

Selbstbestimmung im Alter als anerkannter „Lebenswert“?

Apl. Prof. Dr. Andreas Zieger

CvO Universität Oldenburg
Institut für Sonder- und
Rehabilitationspädagogik
Ethikkommission Medizin und
Gesundheitswissenschaften



Diskussionsveranstaltung des Wissenschaftlichen Beirates des IMEW Berlin
„Selbstbestimmung? Sozialphilosophische Perspektiven auf Alter und
Behinderung“, 9. Oktober 2015, Berlin

Übersicht

- I „Soziale Frage“ und „Lebenswert“
- II Autonomie und Wertschätzung des Alters
- III Autonomie und Teilhabe
- IV Autonomie bei Tod und Sterben
- V Ausblick

I „Soziale Frage“ und „Lebenswert“

„Die Geschichte der Moderne kann nur
mit den Alten, Kranken, Schwachen,
Behinderten
vollständig verstanden werden ...“
(Dörner 1994)

„Modernes“ Spannungsverhältnis

Emanzipations- und Befreiungsbewegung

- Befreiung aus Unmündigkeit, Abhängigkeit und Unselbständigkeit - „Selbstbestimmt leben“
- Enthospitalisierung, Netzwerke
- Selbstbestimmung und Lebensschutz

Neoliberales Staatsverständnis

- Wirtschaftlichkeitsgebot, Produktivität, Leistung
- Nützlichkeit, Normierung; Bioethik
- Entsolidarisierung, Individualismus; Biopolitik
- „Gelenkte“ Selbstbestimmung!

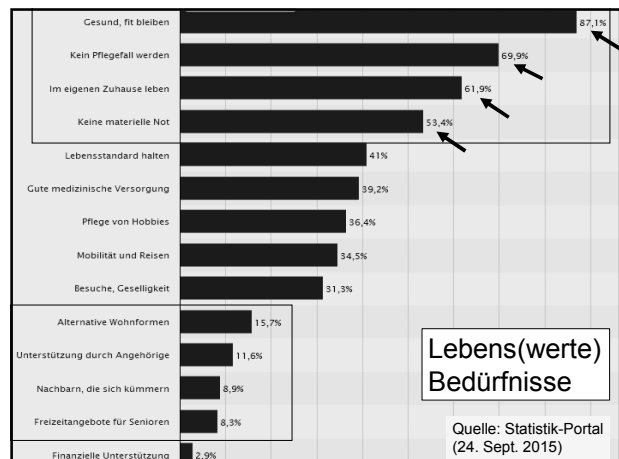
Was macht einen gelungenen „Ruhestand“ aus?

Workshops mit 100 älteren Menschen mit
Beeinträchtigung („Behinderung“)

Top 4 der 10 Elemente „guter Praxis“:

1. Wünsche und Bedürfnisse beachten
2. Selbstbestimmung fördern
3. Kontinuität im vertrauten Umfeld ermöglichen
4. Punktuelle Begleitung ermöglichen, auch Sterbebegleitung ...

(Hollander & Mair 2004, Universität Münster)



ProAlter 5/2015

„Selbstbestimmt dement - Ethische Herausforderungen in einer alternden Gesellschaft“

Betroffene wünschen:

- Selbstbestimmt und selbständig leben
- so lange wie möglich eigene Entscheidungen treffen
- ein erfülltes Leben führen ...

II Autonomie und Wertschätzung des Alters (Sechster Altenbericht BMFSFJ 2010)

Positives Bild der „jungen Alten“

- Betonung von Produktivität und Nützlichkeit für die Gesellschaft (z.B. Ehrenamt ...)

Hochaltrigkeit als „gesellschaftlicher zentraler Wert“ (S. 128)

- Hochaltrige, Pflegebedürftige und Sterbende sollen als Menschen wahrgenommen werden, „die uns etwas zu bieten haben.“ (S. 125)
- Warnung vor „Bereitschaft zum Lebensverzicht“ und „sozialverträglichen Frühableben“ (S. 129)

WHO (2010): Active Ageing – A Policy Framework

„**Autonomy** is the perceived ability to control, cope with and make personal decisions about how one lives on a day-to-day basis, according to one's own rules and preferences.“ (p. 13)

„**Selbstbestimmung** ist die wahrgenommene Fähigkeit zu kontrollieren und gewachsen zu sein, persönliche Entscheidungen zu treffen darüber wie man auf einer Tag-für-Tag-Basis in Bezug zu seinen eigenen Regeln und Präferenzen lebt.“

UN-Working Group on Ageing (2014)

Paradigmawandel „**Ältere Menschen**“

- Stärkung des Menschenrechtsschutzes
- rücken weiter in die Mitte der Gesellschaft
- werden in Zukunft stärker als aktiver Teil der Gesellschaft **gebraucht** („active ageing“)
- vom „Hilfe-Empfänger“ zum „**Rechte-Inhaber**“ (Recht auf Selbstbestimmung)

WHO-Report „Ageing and Health“ (2015)

„Entscheidend ist, dass **Selbstbestimmung trotz Pflegeabhängigkeit** erhalten bleiben kann, wenn die Individuen die Fähigkeit behalten,

- **Entscheidungen** über Sachverhalte zu **treffen**, die sie berühren und die
- **Ausführung** dieser Entscheidungen **lenken können** ...“ (p. 68)

III Autonomie und Teilhabe

„**Autonomie**“ („Eigengesetzlichkeit“)

- Entscheidungs- und Handlungsfreiheit bei Wahlalternativen
- setzt immer einen entscheidungsfähigen Akteur voraus
- schließt „Nichteinwilligungsfähige“ aus

„**Teilhabe**“

- lässt **offen**, wie jemand beschaffen sein muss, damit er oder sie teilhaben kann.
- schließt **alle** Menschen ein (Graefe 2015, 17)

Fragen beim **Autonomieprinzip**

„Was will **ich**, (ab-)wählen, um „autonom“ sterben zu können?“

„Wird **mein Wille** im Falle meiner Nichtentscheidungsfähigkeit auch wirklich durchgesetzt?“

Fragen beim **Teilhabekonzept**

„Welche Infrastruktur, Mittel und Versorgungssysteme brauchen **wir**, damit auch in einer älter werdenden Gesellschaft **möglichst alle Menschen** möglichst lange und möglichst umfassend **am gesellschaftlichen Leben teilnehmen** können?“ (Graefe 2015, 17-18)

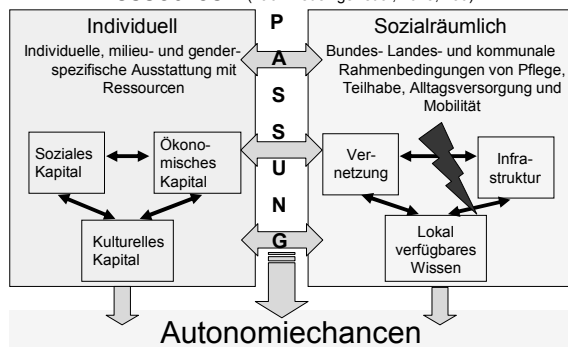
Autonomie trotz Multimorbidität und Pflegebedarf?

„In einer Gesellschaft, in der Aktivität, Produktivität und Leistung zu den wichtigsten Maßstäben für die (Eigen-)Bewertung von Menschen geworden sind, kann nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass notwendige Voraussetzungen für die Wahrung der Autonomie von Menschen mit erheblichem Unterstützungsbedarf erfüllt werden.“

Heusinger et al (2013) Chancen und Barrieren für Autonomie trotz Pflegebedarf. In: Kuhlmeiy & Resch-Römer (Hrsg.) Autonomie trotz Multimorbidität. Hogrefe, S.112

auch: Zander (2015): Autonomie bei (ambulanten) Pflegebedarf im Alter. Huber

Autonomiechancen durch „Passung“ individueller und sozialräumlicher Ressourcen (nach Heusinger et al, 2013, 130)



„Die Fiktion eines bis zuletzt aufrecht erhaltenen Lebens in totaler Unabhängigkeit scheint mir eher eine Gefährdung des guten Lebens zu sein [...]

Denn man verdrängt hierbei die schlichte Tatsache, dass der Mensch von Anfang an und durch sein ganzes Existieren hindurch ein angewiesenes Wesen ist.“

(Maio 2015)

„Vorausschauende, anteilnehmende Verantwortungsübernahme für sich selbst und für andere.“ (Klie 2014)

IV Selbstbestimmung im bioethischen Diskurs von Tod und Sterben

- Individualisierung der Sterbenden
- „Tod“ immer mehr „Teil der Biografie“
- Steigende gesellschaftliche Erwartung, sich als **kompetent Sterbende** zu beschreiben und dann auch **souverän zu sterben**
- „Gelenkte“ (fremd mitbestimmte) Autonomie des Sterbens (Instrumente, Verfahren, Gesetze ...)

Neues Todesbild, neue Kultur des Sterbens?

(Saake: Moderne Todessemantiken, Wiesbaden 2008)

Suizid als Erfüllung von Autonomie?

Alterssuizide (2008)

ca. 4.000 (40% von 10.000 Suiziden)

ca. 1% aller Todesfälle jenseits 65 Jahre pro Jahr

Ursachen

- Verlust des Partners, Einsamkeit, Krankheit ...

(Statistisches Bundesamt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden, 2011)

und auch: Negative „Altersbilder“ und negative „subjektive Gesundheit“ (stärker als der objektive Gesundheitszustand!) (Wurm & Saß 2015)

„Suizidprävention statt ‘Sterbehilfegesetz’“

(Dt. Ethikrat, Nov. 2014)

Palliativversorgung kann Suizidrate senken

(Sitte et al.: Umfrage Dt. Ärzteblatt 40 vom 2. Okt. 2015, S. C1312-13)

TABELLE 2

Todesfälle in 2013

	n	%
Todesfälle in Deutschland	893 825	100,0
Suizide in Deutschland	10 076	1,127
Insgesamt in SAPV versorgt	74 594	8,345
Hiervon eingeschlossen in Studie	8 209	0,918

TABELLE 3

Bei den befragten PCTs 2013 und 2014 verstorben

	n	%
Unter SAPV im Zeitraum verstorben	17 772	100,000
Wunsch nach Lebensverkürzung	1 452	8,170
Lebensverkürzung durch Selbsttötung	17	0,096
Tötung auf Verlangen	0	0

Die Sterblichkeit durch Suizid bei SAPV mit 0,096 % vs 1,127 % eine Zehnerpotenz niedriger als in der Gesamtbevölkerung.

SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT

der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD

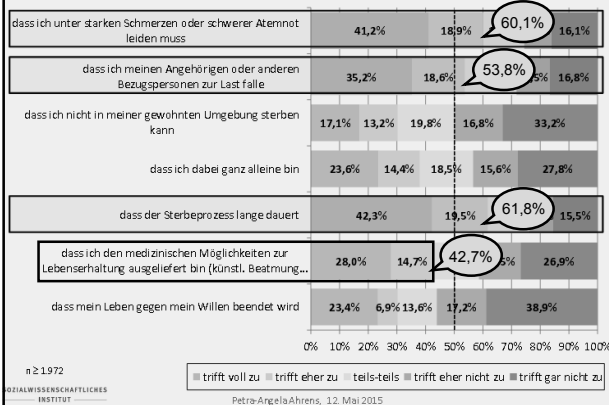
Sterben? Sorgen im Angesicht des Todes Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD

Anlass: Die Mehrheit der Bundesbürger hat sich für eine **Beihilfe zur Selbsttötung** ausgesprochen. Die im Hintergrund stehenden Erwartungen, Erfahrungen und Einstellungen wurde bisher nicht erforscht.

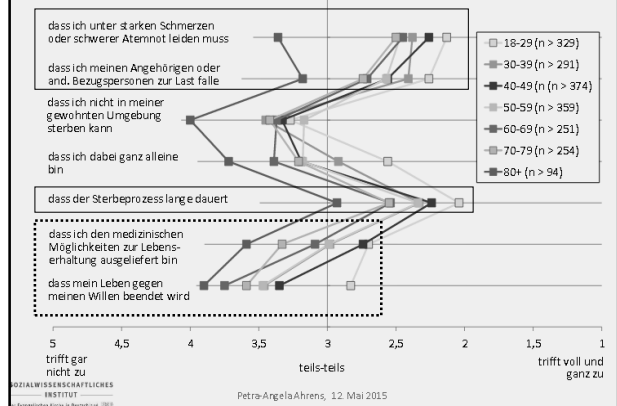
Methode/Stichprobe: Tel. Befragung von 2052 deutschsprachig befragten Bürgern ab 18 Jahren im April 2015

Petra-Angela Ahrens
Hannover, 12. Mai 2015

Wovor haben Sie persönlich besonders Angst, wenn es um ihr eigenes Sterben geht?



Ängste in Bezug auf das eigene Sterben nach Alter (Arithmetische Mittelwerte)



Gesetzesentwürfe zur assistierten Tötung („Sterbehilfegesetz“, Nov. 2015)

Gesetzesentwurf	1	2	3	4
Suizidbeihilfe	generell strafbar	strafbar, wenn geschäftsmäßig	straffrei für Ärzte, wenn Voraussetzungen erfüllt	straffrei, wenn kein Gewinn erzielt wird
Sonderrolle für Ärzte	nein	nein	ja	nein
Verankerung	Strafgesetzbuch	Strafgesetzbuch	Bürgerliches Gesetzbuch	Strafgesetzbuch

Modifiziert nach: Sterbehilfe versus Suizidbeihilfe: Eine Frage des Gewissens. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112(26): A-1162

Eigener Gesetzesvorschlag: „Freiverantwortlicher Suizid“

Borasio et al 2014

- „Freiverantwortlich“ selbstbestimmte Tat zur Existenzvernichtung („Freitod“) als normales Recht auf Suizidassistenz?

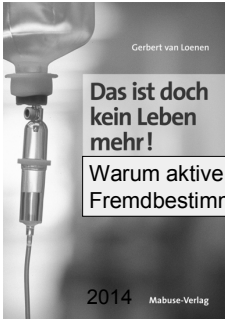
Was bedeutet es für den Lebensimpuls einer Gesellschaft, wenn

- sich Selbstbestimmung in der Vernichtung des Selbst erfüllt?

„Hat sich da ein Autonomie-Ideal nicht ad absurdum geführt?“ Geyer, FAZ.net, 21.3.2015

Borasio, De, Treitel, Winney
Selbstbestimmung im Sterben...
Fürsorge zum Leben
Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids
Kohlhammer

Aktive „Euthanasie“ in NL



Erfahrungen aus den Niederlanden (van Loenen 2014)
 Seit Legalisierung der aktiven Euthanasie werden von Ärzten bei 20% „unverlangte“ Tötungen
 Warum aktive Sterbehilfe zur Fremdbestimmung führt ... - ohne Einwilligung! - vorgenommen.
 Nicht „Selbstbestimmung“, sondern „falsches“ Mitleid: Fremdbestimmung!

(Biopolitische) Instrumente zur „Lenkung“ von Autonomie

- Patientenverfügung (2009) („mutmaßlicher Wille“)
- Erklärungslösung (2012) („Organspende“)
- Gesundheitliche Vorsorgeplanung („Advance Care Planning“: §132g SGB V, Entwurf des HPG, 2015)

Überführung der „Sozialen Frage“ in

- **individuelle** Entscheidungsoptionen
- geregelte, verwaltete Dienstleistungen
- Marktlogik, Angebot/Nachfrage, Kundenorientierung
- neue gesellschaftliche, verinnerlichte Normen

A Comparative, Retrospective, Observational Study of the Prevalence, Availability, and Specificity of Advance Care Plans in a County that Implemented an Advance Care Planning Microsystem

Bernard J. Hammes, PhD,* Brenda L. Rooney, PhD, MPH,[†] and Jacob D. Gundrum, MS*

JAGS 58:1249–1255, 2010

2007/2008

ärztlicherseits befolgt	99,5%
aussagekräftig (90% Wiederbelebung?)	93%
verfügbar	99,6%
verlässlich (vorausgegangene Begleitung)	100%
Schriftliche Vorausplanung (bei 400 Todesfällen)	96%

Advance Care Planning ⇒ effektive Berücksichtigung von Patientenwünschen in der letzten Lebensphase (bei niedrigeren Kosten!)

V Ausblick

Selbstbestimmung im Alter als „Lebenswert“ ist eine Fiktion, inszeniert und biopolitisch gelenkt (Maio 2015; Graefe 2015)

„Befähigung zur Autonomie“ setzt voraus: Altersgerechte Gesundheitsversorgung und Pflege, Umwelt-/Sozialraumgestaltung und Partizipation/Teilhabe (Heusinger et al 2013)

Grundrecht auf Lebensschutz? (Dörmer 1993)

„Caring Community“ (Klie 2014) statt „verwaltetes“ Sterben oder „geregelte Dienstleistungen“ zur Selbsttötung! (Omega & BIOSKOP 2015; BIOSKOP 2015)