

\* Im Einverständnis mit der Autorin wurde der betreffende Abschnitt aus der unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Archiv → 2007 → Nr. 35 einsehbarer Onlineversion des Artikels entfernt. Die Autorin bedauert die Fehlinterpretation, die auf ein falsches Zitat in der Quelle zurückgeht, das nachträglich korrigiert werden musste.

In der SÄZ Nr. 35/2007 erschien unter dem Titel «Selbsttötung als Menschenrecht – ethische Überlegungen zu einem gesellschaftlichen Klimawandel» ein Artikel von Ruth Baumann-Hölzle. Die Autorin führt darin die auf die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz spezialisierte Klinik Sonnweid als Beispiel für die zunehmende Verwischung der Grenze zwischen Suizidbeihilfe und der verbotenen aktiven Sterbehilfe an. Die Verantwortlichen der Klinik Sonnweid wiesen uns nach Erscheinen des Artikels darauf hin, dass in ihrer Institution in keiner Form Suizid-

beihilfe praktiziert wird. In der Tat lässt sich nach Ansicht der Redaktion der SÄZ die Aussage der Autorin aus der von ihr angeführten Quelle nicht ableiten.\* Wir bedauern diesen Fehler und geben im Sinne der Fairness der Klinik Sonnweid an dieser Stelle gerne Gelegenheit, ihr Palliativkonzept vorzustellen. Der Autor des folgenden Artikels, Klaus Peter Rippe, war bei der Erarbeitung des Ethikkonzepts der Sonnweid massgeblich beteiligt.

Die Redaktion

## Zum Palliativkonzept des Krankenhauses Sonnweid

# In Würde sterben

Klaus Peter Rippe

Ziel der palliativen Pflege ist es, Leiden zu lindern und in der verbleibenden Lebenszeit die bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten. Wenn im Folgenden das Palliativkonzept von Sonnweid vorgestellt wird, soll es auch darum gehen, drei Probleme zu erläutern, mit denen medizinische Institutionen bei der Erstellung von Palliativkonzepten konfrontiert sind. Sie haben Antworten auf folgende Fragen zu finden:

1. Was heisst es, in Würde zu sterben?
2. Was tun bei ethischen Konflikten?
3. Wie wissen wir, was in der Sterbephase eine hohe Lebensqualität ist?

Die Antworten auf diese Fragen bilden nur einen Ausschnitt eines Palliativkonzepts. Das Sonnweider Palliativkonzept befasst sich detailliert mit der Frage, wie Angehörige in die Sterbebegleitung einbezogen werden können und wie diese selbst in dieser Phase zu begleiten sind. Zudem geht es auch um die Begleitung der Pflegenden, die während der Betreuung der Sterbenden emotional schwierige Situationen anzunehmen und auszuhalten haben, mitunter an ihre Grenzen stossen und nach dem Tod der Betreuten selbst Beratung und Unterstützung benötigen. Im Folgenden sollen aber jene drei Fragen im Vordergrund stehen, die mit dem Sterbenden selbst zu tun haben.

### Was heisst es, in Würde zu sterben?

Palliativkonzepte zielen immer darauf, ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Von einem Sterben in Würde zu sprechen setzt voraus, dass es

auch ein Sterben in Unwürde, ein unwürdiges Sterben, gibt. Wenn von «Unwürde» oder «unwürdig» gesprochen wird, heisst dies nicht, dass der Sterbende eine Würde verliert, die die anderen Menschen haben. Dies wäre ein naives Missverständnis. Es geht darum, dass der Respekt und die Achtung vor Menschen uns auffordern, jemanden nicht in einer Weise sterben zu lassen, die eines Menschen unwürdig ist. Nur, was heisst es, dass etwas eines Menschen unwürdig ist? Geht es um das Sterben, verbinden einige damit die Vorstellung, unwürdig sei, einsam und leidvoll zu sterben. Andere würden es durchaus als würdig bezeichnen, allein zu sterben. Wiederum andere sehen im Annehmen des Leids etwas Positives, ein Gebot gegenüber sich selbst oder gegenüber dem eigenen Glauben. Weitere erachten es als unwürdig, leidend, aber mit getrübttem Bewusstsein zu sterben. Können wir hier nicht eine Form des Sterbens vor der anderen als die würdige auszeichnen, so dürften wir nur dann von einer unwürdigen Situation sprechen, wenn die Wünsche bezüglich des eigenen Todes nicht beachtet, sondern missachtet werden. Das Palliativkonzept von Sonnweid geht genau auf diesen Punkt ein. Ziel ist nicht, dass alle gemäss einem spezifischen Ideal sterben. Vielmehr werden Angebote formuliert, die die Sterbenden oder ihre Bezugspersonen annehmen, aber auch ausschlagen können. Wenn von «in Würde sterben» die Rede ist, hat dies gemäss diesem Konzept immer etwas damit zu tun, was Personen selbst wünschen und selbst für wertvoll erachten. Bei Menschen mit Demenz – und auf deren Pflege ist

Korrespondenz:  
PD Dr. Klaus Peter Rippe  
Ethik im Diskurs GmbH  
Restelbergstrasse 60  
CH-8044 Zürich

[rippe@ethikdiskurs.ch](mailto:rippe@ethikdiskurs.ch)

Sonnweid spezialisiert – geht es um eine Sterbegleitung, von der angenommen werden kann, dass die Sterbenden so betreut sein wollen.

### Was tun bei ethischen Konflikten?

Bei Menschen mit Demenz sind freilich zwei Punkte zu beachten. Der erste ist eigentlich trivial. Ist die Demenzerkrankung so weit fortgeschritten, dass die Betroffenen in einem Krankenhaus betreut werden müssen, ist jene Voraussetzung nicht erfüllt, unter der Suizidbeihilfe moralisch zulässig und rechtlich straffrei sein kann: die Urteilsfähigkeit bezüglich des Suizidwunschs. Suizidbeihilfe ist in Sonnweid untersagt. Da allein die Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Suizids ausschlaggebend ist, rechtfertigt auch erst recht kein früherer urteilsfähiger Wille, sterben zu wollen, einem Demenzkranken in den Tod zu helfen. In diesem Fall handelte es sich um aktive Sterbehilfe, die schon von Rechts wegen verboten ist. Hier ist nicht nur die Urteilsfähigkeit zur Zeit der Tat zu verneinen, vielmehr ist sogar zu bezweifeln, ob der ursprüngliche Wille des Betroffenen überhaupt von Bedeutung sein kann. Dabei wären wir bereits beim zweiten Punkt, der über die Sterbehilfediskussion hinaus allgemein von Gewicht ist. Wenn «in Würde sterben» etwas damit zu tun hat, wie Menschen sterben wollen, so kann das Sterben eines Demenzkranken aus zwei Perspektiven betrachtet werden. Die erste Perspektive bezieht sich darauf, was dieser Mensch vor seiner Demenz für wertvoll hielt, die zweite, was er als Demenzkranker derzeit will. Mitunter fallen die Perspektiven zusammen, und die früheren Werte stehen im Einklang mit dem derzeitigen Willen der Demenzkranken. Nehmen wir Beispiele ausserhalb der Sterbephase, mag ein Mann, der sein Leben lang ein guter Katholik war, auch als Demenzkranker bitten, in die Kirche gehen zu können. Aber frühere Werte und jetziger Wille widersprechen sich mitunter. So mag eine Frau, die bisher strikte Atheistin und entschiedene Kirchenkritikerin war, im Laufe der Demenz den Rosenkranz beten. Was hiesse dies aber für die Sterbephase? Sollte man einen katholischen Geistlichen anfragen, oder sollte man die früheren Werte beachten, dass sie genau dies strikt abgelehnt hätte?

Einige Autoren vertreten die Auffassung, dass nur der urteilsfähige Wille der gesunden Person zählt. Kennen wir ihn nicht, müsste der mutmassliche Wille, was die gesunde Person gewollt hat, den Ausschlag geben. Denn ein urteilsfähiger Wille könne nicht durch einen nichturteilsfähigen Willen aufgehoben werden. Auch wenn dies für rechtsverbindliche Verträge gilt, ist zu fragen, ob diese Vorrangsbeziehung auch bei

Menschen mit Demenz besteht. Hier gilt nicht das oft zu hörende, schwache Argument, der frühere Wille sei nicht ausschlaggebend, weil eine Person ihre Meinung ja geändert haben könnte. Mit diesem Argument würde man alle langfristigen Beschlüsse einer Person aushebeln, auch rechtsverbindliche Verträge. Vielmehr ist folgende Überlegung relevant: Im Falle der Demenz induziert die Krankheit eine Veränderung der Persönlichkeit, ja der Person selbst. Die durch eine Demenz verursachten Veränderungen sind so gross, dass es in der Philosophie eine lebhaft Diskussion gibt, ob zwischen der Gesunden und der Demenzkranken die Beziehung der personalen Identität besteht (und dies obgleich sie numerisch dieselben sind). Hier kann es nicht darum gehen, diesen Streit auszudiskutieren. Es reicht die schwache These, dass zumindest die Veränderung der Persönlichkeit so gross ist, dass frühere urteilsfähige Willensbekundungen nicht einfach das nichturteilsfähige Wollen von Demenzkranken dominieren dürfen. Auch wenn man etwa zum Zeitpunkt der Urteilsfähigkeit bestimmt hat, man möchte im Falle einer Sekundärerkrankung weder eine Therapie noch Nahrung, muss dies nicht das letzte Wort sein, wenn ein Demenzkranker vor der Sekundärerkrankung eine gute Lebensqualität hatte und bei einer Therapie noch haben könnte. Für den Fall, dass keine personale Identität besteht, darf dies sogar auf keinen Fall den Ausschlag geben.

Diese und andere ethische Konflikte, in denen es stets um die stellvertretende Entscheidungsfindung geht, sucht das Pflegekonzept Sonnweids nicht material, sondern durch Verfahren zu entscheiden. Das erste Verfahren wird generell angewandt: In heiklen ethischen Fällen kann die heiminterne Ethikkommission einberufen werden. Sie besteht aus der Heimleitung, einer der Pflegedienstleiterinnen, der Ethikfachperson der betroffenen Abteilung und einer Vertretung der Nachtwache. Betrifft es medizinische Aspekte, wird ein Heimarzt, möglicherweise auch die das Heim betreuende Psychiaterin hinzugeladen. Die sogenannten «Ethikfachpersonen» sind jene Teammitglieder, die neben der allgemeinen ethischen Grundausbildung, die alle Mitarbeitenden Sonnweids durchlaufen, weitere Aufbaukurse besucht haben und eine zusätzliche ethische Supervision erhalten. Neben der Umsetzung der ethischen Richtlinien Sonnweids für freiheits-einschränkende Massnahmen und Pflegeverweigerungen haben sie die Aufgabe, ethische Fragestellungen auf der Abteilung zu erkennen und in die Teambesprechungen einzubringen. In der Ethikkommission ist eine Konsensentscheidung zwingend erforderlich. Bei fehlendem Konsens

wird ein auswärtiger Ethikexperte beigezogen, das heisst, die Diskussion wird nochmals unter professioneller Leitung durchgeführt. Im Regelfall findet die Ethikkommission selbst eine Lösung.

Im Kontext der Patientenverfügungen besteht noch ein zweites Verfahren. Sonnweid schlägt vor, dass jede urteilsfähige Person in ihrer Patientenverfügung drei Vertrauenspersonen benennt, die zu einem späteren Zeitpunkt der Urteilsunfähigkeit gemeinsam die Stellvertretung übernehmen. Auch diese haben im Konsens zu entscheiden, welche Massnahmen bezüglich Leben und Sterben im Sinne der Demenzkranken wären. Dieser Weg bezieht die palliativen Möglichkeiten mit ein. Einen Entscheid zur aktiven Sterbehilfe kann es nicht geben.

### **Wie wissen wir, was in der Sterbephase eine hohe Lebensqualität ist?**

Egal, welche Leitplanken durch den Willen des Patienten gesetzt werden, medizinische Institutionen haben eine Pflicht, dafür zu sorgen, dass die Lebensqualität der Betroffenen so hoch wie möglich ist. Dies gilt auch für die Sterbephase. Was es aber heisst, in der Sterbephase eine hohe Lebensqualität zu haben, ist wiederum schwierig zu beantworten. Die inzwischen eingebürgerte Rede, man müsse dabei physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte beachten, hilft letztlich nicht weiter. Vielmehr müssen wir zunächst klären, was wir unter Lebensqualität verstehen. Lebensqualität ist ein wertender Begriff, dessen inhaltliche Füllung von Werttheorien abhängt. Insbesondere zwei sind von Bedeutung. Gemäss dem sogenannten Capacity-Ansatz bezieht sich Lebensqualität auf den Besitz be-

stimmter Optionen und Fähigkeiten. Nähme man diesen Ansatz, ginge es darum, dass der einzelne auch in der Sterbephase bestimmte menschliche Kapazitäten verwirklichen kann. Der Mensch sollte etwa soziale Beziehungen haben; oder er sollte sich mit spirituellen Fragen auseinandersetzen können. Was letzteres, die Spiritualität, betrifft, ist es gemäss diesem Ansatz gut für den Patienten, wenn er geistlichen Beistand hat; und es gehörte demnach zu den Pflichten der Pflegenden, Sterbenden stets solchen Beistand anzubieten bzw. ihn im Falle Nichturteilsfähiger zu vermitteln. Gemäss dem zweiten, dem Wellbeing-Ansatz, bezeichnet Lebensqualität einen positiven mentalen Zustand, die Abwesenheit von Leid und die Anwesenheit von Freude. Physis, soziale Beziehungen und Spiritualität sind demnach nicht, wie im ersten Ansatz, um ihrer selbst willen wichtig, sondern weil es sich um Faktoren handelt, die Einfluss auf das Wohlbefinden haben können. Folgte man dem Wellbeing-Ansatz, holte man geistlichen Beistand, wenn man annimmt, dem Patienten dadurch Leid zu ersparen, sein Sterben zu erleichtern und somit sein Wohlergehen zu fördern. Ist dies nicht zu erwarten, verzichtete man darauf.

Im Palliativkonzept Sonnweids dominiert der Wohlergehensansatz. Es wird besonderer Wert darauf gelegt, die Willensäusserungen der Sterbenden wahrzunehmen, sie von störenden Einflüssen wie etwa Geräuschen zu schützen und, soweit dies möglich ist, Leid zu lindern. Die religiösen Bedürfnisse der Angehörigen werden respektiert, Vorrang haben aber die Bedürfnisse der Sterbenden.