

# Weiterleben oder sterben?

---

Von den Entscheidungsprozessen chronisch Kranker hin zu praktischen Ansätzen für die Patientenversorgung

Dr. rer. medic. Alexandra Bernhart-Just, dipl. Pflegewirtin (FH), RN  
alexandra.bernhart@bethesda-spital.ch

Ethikforum Bethesda, 8. September 2015



Universität Witten Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft



Unterstützt durch den Käthe Zing Schwichtenberg Fonds, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW

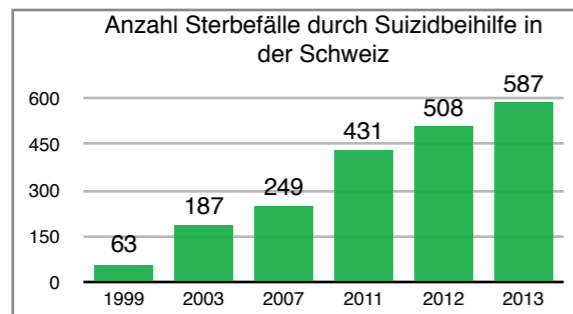
# Agenda

---

- Hintergrundinformationen zum assistierten Suizid und zur durchgeführten Untersuchung
- Ausgewählte Untersuchungsergebnisse über zentrale Beweggründe und die Entscheidungsprozesse weiterzuleben oder durch Suizidbeihilfe sterben zu wollen
- Nutzungsmöglichkeiten der gewonnenen Erkenntnisse & praktische Ansätze für die Patientenversorgung
- Diskussion

# Hintergrundinformationen zur Beihilfe zum Suizid in der Schweiz

---



Die Anzahl Menschen, die durch Suizidbeihilfe in der Schweiz sterben nimmt zu → 2013 → 587 Todesfälle durch Suizidbeihilfe = 0.9% aller Sterbefälle (Bundesamt für Statistik, 2015)



Seit dem Jahr 2001 werden in der Schweiz Verbote der Beihilfe zum Suizid in öffentlichen Institutionen des Gesundheitswesens sukzessive aufgehoben.



Über die subjektiven Perspektiven und die Entscheidungsprozesse Kranker, weiterzuleben oder durch assistierten Suizid zu sterben, fehlen wissenschaftliche Erkenntnisse (Schweizerischer Nationalfond, 2011)

# Internationale Rechtslage

... ist in diesen Ländern unter Einhaltung bestimmter Sorgfaltskriterien nicht strafbar

Euthanasie/Sterbehilfe								
Ärztlich assistierter Suizid								
Beihilfe zum Suizid/ Suizidbeihilfe								

(Bundesamt für Justiz, 2010; Ministère de la Santé, 2009; Ministerium für auswärtige Angelegenheiten, 2011; Kidd & Nys, 2002; Montana First Judicial District Court Lewis and Clark County, 2008; The Oregon Public Health Division, 1994; General Assembly of the State of Vermont, 2013; Washington State Legislature, 2008; Woods 2015, National Assembly Quebec, 2013)



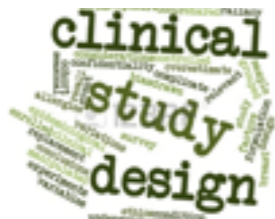
<b>Definition</b>	Beihilfe zum Suizid	Dem Patienten wird eine tödliche Substanz vermittelt, die der Suizidwillige ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt. <small>(Bundesamt für Justiz, 2010)</small>
<b>Rechtslage</b>	Beihilfe zum Suizid	Die Verleitung oder Leistung von Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Beweggründen ist nach Art. 115 StGB strafbar. <small>(Bundesamt für Justiz, 2010)</small>
<b>Sorgfaltskriterien</b>	Beihilfe zum Suizid	Urteilsfähigkeit, krankheitsbedingtes unerträgliches Leiden, anhaltender Sterbewunsch, ohne Druck von Aussenstehenden, Nähe des Lebensendes, Prüfung von Alternativen, <b>der Sterbewillige führt die zum Tode führende letzte Handlung selbst aus</b> etc. <small>(Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, 2006)</small>

# Forschungsfrage, Studiendesign & Sample

---



Was veranlasst physisch, chronisch kranke Menschen dazu, nicht länger am Leben zu bleiben respektive weiterleben zu wollen?



Grounded Theory Methodologie → Theoriebildung



Chronisch Kranke → 37 Interviews, Alter 35-97 Jahre

Krankheiten der Sinnesorgane, des Gastrointestinaltraktes, des Herzgefäßsystems, des Muskel- & Bewegungsapparates, des Nervensystems, des respiratorischen Systems, 1/3 Krebserkrankung, 1/3 multimorbid

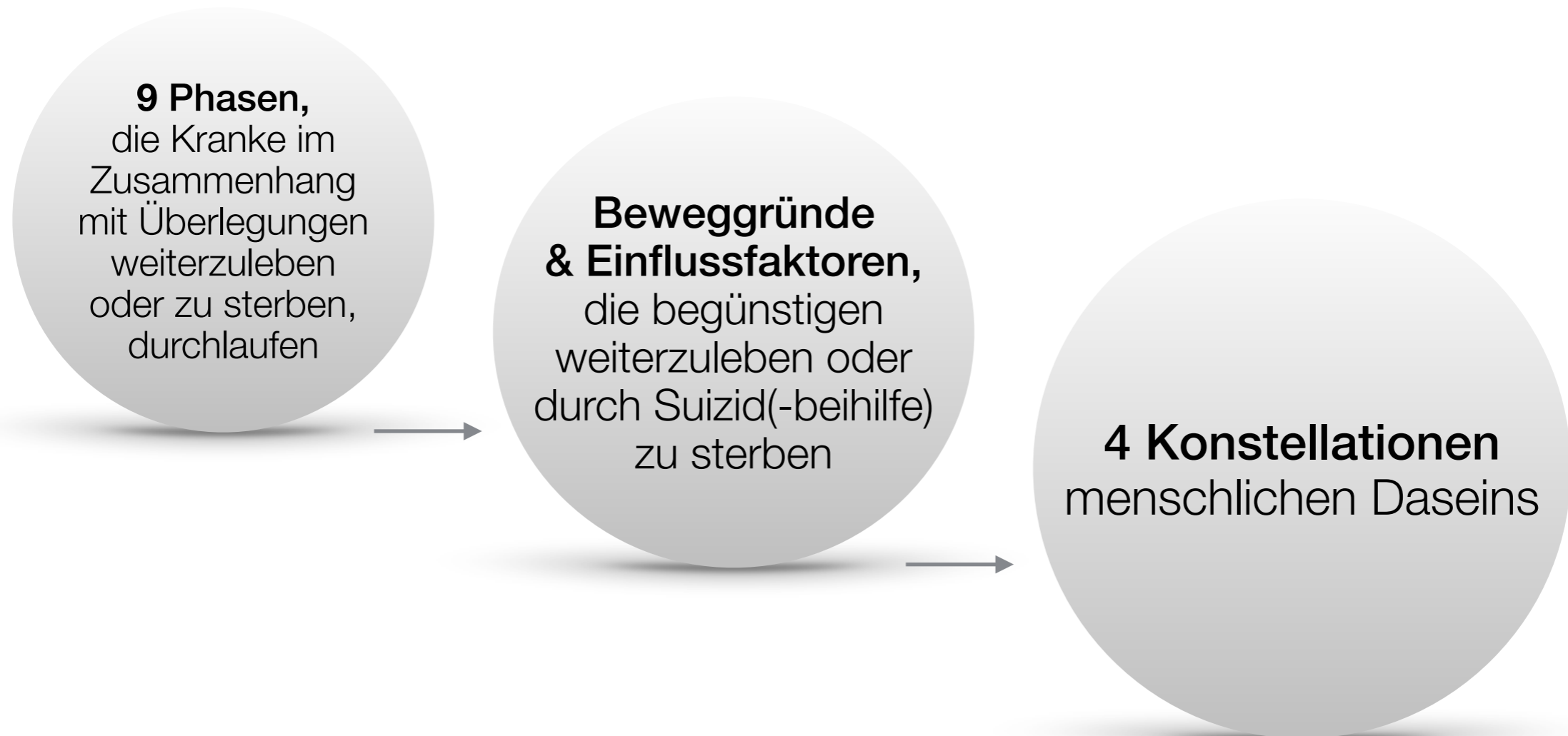
Bezugspersonen → 3 Interviews

Mitarbeiter einer Suizidbeihilfeorganisation → 2 Interviews

# Ausgewählte Untersuchungsergebnisse

# Erkenntnisse über die Entscheidungsprozesse, weiterzuleben oder durch Suizidbeihilfe zu sterben

---

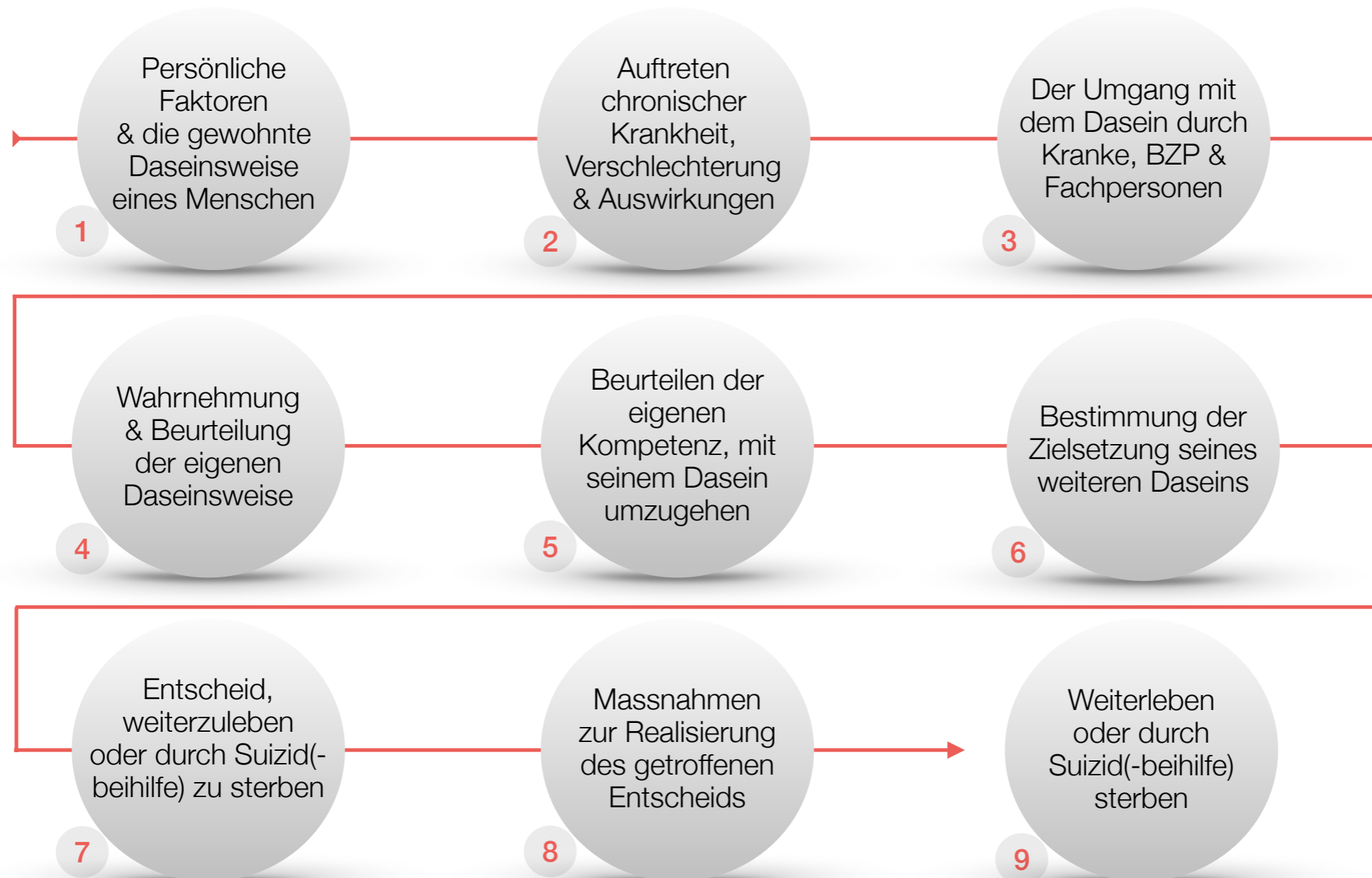


(Bernhart-Just, 2015)



# Phasen, die Kranke im Zusammenhang mit Überlegungen weiterzuleben oder zu sterben, durchlaufen

---



(Bernhart-Just, 2015)

# Beweggründe und Einflussfaktoren, die begünstigen weiterzuleben oder durch Suizid(-beihilfe) zu sterben

---

## **Persönliche Faktoren**

- Persönlichkeitsmerkmale
- Lebensalter
- Glaubenshaltung
- Soziale Lebensumstände
- Prägende Lebenserfahrungen
- Medizinische Kenntnisse
- Einstellungen und Überzeugungen über das Leben, Sterben, den Tod und die Suizidbeihilfe
- Wertesystem-Präferenzsystem\*

## **Die gewohnte Daseinsweise eines Menschen**

- Der gewohnte Gesundheitszustand
- Gewohnt sein, seinen Leidenschaften Lieblingsbeschäftigungen nachgehen zu können
- Das gewohnte Selbstverständnis
- Die Bedeutung des bereits gelebten Lebens

## **Das Auftreten einer physisch chronischen Krankheit Gesundheitliche Verschlechterung**

### **Die Auswirkungen chronischen Krankseins auf die gewohnte Daseinsweise**

- Körper\*
- Allgemeine Funktionalität und das Funktionserleben\*
- Psychische Befinden\*
- Physische und psychische Allgemeinbefinden\*
- Gestaltung des Daseins\*
- Selbst- und Daseinswahrnehmung\*
- Daseinsmanagement und dessen Resultate\*

## **Der Umgang chronisch Kranker mit ihrer Situation**

- Analyse, Ortung der gesundheitlichen Situation und Bewertung seines Daseins
- Versuchen sein Dasein zu meistern und weiterzuführen
- Sich auf das antizipierte Dasein vorbereiten und schützen
- Sich auf sein biologisches Sterben vorbereiten
- Sich auf sein Sterben durch Suizidbeihilfe vorbereiten
- Es darauf ankommen lassen, hoffen von seiner Daseinsweise erlöst zu werden
- Sich selbst durch Suizid(-beihilfe) von seinem Dasein erlösen

## **Der Umgang von Bezugspersonen mit der Situation**

- Durch Bezugspersonen Unterstützung erfahren
- Verständnisvolle, zurückhaltende Reaktionen auf Suizidbeihilfe
- Hinterfragende, ablehnende, verhindernde Reaktionen auf Suizidbeihilfeüberlegungen

## **Der Umgang von (Gesundheits-)Fachpersonen mit der Situation**

- Versorgung durch Ärzte
- Versorgung durch nicht-ärztliche (Gesundheits-) Fachpersonen in Institutionen des Gesundheitswesens
- Umgang mit dem Thema Suizidbeihilfe in Institutionen des Gesundheitswesens
- Verhalten von Mitarbeitern von Suizidbeihilfeorganisationen

(Bernhart-Just, 2015, S. 144-145)

# Beweggründe und Einflussfaktoren, die begünstigen weiterzuleben oder durch Suizid(-beihilfe) zu sterben

---

## **Der Gesundheitszustand und dessen Verlauf**

- Unheilbar, chronisch krank sein und bleiben\*
- Altersschwäche
- Prognosen zur Krankheit und Lebensdauer\*
- Erleben des Symptomverlaufs und dessen Auswirkungen\*
- Die Entwicklung des Gesundheitszustandes

## **Möglichkeiten, Bedeutung und Wirkung der medizinisch-therapeutischen Versorgung**

- Medizinisch-therapeutische Behandlungsmöglichkeiten\*
- Hilfsmittel zum Ausgleich physischer Beeinträchtigungen\*
- Bedeutung der medizinisch-therapeutischen Versorgung\*
- Wirkung der medizinisch-therapeutischen Versorgung durch (Gesundheits-)Fachpersonen und deren Bedeutung\*

## **Bedingungen der Lebenswelt**

- Dasein in der gewohnten, häuslichen Lebenswelt
- Transition von der gewohnten, häuslichen Lebenswelt in eine Institution des Gesundheitswesens\*
- Dasein in einer Institution des Gesundheitswesens\*

## **Der gesellschaftliche Kontext**

- Zeitalter in dem man lebt
- Haltung und das Verhalten der Gesellschaft gegenüber Kranken

## **Das Sozialsystem**

- Integrationsmaßnahmen für Menschen mit einer Behinderung

## **Das Gesundheitswesen**

- Gegebenheiten im Gesundheitswesen
- Bereitschaft, Möglichkeiten und Grenzen der Anbieter von Gesundheitsleistungen, Versorgungsleistungen zu erbringen

## **Die Möglichkeit der Beihilfe zum Suizid**

- Legalität und Existenz der Beihilfe zum Suizid und von Suizidbeihilfeorganisationen
- Erforderliche Voraussetzungen um durch Beihilfe zum Suizid sterben zu können

## **Finanzielle Aspekte**

- Möglichkeit und Bereitschaft zur Eigenfinanzierung der Kosten für unterstützende Versorgungsformen und -leistungen\*

## **Das biologische Lebensende**

- Endlichkeit des Lebens\*

**Antizipierte Zustandsdimensionen der eigenen Daseinsweise** = aufgeführte Themen mit \*

(Bernhart-Just, 2015, S. 144-145)

# Sichtweisen physisch, chronisch Kranker

---

‘ Hr. Beck: „Ich meine, ich denke **über Leben und Tod, da entscheidet jemand anders** bei uns. Also, da können wir nicht, – das können weder wir noch die Ärzte können das entscheiden. Ausser man macht dann Suizid. Aber, das ist ja gar nicht zur Sprache gekommen. Also, - von dem reden wir gar nicht. Aber **ich denke über Leben und Tod entscheiden ja nicht wir**. Das macht jemand anderes und das ist auch gut so, oder?“

Hr. Beck, 63 Jahre, Lungenkrebs, COPD

(Bernhart-Just, 2015, S. 170)

‘ Fr. Knauer: „Ich möchte eigentlich **lieber gehen, wenn ich noch über etwas lachen kann**, wenn ich noch Freude haben kann, als dann, da, so **im Rollstuhl herumgeschoben werden. Das ist nicht mein Ding**. Deshalb **habe ich mich dann so entschlossen**.“

Frau Knauer, 69 Jahre, Osteoporose, Bandscheibenvorfall, Reizdarm

(Bernhart-Just, 2015, S. 184)

# Persönliche Faktoren

---

Faktoren, die dazu beitragen, dass Kranke	... weiterleben	... durch Suizid(-beihilfe) sterben
<b>Einstellungen &amp; Überzeugungen zum Leben, dem Sterben und der Suizidbeihilfe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Sein Schicksal tragen müssen</li><li>● Nur Gott bestimmt, wann ein Mensch von der Welt geht</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Lieber durch Suizidbeihilfe sterben als ein ungewolltes Dasein führen → Option</li><li>● Jeder Mensch soll selbst über sein Sterben entscheiden dürfen</li></ul>

(Bernhart-Just, 2015)

## Sichtweisen physisch, chronisch Kranker

---

Fr. Trüb: „**Was gibt Ihnen jetzt Kraft, die Tage zu leben?**“  
Fr. Trüb: „Eigentlich meine Lebens-, ganz grundsätzlich meine Lebenseinstellung, das es mir gut geht, **das ich noch was unternehmen kann und unternehme, wenn ich noch in die Berge kann.**“

Fr. Trüb, 65 Jahre, Pankreaskarzinom

(Bernhart-Just, 2015, unveröffentlichtes Zitat)

Hr. Arnold: „**Die Hände**, die Hände, ja, die, ich kann, **ich kann nichts selbst anziehen**, ich kann nicht mal die Schuhe lösen und Socken ausziehen oder abziehen. **Ich brauche für alles Pflege** – und das ist, von denen, die dir sagen: „Du kannst ja von der Vergangenheit leben“. Das kann ich doch nicht machen.“

Herr Arnold, 77 Jahre, Polyneuropathie, armbetonte Tetraparese, irreversible Kontrakturen der Flexorsehnen an Händen & Füßen

(Bernhart-Just, 2015, S. 225)

# Auftreten chronischer Krankheit, gesundheitlicher Verschlechterung & die Auswirkungen auf das gewohnte Dasein Kranker

---

Faktoren, die dazu beitragen, dass Kranke	... weiterleben	... durch Suizid(-beihilfe) sterben
<b>Auswirkungen chronischen Krankseins auf die Gestaltung des Daseins</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Sich selbstständig(er) fühlen</li><li>● Sich sinnvoll beschäftigen können, Leidenschaften nachgehen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Mühe mit ↑ Unselbstständigkeit &amp; Abhängigkeit</li><li>● Leidenschaften nicht mehr leben können</li></ul>

(Bernhart-Just, 2015)

## Sichtweisen physisch, chronisch Kranker

---

Fr. Kirchhofer: „Mhm. Wenn ich so meine Kolleginnen höre, die anrufen und also, sogar am Telefon kaum mehr atmen können, dann macht mir das Angst für die Gesellschaft, - weil das sehe ich jetzt deutlich, **es rufen auch ganz viele an und erzählen mir und sagen mir es tut ihnen gut, dass ich so zuhöre, und mir tut es gut ihnen zuzuhören.** Ich habe dann auch **das Gefühl, also, du hast noch einen Sinn im Leben.**“

Fr. Kirchhofer, 61 Jahre, Brustkrebs

(Bernhart-Just, 2015, unveröffentlichtes Zitat)

I: „Und Ihr Arzt? Ihr Hausarzt? Hat der auch eine Patientenverfügung von Ihnen?“ Fr. Tanner: „Ja, der will nichts wissen. Der wollte das nicht annehmen, dass ich bei Exit bin. **Er ist dagegen, und er hat auch gesagt, mit dem wolle er nichts zu tun haben.** Und wenn es mit mir etwas gibt, der kommt schon. Äh, aber er kommt nicht zum Sterben. Und ja, zum Helfen. Er ist absolut dagegen.“ I: „Können Sie denn mit ihm darüber sprechen oder wie ist das, wenn Sie mit ihm darüber sprechen, über das Thema? Geht das?“ Fr. Tanner: „Nein, das geht nicht. Nein. Er ist nicht ein Arzt, mit dem man etwas so, – nein. Er macht gleich so (winkt ab).“ I: „Kann man gar nicht das Thema ansprechen?“ Fr. Tanner: „Nein, nein, nein, muss man gar nicht ansprechen. Ich weiss es jetzt. Ich versuche es gar nicht mehr. Ich habe es einmal versucht und dann hat er gesagt – (Telefonklingeln). [...]. Nein. nein, er will nichts wissen. [...]. **Nein, man kann nicht mit ihm über so etwas reden.**“ I: „Mhm. Und wie ist das für Sie, wenn Ihnen das ein Anliegen ist?“ Fr. Tanner: „Ha, ja, – **jetzt habe ich eben Exit geschrieben, mein Hausarzt wolle das nicht wissen, weil – sie sollen mir einen suchen. Und jetzt haben sie einen, einen Doktor für mich,** einen xy (Name eines Arztes).“

Frau Tanner, 85 Jahre, Nervenquetschung im Wirbelkanal, Verdacht auf Morbus Parkinson

(Bernhart-Just, 2015, S. 272)



# Der Umgang mit dem krankheitsbedingten Dasein durch den Kranken, Bezugspersonen & Gesundheitsfachpersonen

---

Faktoren, die dazu beitragen, dass Kranke	... weiterleben	... durch Suizid(-beihilfe) sterben
<b>Der erkrankte Mensch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seinem Dasein Sinn geben</li> <li>● Lernen mit der Krankheit &amp; deren Auswirkungen umzugehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antizipieren ungewollter Daseinsweisen</li> <li>● Nicht präferenzgerechte Versorgungsansätze → selbst nach Auswegen suchen &amp; den Weg der Suizidbeihilfe einschlagen</li> </ul>
<b>Bezugspersonen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientierung an den Werten &amp; Präferenzen des Kranken</li> <li>● Ablehnende Haltung zur Suizidbeihilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Missachtung der Werte &amp; Präferenzen des Kranken</li> <li>● Akzeptanz, Unterstützung, Gleichgültigkeit gegenüber Suizidbeihilfevorhaben</li> </ul>
<b>Gesundheitsfachpersonen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Positive bedürfnisorientierte, menschenwürdige Versorgungserfahrungen</li> <li>● Akzeptable Alternativvorschläge zur Suizidbeihilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Negative nicht bedürfnisgerechte, entwürdigende Versorgungserfahrungen</li> <li>● Keine Gesprächsbereitschaft betreffend Suizidbeihilfe</li> </ul>

(Bernhart-Just, 2015)

## Sichtweisen physisch, chronisch Kranker

---

‘ Hr. Mosimann: „[...] Nachdem ich etwa **14 Tage lang, wirklich, tierische Schmerzen** gehabt habe, habe ich gefunden, ja, **also, solange mache ich das nicht mehr mit und ich habe mich dann mit Exit in Verbindung gesetzt** und habe gefunden, ich will das soweit vorbereiten, dass ich da jederzeit, äh, kann abtreten, wenn ich das für nötig befinde. In der Zwischenzeit, ja, wie soll ich das sagen, **in der Zwischenzeit hat sich die Situation dann verbessert.** [...]“.

Hr. Mosimann, 80 Jahre, Pankreaskrebs

(Bernhart-Just, 2015, unveröffentlichtes Zitat)

‘ I: „Mhm. Hat man Ihnen auch gesagt, wie lange Sie allenfalls noch zu leben haben?“ Fr. Jost: »Zuerst hat man gesagt, **es könnte noch Tage gehen. Es könnte Wochen gehen. Es kann aber auch sehr kurz sein. Da habe ich gedacht: Lieber gleich.** Ja.“

Frau Jost, 87 Jahre, Leberkrebs

(Bernhart-Just, 2015, S. 344)

‘ Fr. Kirchhofer: „**Das ist, war das Schlimmste von Anfang an, diese Müdigkeit anzunehmen.** Das ist für mich wirklich – heute, wo ich den größten Teil des Tages wach bin, kann ich mich dem Schlaf auch hingeben, aber eine Zeit lang war das wirklich – schlimm für mich. Und **das hat zu dem Gedanken, sterben zu wollen, beigetragen, weil ich mir gedacht habe, so kann ich nicht leben, nicht essen, also, was soll das. Nicht mal, ich kann nicht mal zehn Minuten Fernsehen gucken,** was ja wirklich, äh, nicht viele Kräfte beansprucht, – und noch vor zwei Wochen hätte ich dieses Gespräch nicht mit Ihnen führen können.“

Frau Kirchhofer, 61 Jahre, Brustkrebs.

(Bernhart-Just, 2015, S. 323)

# Die Wahrnehmung & Beurteilung der Daseinsweise im Kontext chronischen Krankseins durch den kranken Menschen

---

Faktoren, die dazu beitragen, dass Kranke	... weiterleben	... durch Suizid(-beihilfe) sterben
<b>Gesundheitszustand &amp; -verlauf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Krankheit kann hinausgezögert werden</li> <li>● Gesundheitliche Besserung erleben</li> <li>● ↑ Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Schlechte, keine Therapiemöglichkeiten → bleibende, unerträgliche Beschwerden</li> <li>● Lebenszeit von Wochen oder Tagen</li> </ul>
<b>Möglichkeit &amp; Kriterien, um durch Suizidbeihilfe zu sterben</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Angst, die geforderten Voraussetzungen nicht mehr zu erfüllen</li> </ul>

(Bernhart-Just, 2015)

# Daseins-Konstellationen

Konstellation 1	Konstellation 2a	Konstellation 2b	Konstellation 3
<p><b>Erträgliche</b> Daseinsweise</p> <p><b>Keine oder geringe</b> Befürchtungen</p>	<p>Noch erträgliche Daseinsweise</p> <p>Angst &amp; Unwille</p>	<p>Missliche, ungewollte Daseinsweise</p> <p>Angst &amp; Unwille</p>	<p><b>Unerträgliche</b> Daseinsweise</p> <p><b>Angst &amp; Unwille</b></p>
<p><b>Zurechtkommen</b> mit seinem Dasein</p>	<p>Noch zurechtkommen mit seinem Dasein</p>	<p>Schwierigkeiten mit seinem Dasein zurechtkommen</p>	<p><b>Nicht zurechtkommen</b> mit seinem Dasein</p>
<p><b>Uneingeschränkter</b> Lebenswille</p> <p><b>Gewillt sein,</b> <b>zu leben</b></p>	<p>Bedingter Lebenswille</p> <p>Gewillt sein, zu leben, solange es geht</p>	<p>Abflauender Lebenswille</p> <p>Bereit werden, zu sterben</p>	<p><b>Keinen Lebenswillen</b> mehr haben</p> <p><b>Bereit sein,</b> <b>zu sterben</b></p>
<p><b>Kein Entscheid,</b> zu sterben</p>	<p>(Kein) Entscheid, weiterzuleben, solange ... &amp; durch Suizid(-beihilfe) zu sterben, falls...</p>	<p>Entscheidungsreif werden durch Suizid(-beihilfe) zu sterben, wenn man es nicht mehr erträgt</p>	<p>(Kein) <b>Entscheid,</b> durch Suizid(-beihilfe) zu sterben</p>

(Bernhart-Just, 2015, S.144-145)

# Situation von Fr. Schmid

- 83 Jahre, katholisch, glaubt nicht an einen strafenden Gott, 2 Kinder, lebt allein in einer Wohnung, seit 22 Jahren Exitmitglied
- Morbus Bechterew
- Der Gedanke das eigene Leben vielleicht einmal durch Exit zu beenden begann in der Ausbildungszeit
- Schwierigkeiten mit dem Rücken, den Kopf zu heben, ↑ Risiko sich zu verschlucken, Nackenschmerzen → könnte manchmal heulen oder schreien, beeinträchtigte Mobilität
- Schwager erledigt den Einkauf, hat Hilfe beim Anziehen durch Spitex
- Erfreut sich an einfachen Dingen
- Befürchtet in ein Pflegeheim ziehen und lange Pflege beanspruchen zu müssen, was sie nicht will
- Möchte Zuhause sterben und hat diesbezüglich bereits Vorkehrungen getroffen
- Bettlägerig zu werden, ist für ihren Entscheid mit Exit zu sterben ausschlaggebend
- Bereitet alles vor, um jederzeit durch Suizidbeihilfe sterben zu können
- Fühlt sich seit einigen Wochen mies, ↑ Gewichtsabnahme, hofft, dass ihr Leben auf biologischem Weg endet
- Lässt den Zeitpunkt ihres Sterbens auf sich zukommen und reifen

Konstellation 1	Konstellation 2a	Konstellation 2b	Konstellation 3
<b>Erträgliche</b> Daseinsweise <b>Keine oder geringe</b> Befürchtungen	Noch erträgliche Daseinsweise Angst & Unwille	Missliche, ungewollte Daseinsweise Angst & Unwille	<b>Unerträgliche</b> Daseinsweise <b>Angst &amp; Unwille</b>
<b>Zurechtkommen</b> mit seinem Dasein	Noch zurechtkommen mit seinem Dasein	Schwierigkeiten mit seinem Dasein zurechtkommen	<b>Nicht zurechtkommen</b> mit seinem Dasein
<b>Uneingeschränkter</b> Lebenswille <b>Gewillt sein,</b> <b>zu leben</b>	Bedingter Lebenswille Gewillt sein, zu leben, solange es geht	Abflauernder Lebenswille Bereit werden, zu sterben	<b>Keinen Lebenswillen</b> mehr haben <b>Bereit sein,</b> <b>zu sterben</b>
<b>Kein Entscheid,</b> zu sterben	(Kein) Entscheid, weiterzuleben, solange ... & durch Suizid(-beihilfe) zu sterben, falls...	Entscheidungsreif werden durch Suizid(-beihilfe) zu sterben, wenn man es nicht mehr erträgt	(Kein) <b>Entscheid,</b> durch Suizid(-beihilfe) zu sterben

(Bernhart-Just, 2015, S.408 ff.)

# Erkenntnisse zu Entscheidungsprozessen Kranker, weiterzuleben oder durch Suizid(-beihilfe) zu sterben

---

## **Einflussfaktoren**

### **Beweggründe**

- Multifaktoriell
- Triggerfaktoren, Co-Faktoren & Hauptfaktoren
- Bedeutsamkeit der Faktoren ist eine Ermessensfrage

## **Entscheid/**

### **Entscheidungsprozess**

- Komplex
- Persönliche Reaktion eines Menschen auf sein Erleben seines Daseins sowie auf seine Beurteilung mit seinem Dasein im Kontext chronischen Krankseins (nicht) zurechtzukommen
- Beständig oder fluktuierend - Wendepunkte
- Ist die Beendigung des eigenen Lebens keine Option  
→ kein Entscheid zu sterben

(Bernhart-Just, 2015)

# Erkenntnisse zu Entscheidungsprozessen Kranker, weiterzuleben oder durch Suizid(-beihilfe) zu sterben

---

## Entscheid, durch Suizid(-beihilfe) zu sterben

- Beginnt Jahre vor einer chronischen Krankheit
- Ergebnis eines zügig oder langsam verlaufenden Reifungsprozesses
- Persönliche Befreiungs- und Schutzstrategie
- Nicht aktuell oder aktuell-dringlich
- Kurzfristig & dennoch frühzeitig
- Entscheidungsprozesse durch Suizid(-beihilfe) zu sterben werden durch bestimmte Faktoren forciert
- Zeitpunkt & Bedingungen des Sterbens durch Suizid(-beihilfe) → Ermessensfrage des Einzelnen

## Entscheid, weiterzuleben

- Uneingeschränkter Lebenswille
- Glaubenshaltung und Überzeugung, dass nur Gott oder eine andere höhere Gewalt entscheiden darf
- Auffassung keine andere Wahl zu haben, als sich mit seinem Dasein abfinden und es bis zur Erlösung ertragen zu müssen

(Bernhart-Just, 2015)

# Praktische Ansätze für die Patientenversorgung

---

## Identifizierung und Linderung unerträglicher Aspekte

### Proaktive, edukative Gesundheitsversorgungsmodelle, -ansätze

- Mit Beginn einer chronischen Krankheit → Krankheitserleben ermitteln → unerträgliche Auswirkungen chronischen Krankseins lindern, Symptomanagement
- Förderung der Selbstmanagementkompetenz & Selbstwirksamkeit

## Würdevolle Begleitung von Menschen auf ihrem Lebensweg

### Ausrichtung auf die von einem Menschen präferierten Rahmenbedingungen im Leben sowie im Sterben

- Vorstellungen zur Gestaltung des Lebens(-endes) ermitteln
- Achtung vor der Selbstbestimmung im Leben & Sterben
- Ausrichtung der Begleitung, Behandlung, Pflege, Kontextfaktoren etc. auf die Bedürfnisse, Werte & Präferenzen Kranker und ihrer Bezugspersonen → exzellente *Life-Care* sowie *End-of-Life Care* (qualitativ hochstehende Pflege, Palliative Care, Spiritual Care, etc.)

## Wahrnehmen von Ungewissheit

### (Nicht-)Zurechtkommen mit seiner Daseinsweise

- Belastende Auswirkungen auf das Dasein & die aktuelle Daseinskonstellation ermitteln
- Unterstützung & Förderung des Zurechtkommens mit seinem Dasein → umfassende, vorausschauende Daseinsgestaltung

(Bernhart-Just, 2015)



# Praktische Ansätze für die Patientenversorgung

---

## **Identifizierung von Suizid(behilfe)gedanken und Suizidprävention**

- Warnzeichen erkennen, Suizidgedanken ermitteln, darauf reagieren
- Sterbe- und Suizidwunsch ernst nehmen, Beweggründe eruieren
- Gesprächsbreit & neutral bleiben
- Orientierung zum weiterleben anbieten
- Möglichkeiten prüfen von dem Wunsch abzusehen
- Akzeptable Alternativen gegenüber der Suizid(behilfe) entwickeln

## **Institutionelle Auseinandersetzung mit der Frage, ob Suizidbeihilfe erlaubt sein soll**

## **Institutionelle ethische Richtlinie zum Vorgehen bei einer Erwägung oder dem Wunsch nach Suizidbeihilfe**

- Existenz und Transparenz der Richtlinie
- Umgang mit Erwägungen und dem Wunsch nach Suizidbeihilfe
- Zutritt von Suizidbeihilfeorganisationen
- Rolle und Aufgaben Involvierter
- Gestaltung der Begleitung und Betreuung
- Entscheidungsfindungsprozess
- Realisierung der Suizidbeihilfe
- Betreuung der Involvierten, Bezugspersonen des Sterbewilligen respektive Verstorbenen

(Bernhart-Just, 2015)

# Buchpublikation

---



# Literatur- und Abbildungsverzeichnis

---

**Bernhart-Just, A.** (2015). *Weiterleben oder sterben? Entscheidungsprozesse leidender Menschen*, Universitätsverlag Osnabrück, Verlag V & R unipress GmbH, Göttingen

**Bundesamt für Justiz** (2010). *Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung*. Download am 01.01.2015 von <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>

**Bundesamt für Statistik** (2015). *Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter*. Download am 28.08.2015 von [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/01/nip\\_detail.html?gnplD=2014-100](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/01/nip_detail.html?gnplD=2014-100)

**National Assembly Quebec** (2013) *Bill 52. An Act respecting end-of-life care*. Download am 28.08.2015 von <http://www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-40-1.html>

**Kidd, D.; Nys, H.** (2002). *The Belgium Act on Euthanasia of May, 29th 2002*. *Ethical Perspectives*, 9: 182-188

**Ministère de la Santé & Ministère de la Sécurité sociale** (2009). *Sterbehilfe und assistierter Suizid*. Gesetz vom 16. März 2009. 25 Fragen-25 Antworten. Download am 15.5.2012 von <http://www.sante.public.lu>.

**Ministerium für auswärtige Angelegenheiten** (2011). *FAQ Sterbehilfe. Das niederländische Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung in der Praxis*. Download am 03.01.2015 von [http://www.minbuza.nl/binaries/content/assets/minbuza/de/import/de/die\\_niederlande/die\\_niederlande\\_auf\\_einen\\_blick/gesellschaftspolitische\\_themen/qa-euthanasie-duits-2011.pdf](http://www.minbuza.nl/binaries/content/assets/minbuza/de/import/de/die_niederlande/die_niederlande_auf_einen_blick/gesellschaftspolitische_themen/qa-euthanasie-duits-2011.pdf)

**Montana First Judicial District Court Lewis and Clark County** (2008). *Robert Baxter, Steven Stoelb, Stephen Speckart, M.D., C. Paul Loehnen, VM.D., Lar Autio, M.D. George Risi, JR., MD., and Compassion & Choices, Plaintiffs, v. State of Montana and Mike McGrath, Attorney General, Defendants (Montana First Judicial District 2008)*. Download am 03.01.2015 von <http://applicationengine.mt.gov/getContent?vslid=%7B88A87FE0-2501-438A-AC31-CCE62D37C894%7D&impersonate=true&objectStoreName=PROD%20OBJECT%20STORE&objectType=document>

**Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmediziner** (2006). *Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme Nr.13/2006*, Download am 01.01.2015 von [http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/Sorgfaltskriterien\\_d\\_mit\\_Datum.pdf](http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/Sorgfaltskriterien_d_mit_Datum.pdf)

**Schweizerischer Nationalfond** (2011). *Lebensende. Nationales Forschungsprogramm NFP 67. Ausführungsplan*. Download am 01.01.2015 von [http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67\\_ausfuehrungsplan\\_d.pdf](http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67_ausfuehrungsplan_d.pdf)

**The Oregon Public Health Division** (1994) *The Oregon Death With Dignity Act. Oregon Revised Statutes*. Download am 03.01.2015 von <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx>

**Vermont General Assembly** (2013). *No. 39. An act relating to patient choice and control at end of life*. Download am 03.01.2015 von <http://legislature.vermont.gov/assets/Documents/2014/Docs/ACTS/ACT039/ACT039%20As%20Enacted.pdf>

**Washington State Legislature** (2008). *Chapter 70.245 RCW. The Washington death with dignity act*. Download am 01.01.2015 von <http://apps.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.245&full=true>

**Woods, A.** (2015) *Assisted suicide ruling makes Quebec a model for provinces*. Download am 28.08.2015 von: <http://www.thestar.com/news/canada/2015/02/06/assisted-suicide-ruling-makes-quebec-a-model-for-provinces.html>

Abbildung 1: [http://blog.world-mysteries.com/wp-content/uploads/2012/10/subjective\\_Experience\\_icn.jpg](http://blog.world-mysteries.com/wp-content/uploads/2012/10/subjective_Experience_icn.jpg)

Abbildung 2: [http://ro.uwe.ac.uk/FileStore/LearningObjects/LearningObject296/qda\\_researchquestion.jpg](http://ro.uwe.ac.uk/FileStore/LearningObjects/LearningObject296/qda_researchquestion.jpg)

Abbildung 3: <http://us.123rf.com/450wm/radiantskies/radiantskies1212/radiantskies121201544/16720034-abstract-word-cloud-for-clinical-study-design-with-related-tags-and-terms.jpg>

Abbildung 4: <https://6eb38fff1cafc12dd43c-a15ea43485746d596cd662ba2dcccda73.ssl.cf2.rackcdn.com/jzs4qcnfw6OAvP1q35cGFtNR>

# Weiterleben oder sterben?

---

Von den Entscheidungsprozessen chronisch Kranker hin zu praktischen Ansätzen für die Patientenversorgung

Dr. rer. medic. Alexandra Bernhart-Just, dipl. Pflegewirtin (FH), RN  
alexandra.bernhart@bethesda-spital.ch

Ethikforum Bethesda, 8. September 2015



Universität Witten Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft



Unterstützt durch den Käthe Zing Schwichtenberg Fonds, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW