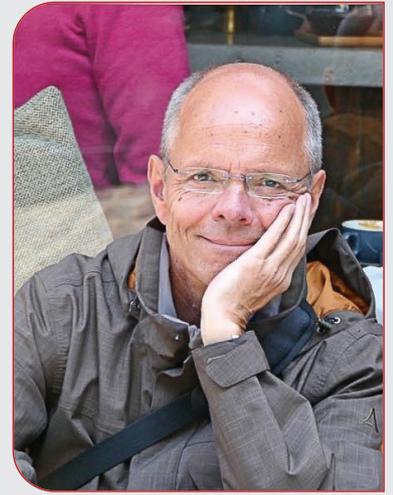
Sterbewünsche sind individuell. Dennoch können unter Wahrung individueller Konstellationen vier Gruppen von Menschen unterschieden werden, die einen je spezifischen Umgang bedingen (Deutsche Diakonie, 2022, S. 10):

1. Menschen, die mit ihrem Wunsch eine seelische Notlage signalisieren. Diese seelischen Notlagen umfassen ein sehr breites Spektrum, sie sind Ausdruck lebensgeschichtlicher, situativer, sozialer, kultureller, persönlicher und gesundheitlicher Situationen sowie nicht hinreichender Bewältigungsmöglichkeiten.
2. Einige der seelischen Notlagen werden als psychische Erkrankungen bezeichnet, so sie bestimmte diagnostische Kriterien erfüllen. Seelische Notlagen und psychische Erkrankungen sind dabei jedoch keine unterschiedlichen Kategorien, sondern eher zwei Pole auf einem Spektrum. Innerhalb der psychischen Erkrankungen gibt es wiederum ein Spektrum möglicher unterschiedlicher Beeinträchtigungen des freien Willens und der Selbstbestimmung. Psychische Erkrankungen schränken die innere Freiheit ein, sich anders fühlen, anders denken oder verhalten sowie flexibel auf Situationen reagieren zu können.
3. Schwer kranke und sterbende Menschen, die im Verlauf ihrer fortgeschrittenen Erkrankung ein Stadium erreicht haben, das sie subjektiv als unerträglich empfinden. Für genau diese Betroffenen wurde das Urteil des Bundesverfassungsgerichts erklagt.
4. Im Prinzip „gesunde“ Menschen, die nach reiflicher Abwägung einem berechenbaren Todeseintritt den Vorzug vor einem Weiterleben geben. Diese Gruppe wurde erst durch das BVerfG-Urteil in den Fokus gerückt, da dieses das Recht auf einen assistierten Suizid bestätigt, welches unabhängig von einer schweren körperlichen Erkrankung zu gewährleisten ist.

Umgang mit dem Wunsch zu sterben

Sterbewünsche werden in den meisten Fällen vorrangig den Pflegenden mitgeteilt. Dies ist naheliegend, da eine Pflegebeziehung Nähe bedingt. So fällt es z. B. während des Verbandwechsels oder während der Körperpflege leichter, über solche Wünsche zu sprechen. Kranke sind während pflegerischer Handlungen in ausgeprägter Weise mit ihren Einschränkungen und Defiziten konfrontiert. So liegt es nahe, dass ein bestehender Wunsch zu sterben in diesen Situationen besonders häufig geäußert wird.

Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass der Wunsch zu sterben vielfach aus einer aktuellen Situation heraus geäußert wird; wenn sich die für die Betroffenen belastende Situation entspannt, verändern sich Sterbewünsche auch wieder. Dennoch gibt es auch Sterbewünsche, die anhaltend mehrfach und appellhaft ausgedrückt werden (Feichtner, 2014).



Thomas Hax-Schoppenhorst

war zunächst nach seinem Abitur als Pflegehelfer tätig, um dann an der Ruhruniversität Bochum Deutsch und Geschichte zu studieren. Von 1987 bis 2022 war er als Pädagoge an der heutigen LVR-Klinik Düren tätig; 2002 übernahm er dort die Öffentlichkeitsarbeit.

Seit 27 Jahren unterrichtet er an Pflegeschulen. Bereits 1988 wurde er publizistisch tätig und veröffentlichte u. a. bei Beltz, Birkhäuser und Kohlhammer. Seit 2001 arbeitet er regelmäßig für den Verlag Hogrefe. Als Herausgeber der Bücher zur Angst, zur Depression, zur Ungewissheit sowie zu den Themen Einsamkeit und Vertrauen widmete er sich zentralen Daseins- bzw. Gesundheitsfragen.

Kontakt:

Thascho@gmx.de

(Foto: Olaf Mehl)

Sterbewünsche bei schwer kranken Menschen haben einen sehr komplexen Hintergrund. Die Aussage „Ich möchte nicht mehr leben“ kann durchaus verschiedene Bedeutungen haben. Dabei gilt es besonders zwischen „wünschen“ und „wollen“ zu unterscheiden, empfiehlt Gudat Keller, leitende Ärztin am Hospiz im Park in Arlesheim (Schweiz), die sich im Rahmen der Studie „Sterbewünsche bei schwerkranken Menschen“ intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt hat. Manche Patienten äußern den Wunsch zu sterben, weil sie möchten, dass das Lebensende kommt. Aber nicht zwangsläufig verkürzen sie deshalb Ihr Leben. Andere möchten, dass das Lebensende schneller kommt, sie möchten aber nichts dafür tun. Wieder andere haben die Absicht, ihr Leben zu verkürzen. Die Studie machte deutlich: Kein Patient hatte nur einen Wunsch. Fast alle Teilnehmer hatten den Wunsch zu leben und gaben gleichzeitig an, sterben zu wollen, wenn auch erst in der Zukunft. „Eine entscheidende Motivation, sich das Sterben zu wünschen, ist für Betroffene der Verlust ihrer Autonomie“, fasst die Palliativmedizinerin Keller zusammen. Ein Drittel der Patienten mit Sterbewunsch sieht das treibende Motiv darin, eine Last für Angehörige und Umgebung zu sein. Dieses Argument enthält jedoch auch eine lebensbejahende Komponente: Wären umsorgende, liebende Personen ohne Einschränkung in der Nähe, würde sich ein Weiterleben sehr wohl lohnen (medinside.ch, 2016).

Sterbewünsche entwickeln sich folglich nicht urplötzlich, vielmehr in Stufen. In den Anfängen sind oft die sogenannten metaphorischen Äußerungen zu vernehmen – wie: „Nicht einmal einen Hund würde man so leiden lassen!“ Aus diesen kann sich dann ein unter Umständen expliziter Sterbewunsch entwickeln, der in den konkreten Wunsch nach Unterstützung münden kann. Feichtner (2014) hebt hervor, dass jeder Sterbewunsch eine Geschichte hat. Neben der Wahrnehmung, anderen zur Last zu fallen, sind die Angst vor *Würdeverlust* und das *Demoralisierungssyndrom* hervorzuheben. In ihrer *Würde* verletzte Personen äußern ihren Wunsch zu sterben nicht nur deutlich häufiger, es besteht auch ein erkennbarer Zusammenhang zwischen verletzter Würde, Depression und Hoffnungslosigkeit. „Würde kann nur in Beziehungen zu anderen Menschen erfahren werden, es sind diese Beziehungen, die Würde erhalten, stärken und stützen. Palliative Pflege, als würdebewahrendes Element, ist dabei von besonderer Bedeutung“ (Feichtner, 2014, e1). Das *Demoralisierungssyndrom* steht in Verbindung mit der Erfahrung von Kontrollverlust, mit reduzierter Selbstwertschätzung, Einsamkeit, Isolation, Scham und Hoffnungslosigkeit. Dieses Syndrom ist auch verbunden mit Gefühlen von Angst, Panik, Besorgnis und der Wahrnehmung des eigenen Versagens.

Die Diakonie Deutschland (2022; S. 12 u. S. 20) resümiert: „Oft haben Sterbewünsche (...) die Funktion eines Appells: Der oder die Betroffene signalisiert Hilflosigkeit und versucht, die Unterstützung durch nahestehende Menschen zu mobilisieren. In diesen Fällen sind Sterbewünsche also als ein Hilferuf zu verstehen und bringen zum Ausdruck: ‚Ich will so nicht mehr leben.‘ (...) Die Erfahrung zeigt, dass durch eine sensible und behutsame psychologische, soziale und seelsorgliche Beratung und Begleitung sowie eine auf die Bedürfnisse des Menschen abgestimmte psycho-sozial-spirituelle und/oder *palliativ-medizinisch-pflegerische Versorgung* der implizit oder explizit geäußerte Wunsch nach dem Tod in der Regel wieder in den Hintergrund tritt. Situativ oder phasenweise empfundene Kraftlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Hilflosigkeit et cetera können überwunden werden und das Leben wird wieder als sinnvoll, kostbar und bedeutungsvoll erlebt.“

Suizidgedanken

Kozel (2015, S. 12) sieht in dem Suizid „die letzte Möglichkeit eines Menschen, seine nicht mehr aushaltbaren seelischen Schmerzen abzuwehren. Der Suizid ist eine ‚Lösung‘, um unerträgliche Gedanken und seelische Schmerzen kurzfristig zu beenden, allerdings auch eine endgültige, nicht mehr korrigierbare. Deshalb ist die Begleitung von suizidalen Menschen eine sehr anspruchsvolle und verantwortungsvolle Aufgabe.“

Pflegefachpersonen benötigen nach Kozel (2015, S. 20) für die Pflege von suizidalen Menschen im Wesentlichen „ein hohes Verantwortungsbewusstsein, eine patientenorientierte Haltung, individuelles Fallverstehen, Erfahrung und aktuelles Fachwissen. Kernaufgabe der Pflege von suizidalen Menschen ist die professionelle Beurteilung der Suizidgefährdung und der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Diese beiden Elemente sind die wesentliche Voraussetzung für die Krisenintervention, das Vermitteln von Krankheitsmodellen und das Entwickeln von effektiven Bewältigungsstrategien. Für alle Behandlungsschritte gibt es fundiertes Fachwissen, dessen Nutzung mit keiner Garantie für erfolgreiche Suizidprävention verbunden ist, aber doch die Sicherheit gibt, alles zu tun, was getan werden kann.“

Suizidgedanken, Suizidabsichten und Suizidpläne müssen prinzipiell direkt und offen angesprochen werden. Die Sorge, das Ansprechen löse eine suizidale Handlung aus, ist unbegründet. Das Gegenteil ist der Fall: Suizidale Menschen stehen unter enormem Leidensdruck, sie suchen daher nach Unterstützung. Häufig haben sie die Erwartung, dass sie zu ihrer Suizidalität befragt werden. Dies wird dann von ihnen als sehr entlastend erlebt, weil sie nicht mehr allein mit ihrer Suizidalität sind und die Möglichkeit von Hilfe und Unterstützung besteht. Im Fokusassessment sollten sieben zentrale Bereiche (Kozel, 2015b, S. 37) möglichst in dieser Reihenfolge abgeklärt werden:

1. Suizidgedanken
2. Suizidabsichten
3. Suizidpläne
4. Suizidales Verhalten in der Vergangenheit
5. Aktuelles Befinden
6. Zugang zu Suizidmethoden
7. Protektive Faktoren (*wichtige Details* hierzu i. o. g. Text).

Unabhängig von der Frage, welche konkrete Situation Sterbewünsche bzw. suizidale Gedanken auslöst, wird die zentrale Rolle Pflegender deutlich. Ihr Beitrag ist unverzichtbar und stellt, unabhängig vom jeweiligen Ausgang, eine Würdigung des Lebens dar! Dass sie sich dabei auch stets ihrer eigenen Endlichkeit stellen und Grenzen möglichen Handelns akzeptieren müssen, verdient hohe Anerkennung!

Wenn zu vorhandenen Suizidgedanken noch Suizidabsichten, Suizidpläne und/oder eine Einschränkung im allgemeinen Empfinden (Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Ausweglosigkeit, Stress, Druck, Anspannung) und/oder ein leichter Zugang zu Suizidmethoden hinzukommen, muss von einer sich immer weiter erhöhenden Suizidgefährdung ausgegangen werden. Ein weiterhin erhöhtes Suizidrisiko besteht, wenn Suizidgedanken sehr lange andauern, wenn sie als subjektiv schlimm und/oder nicht kontrollierbar wahrgenommen werden, ein Suizid bereits gedanklich durchgespielt wurde, der letzte Suizidversuch nicht lange zurück liegt und wenn dieser nicht bedauert wurde. (Kozel, 2015b, S. 37)

Eine Pflegefachperson verhält sich *beziehungsfördernd*, wenn sie zeigt (Kozel, 2015b, S. 38), dass sie Kontakt aufnehmen will, dem suizidalen Menschen ausreichend Raum dafür gibt, über sich selbst zu sprechen, wertfrei zuhört und zugewandt, sowie offen und interessiert am inneren Erleben des suizidalen Menschen ist.

Sterbefasten

„Sterbehilfe“ ist in Deutschland nicht eindeutig definiert. Einerseits kann unter Sterbehilfe die „Hilfe im oder beim Sterben“ verstanden werden. Andererseits kann mit Sterbehilfe aber auch die „Hilfe zum Sterben“ gemeint sein. Sterbehilfe bedeutet dann das Töten oder Sterbenlassen eines Menschen aufgrund seines eigenen ausdrücklichen Verlangens sowie die Beihilfe zur Selbsttötung/zum Suizid.

Folgende Begriffe fallen in diesen genannten Kontext (Diakonie Deutschland, 2022, S. 14-15):

- Behandlungsbegrenzung/Sterbenlassen (früher: passive Sterbehilfe),
- Leidenslinderung (früher: indirekte Sterbehilfe),
- assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung/zum Suizid),
- ärztlich assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen (früher: aktive Sterbehilfe) und
- der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (auch Sterbefasten genannt).

Sitzmann (2022; S. 175) beschreibt das „Sterbefasten“ differenzierter; eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Thematik ist zwingend: „Mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) existiert für Menschen mit Todeswunsch eine Möglichkeit, das Sterben einzuleiten, um ihr Leiden zu begrenzen. Die Begleitung von Menschen, die freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, steht im Spannungsfeld von Autonomie jedes Menschen und der Fürsorgeverpflichtung und wir sind medizinisch-pflegerisch, ethisch und juristisch gefordert.“ Der FVNF ist eine konkrete Möglichkeit für Menschen, ihren Wunsch zu sterben selbstbestimmt umzusetzen. Beim FVNF handelt es sich um eine eigene Form der *natürlichen Lebensbeendigung*. Er darf weder mit dem Behandlungsabbruch noch mit einem Suizid gleichgesetzt werden. Die pflegerische und ärztliche Begleitung beim FVNF ist keine Hilfe zur Selbsttötung, sondern Teil pflegerischer und ärztlicher Sterbebegleitung. Die Begleitung des Menschen umfasst menschliche Zuwendung sowie das Lindern eventueller Schmerzen und der Mundtrockenheit.

FVNF kann ein würdiger Weg sein, aus dem Leben zu scheiden. Niemand darf dazu überredet oder gezwungen werden, aber es soll auch niemand daran gehindert werden.

Die Entscheidung, ob der Mensch mit Wunsch zu FVNF auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz aufgenommen wird, sollte in einer ethisch sensiblen und reflektierten Abstimmung unter allen Beteiligten des unterstützenden pflegerischen und behandelnden Teams zu Beginn der Begleitung kommuniziert werden (Sitzmann, 2022, S. 187).

Unabhängig von der Frage, welche konkrete Situation Sterbewünsche bzw. suizidale Gedanken auslöst, wird die zentrale Rolle Pflegender deutlich. Ihr Beitrag ist unverzichtbar und stellt, unabhängig vom jeweiligen Ausgang, eine Würdigung des Lebens dar! Dass sie sich dabei auch stets ihrer eigenen Endlichkeit stellen und Grenzen möglichen Handelns akzeptieren müssen, verdient hohe Anerkennung!

Literatur bei der Redaktion