

In Würde sterben



Der Weg des Sterbens

Sterbebegleitung

Sterbehilfe

Schmerztherapie

Hospizarbeit

Patientenverfügung

(überarbeitete und aktualisierte Fassung der Arbeitshilfe „In Würde sterben“,
Hrsg. Diakonisches Werk Sachsen, 2004)

Liebe Leserin, lieber Leser,

bisher sind in der Reihe „Schönberger Blätter“ vor allem Beiträge zu Themen aus Naturwissenschaft, Technik, Medizin, Philosophie und Religion erschienen (z.B. zu Gentechnik und Kernenergie, Stammzellenforschung und Retortenbabys, Klimawandel, Klonen, Lebensstil, Hirnforschung, Weltbevölkerung, Chaosforschung und anderes mehr).

Bis Ende des Jahres 2023 sind in der Reihe „Schönberger Blätter“ etwa 160 Beiträge erschienen – die komplette Liste mit der Möglichkeit zum Download finden Sie unter:

<http://www.krause-schoenberg.de/materialversand.html>

Beginnend mit Heft 48 wird die Reihe um einige heimatgeschichtliche und zeitgeschichtliche Beiträge erweitert.

Viel Spaß beim Lesen!

Joachim Krause

Rückfragen, Hinweise und Kritik richten Sie bitte an:

Joachim Krause, Thälmannstr. 16, 39291 Möser, Tel. 039222-687686,

E-Mail: krause.schoenberg@t-online.de Internet: <http://www.krause-schoenberg.de>

Die Verantwortung für den Inhalt der „Schönberger Blätter“ liegt allein beim Verfasser.

© Jede Art der Nach-Nutzung, der Verwendung, der Herstellung von Kopien oder des Nachdrucks – auch von Textteilen – bitte nur nach Rücksprache.

Druck: 16.09.24

Zu diesem Heft

Diese Arbeitshilfe stellt die sparsam überarbeitete und aktualisierte Fassung einer Broschüre dar, die unter dem Titel „In Würde sterben“ als Heft 1/2004 in der Reihe „DiakoniePublik“ erschienen ist

(Hrsg. der Originalfassung: Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V. / Diakonisches Amt, Obere Bergstraße 1, 01445 Radebeul); Autoren: Joachim Krause, Schönberg; Uta Booth, Dipl.-Sozialpädagogin (FH) und Supervisorin DGSv, Referentin für Hospizarbeit, Diakonisches Werk Sachsen; Wolfgang Geilhufe, Krankenhausseelsorger im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt; Dr. Ulf Liedke, Professor für Theologische Ethik an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit Dresden (FH); Dr. Frank Oehmichen, Stellv. Chefarzt, Bereich Früh- und Intensivrehabilitation, Bavaria Klinik Kreischa bei Dresden; Titelbild: Steffen Giersch (Fotomontage); Foto Kap.1: epd-Bild

Inhalt

Einführung	3
1. Sterben gehört zum Leben	4
2. Wer ist der Mensch – im Leben und im Sterben? - Überlegungen aus theologischer Sicht	6
3. Was geschieht, wenn ich sterbe? - Der Prozess des Sterbens aus medizinischer und sozialwissenschaftlicher Sicht	8
4. Ich kann nicht leben - ich will nicht sterben - Der Weg des Sterbens aus seelsorgerlicher Sicht....	13
5. Komm, sanfter Tod - Der Wunsch nach Sterbehilfe	19
6. Lass mich sterben - Passive Sterbehilfe	20
7. Hilf mir sterben - Beihilfe zur Selbsttötung	23
8. Ich will jetzt sterben - Aktive Sterbehilfe	26
9. Mein Schmerz ist unerträglich - Schmerztherapie und indirekte Sterbehilfe	32
10. Wird jemand bei mir sein, wenn ich sterbe? - Möglichkeiten der Begleitung Sterbender durch Hospizarbeit und Palliativmedizin	36
11. Ich möchte zu Hause sterben - Betreuung Sterbender in ihrer vertrauten Umgebung	41
12. Kann ich getrost sterben?	45
13. Ich möchte bestimmen, was mit mir geschieht - Betreuungsverfügung, Vorsorge-Vollmacht, Patientenverfügung	50
14. Texte und Bausteine für Veranstaltungen	59
15. Quellen und weiterführende Literatur	65
16. Anhang:	
16.1. Notvertretungsrecht für Ehegatten	67
16.2. Musterformulare/Bausteine für Betreuungsverfügung, Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung	68

Einführung

„Viele Menschen machen sich Sorgen über die letzte Phase ihres Lebens. Sie fragen sich: Wie wird es mit mir zu Ende gehen? Werde ich einmal zu Hause sterben können oder wird man mich ins Krankenhaus bringen? Werden dann Menschen bei mir sein, mir beistehen und Kraft geben? Werde ich unerträgliche Schmerzen haben? Oder nur noch ohne Bewusstsein vor mich hindämmern? So schwer solche Fragen sind, es ist gut, ihnen nicht auszuweichen. Denn zum verantwortlichen Leben gehört auch das Bedenken des Todes und das Annehmen der eigenen Sterblichkeit ... In den letzten Jahrzehnten ist das Sterben zu Hause im Kreis der Familie, der Angehörigen und Nachbarn selten geworden. Die weitaus meisten Menschen sterben in Alten- oder Pflegeheimen und Krankenhäusern. Dort wird ihnen eine fachkundige medizinisch-pflegerische Betreuung zuteil, wie sie in früheren Jahrhunderten unbekannt war. Der wachsende Fortschritt der medizinischen Möglichkeiten wirft aber auch Fragen auf, die sich früher so nicht gestellt haben. Viele Menschen fragen, ob die Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Medizin am Ende wirklich zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt oder ob sie nur einen belastenden Sterbeprozess verlängert.“

Mit diesen einleitenden Sätzen nimmt sich die „Christliche Patientenverfügung“ (2.Auflage 2003) eines wichtigen Themas an: das Sterben als die letzte Phase auch in meinem eigenen Dasein nicht zu verdrängen, sondern sich ihm bewusst zu stellen und gezielt darauf vorzubereiten.

Aber über die Ermutigung hinaus, Vorsorge für das eigene Lebensende zu treffen, werden in unserer Gesellschaft noch weitere Fragen heiß diskutiert: Was heißt es konkret, Menschen im Sterben zu helfen? Meint „Sterbehilfe“ das Geschehen-lassen des Sterbens und Linderung von Schmerzen und anderen Beeinträchtigungen für den Sterbenden, wie das in der hospizlichen Sterbebegleitung und in der Palliativmedizin geschieht? Oder ist auch „aktive“ Sterbehilfe eine Tat der Nächstenliebe: Darf das unerträgliche Leid eines Patienten auf seinen ausdrücklichen Wunsch durch direktes Eingreifen abgekürzt werden? Das Spektrum der Meinungen ist sehr breit, die Vielzahl der Fachbegriffe und Argumente manchmal mehr verwirrend als erhellend.

Wir möchten mit diesem Heft grundlegende Informationen zu Sachfragen wie auch zu ethischen Fragestellungen vermitteln in der Hoffnung, dass dadurch eine breite Öffentlichkeit in die Lage versetzt wird, sich selbst eine Meinung zu bilden. Dabei werden auch „amtliche“ Stellungnahmen aus Kirche und Diakonie als mögliche Orientierungshilfen vorgestellt (siehe dazu Auszüge aus Dokumenten und weiterführende Quellenangaben in den Kapiteln 14. und 15.).

Oberkirchenrat Jochen Bohl, Direktor der Diakonie Sachsen (später Landesbischof)

1. Sterben gehört zum Leben



Sterben gehört zum Leben!

Dieser Satz klingt paradox, und doch ist er wahr. Das Thema Tod ist allgegenwärtig. Das nebenstehende Bild zeigt einen ganz profanen Gegenstand, einen Handtuchhalter aus dem 16. Jahrhundert. Bei ganz alltäglichen Verrichtungen begegneten damals Menschen ihrem Spiegelbild, in dem Leben und Tod nur durch eine dünne Haut getrennt

sind – Anlass zu Nachdenklichkeit.

Auch in unserem Alltag gehören Leben und Sterben untrennbar zusammen. Wenn ich zum Beispiel im Nachrichtenblatt von Kirchgemeinden blättere, finde ich die Namen von Kindern, die mit der Taufe am Anfang ihres Lebens stehen, neben den Namen von Menschen, deren Leben nach 70 oder 80 Jahren an sein natürliches Ende gekommen ist.

Dass Sterben zum Leben gehört, war aber in früheren Zeiten wohl stärker im Bewusstsein der Menschen, begegnete ihnen der Tod doch viel

früher – mitten im Leben! - direkter und häufiger als uns.

Die Bibel nimmt solche Erfahrungen auf, sie weiß, dass viele Farben das Leben eines Menschen bestimmen, und da gehört das Sterben als die wichtige letzte Phase ganz normal in den Lebenskreis mit hinein.

**Ein jegliches hat seine Zeit,
und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde:
geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit,
weinen hat seine Zeit, lachen hat seine Zeit,
klagen hat seine Zeit, tanzen hat seine Zeit,
suchen hat seine Zeit, verlieren hat seine Zeit,
behalten hat seine Zeit, wegwerfen hat seine Zeit,
schweigen hat seine Zeit, reden hat seine Zeit ...
(Die Bibel, aus dem Buch Prediger 3,1-7)**

Auch die Lieder in unserem Gesangbuch sind ein Stück weit Spiegelbild der Traditionen christlichen Denkens. Das Lied „Aus meines Herzens Grunde“ (der Text stammt aus dem Jahr 1592) steht nicht in der Rubrik „Sterben und Tod“, sondern unter „Morgenlieder“. Und man spürt die Aufbruchsstimmung, das Durchatmen, die Dankbarkeit für die zurückliegende Nacht, die Neugier auf den neuen Tag mit seinen Herausforderungen. Aber dann, in der dritten Strophe, die Angst, die Bitte, dass ich bewahrt bleiben möge vor dem „bösen, schnellen Tod“.

Noch deutlicher wird die Aufforderung, die Fragen von Sterben und Tod an sich heranzulassen, in dem Lied: „Wer weiß, wie nahe mir mein Ende ...“

**Wer weiß, wie nahe mir mein Ende!
Hin geht die Zeit, her kommt der Tod;
ach wie geschwinde und behände
kann kommen meine Todesnot.**

**Mein Gott, mein Gott,
 ich bitt durch Christi Blut:
 Machs nur mit meinem Ende gut.
 Es kann vor Nacht leicht anders werden,
 als es am frühen Morgen war;
 solange ich leb auf dieser Erden,
 leb ich in steter Todsgefahr ...
 Lass mich beizeit mein Haus bestellen,
 dass ich bereit sei für und für ...**
 (1686 – Evangelisches Gesangbuch Nr.530)

Der Tod gehört zum Leben. Und dennoch haben Menschen zu allen Zeiten versucht, diesen schmerzlichen Aspekt ihrer Wirklichkeit zu verdrängen. Gebete und Lieder versuchten zu mahnen, jeden Tag in diesem Bewusstsein zu beginnen, in jedem Lebensalter sich auf das Ende einzustellen, Vorsorge zu treffen. Diese Weisheit begegnet auch in einem Psalm-Vers, der mehr als 2000 Jahre alt ist.

**„Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen,
 damit wir klug werden.“** (Die Bibel, Psalm 90,12)

Ich lese ihn als Aufforderung, mich schon jetzt mit meiner Endlichkeit konfrontieren zu lassen, damit ich mein ganzes Leben mit Blick auf den Tod bewusster und verantwortlicher führe.

Immer wieder begegnet uns die uralte Sehnsucht des Menschen, es möge ein gutes Sterben sein, der Tod möge uns nicht unvorbereitet begegnen. In zurückliegenden Jahrhunderten gab es nicht nur ausführliche Anweisungen, um die „Kunst des Lebens“ zu erlernen. In Regel, Riten und Ratschlägen wurden Menschen ermahnt und ermutigt, sich das ganze Leben hindurch immer wieder auch mit ihrem Tod zu beschäftigen, um ihnen die Angst vor Sterben und Tod zu nehmen. Wir sehen hier ein Bild aus einem Totentanz (Hans Holbein d.J.), das in solchen Übungen eine Rolle gespielt haben mag. Ein Händler ist unterwegs, wichtige Geschäfte müssen erledigt werden, seine Zukunft ist voller Pläne ... Und plötzlich, völlig unerwartet und gar nicht willkommen, greift der Tod zu, unbarmherzig, mitten im Leben! Menschen erlebten in vergangenen Jahrhunderten Tod und Sterben ganz anders als wir. Noch vor 300 Jahren erreichte nicht einmal die Hälfte der Geborenen das Erwachsenenalter. Die Geißeltrias „Pest, Hunger und Krieg“ raffte viele Menschen schon in jungen Jahren dahin. Der Tod kam plötzlich, und viele waren in ihrem schnellen Sterben auf sich allein gestellt, starben ohne Begleitung durch andere Menschen. Unsere durchschnittliche Lebenserwartung ist heute mehr als doppelt so lang wie die unserer Vorfahren. Die meisten von uns leben aber nicht nur länger – auch das Sterben dauert oft länger. An die Stelle des plötzlichen und schnellen Sterbens sind in vielen Fällen chronische Krankheiten getreten. Sterben wird oft als quälender, zermürender Prozess erlebt, wir sterben in Raten – und müssen und können uns somit auf das näherkommende Ende unseres Lebens einstellen und vorbereiten.



Der Tod und der Krämer (H. Holbein d. J.) 16

als wir. Noch vor 300 Jahren erreichte nicht einmal die Hälfte der Geborenen das Erwachsenenalter. Die Geißeltrias „Pest, Hunger und Krieg“ raffte viele Menschen schon in jungen Jahren dahin. Der Tod kam plötzlich, und viele waren in ihrem schnellen Sterben auf sich allein gestellt, starben ohne Begleitung durch andere Menschen. Unsere durchschnittliche Lebenserwartung ist heute mehr als doppelt so lang wie die unserer Vorfahren. Die meisten von uns leben aber nicht nur länger – auch das Sterben dauert oft länger. An die Stelle des plötzlichen und schnellen Sterbens sind in vielen Fällen chronische Krankheiten getreten. Sterben wird oft als quälender, zermürender Prozess erlebt, wir sterben in Raten – und müssen und können uns somit auf das näherkommende Ende unseres Lebens einstellen und vorbereiten.

Sterben gehört zum Leben. Wir können und wir sollten den Tod nicht verdrängen. Vieles in meinem weiteren Leben ist noch gestaltbar, nur eines ist ganz gewiss: dass

ich eines Tages sterben werde. Vielleicht erlebe ich noch vorher, dass andere Menschen, die mir nahe sind, vor mir diese Welt verlassen müssen.

Wir alle werden den Tod treffen, und damit ist dieses Thema keine Angelegenheit für Experten – es geht uns alle an!

Heute werden die Themen Sterben und Tod im Alltag weithin gemieden, tabuisiert, verdrängt. In unserer Gesellschaft sind andere Leitwerte bestimmend. Die Bilder der Werbewelt beschwören Jugendlichkeit, körperliche und geistige Fitness, Vitalität bis ins hohe Alter, gutes Aussehen oder Gesundheit. Krankheit, Behinderungen, Schwäche – das alles wird in dieser Weltsicht ausgeblendet. Dazu kommt noch die Autonomie des modernen Menschen: Ich nehme (in allen Phasen meines Lebens) mein Schicksal selbst in die Hand! - Hinfälligkeit im Alter, Hilflosigkeit, das Angewiesen-Sein auf andere passen da nicht dazu.

**„Ich möchte nicht sagen,
dass ich mich vor dem Tod fürchte.
Ich möchte nur nicht da sein,
wenn er zu mir kommt.“**
(Woody Allen, Regisseur)

Der Tod anderer wird von immer mehr Menschen nicht mehr unmittelbar erlebt. Waren es 1910 nur etwa 10 Prozent aller Menschen, die außerhalb ihrer häuslichen Umgebung in Krankenhäusern oder Heimen starben, verbringen heute mehr als die Hälfte (in Städten mehr als 80 Prozent) ihre letzten Stunden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Der Tod wird zunehmend zu einer Funktion des modernen Medizinbetriebs. Der Tod und die sterbenden Menschen werden dorthin „weg-delegiert“. Für viele Angehörige geschieht das in der Hoffnung: Die Fachkräfte dort können das besser ...

2. Wer ist der Mensch – im Leben und im Sterben? Überlegungen aus theologischer Sicht

Ob für einen schwerstkranken Menschen weitere therapeutische Maßnahmen sinnvoll sind oder sich eher ein Verzicht auf sie nahelegt, ist nicht allein eine Frage medizinischer Überlegungen, sondern entscheidet sich auch auf dem Hintergrund von Menschenbildern. Wie lange eine Behandlung fortgeführt wird und wann es angezeigt ist, auf den Tod zu warten, wird deshalb in erheblichem Maße vom Verständnis des Menschseins bestimmt. Das gleiche gilt vom Status der Patientenselbstbestimmung, dem Maß der Schmerzbekämpfung und seiner Nebenfolgen, der Rolle der Sterbebegleitung usw. Im Umgang mit all diesen Themen geht es immer wieder um die Grundfrage: Wer ist der Mensch? Im Folgenden soll dieser Frage aus der Perspektive des christlichen Glaubens nachgegangen werden.

Die Schöpfungserzählung aus dem 2. Kapitel des Buches Genesis in der Bibel beschreibt in eindrucksvollen Sprachbildern, wie Gott den Menschen aus dem Ackerboden formte, aufrichtete und ihm den Odem des Lebens einhauchte. „Und so ward der Mensch ein lebendiges Wesen“ (Gen. 2,7). Dem Menschen wird ein Garten als natürlicher Lebensraum *gegeben* und zugleich zur verantwortungsvollen Nutzung *aufgegeben*. Gott stellt fest, dass es „nicht gut ist, dass der Mensch allein bleibt“ (Gen. 2,18). Er befreit den Menschen aus der Einsamkeit seines Ich und öffnet ihn für eine Beziehung zum Du.

In dieser alten Geschichte kommt in kraftvoller Sprache zum Ausdruck, dass der Mensch ein beziehungsreiches und gestaltungsbegabtes Wesen ist. Genauer: Der Mensch lebt sein Leben *aus* der Beziehung zu Gott und zugleich *in* der Beziehung zu seinen Mitmenschen, zu seiner natürlichen Umwelt und zu sich selbst.

Die Qualität dieser Beziehungen ist verschieden: In der Beziehung zu Gott bleibt trotz der menschlichen Antwortfähigkeit und Verantwortungsbereitschaft die grundsätzliche Differenz zwischen Schöpfer und Geschöpf. Gott hat den Menschen geschaffen, d.h. der Mensch verfügt nicht selbst über sein Leben, sondern verdankt es dem lebensschaffenden Geist Gottes. Das geschöpfliche Dasein des Menschen ist im tiefsten Grunde von Passivität geprägt.

Von qualitativ anderer Art sind die übrigen Relationen, die den menschlichen Beziehungsreichtum ausmachen. Das Verhältnis zu seinen Mitmenschen ist von grundsätzlicher Gleichrangigkeit und Gleichberechtigung geprägt. In der Beziehung zu seiner natürlichen Umwelt wird der Mensch daran erinnert, dass sein gestaltender Eingriff in die Natur kein Angriff auf sie wird: Er darf den Garten des Lebens bebauen, er soll ihn aber auch als lebenswerten Lebensraum bewahren.

Aktivität und Passivität, Selbstbestimmung und Empfänglichkeit, Kreativität und Respekt, Gestaltung und Verantwortung kennzeichnen das Menschsein in seiner sozialen und natürlichen Umwelt. Das Maß von Aktivität und Passivität ist keineswegs festgelegt, sondern steht der Gestaltung offen. Abhängigkeiten können aufgehoben und Fremdbestimmungen zurückgedrängt werden. Niemals aber ist der Mensch nur aktiv. Immer auch empfängt er, erfährt Zuwendung und Mitmenschlichkeit. Die menschliche Grunderfahrung enthält deshalb stets die Erfahrung von Aktivität *und* Passivität.

Zur Geschöpflichkeit des Menschen gehört auch seine *Endlichkeit*. Einer ihrer Aspekte ist die Anfälligkeit für Krankheiten. Obwohl Krankheiten durch sehr verschiedene Faktoren entstanden oder begünstigt sein können, werden sie vom Menschen als ein Widerfahrnis eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten oder reduzierter Empfänglichkeit erlebt. Krankheit gehört insofern in den Bereich der passiven anthropologischen Erfahrungen. Sie ist eine „Störung ... , die das empfangende und tätige Leben des Menschen beeinträchtigt“ (Wilfried Härle, *Menschsein – in Gesundheit und Krankheit*, Arbeitsheft Woche für das Leben, 2003, 12). Allerdings ist der Mensch der Krankheit nicht ausgeliefert, sondern besitzt die Fähigkeit, sich mit ihr aktiv auseinanderzusetzen.

Neben subjektiven Möglichkeiten der Auseinandersetzung ist dies der Ausgangspunkt für die Medizin. Sie ist die professionelle Auflehnung gegen das passive Erleiden der Krankheit, indem sie dem Menschen bereits verlorene Selbstbestimmungsmöglichkeiten zurückgibt. Ihre Anstrengungen sind berechtigt, weil es zum Menschsein hinzugehört, Bedingungen eingeschränkter Selbstbestimmung selbstbestimmt zu verwandeln und insofern ganz oder teilweise wieder aufzuheben.

Zur Endlichkeit des Menschen gehört darüber hinaus auch seine *Sterblichkeit*. Der Mensch lebt sein Leben in Mühe und Schweiß, wie es am Ende der Sündenfallgeschichte heißt, „bis du wieder zu Erde werdest, davon du genommen bist. Denn du bist Erde und sollst zu Erde werden“ (Gen. 3,19). Die *Sterblichkeit* des Menschen gehört – ähnlich wie sein Geborenwerden – in einen sehr grundsätzlichen Bereich der anthropologischen Passivität. Wir *werden* gezeugt und geboren. Uns *widerfährt* der Tod.

Dass es sich beim Tod um ein Widerfahrnis handelt, drückt sich auch in unserer Sprache aus. Die klassische Bestattungsformel spricht davon, dass Gott einen Menschen „aus diesem Leben abberufen“ habe. In Todesanzeigen ist davon die Rede, dass „ein gewaltsamer Tod“ jemanden zu früh seinen Angehörigen „entrissen“ habe.

Wenn sich der Mensch theologisch als ein Beziehungswesen beschreiben lässt, so sind Sterben und Tod davon gekennzeichnet, dass Beziehungen allmählich zurückgehen und zum Erliegen kommen. Der *Tod* ist „das *definitive Ende aller aktiven Möglichkeiten*“ des Menschen. Er „ist der *Eintritt und die zeitlich unbegrenzte Dauer des Zustandes reiner Passivität*“. Das *Sterben* des Menschen ist das Erleiden seiner allmählich und unwiderruflich zurückgehenden Selbstbestimmungsfähigkeit. Es ist der „Prozess, in dem ein Mensch alle seine aktiven Möglichkeiten *loslässt* oder sie ihm *entrissen* werden“ (Wilfried Härle, *Dogmatik*, Berlin, 1995, 633). Der christliche Glaube ist dabei von der Hoffnung getragen,

dass die Beziehung Gottes zu dem jeweiligen Menschen auch durch das Sterben und den Tod hindurch bestehen bleibt. Der dreieinige Gott ist dem Sterbenden nahe, auch wenn diesem alle übrigen Beziehungsformen entrissen werden. Gott, der in Jesus Christus selbst das Sterben am Kreuz auf sich genommen hat, geht den Weg des menschlichen Sterbens mit. In seinem Mit-Leiden liegt Trost. Der Sterbende kann darauf vertrauen, daß ihn auch der Tod nicht von Gott trennen kann.

Dass Menschen den Tod erleiden müssen, hebt ihre Aktivität nicht völlig auf. Denn der Zeitpunkt des Todes steht ja keineswegs fest. *Mors certa hora incerta*, sagt eine alte Weisheit: Der Tod ist gewiss – die Stunde ungewiss. Das gilt auch in Bezug auf die Möglichkeiten, durch eigene Aktivität (z.B. Lebensweise) oder durch medizinische Intervention den Todeszeitpunkt beeinflussen zu können. Beides gilt offenbar gleichermaßen: Der Tod widerfährt dem Menschen in absoluter Endgültigkeit. *Mors certa*. Auf der anderen Seite gilt: Die Bedingungen, wann mich der Tod ereilt, sind keineswegs absolut. Sie sind der menschlichen Selbstbestimmung mit zugänglich: der Todeszeitpunkt und die Gründe des Sterbens lassen sich (begrenzt) beeinflussen. *Hora incerta*.

So, wie im Verhältnis zu allen übrigen Wirklichkeitsbereichen, geht es auch im Verhältnis des Menschen zu den Grenzen seiner leiblich-geistigen Existenz darum, ein verantwortliches Maß zu finden. Begrenzungen sind allerdings nicht absolut zu bestimmen, sondern individuell und kontextuell sehr verschieden. Es gehört zur riskanten Lebenssituation des Menschen hinzu, sich über diese Grenzen verständigen zu müssen, sie ethisch reflektieren und gesellschaftspolitisch umsetzen zu müssen. Wie lange sind therapeutische Maßnahmen sinnvoll und wann ist dem Sterben Raum zu geben? Wie lange ist die Hoffnung auf Besserung angemessen und wann ist es unausweichlich, das Sterben anzunehmen? Der christliche Glaube betont die Würde des Menschen – im Leben *und* im Sterben. Er ist sich gewiss, dass Gott das Leben und das Sterben gleichermaßen umfängt. Auf dem Hintergrund des christlichen Menschenbildes gilt es, das Maß zu finden, wie lange medizinische Interventionen angebracht sind und wann das Widerfahrnis des Sterbens anzuerkennen ist. Das folgende Gebet scheint auch für diese Situation zu gelten:

**„Gott, gib uns die Gnade,
mit Gelassenheit Dinge hinzunehmen,
die sich nicht ändern lassen,
den Mut, Dinge zu ändern,
die geändert werden sollten,
und die Weisheit,
das eine vom anderen zu unterscheiden!“**
(Reinhold Niebuhr)

3. Was geschieht, wenn ich sterbe?

Der Prozess des Sterbens aus medizinischer und sozialwissenschaftlicher Sicht

3.1. Überlegungen zum Sterben aus medizinischer Sicht

Eine 88 Jahre alte Frau ist infolge mehrerer Schlaganfälle und fortschreitender Demenz bettlägerig und schwerst pflegebedürftig, es bestehen Lähmungen und Schluckstörungen. Auf Ansprechen reagiert sie gelegentlich mit Blickwendungen, Bewegungen bereiten ihr Schmerzen. Sie wird deshalb seit einiger Zeit in einem Altenpflegeheim betreut. Jetzt tritt nachts hohes Fieber auf, deshalb wird der ärztliche Notdienst gerufen.

Im geschilderten Fall besteht für den Arzt eine schwierige Situation. Im Regelfall ist es ärztliche Aufgabe, Krankheiten zu heilen und das Leben zu verlängern. Von dieser Pflicht

darf abgewichen werden, wenn der Patient derartige Maßnahmen nicht wünscht. Über den Willen der Patientin ist ihm jedoch nichts bekannt. Die Pflicht zur Lebensverlängerung besteht ebenfalls nicht, wenn derartige Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg haben, also medizinisch nicht begründbar sind. Wo die ethisch an sich gebotene Lebensverlängerung in Sterbeverlängerung umschlägt, ist die Grenze des ethisch Vertretbaren an lebensverlängernder Therapie erreicht. Bei diesen Patienten ist der Arzt verpflichtet, so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen. Bei Sterbenden kann, ja muss die mögliche Lebensverlängerung in den Hintergrund treten. Die ärztliche Hilfe besteht nun vorrangig in palliativer (also leidenslindernder) Behandlung und in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Hierzu gehören: menschenwürdige Unterbringung und Körperpflege, Lindern von Luftnot und Schmerz sowie das Stillen von Hunger und Durst. Die Beantwortung der Frage, ob ein Mensch schon ein Sterbender ist, hat also für die medizinische Zielsetzung eine richtungsweisende Bedeutung. Auch im Rechtsgefüge markiert der Sterbebeginn einen wichtigen Punkt: Die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen während des Sterbeprozesses unterliegt dann keiner Genehmigungspflicht durch einen Richter. Der Arzt oder der Betreuer sind also nicht zur Anrufung des Betreuungsgerichtes verpflichtet. Wie also ist im geschilderten Fallbeispiel zu handeln? Bedarf es der Lebensverlängerung oder sind diese Maßnahmen nicht mehr zu rechtfertigen, weil bei der Patientin der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat?

In Deutschland sterben jährlich rund 850000 Menschen. Nur etwa jedem Zehnten von ihnen ist ein sogenannter schneller Tod „vergönnt“. Man muss davon ausgehen, dass in Deutschland viele schwerkranke Patienten ohne Aussicht auf Heilung und trotz vorliegender Patientenverfügung – also gegen ihren Willen – mit intensivmedizinischen Möglichkeiten am Leben gehalten werden.
(Heilberufe 4/2003, 16)

Wann beginnt das Sterben? In einem Lexikon heißt es dazu: Das Sterben kann sich über Tage hinziehen, es kann sich langsam als Erschöpfungstod entwickeln oder im Todeskampf (Agonie) vollziehen, es kann aber auch plötzlich und unerwartet auftreten. Beim Sterben können sich eine Reihe von Lebensfunktionen verändern: Sehr auffällig sind die Veränderungen der Atmung. Sie kann sich beschleunigen, aber auch verlangsamen, große Atempausen können auftreten. Besonders bedrohlich und ängstigend wird das insbesondere in den letzten Stunden eintretende Brodeln, Gurgeln oder Rasseln empfunden. Diese Geräusche entstehen durch Speichel oder Sekret, welche der Sterbende nicht mehr abhusten kann. Bewusstseinsstörungen sind zu beobachten, von Verwirrtheits- und Unruhezuständen bis zur Bewusstlosigkeit reicht das Bild. Die Pulsfrequenz kann sich beschleunigen oder verlangsamen, auch Veränderungen der Körpertemperatur können auftreten. Viele Sterbende schwitzen phasenweise sehr stark. Deutlich sichtbare Veränderungen der Hautfarbe treten auf. Schließlich werden die Augen oft nicht mehr vollständig geschlossen, der Blick scheint ins Leere zu gehen. Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Durchfall und Verstopfung, aber auch Luftnot können den Prozess begleiten. Diese letzte Phase des Sterbens, das Sterben im engeren Sinne, beschreibt die Definition der Bundesärztekammer: „Sterbende sind Kranke oder Verletzte mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist.“ Mit dieser Definition kann man aber den Sterbevorgang bei Menschen im hohen Alter, bei zunehmender Demenz und bei fortschreitender Tumorerkrankung nur ungenügend beschreiben, weil ausschließlich die physiologischen Aspekte des Sterbens in seiner letzten Phase betont werden.

Der Begriff des Sterbens muss also weiter gefasst werden, um auch dem Verlauf bei diesen Menschen gerecht zu werden. So finden sich beispielsweise bei Elisabeth Kübler-Ross Hinweise auf unterschiedliche Phasen des Sterbens, die einen längeren Bearbeitungsprozess

erfordern (siehe dazu Kapitel 3.2.). In dieser Zeit laufen natürlich auch physiologische Prozesse ab, welche den Todeszeitpunkt näher rücken lassen. Medizinische Einflussnahme ist hierbei immer möglich, so dass der Ablauf und die Geschwindigkeit durchaus verändert werden können. Um zu ermitteln, ob das Sterben im angedeuteten weiteren Sinne eingesetzt hat, ist die Wahrnehmung und Beachtung vieler Phänomene notwendig. Die Beurteilung des Zustandes durch erfahrene Ärzte und Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen ist zu empfehlen. Dabei lässt sich beobachten, dass die Genauigkeit der Voraussagen mit längerer Berufserfahrung wächst. Allerdings werden die Voraussagen mit zunehmender (emotionaler) Bindung des Arztes an den Patienten wieder unpräziser. Auch die Wahrnehmungen der Pflegenden sollten in die Beurteilung einfließen. Mit dem Ethiker Sporken (Lexikon Medizin, Ethik, Recht; 1989, 1082) beginnt der Sterbeprozess, „wenn der Tod unwiderruflich bzw. in absehbarer Zeit kommen wird und eine oder mehrere Personen aus der Umgebung des Patienten darüber informiert sind“. Sterben hängt also auch ab von den Reaktionen der Personen im Umfeld des Sterbenden. Diese Reaktionen fallen unterschiedlich aus, sie reichen von der Einleitung verzweifelter technischer Bemühungen, um das Leben zu erhalten, bis zur hospizlichen Sterbebegleitung oder zum Verabreichen von Medikamenten, die Schmerzen oder Beschwerden lindern - je nachdem, ob das Sterben in dieser Situation als Lebensende akzeptiert wird oder nicht.

Sterben umfasst also physiologische, individuelle, interpersonelle und weltanschauliche Aspekte. Es ist keine allgemeingültige, trennscharfe Definition des Sterbebeginns möglich. Trotzdem markiert der Sterbebeginn einen möglichen Richtungswechsel. Die Lebensverlängerung ist nicht mehr Hauptziel der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, in den Vordergrund tritt nun die Leidenslinderung. Wie kann man mit der Unbestimmbarkeit dieses Zeitpunktes, der wegweisende Bedeutung besitzt, umgehen?

In den Gesprächen zwischen Arzt, Patient und Angehörigen muss möglichst früh diese Begriffsunschärfe in den Blick genommen werden. Die Festlegung des Sterbebeginns sollte in der Abwägung durch viele Beteiligte geschehen. Dabei bestehen immer Momente, die nicht eindeutig zu fassen sind. Im Nachhinein ist die Festlegung dieses Zeitpunktes immer durch andere kritisierbar. Trotzdem ist diese Festlegung immer eine vom Arzt zu verantwortende Entscheidung. Eine Antwort muss im Interesse des Patienten gegeben werden! Sonst besteht die Gefahr, dass durch nicht mehr gerechtfertigte lebensverlängernde Maßnahmen der Sterbeprozess gegen die Interessen des Betroffenen verlängert wird. Dabei wird vom Arzt auch verlangt, die Unausweichlichkeit des Sterbens und des Todes dem Patienten, aber auch den Angehörigen zu vermitteln. Diese Fähigkeit gehört mit dem Philosophen O. Höffe (Medizin ohne Ethik, Frankfurt am Main, 2002, 142) zu den medizinischen Kardinaltugenden: „Weil es nicht leichtfällt, dem Sterbenden sowohl die Einsicht als auch das Sich-Fügen in eine medizinisch so gut wie aussichtslose Lage zu vermitteln, bedarf es ... Klugheit, Gelassenheit, Besonnenheit, Gerechtigkeit und Tapferkeit in Form von Zivilcourage.“

3.2. Der Prozess des Sterbens aus sozialwissenschaftlicher Sicht

Mit Worten des 90. Psalms haben Juden und Christen über Jahrhunderte hinweg bis heute zu Gott gebetet: „Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden“ (Ps. 90,12). In diesen Worten drückt sich die Bitte aus, das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit ins persönliche *Lebenswissen* eingehen zu lassen. Ein Leben im Bewusstsein der menschlichen Endlichkeit zu führen, ist eine Lebensklugheit, die errungen werden muss. Je näher Menschen mit ihrem eigenen Sterben oder dem Sterben naher Angehöriger konfrontiert werden, desto mehr stellt sich das Verlangen nach einem solchen Lebenswissen ein. Der Wunsch, in Frieden zu sterben, drückt die Sehnsucht danach aus, den letzten Weg im Einklang mit Gott, den Mitmenschen und sich selbst gehen und so in

das eigene Sterben einwilligen zu können. Aber wie kann ich in Frieden sterben? Die Antwort auf diese Frage kann niemand für andere beantworten. So individuell jedes menschliche Leben geführt wird, so individuell ist auch der Prozess des Sterbens.

Dennoch haben die Menschen immer wieder danach gefragt, ob es für den Prozess des Sterbens bestimmte *typische* Merkmale gibt. Im späten Mittelalter sind Erbauungsbücher erschienen, die Sterbende und Sterbebegleiter in die „Kunst des Sterbens“ (lateinisch: *ars moriendi*) einführen wollten. In ihnen wird das Sterben als Prozess der Auseinandersetzung mit Anfechtungen beschrieben, die den Sterbenden herausfordern und die es im Glauben zu bestehen gilt. Zu ihnen gehören u.a. auch der Zorn (Ungeduld) und die Verzweiflung. Die mittelalterliche *ars-moriendi*-Literatur bringt damit bereits Erkenntnisse zur Geltung, auf die in neuerer Zeit Forschungen zum Prozess des Sterbens aufmerksam gemacht haben. So hat beispielsweise Elisabeth Kübler-Ross auf der Grundlage einer Vielzahl von Gesprächen, die sie mit Sterbenden geführt hat, fünf typische Phasen des Sterbens hervorgehoben (Interviews mit Sterbenden, Berlin, 1987, 40-114).

- a) **Nichtwahrhabenwollen und Isolierung.** Wenn ein Mensch davon erfährt, dass er eine zum Tod führende Krankheit hat, reagiert er darauf zunächst sehr häufig abwehrend. „Das kann doch nicht sein!“ Die Verleugnung der Krankheit ermöglicht es dem Patienten, mit dem Schock dieser Nachricht fertig zu werden. Meist ist das Nichtwahrhabenwollen nur eine vorübergehende Phase, die bald von einer wenigstens teilweisen Akzeptanz abgelöst wird. Für die Begleitung Sterbender ist es wichtig, ihnen die erforderliche Zeit zu lassen, die Gewissheit des eigenen Sterbenmüssens an sich heranzulassen. Ihnen als Gesprächspartner zur Verfügung zu stehen, die leisen Andeutungen wahrzunehmen und sie auf dem Weg von der Ungewissheit zur Gewissheit behutsam zu begleiten, ist für die Sterbenden erleichternd und hilfreich.
- b) **Zorn.** Auf das Nichtwahrhabenwollen folgt in der Regel eine Phase, in der Zorn, Groll und Wut im Mittelpunkt stehen. Während die Sterbenden jetzt rational *wissen*, dass sie sterben müssen, können die Emotionen mit dieser Gewissheit nicht Schritt halten. Die Gefühle brechen vielmehr ungesteuert hervor. Aggression entlädt sich, oft ohne erkennbaren Grund, wahllos, an Ärztinnen, Krankenschwestern, Angehörigen oder beliebigen anderen Personen. Wohin die Sterbenden auch blicken, überall sehen sie Menschen, die weiterleben können. „Warum denn gerade ich?“ bricht es deshalb aus ihnen heraus. Die Möglichkeit, der eigenen Wut Luft machen zu können, ist für die Sterbenden wichtig, damit sich die Aggression nicht nach innen, gegen sie selbst richtet.
- c) **Verhandeln.** Als dritte, meist flüchtige Phase beschreibt Elisabeth Kübler-Ross den Versuch, den unvermeidlichen Tod durch eine Art Handel hinauszuschieben. In ganz unterschiedlicher Weise versuchen Sterbende vielfach, der eigenen Lebensspanne noch einige Zeit hinzuzufügen. Oft wollen sie noch einen bestimmten Zeitpunkt erleben: ein wichtiges Familienereignis o.ä. Im medizinischen Bereich wird oft nach neuen Therapie Wegen gesucht, werden Spezialisten aufgesucht und alternative Medikamente ins Spiel gebracht. Manche Sterbende versuchen aber auch mit Gott zu verhandeln, wollen ihr Leben Gott widmen oder ihren Besitz einem guten Zweck zukommen lassen. So sehr die Gefahr besteht, sich in dieser Phase finanziell zu verausgaben oder die Auseinandersetzung mit dem Sterben weiter hinauszuzögern: Die Aktivität des Verhandeln ist ein wichtiger Zwischenschritt, bevor den Betroffenen die Unvermeidlichkeit des Sterbens so bewusst wird, dass sie von Verzweiflung ergriffen werden.
- d) **Depression.** Wenn die Todesgewissheit den Sterbenden in ihrer ganzen Unvermeidlichkeit zu Bewusstsein kommt und zugleich die Kräfte zum Widerstand allmählich erschöpft sind, tritt meist eine Phase der Depression ein. Die Sterbenden erkennen jetzt in aller Deutlichkeit, was sie bereits verloren haben. Und ihnen tritt vor Augen, was ihnen mit dem Sterben noch alles entrissen wird. Der Schmerz dieses endgültigen Abschieds bringt Trauer und Tränen, Resignation und stille Verzweiflung mit sich.

Sterbende brauchen in dieser Phase Begleiter, die über die Traurigkeit nicht hinweggehen, sondern sie aushalten. Sie brauchen Menschen, die einfach nur da sind und zuhören können.

- e) **Zustimmung.** Wenn der sterbende Mensch die eigene Kraft und die nötige Begleitung hatte, um die vorherigen Phasen zu bestehen, kann er schließlich dazu kommen, sein eigenes Sterben anzunehmen. Vielfach sind die betroffenen Menschen bereits sehr schwach und haben das Bedürfnis, oft und in kurzen Abständen zu schlafen. Ihr Kampf gegen das Sterben ist vorüber. Es ist die Zeit der „letzten Ruhe vor der langen Reise“. Die Sterbenden haben ein gewisses Einverständnis mit ihrer Situation erreicht. Ihre Interessen engen sich immer mehr ein. Oft möchten sie in Ruhe gelassen werden. Die Kommunikation erfolgt in dieser Phase vielfach wortlos. Schweigend bei ihnen zu sein, ihnen zu verstehen zu geben, dass sie nicht reden müssen, Gesten, Blicke und die Art körperlicher Berührung, die die Betreffenden wollen – das ist die wichtigste Begleitung der Sterbenden, bevor sie die Augen für immer schließen.

Die von Elisabeth Kübler-Ross beschriebenen Sterbephasen dürfen nicht starr interpretiert werden. Das Sterben jedes Menschen ist anders. Phasen können gleichzeitig oder in anderer Reihenfolge ablaufen. Aspekte können sich wiederholen oder überhaupt nicht beobachtet werden. Vor allem: Es ist nicht gesagt, dass jede Person alle Phasen durchläuft. In den letzten Jahren ist sogar die Beschreibung des Sterbeverlaufs *in Phasen* kritisch hinterfragt worden. Nach Untersuchungen des Heidelberger Gerontologen Andreas Kruse (Kruse, A.; Schmitz-Scherzer, R.: Sterben und Sterbebegleitung, in: Psychologie der Lebensalter, Darmstadt, 1995, 289-299) verändert sich die *Art und Weise*, wie sich Menschen mit ihrem Sterben auseinandersetzen, weit weniger als dies Elisabeth Kübler-Ross herausgearbeitet hat. Auf der Grundlage von Interviews mit fünfzig Krebspatienten im Endstadium ihrer Erkrankung beschreibt Kruse *fünf Formen der Auseinandersetzung* mit dem eigenen Tod. Eine *erste* Gruppe von Menschen akzeptierte das eigene Sterben und suchte gleichzeitig nach Möglichkeiten, die das Leben noch bot. Eine *zweite* Gruppe empfand in zunehmenden Maße Resignation und Verbitterung. Sie sahen das eigene Leben nur noch als Last. In einer *dritten* Auseinandersetzungsform wurden die Todesängste durch die Erfahrung eines neuen Lebenssinns und die Überzeugung, noch wichtige Aufgaben wahrnehmen zu können, gelindert. Für eine *vierte* Personengruppe stand das Bemühen im Vordergrund, die Bedrohung der eigenen Existenz nicht in das Zentrum des Erlebens treten zu lassen. Eine *fünfte* Gruppe durchschritt Phasen tiefer Depression bis zur Hinnahme des Todes.

Zu welcher Auseinandersetzungsform ein Mensch neigt, hängt nach Kruse sowohl von biographischen als auch von sozialen, strukturellen und medizinischen Faktoren ab. Menschen mit einem positiven Lebensrückblick, so arbeitete er heraus, tendierten eher zur Annahme oder der Suche nach neuen Aufgaben. Personen wiederum, die an starken chronischen Schmerzen litten, reagierten eher mit Resignation und Verbitterung.

Für die Begleitung sterbender Menschen ist es wichtig, die verschiedenen Faktoren gleichermaßen im Blick zu haben: die persönliche Lebensrückschau und Sinnorientierung ebenso wie die sozialen Beziehungen, die strukturellen Bedingungen und eine effektive Schmerzkontrolle.

4. Ich kann nicht leben - ich will nicht sterben

Der Weg des Sterbens aus seelsorgerlicher Sicht

In das Erleben des Sterbeprozesses wird hineingenommen, wer schwerkranken Menschen begegnet oder sie begleitet. Dabei werden wir Anteil bekommen an den Schmerzen, Ängsten und Tränen, an Verzweiflung und Wut, und wir werden die Hoffnung wahrnehmen und den Wunsch, leben zu wollen. Der Wunsch, mehr wohl noch der Wille zu leben, ist groß, auch auf dem schweren Weg einer unheilbaren Krankheit.

Ich trete in ein Zweibettzimmer. Nach der Begrüßung sagt die Patientin fast unvermittelt: „Und doch ist das Leben schön!“ Sie zögert einen Moment, erschrickt ein wenig über die Wahrheit ihrer Worte und fährt fort: „Darf ich überhaupt meinem Gefühl der Lebensfreude so Raum geben?“ Sie meint es angesichts der Weltlage und wahrscheinlich auch angesichts des eigenen Ergehens. Ich schaue sie ermutigend an: „Danke, dass sie das sagen. Das tut gut, uns gegenseitig daran zu erinnern.“ Diese Patientin, von einer unheilbaren Tumorerkrankung betroffen, geht durch eine Chemotherapie und sagt sehr klar: „Nein, ich will nicht sterben, jetzt nicht. Ich möchte noch leben.“

Das berührt tief, immer wieder. Wo wir das erfahren, zeigt es die Lebenszugewandtheit gerade Schwerkranker, ob im Alter nach einem fast gelebten Leben oder bei einem jungen Menschen, der schon auf dem Weg des Sterbens ist. Dabei wird Leben begriffen als das kostbarste Gut, als Geschenk, für gläubige Menschen als Gabe Gottes. Berührend ist, Anteil zu haben an der starken Sehnsucht, der persönlichen Hoffnung und dem Lebensverlangen. Das gibt den Menschen auch die Kraft, diesen Weg des schweren Abschieds vom Leben zu gehen. In unserem Gesangbuch lese ich den Satz: „Dass es nach menschlichem Ermessen ans Sterben geht, ist nicht eine `Wahrheit`, die dem Sterbenden zu sagen oder zu verschweigen ist, sondern ein Weg des Erkennens und Annehmens, auf dem wir dem Sterbenden im Gespräch beistehen, ohne die Hoffnung zu nehmen.“ (Evangelisches Gesangbuch, Ausgabe Sachsen, Nr. 941).

Was kann hilfreich sein auf dem Weg, den wir Menschen in unserer letzten Lebensphase bis zum Tod zurücklegen werden?

Vieles hat sich durch die medizinischen Möglichkeiten, das Leben länger zu erhalten, verändert. Der Prozess des Sterbens ist im allgemeinen länger geworden. So ist Sterbebeistand notwendiger als je zuvor.

Das Erleben und Erleiden des Krankheitsprozesses ist so verschieden, so unterschiedlich wir Menschen sind. Und doch sind gemeinsame Erfahrungen erkennbar, und es lassen sich – wie im vorstehenden Kapitel 3.2. ausgeführt – deutlich verschiedene Phasen unterscheiden. Sie sind nicht „schematisch benutzbar“. Man sollte sie kennen und im Hinterkopf haben, muss wissen, dass es möglich ist, dass Phasen übersprungen werden, sich wiederholen, sich überschneiden oder nie durchlebt werden können.

Im Folgenden wird es darum gehen, am Beispiel einzelner Krankengeschichten etwas von diesen Erfahrungen in den Blick zu bekommen, um zu begreifen, was wir meinen, wenn wir vom schweren Weg des Abschieds sprechen. Etwas muss ich davon tatsächlich innerlich begriffen haben, wenn ich Menschen auf ihrem Weg des Sterbens verstehen und ihnen beistehen will.

Ich werde behutsam erkennen, wo der Patient steht, begreifen, warum er es so erlebt, warum er so spricht, warum er das tut und anderes nicht, warum er so aggressiv ist, warum er der Wahrheit ausweicht, ausweichen muss, warum seine Trauer so ist, wie sie ist, oder warum der Kranke angesichts des Todes so `irreal` von Hoffnung spricht. Was heißt das, dem Kranken in der jeweiligen Situation beizustehen, wenn er Anteil gibt an seinem Nicht-wahrhabenwollen, an seinem unbändigen Zorn `auf Gott und die Welt`, Anteil zu nehmen

an seiner Trauer, die oftmals so unerträglich abgründig und so unheimlich lang sein kann, und wenn er trotz allem an seiner Hoffnung festhält, weil er sie noch braucht? Das bringt auch uns, wenn wir Sterbende begleiten, an schmerzliche Grenzen. Wo liegt dann die Wahrheit des Satzes aus dem Gesangbuch: „Dass es nach menschlichem Ermessen ans Sterben geht, ist nicht eine `Wahrheit`, die dem Sterbenden zu sagen oder zu verschweigen ist, sondern ein Weg des Erkennens und Annehmens, auf dem wir dem Sterbenden im Gespräch beistehen, ohne die Hoffnung zu nehmen.“?

„Das kann nicht sein!“

Wenn der Arzt die Diagnose kennt, wenn er weiß, dass die Krankheit einen tödlichen Verlauf nehmen kann, wird er dem Patienten davon sagen und der Patient wird die Wahrheit für sich finden oder sich ihr verweigern, je auf seine Weise. Die erste Mitteilung und „Wahrnehmung“ ist immer ein Schock.

„Ich bin drei Tage durch die Stadt gelaufen, als hätte ich alle Laternenmasten gestreift.“ Das ist ein Satz, der immer wiederkehrt. Eine Patientin sagt mir: „Seltsam, ich wusste, dass etwas passieren würde, so konnte es nicht weitergehen. Doch dann war es wie ein Schlag. Ich? Ich auch! Nach längerem Grübeln denk ich: Warum eigentlich ich nicht, wenn jede zehnte Frau davon betroffen ist. Nein, nicht ich, ich nicht. Das kann nicht sein!“

Dann heißt es für den Patienten, mit der Situation umzugehen. Eine Möglichkeit zeigt die folgende Äußerung: „Ich werde die Krankheit besiegen! Sie wird mich nicht werfen, mich nicht!“ Da ist noch die Hoffnung lebendig, dass die Krankheit mit einer gezielten Therapie zu besiegen und eine Genesung möglich ist. Und es ist unendlich schmerzhaft, wenn klar wird: es gibt keine grundlegenden Heilungschancen mehr, sondern es ist nur noch möglich, die Symptome und Beschwerden zu behandeln. Auf die ängstliche Frage der Patientin: „Heißt das, dass ich nie mehr ohne Chemotherapie leben kann?“ kommt die unausweichliche Antwort des Arztes: „So ist es!“ Darauf der Satz, den ich nicht vergesse: „Das kann nicht wahr sein! Das ist kein Leben für mich.“ Da ist die Wahrheit, und die Patientin kann sie so (noch) nicht wahrhaben. Die Wahrheit wird schmerzhaft bewusst. Manchmal leuchtet sie kurz auf und wird wieder weggeschoben. Wieviel Wahrheit verträgt der Patient, wieviel Geduld ist notwendig? Wichtig ist, dass der Patient selbst den Weg findet und für sich entscheidet. Manchmal ist die Leugnung notwendig, weil es noch nicht möglich ist, in den tödlichen Verlauf der Krankheit einzuwilligen. Wenn auch klar ist, dass Leugnung Flucht vor der Wirklichkeit bedeutet – sie kann ein notwendiger Selbstschutz sein.

Was heißt es, dem Sterbenden darin beizustehen? Auch das ist die Wahrheit, dass Patienten in bestimmten Momenten sich sehr wohl ihrer irrealen Leugnung bewusst und dankbar sind, wenn sie auch darin nicht allein gelassen werden und einen Begleiter haben, den sie manchmal sogar im Arzt finden. Auch er braucht Zeit, um mit der Krankheit umzugehen, selbst die verhängnisvolle Situation emotional zu verarbeiten. Die Therapie ermöglicht dem Patienten das Weitergehen, schenkt ihm Zeit und immer wieder auch Hoffnung. Auch dem Arzt ermöglicht die Therapie Zeitgewinn und den Versuch der Hilfeleistung. Dafür steht der Satz: „Wenn ich selbst nicht immer wieder auch an ein Wunder glauben würde, könnte ich hier nicht arbeiten.“ Dabei kommt es oft zu einer engen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Eine Patientin äußert das so: „Solange sie einen Schlachtplan hatten, hatte ich immer Hoffnung. Die Diagnose habe ich eigentlich nie richtig gehört. Während der Therapie nicht, erst danach.“

Der Patient ist in dieser Phase mit der Chance auf Heilung beschäftigt und klammert sich daran. Er schiebt dabei vielleicht auch die Wirklichkeit und die Wahrheit von sich und damit auch das Wissen um die Unheilbarkeit der Krankheit. Es ist schwer, den Gedanken der

Sterblichkeit für sich anzunehmen. Nichtwahrhabenwollen begleitet manchmal Patienten bis an das Ende (ist also tatsächlich nicht nur eine Phase des Durchgangs).

„Was an mir liegt, will ich tun!“

Mein Gesprächspartner sagt: „Ich packe das! Die Therapie schlägt an. Wenn die Metastasen in der Halswirbelsäule zurückgegangen sind, werden sie genauso in den anderen Bereichen zurückgehen. Da bin ich sicher. Das gelingt. Das schaffen wir“ - er schaut seine Frau an und wiederholt: „Das schaffen wir. Es wird Abstürze geben und Hänger. Aber wir schaffen das! Verstanden! Alles andere ist kein Thema.“

Berührend ist dieser Lebenswille, mit fast unheimlicher Kraft vorgetragen, und das mit einem von der Krankheit und der Therapie sichtbar gezeichneten und geschwächten Körper. Zu spüren ist der kämpferische Wille (darin auch Aggressivität und Zorn) und natürlich die Angst, es könnte auch anders kommen. Die klare Botschaft ist: Darüber will ich kein Gespräch! Das ist für Angehörige nicht leicht zu verstehen und auch für alle anderen, die den Kranken begleiten.

Fünf Monate hat der Patient in der Krankheit so gehofft und gekämpft: „Was mit mir ist, verstehe ich alles nicht mehr. Aber eins weiß ich, ich bin von Gott gehalten.“ Das war am Ende einer Phase angestrenzter Trauer, die wir auch Depression nennen, manchmal ging es wie durch dicke Nebel der Verzweiflung. Und doch hat er immer wieder den eigenen Willen aktiviert. Noch in den letzten Stunden des Bewusstseins, als das Sprechen so gut wie nicht mehr möglich war, formte er bei einem Besuch die Hand zum Zeichen seines Willens, als wolle er sagen: „Was an mir liegt, will ich tun. Alles andere liegt bei Gott.“ So war seine Haltung zum Leben, und das hat sein Sterben wesentlich geprägt.

Die Ehefrau sagte nach dem Sterben: „Wir haben uns jetzt im Nachhinein noch einmal gefragt, ob es richtig war, diesen Weg so zu gehen mit all dem, was war. Ich sage und auch mein Sohn und die Tochter sagen: „Doch, es war gut so, wie es war.“ So sagt es auch der behandelnde Arzt.

Darin zeigt sich, dass die letzte Wegstrecke vor dem Tod es wert ist, gelebt zu werden, und dass dieser Weg gemeinsam vom Patienten und seinen Angehörigen zu gehen ist, und dass Ärzte diesen Weg therapeutisch ermöglichen und begleiten.

„Man kann nicht lange in die Sonne blicken“

Das Nichtwahrhabenwollen, dass die Krankheit tödlich sein wird, schiebt sich manchmal wie ein Puffer zwischen den Kranken und sein Entsetzen über die Diagnose. Die tödliche Krankheit vor sich selbst zu leugnen, ist notwendig nicht nur am Anfang, sondern auch im weiteren Verlauf immer wieder einmal. Bei Elisabeth Kübler-Ross lese ich den erhellenden Satz: „Jemand hat gesagt: Wir können nicht lange in die Sonne blicken, und wir können dem Tod nicht immer ins Auge sehen. Auch der Kranke, der sein Ende als Möglichkeit erkannt hat, muss diese Einsicht ab und an leugnen, um das Leben überhaupt fortsetzen zu können.“

Manchmal zeigt sich das so, dass auch sterbenskranke Patienten, die sich mit ihrem Schicksal abgefunden haben und ihren Krankheitsverlauf realistisch wahrnehmen, immer noch mit der Möglichkeit einer besonderen Heilung umgehen, die Entdeckung eines neuen Medikaments oder eine neue durchschlagende Therapie erhoffen.

Ich erinnere mich an einen Patienten, der unvergesslich eindrücklich für mich sagte: „Verstehen Sie, ich bin Wissenschaftler. Und ich glaube, die Wissenschaft ist schneller als mein Krebs. Sie wird eine Lösung finden. Davon bin ich überzeugt. Ich habe im Fernsehen

gesehen: In Amerika hat man gerade neue Erkenntnisse in der Behandlung bestimmter Leukämie-Arten gefunden. Es beginnt eine Versuchsserie. Da habe ich Hoffnung für mich.“

Fünf Tage später verstarb der Patient. Ich erinnere mich daran mit tiefem Respekt. Sein Glaube an die Wissenschaft hat ihm auf seinem schweren Weg des Abschieds geholfen. Hier wird deutlich, dass die Haltung zum Leben das Sterben wesentlich prägt. Jedes Sterben ist einmalig und individuell.

„Warum trifft es mich? - Warum lässt Gott mich leiden?“

Die Phase des Zorns, der Auflehnung, ist für den Kranken und die Angehörigen eine schwere und wesentliche Phase. Sie folgt dem Nichtwahrhabenwollen und kann von hoher Aggressivität bestimmt sein. Sie ist verbunden mit der Frage: „Warum gerade ich? Warum werde ich so bestraft? Ich habe immer anständig gelebt. Sagen Sie selbst, es gibt so viele boshafte Menschen. Warum geht es denen so gut? Warum trifft es nicht die! Warum lässt Gott gerade mich so leiden?“ Diese Fragen und ihre Wucht sind manchmal schwer auszuhalten. In dieser Situation muss ich als Seelsorger Gott und die Welt nicht verteidigen, auch wenn mir vielleicht danach zu Mute wäre. Jetzt kommt es darauf an, die existenzielle Not, die hier zum Ausdruck kommt, zuzulassen, auszuhalten. Hier ist es wichtig, den Kranken mit seinem Leiden nicht allein zu lassen, sondern gerade in der Zuwendung deutlich zu machen, dass er uns viel wert ist. Es ist gut zu wissen, dass diese Phase sein muss. Sie ist notwendig. Es gehört gerade auch zur Würde des kranken Menschen, dass er nicht immer nur lieb, freundlich und friedlich ist.

Ich besuche an einem Freitag Vormittag eine 58-jährige Patientin. Sie leidet an einer schweren Krebserkrankung. Ihre gestaute Wut sehe ich ihr an. Als ich sie darauf anspreche, bricht es wie ein Wasserfall aus ihr heraus: „Ich will leben, verstehen Sie. Ich will nicht sterben. Meine Tochter braucht mich noch und meine Enkel. Warum kann mir denn hier keiner helfen? Die sind doch alle mit ihrem Latein am Ende. Die eiern doch nur herum. Keiner sagt was Richtiges zu mir. Ich bin doch nur noch eine Nummer ...“

Diese Phase ist auch schwer für das Personal und die Ärzte. Die Auflehnung richtet sich gegen das Unabwendbare der Situation, gegen diese teuflische Krankheit und den Tod. Der Patient agiert seine Wut an Ersatzobjekten aus. In solchen Gesprächen muss man viel einstecken können und zum Zu-Hören bereit sein. Die tiefe Sehnsucht des kranken Menschen ist, wenn er die „Sinnfrage“ stellt: Ist da jemand, der meine Einsamkeit und meine Verzweiflung wahrnimmt, der mich akzeptiert und der mich mag?

Vielleicht ist es in solchen Gesprächen wichtig, dass es uns gelingt, davon etwas erfahrbar werden zu lassen. Damals habe ich am Schluss des Gespräches die Patientin gefragt, ob ich einmal mit der Ärztin sprechen solle, auf die sie solchen Zorn habe. Das war ganz überraschend für sie. Sie fühlte sich ernst genommen in ihrer Verletzung und Einsamkeit. Danach hat die Ärztin mit ihr gesprochen in Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit. Von diesem Tag an fühlte sich die Patientin auf dieser Station geborgen und hatte die Phase des Zorns für sich bewältigt.

„Ich will alles tun, dann wird mir Hilfe.“

Wenn es in den vorher durchlebten Phasen so schwerfällt, die Tatsachen der Erkrankung anzuerkennen, und wenn wir es eben nicht wahrhaben wollen und mit Gott und der Welt hadern, versuchen wir das Unvermeidliche vielleicht durch eine Art Handel hinauszuschieben. Elisabeth Kübler-Ross vergleicht das mit dem Verhalten eines Kindes, das bei Verweigerung von etwas, worum es bittet, erst aufsässig wird, danach aber durch Liebsein

und Versprechen das Erwünschte doch noch zu erhalten versucht. Der kranke Patient hat eine vergleichbare „Taktik“, will für sein Wohlverhalten belohnt werden. So formuliert klingt es fast anstößig simpel, ist aber ein tiefer Vorgang, der bis in religiöse Dimensionen hinein reicht: Ich werde Gott wieder vertrauen, dann wird er (muss er) mir helfen.

„Der liebe Gott ruft mich“

Auf dem Weg des Sterbens muss der Patient akzeptieren lernen, dass sein Sterben unvermeidlich ist. Obwohl er nicht sterben will, muss er erkennen, dass es ans Sterben geht und er nicht mehr leben kann. Was heißt es, einem Sterbenden auf diesem Weg des Erkennens und Annehmens beistehen?

Ein 62jähriger Patient ist an akuter Leukämie erkrankt und ist seit fünf Monaten auf einer Krebs-Station in Behandlung. Ich besuche ihn nach einer Woche, in der ich nicht in der Klinik war. Nach der Begrüßung sage ich:

S.: Darf ich Sie fragen, wie es Ihnen geht?

A.: Wenn Sie's wissen wollen, nehmen Sie sich einen Stuhl.

(Ich nehme mir einen Stuhl und setze mich zu dem Patienten an das Bett)

Es geht mir nicht gut, ich bin ganz kraftlos, habe einen scheußlichen Husten.

Ich denke, der liebe Gott ruft nach mir.

S.: Sie haben das Gefühl, es geht zum Sterben.

A.: Ja, und ich wüsste gern, worauf ich mich einstellen kann: Wieviel Lebenszeit habe ich noch?

S.: Wieviel Zeit Sie noch haben, kann ich nicht sagen. Das wird der Arzt Ihnen sagen, wenn Sie ihn fragen.

A.: Um mich selber geht es nicht mehr. Was mir Not macht ist, wenn ich an meine Frau denke.

S.: ... dass Sie dann allein ihr Leben leben muss.

A.: Ja, das ist es (Tränen)

S.: Ja, das tut so weh. Sie können nichts tun, es ist eine Grenze erreicht.

A.: Ja, mir fehlt der Lebenswille. Ich habe kein Interesse mehr, an nichts ...

S.: Das ist, als sei Ihr Lebensnerv getroffen.

A.: Ja, und der Oberarzt sagt zu mir, Sie müssen erst wieder zu Kräften kommen.

S.: Und Sie fragen sich, wozu noch?

A.: Wozu noch? Ich hab keine Kraft mehr.

S.: In den letzten Wochen habe ich wahrgenommen, wie Sie sich immer wieder auch an Ihr Leben erinnert haben.

A.: Ja, das habe ich.

S.: Da kam viel zurück, was gut war, was anstrengend war, aber gelungen ist.

Ich habe Ihre Dankbarkeit gespürt, und manchmal auch ihren Stolz.

A.: Ja, das stimmt, ich bin auch stolz auf das, was ich gelebt habe ...

Der Patient kommt an eine Grenze. Er weiß jetzt von der Aussichtslosigkeit aller Bemühungen um Heilung, dass nun nichts mehr zu machen ist, und er spürt die Hinfälligkeit des Körpers. Im Gespräch mit dem Stationsarzt fällt die Entscheidung: Er wünscht keine Weiterführung der Chemotherapie und äußert die Angst vor Erstickung. Er erhält die Zusage von Hilfe und Begleitung und der notwendigen Versorgung mit Mitteln, die Schmerz und Luftnot lindern.

Der Patient akzeptiert die Aussichtslosigkeit der Therapie, will um diesen Preis keine Lebensverlängerung und trifft seine Entscheidung in einer für mich beeindruckenden Klarheit. Nach zwei Tagen stirbt er.

Bis in diese letzten Tage hat er mit einem starken Willen gehofft. Er hat sich über die medizinischen Zusammenhänge informiert. Die Frage, die er dem Arzt bei der Visite stellte, bleibt mir eindrücklich: „Kann aus einer akuten Leukämie auch eine chronische werden?“ „Das geht bei Ihnen nicht.“ Die Suche nach Hoffnung, das Klammern an ein Wunder, auch die Frage nach einem möglichen Ausweg in der Selbsttötung bewegt Patienten auf diesem Weg. Bei einem Besuch reicht er mir einen Brief von einer Bekannten, worin sie Anteil gab an ihrer eigenen schweren Erkrankung, durch die ihr eigenes Weiterleben in Frage gestellt war. Ich bin berührt von dem Vertrauen und lese den an ihn gerichteten Brief: „Ich habe in dieser Zeit versucht, nicht bei mir zu bleiben, nicht bei mir allein. Was heißt dann Vertrauen fassen zu Gott? Das hat mir geholfen durchzustehen. Und die Nähe meines Mannes und der erwachsenen Kinder, da ist erfahrbar: Einer trage des andern Last. So ist es. Der Satz aus der Bergpredigt hat mich begleitet: Klopfe an, so wird dir aufgetan.“ Als ich den Brief zurückreiche, sagt er: „Besser kann's keiner sagen, wie's einem geht wie mir.“ Bei einer unserer ersten Begegnungen hatte er mir gesagt: „Um meine Seele brauchen Sie sich nicht zu sorgen.“ So war es. Dieser Patient ist seinen Weg in einer großen eigenen Stärke gegangen, die er in sich trug. Er war in seinem Leben gewohnt, klare Entscheidungen zu treffen, er hatte in leitender Position Verantwortung getragen. So ist er auch gestorben. Die Haltung zum Leben kann das Sterben wesentlich prägen.

„Ich will doch sterben“

Auf dem schweren Weg des Abschieds ist es gut, wenn Menschen Raum finden, ihr Leben noch einmal zu reflektieren, auch das Fragmentarische, dass sie dies erzählen und Bilanz ziehen können.

Eine 78-jährige Frau gibt mir Anteil an ihrem Leben und darin an ihrem Schmerz. In der Fülle des erinnerten Lebens erfahre ich von der Geburt ihrer behinderten Enkeltochter vor 23 Jahren. Ihre große Liebe zu diesem Kind ist zu spüren. Sie erzählt von ihren Bemühungen in den vielen Jahren, diesem Kind dennoch zu Lebensmöglichkeiten zu verhelfen und dabei die bittere Erfahrung der Begrenztheit ihres eigenen Tuns zu machen - nur bruchstückhaft gelingt dies, vieles bleibt vergeblich. Leben geht durch viel Verlorenheit. Sie sagt: „Das hat mich krank gemacht. Das ist mein Krebs, verstehen Sie! Ich will sterben.“ Anteilgeben ist wie etwas aus sich „entlassen“ können und so Gelassenheit finden. Bei meinem zweiten Besuch unterstützt eine Sauerstoffflasche das Atmen, ihre Kurzatmigkeit ist anstrengend und veranlasst mich zu dem Satz: „Sie kämpfen?“ „Nein“ - antwortet sie - „ich will doch sterben!“ „Und das ist schwer“ sage ich. „Nein, Leben ist schwerer ... ich habe keine Kraft mehr zum Reden.“ „So ist es.“ Ich halte lange ihre Hand. Nach einem längeren Schweigen verabschiede ich mich.

Menschen, die auf den Tod zugehen, suchen nach Nähe, sind dankbar für menschliche Wärme, und sie sind fähig zu ehrlicher und offener Kommunikation. Die alte Dame ist wenig später friedlich eingeschlafen. Es gibt auch diese Form von Loslassen-Können: die Resignation. Sie ist hier total und echt. Auch die Angehörigen konnten einwilligen und haben den Arzt nicht noch wegen einer eventuell möglichen Therapie bedrängt.

Der Mensch ist sterblich. Das gehört zum Geschöpfsein. Die Grenze wird erfahren. Der Patient kann zustimmen, einwilligen ins Sterben, das ist etwas Tiefes. Auch der Arzt und die Pflegenden kommen an eine Grenze. Der Tod eines Patienten ist nicht die Niederlage eines Arztes. Sterben ist keine Bankrotterklärung der Medizin. Wo der Tod als Grenze akzeptiert wird, wird das Sterben als zum Menschsein dazugehörig erfahren. In diesem Sinne ist Sterben menschlich.

5. Komm, sanfter Tod

Der Wunsch nach Sterbehilfe

Viele Menschen haben in der Situation der Todesnähe einen Wunsch: Ihr Tod möge ein „guter Tod“ sein - sanft, leicht, schmerzlos.

Wir wissen von sehr unterschiedlichen Todeserfahrungen.

Wir wissen, dass es ihn gibt, den „guten Tod“ am Ende eines erfüllten Lebens. Vielleicht haben auch wir Menschen gekannt, denen ein solches Ende geschenkt war, die friedlich eingeschlafen sind, die „alt und lebenssatt“ sterben durften.

Wir wissen auch von anderen Erfahrungen. Dass es den Tod gibt, der als Erlösung herbeigefleht wird, dort, wo Menschen unerträgliche körperliche Schmerzen oder seelisches Leid zugemutet werden. Da gibt es den Schrei der Verzweiflung, der sich an Gott oder an Menschen am Krankenbett richtet, an Pfleger, an Angehörige: „Helft mir, macht doch meinem Leid schnell ein Ende!“

Wir wissen von der Angst vor dem Tode, die vielleicht auch unser aller geheime Angst ist. Eine Angst, die letzten Stunden und Tage so zu erleben: hilflos zu sein, verzweifelt und allein. Dass wir, wo wir die Nähe von Menschen brauchten, einer seelenlosen Apparatemedizin ausgeliefert sind. Dass wir starke Schmerzen erleiden müssen und anderen schweren und entwürdigenden Beeinträchtigungen ausgesetzt sind.

Verständlich ist in solcher Not das Verlangen, es möge friedlich und menschenwürdig mit mir zu Ende gehen, verständlich auch der Wunsch nach Hilfe und Begleitung auf diesem letzten Stück Weg.

Das ist der Ruf nach Sterbe-Hilfe.

Nun ist „Sterbehilfe“ aber ein Begriff, der sehr unterschiedlich gebraucht wird, der mehrdeutig (geworden) ist. Meinen wir damit Beistand für einen sterbenden Patienten, also Hilfe *im* Sterben, oder verstehen wir Sterbehilfe als Bei- oder Nachhilfe *zum* Sterben, dass es schneller zu Ende geht ...?

Die öffentliche Diskussion entzündet sich z.B. an unserem Nachbarland Niederlande, wo auf ausdrücklichen Wunsch todkranker Patienten der Arzt eine tödliche Spritze geben darf, oder an einen Prozess vor dem Oberlandesgericht in Frankfurt/Main 1998, bei dem die Frage zu klären war, ob die künstliche Ernährung bei einer Patientin eingestellt werden darf, die schon seit Monaten in tiefer Bewusstlosigkeit lag. Manche erinnern sich vielleicht auch noch an den umstrittenen Arzt Julius Hackethal, der unheilbar Krebskranken Gift bereitstellte.

Sterbehilfe: **Einige wichtige Begriffe**

Unter **Sterbehilfe** versteht man ganz allgemein die Erleichterung des Sterbens eines unheilbar schwer kranken Menschen. Für die Einleitung oder Unterlassung von Maßnahmen ist der Wille des Betroffenen maßgeblich.

Passive Sterbehilfe zielt auf ein menschenwürdiges Geschehen-Lassen des Sterbens, insbesondere dadurch, dass eine lebensverlängernde Behandlung (z.B. künstliche Ernährung, künstliche Beatmung oder Dialyse, Verabreichung von Medikamenten wie z.B. Antibiotika) bei einem unheilbar kranken Menschen, der sich im Sterben befindet, nicht weitergeführt oder gar nicht erst aufgenommen wird (siehe Kapitel 6.).

Beihilfe zur Selbsttötung (auch „assistierter Suizid“ oder „Freitodbegleitung“) nennt man die Unterstützung eines Menschen bei der Durchführung seiner Selbsttötung. Diese kann durch Beschaffung tödlich wirkender Mittel erfolgen oder auch durch die Anleitung zu ihrer

Handhabung. Der Patient vollzieht jedoch die Tötungshandlung selbst (siehe Kapitel 7.).

Aktive Sterbehilfe (genauer: aktive direkte Sterbehilfe) meint die gezielte Tötung eines Menschen, die auf sein ausdrückliches Verlangen erfolgt, z.B. durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (Tablette, Spritze, Infusion) (siehe Kapitel 8.).

Indirekte Sterbehilfe (genauer: aktive indirekte Sterbehilfe) wird geleistet, wenn tödlich Kranken ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können (siehe Kapitel 9.).

Unter **Sterbebegleitung** versteht man alle Formen der mitmenschlichen, pflegerischen und seelsorgerlichen Zuwendung zum Sterbenden, die keinen direkten Einfluss auf den biologischen Sterbeprozess nehmen (siehe Kapitel 10.).

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. (WHO 2002) - (siehe Kapitel 10.).

Der Nationale Ethikrat hat in seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2006 „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ Vorschläge gemacht für eine neue und seiner Ansicht nach besser „angemessene“ Terminologie wichtiger Begriffe im Zusammenhang mit Sterbebegleitung und Sterbehilfe (siehe Kapitel 14.6.)

Sterbehilfe? Jemandem im Sterben beistehen – das meint heute eine breite und manchmal auch verwirrende Palette von Angeboten: vom Bleiben am Bett eines sterbenden Menschen bis hin zu aktiven Tötungsmaßnahmen. Da hören wir von aktiver und von passiver Sterbehilfe, da wird von Sterbebegleitung gesprochen oder von palliativer Medizin, da geht es um indirekte Sterbehilfe oder um Beihilfe zur Selbsttötung, auch der Begriff Euthanasie wird in manchen Lexika mit Sterbehilfe gleichgesetzt.

In welchem Zusammenhang ist mir der Begriff „Sterbehilfe“ schon begegnet, in den Medien, in Alltagsgesprächen? Erschrecke ich über solche Möglichkeiten oder macht mir das Hoffnung?

Da alle eben aufgeführten Begriffe verschiedene Aspekte von Sterbehilfe ansprechen, soll in den folgenden Kapiteln versucht werden, an Fallbeispielen die jeweils gemeinte konkrete Lebens-Situation deutlich zu machen, medizinische und juristische Erläuterungen zu geben und auf die spezifischen ethischen Fragestellungen einzugehen.

6. Lass mich sterben

Passive Sterbehilfe

Eine 67-jährige Frau leidet seit Jahren an einer chronischen Lungenerkrankung. Sie verspürt bei geringster Belastung Luftnot. Bei einer Atemwegserkrankung werden die Beschwerden so stark, so dass die Frau den Notarzt ruft. Kurz nach seinem Eintreffen wird sie bewusstlos. Eine künstliche Beatmung muss eingeleitet werden. Die Frau kommt auf die Intensivstation. Dort kann sie nach wenigen Tagen von der künstlichen Beatmung getrennt werden. Sie atmet wieder selbstständig und ist bei Bewusstsein. Aber noch auf der

Intensivstation verschlechtert sich ihr Zustand wieder. Wegen mangelhafter Funktion der Lunge gerät sie wieder in einen Dämmerzustand, der sich aber durch erneute künstliche Beatmung überwinden lässt. Solche Attacken wiederholen sich noch mehrfach, die Zeitabstände werden immer kürzer. Eine wesentliche Besserung der Lungenfunktion ist nicht zu erwarten. Die Frau bittet um Entlassung nach Hause, um dort z.B. im Kreis der Familie noch einmal Kaffee trinken zu können. Wenn sich dann wieder der schmerzlose, zum Tode führende Dämmerzustand einstellt, soll kein Notarzt gerufen werden.

Bei der passiven Sterbehilfe wird auf Wunsch des Patienten dem Sterben sein Lauf gelassen. In den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (1998) wird der Sterbeprozess definiert als "ein unumkehrbares Versagen einer oder mehrerer lebenswichtiger Funktionen; der Eintritt des Todes ist in kurzer Zeit zu erwarten". Noch mögliche medizinische Maßnahmen, die das Leben bzw. den Sterbeprozess weiter verlängern könnten, werden unterlassen oder abgebrochen. So könnte z.B. entschieden werden, einen Patienten bei Auftreten immer neuer Komplikationen nicht auf eine Intensivstation zu verlegen, auf die Behandlung einer zusätzlichen Lungenentzündung mit Antibiotika könnte bei einem Krebskranken in der Endphase verzichtet oder eine Chemotherapie abgebrochen werden.

Passive Sterbehilfe zielt auf ein menschenwürdiges Geschehen-Lassen des Sterbens, insbesondere dadurch, dass eine lebensverlängernde Behandlung (z.B. künstliche Ernährung, künstliche Beatmung oder Dialyse, Verabreichung von Medikamenten wie z.B. Antibiotika) bei einem unheilbar kranken Menschen, der sich im Sterben befindet, nicht weitergeführt oder gar nicht erst aufgenommen wird.

Passiv ist Sterbehilfe immer dann, wenn akzeptiert wird, dass der Sterbeprozess nicht mehr aufgehalten werden kann, wenn man das Sterben geschehen lässt.

Die Behandlung des Patienten geht weiter, jetzt aber mit anderer Schwerpunktsetzung und Zielrichtung. Vorrang hat nicht mehr die Bekämpfung der Grunderkrankung, sondern die Behandlung konzentriert sich nun auf leidenslindernde Maßnahmen, die das Dasein des Patienten in der letzten Phase seines Lebens erleichtern und erträglich machen.

Passive Sterbehilfe ist also nicht wirklich passiv. Zur in jedem Fall unverzichtbaren „Basisbetreuung“ gehören u.a. eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger und Durst.

Ob bei Sterbenden jedoch ein Hunger- oder Durstgefühl besteht und dieses gegebenenfalls durch Zufuhr unter Umgehung des natürlichen Schluckaktes gelindert werden kann, ist umstritten. Nach den Erfahrungen der Palliativmedizin bei der Behandlung von Sterbenden scheint eine konsequente Mundpflege zur Linderung des Durstgefühls wichtiger als eine venöse Flüssigkeitszufuhr. Auch das Aufzwingen von Nahrung kann eine zusätzliche Last für den Patienten bedeuten. Eine angemessene Entscheidung kann nur unter Berücksichtigung der individuellen Situation getroffen werden.

In der **ethischen Diskussion** ist vielfach die Frage der Abgrenzung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe erörtert worden. Gelegentlich wird diese Abgrenzung mit dem Argument in Frage gestellt, dass in beiden Fällen das ärztliche Handeln den Tod des Patienten zum Ziel habe (so z.B. Norbert Hoerster: Sein letzter Wille, in: Was darf der Mensch? ZEIT-Punkte, Nr. 2/1995, 38). Wäre diese Kritik stichhaltig, so müssten beide Formen der Sterbehilfe entweder grundsätzlich erlaubt oder ebenso kategorisch verboten werden. Auf dem Hintergrund des eingangs dargestellten christlichen Menschenbildes (vgl. Kap. 2.) gibt es jedoch genügend Argumente, die Eigenständigkeit und die Bedeutung der passiven Sterbehilfe deutlich zu machen.

Zur menschlichen Lebenssituation gehört neben aller Aktivität auch die Erfahrung der Passivität. Am Ende des Lebens wird dies besonders offensichtlich: wir *erleiden* das Sterben. Der Umstand, dass dem Menschen sein Tod *widerfährt*, macht auf eine Wirklichkeitsdimension aufmerksam, die sich zwar (z.B. durch medizinische Eingriffe) beeinflussen, aber nicht beherrschen oder gar aufheben lässt. Im Verzicht auf eine künstliche Lebensverlängerung angesichts einer tödlich verlaufenden Krankheit wird dieser menschlichen Grundsituation Rechnung getragen. Dabei ist es nicht von zentraler Bedeutung, ob die Ärzte eine Behandlung *unterlassen* – sich also *passiv* verhalten – oder ob sie diese *abbrechen* – also *aktiv* sind. Entscheidender ist es, dass in einer Situation, in der es unangemessen ist, dem Widerfahrnis des Todes weitere Aktivitäten entgegensetzen, dem Sterben-Lassen und dem Sterben-Können Raum gegeben wird.

Passive Sterbehilfe gilt in Deutschland als rechtlich zulässig und ist bei Sterbenden geboten. Ein Verzicht auf Maßnahmen der Lebenserhaltung und Lebensverlängerung und die vorrangige Orientierung auf palliativmedizinische Versorgung kann nach den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004“ auch in anderen Fällen erwogen werden. Eine solche Änderung des Therapie-Zieles kann – wenn das dem Willen des Patienten entspricht – auch dann erfolgen, wenn sich der Patient „zwar noch nicht im Sterben befindet, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in kurzer Zeit sterben wird, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist“ („infauste“ = ungünstige Prognose). Auch bei „Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann ... im Einvernehmen mit den Eltern ... eine lebenserhaltende Behandlung ... unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder ... und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben.“ Bei Patienten mit schwersten Hirn-Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, Wachkoma) wird ausdrücklich klargestellt, dass sie Lebende sind und „ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung haben. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – gegebenenfalls künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten ... Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein.“ Nach den „Grundsätzen“ von 2004 (vgl. dazu auch die aktuelle Fassung von 2011) gehören die „Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht immer zur Basisbetreuung, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“ Die künstliche Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit (z.B. über eine PEG-Sonde) ist generell nur statthaft, wenn sie nicht gegen den Willen des Patienten erfolgt.

Zum ersten Mal hat ein britisches Gericht einer nicht todkranken Patientin das Recht zu sterben zugebilligt. Die Richterin gab dem Wunsch einer vollständig gelähmten Frau nach, das für sie lebenswichtige Beatmungsgerät abzuschalten. Die Frau ist seit einer Schlagaderverletzung vor einem Jahr vom Hals abwärts gelähmt und kann nicht mehr selbstständig atmen. Auf diese Weise könne die Patientin ihr Leben in Frieden und mit Würde beenden, begründete die Richterin ihre Entscheidung. Für derart schwer behinderte Menschen könne das Leben schlimmer als der Tod sein.

(die tageszeitung 23./24.3.02)

Unabdingbare Voraussetzung für Maßnahmen der passiven Sterbehilfe im Vorfeld des unmittelbaren Sterbeprozesses ist, dass sie dem Wunsch des Patienten entsprechen. Für die Entscheidungsfindung ist es hilfreich, wenn der „erklärte Wille“ des Patienten vorliegt, den er bei klarem Bewusstsein und eindeutig und konkret für die vorliegende Situation z.B. in einer „Patientenverfügung“ niedergeschrieben hat. Viel schwieriger gestaltet sich die Entscheidungsfindung, wenn der Patient sich selbst nicht (rechtzeitig und eindeutig) geäu-

ßert hat, und stellvertretend für ihn Ärzte, Angehörige und Gerichte seinen „mutmaßlichen“ Willen ergründen sollen.

Nach einem schweren Hirninfarkt dämmerte die 85-jährige Patientin in tiefer Bewusstlosigkeit und ohne Aussicht auf Besserung dahin. Die Tochter beantragte bei einem Frankfurter Betreuungsgericht, die künstliche Ernährung einzustellen und die Schwerst- kranke nur noch mit Flüssigkeit zu versorgen, um ihr ein sinnloses Leiden zu ersparen. Gemeinsam mit ihrem Bruder erklärte sie unter Eid, ihre Mutter habe sich immer gegen ein langes Siechtum und künstliche Lebensverlängerung ausgesprochen. Dennoch lehnte das Gericht den Antrag ab. Die alte Dame hatte es versäumt, ihren persönlichen Willen aufzu- schreiben, solange sie geistig dazu noch in der Lage war. Das Oberlandesgericht Frankfurt, bei dem der Fall schließlich landete, bestätigte grundsätzlich das Recht auf Selbstbestim- mung der Patienten. Wenn aber keine schriftliche Patientenverfügung vorliegt und der Betroffene sich auch selbst nicht mehr äußern kann, so urteilten die Frankfurter Richter, sind die Ärzte zum Schutz des Lebens verpflichtet. Sie verwiesen den Fall wieder zurück an das Amtsgericht, das nun den „mutmaßlichen“ Willen der Patientin klären und dann erneut entscheiden sollte. Die Tochter hat inzwischen resigniert und ihren Antrag zurückgezogen. (Öko-Test 10/2001, 76)

7. Hilf mir sterben

Beihilfe zur Selbsttötung

Frau E. leidet seit 1977 an einem Hauttumor im Bereich von Mund und Nase. Sie kann durch mehrere Operationen und Bestrahlung nicht geheilt werden. Seit 1982 kann sie nur noch schwer Nahrung zu sich nehmen, darüber hinaus bestehen stärkste Gesichtsschmerzen, so dass mehrfach täglich Schmerzmedikamente gespritzt werden müssen. Anfang 1984 wird ein Tumor der Oberkieferhöhle festgestellt, der in die Augenhöhle und den Schädel ein- wächst. Die Sehkraft der Patientin lässt nach, die Nahrungsaufnahme wird schwierig und die Schmerzen sind nicht zu stillen. Anfang 1984 lässt sie sich vom behandelnden Arzt das Versprechen geben, ihr „mit seinen Möglichkeiten“ zu helfen. Am 18.4. 1984 wiederholt die 69-jährige Patientin ihren Wunsch, aus dem Leben zu scheiden. Am gleichen Abend händigt der Arzt dem Lebensgefährten der Ziehtochter der Patientin einen Becher mit Gift aus. Dieser verdünnt das Gift mit Wasser und übergibt den Becher an Frau E. Sie führt ihn zum Mund und trinkt ihn aus. Wenige Minuten später verstirbt sie in den Armen der Tochter. (Fall Hackethal, nach Udo Benzenhöfer: „Der gute Tod“, München 1999)

Manche Patienten treffen – vielleicht in der Erfahrung unerträglicher Schmerzen - für sich selbst die Entscheidung zur Selbsttötung, um ihr Leiden zu beenden. Dabei kann es sein, dass der Sterbewillige eine andere Person bittet, ihm bei diesem Vorhaben zur Seite zu stehen. In der Regel richtet sich diese Anfrage an einen Arzt oder an eine andere fach- kundige Person, die die notwendigen Mittel (Medikamente, Gifte) beschaffen und Hinweise zu deren Anwendung geben können. Der Patient tut jedoch selbst den letzten Schritt, trinkt das Glas mit dem Gift aus oder setzt einen Mechanismus in Gang, durch den er sich eine tödliche Injektion verabreicht.

Grundsätzlich ist zu fragen, ob eine klare Abgrenzung zwischen aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung wirklich möglich ist. Wer das Gift lediglich beschafft, ist straflos, wer es verabreicht, wird bestraft.

Beihilfe zur Selbsttötung (auch „assistierter Suizid“ oder „Freitodbegleitung“) nennt man die Unterstützung eines Menschen bei der Durchführung seiner Selbsttötung. Diese kann durch Beschaffung tödlich wirkender Mittel erfolgen oder auch durch die Anleitung zu ihrer Handhabung. Der Patient vollzieht jedoch die Tötungshandlung selbst.

Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland nicht strafbar.
Dennoch ist der Beistand zur Selbsttötung durch einen Arzt (eigentlich) nicht möglich.
Bereits im hippokratischen Eid wurde ein tötendes Handeln ausgeschlossen.

**„Niemals werde ich jemand raten,
seine Zuflucht zum Gift zu nehmen,
und ich werde es denen verweigern,
die mich darum bitten.“
(Aus dem EID DES HIPPOKRATES)**

Nach den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (2011) „ist die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“.

Eine Arbeitsgruppe des Bundesministeriums der Justiz „Patientenautonomie am Lebensende“ (Bericht vom 10. Juni 2004) hatte noch vorsichtig argumentiert: „Entschließt sich eine Patientin oder ein Patient trotz aller ärztlichen Bemühungen nach freiverantwortlicher Überlegung dazu, ihr oder sein Leben selbst zu beenden, so soll keine ärztliche Verpflichtung bestehen, gegen den ausdrücklichen Willen der oder des Betroffenen lebenserhaltend einzugreifen“ ... „niemand - insbesondere weder ein Arzt noch ein naher Angehöriger - sollte mit den Mitteln des Strafrechts gezwungen werden, einen schwer leidenden Menschen in der von ihm selbst und frei verantwortlich gewählten Stunde des Todes allein zu lassen und ihn zum Weiterleben zu nötigen“.

Der 114. Deutsche Ärztetag beschloss eine Neuformulierung des §16 der (Muster-)Berufsordnung: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ (PM zum 114. Ärztetag, 1.6.2011, <http://baek.de/page.asp?his=0.2.7535.9293.9347>)

Ethisch sind die Selbsttötung und die Beihilfe dazu ähnlich zu bewerten. In der Bibel finden sich mehrfach Berichte über Menschen, die Suizid begangen haben: Simson, Saul, Judas. Diese und andere Personen haben ihren Suizid in einer für sie ausweglosen, verzweiferten Situation begangen. Aber die biblischen Texte enthalten keine ethische Bewertung der Selbsttötung. Nirgends wird ein direktes Verbot ausgesprochen. Erst der Kirchenvater Augustin (354-430) hat die Selbsttötung unter ein generelles Verbot gestellt, indem er das 5. Gebot auf sie anwandte: „Denn wer sich selbst tötet, tötet auch einen Menschen“ (Augustinus, Vom Gottesstaat, 1955, I,20, dt. von Wilhelm Thimme). Augustins Position hat die theologische Diskussion über Jahrhunderte geprägt. In der Folge ist „Selbstmördern“ das kirchliche Begräbnis verwehrt worden, ja sie wurden sogar außerhalb des Friedhofs bestattet. Erst im neunzehnten Jahrhundert ist diese Diskriminierung aufgehoben worden. In der theologischen Bewertung des Suizids ist vielfach auf den Geschenkcharakter und die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens hingewiesen worden. Deshalb schließe die menschliche Selbstbestimmung keineswegs das Verfügungsrecht über das eigene Leben ein.

Umgekehrt hat es philosophische Bemühungen gegeben, die Selbsttötung als Ausdruck höchster individueller Autonomie zu betrachten.

Für eine angemessene Beschreibung des Menschseins ist allerdings der Hinweis auf die menschliche Selbstbestimmung keineswegs ausreichend. Vielmehr sind Personen immer zugleich handelnd *und* empfangend, aktiv *und* passiv. Für Menschen, die ihr Leben selbst

beenden wollen, steht das Empfinden im Mittelpunkt, keine Spielräume zur Aktivität mehr zu besitzen. Ihre Situation stellt sich ihnen ausweglos dar. Sie können der Depression und Verzweiflung nicht entinnen. Ihr Lebensraum scheint sich ihnen bis zur Atemlosigkeit verengt zu haben. Sie vermögen nicht mehr zu erkennen, dass Veränderungen oder Neuanfänge noch möglich sind. Diese Möglichkeiten aber kann es geben, ja gibt es in vielen Fällen. Deshalb muss es die vorrangige Aufgabe der Begleitung sein, Ressourcen für Neuanfänge zu entdecken und Lebensräume zu weiten.

Jedoch wird es beispielsweise bei Menschen, die eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit in einem fortgeschrittenen Stadium haben, Situationen geben, in denen es trotz allen Engagements nicht gelingt, ihren Zustand spürbar zu beeinflussen. Ihre Kraft, die eigene quälende Lebenssituation tragen zu können, ist in erheblichem Maß von tragfähigen Beziehungen abhängig, von Menschen, die ihren Fragen nicht ausweichen und ebenso schweigen können, die Unterstützung geben und ebenso das Unabänderliche annehmen. Darüber hinaus bedarf es einer angemessenen medizinischen Begleitung, beispielsweise in Form optimaler Schmerztherapie. Dennoch kann es in Einzelfällen dazu kommen, dass Menschen den einzigen Ausweg in ihrem Sterben sehen. Wenn wirklich alle medizinischen, individuellen und sozialen Möglichkeiten zur Weitung des Lebensraumes ausgeschöpft wurden und wenn unerträgliches Leid nicht erträglicher gemacht werden kann, dann entzieht sich der Suizid und dessen Begleitung einer von außen kommenden Bewertung. Es kann nur Betroffenheit bleiben.

Rechtliche Regelungen in anderen Ländern:

In der Schweiz wird Beihilfe zur Selbsttötung vom Strafgesetz nicht verfolgt, außer beim Vorliegen selbstsüchtiger Motive. Im Umkehrschluss wird die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich als erlaubt angesehen. Auf diesem Hintergrund bieten Sterbehilfe-Organisationen offen ihre Hilfe für ratsuchende Sterbewillige an und haben bereits hundertfach auch Beihilfe geleistet (in vielen Fällen auch bei deutschen Patienten). Dieses Angebot galt bisher nur für Patienten in Privatwohnungen. Im Juni 2003 wurde von der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften ein Entwurf von Richtlinien und Empfehlungen zur „Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen“ veröffentlicht. Danach ist im Falle von Selbsttötungswünschen bei urteilsfähigen älteren pflegebedürftigen Personen in Institutionen der Langzeitpflege seitens der Ärzte und des Pflegepersonals zunächst das Gespräch zu führen und gemeinsam nach Wegen zur möglichen Verbesserung der Lebenssituation zu suchen. Bei fortbestehendem Suizid-Wunsch, bei dem die Beihilfe durch eine weitere Person erbeten wird, ist ein unabhängiger Arzt hinzuzuziehen, der sich überzeugt, dass dieser Wunsch nicht auf Druck Dritter zustande gekommen und nicht auf eine unzureichende Behandlung oder Betreuung zurückzuführen ist (besondere Berücksichtigung palliativer Maßnahmen). Weiterhin wird eine Bedenkfrist vorgeschlagen. Wenn der Sterbewunsch dennoch fortbesteht, ist es dem Personal von Pflegeeinrichtungen freigestellt, den Sterbewilligen zu begleiten bzw. beim Suizid anwesend zu sein. Das Personal soll jedoch nicht an der Vorbereitung und Durchführung mitwirken. Im US-Bundesstaat Oregon wurde ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung gesetzlich legitimiert. Bereits 1994 war dort ein Gesetz zum „Sterben in Würde“ beschlossen worden, dessen Inkrafttreten aber zunächst durch Gerichte verhindert wurde. In einem Volksentscheid stimmten 1997 60 Prozent der Wähler für die endgültige Einführung. Der Kranke muss im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte sein. In einem schriftlichen Antrag müssen die Gründe für den Suizidwunsch und die Art der Erkrankung angegeben werden. Eine ausführliche Aufklärung über mögliche Alternativen durch den behandelnden Arzt muss erfolgt sein. Wenn nach einer Wartezeit von 15 Tagen der Sterbewunsch weiter besteht, nimmt ein zweiter, beratender Arzt Einsicht in die Krankenakte und bewertet den Zustand des Patienten. Wenn danach die voraussichtliche Lebenserwartung weniger als sechs Monate beträgt, kann 48 Stunden später die Verschreibung für die tödlich wirkenden Medikamente

erfolgen. Diese dürfen von den Ärzten nur verordnet, aber nicht verabreicht werden. 15 Patienten starben 1998 in Oregon an dem auf Rezept verschriebenen Gift.

Auch in einem Bundesstaat von Australien (Northern Territory) war Beihilfe zur Selbsttötung 1995 durch einen Parlamentsbeschluss legalisiert worden, wurde aber später durch Bundesgesetz verboten.

Die 43-jährige Britin Diane Pretty klagte im Frühjahr 2002 vor dem Europäischen Gerichtshof. Seit zwei Jahren litt sie an einer schweren Erkrankung des zentralen Nervensystems, die zu fortschreitender Lähmung führte. Sie konnte kaum noch schlucken, nicht mehr artikuliert reden, wurde künstlich ernährt. Die Frau wollte nicht länger leiden und sich ein entwürdigendes Ende ersparen, konnte sich aber selbst wegen ihrer Erkrankung das Leben nicht nehmen. Sie wünschte, dass ihr Mann ihr beim Sterben helfen darf; doch das ist in Großbritannien verboten, ihm drohten bis zu 14 Jahre Gefängnisstrafe. Der Europäische Gerichtshof lehnte am 29.4.02 ihren Antrag auf Straffreiheit für ihren Ehemann ab. Sie bekam drei Tage später schwere Atemnot, es erfolgte die Aufnahme in ein Hospiz. Dort verstarb sie wenige Tage später friedlich eines natürlichen Todes.
(Freie Presse Chemnitz 30.3.02; Das Parlament 22./29.7.02, 11)

8. Ich will jetzt sterben

Aktive Sterbehilfe

8.1. Ein notwendiger Vorspruch: EUTHANASIE im Dritten Reich

„Euthanasie“ (griechisch) bedeutet ursprünglich den „leichten, schönen Tod“ und wurde (und wird heute noch weithin) mit „Sterbehilfe“ gleichgesetzt.

In der Nazizeit in Deutschland wurde der Begriff jedoch verwendet, um die Zwangstötung von unheilbar Kranken zu legitimieren und zu verschleiern. In einem staatlich verordneten Programm zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ kamen bis 1941 rund 70000 Insassen von Heil- und Pflegeanstalten ums Leben.

„Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“
(Adolf Hitler, Brief vom 1.9.1939)

Diese Menschen wurden unter dem Vorwand von „Leidensminderung“, „Erlösung“, „Gnadentod“ oder „Sterbehilfe“ gezielt vergast oder mit Medikamenten getötet. Auch als – unter anderem nach Vorhaltungen aus den Kirchen – das Programm offiziell eingestellt wurde, setzten einzelne Ärzte und Pfleger die Krankenmorde über konsequenten Nahrungsentzug und medikamentöse Überdosierungen fort, sodass in der „Wilden Euthanasie“ bis Kriegsende nochmals rund 30000 Patienten starben.

In der aktuellen Debatte um die aktive Sterbehilfe wird häufig an die Euthanasiepraxis der Nationalsozialisten erinnert. Genauso wie damals könnten auch heute wieder Menschen getötet werden, weil andere ihren Lebenswert als gering erachten. Eine solche Argumentation scheint nahe zu liegen, ist aber in mehrfacher Hinsicht problematisch. Der Vergleich mit den nationalsozialistischen Massenmorden brandmarkt zum einen die Befürworter der

Tötung auf Verlangen als Verbrecher und macht jedes weitere Gespräch unmöglich. Zum zweiten liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen der aktuellen Debatte zur aktiven Sterbehilfe und den Praktiken während der Zeit des Dritten Reiches ja gerade darin, dass damals das „Wohl des Volkes“ im Mittelpunkt stand, während heute der Wille des einzelnen betroffenen Menschen als ausschlaggebend gilt. Im „Euthanasie“-Programm wurden Menschen gegen ihren Willen und ohne ihre Zustimmung in der Verfolgung staatlicher, „übergeordneter“ Interessen getötet. Im Unterschied dazu ist aktive Sterbehilfe in einem Rechtsstaat nur denkbar, wenn es um eine bewusst getroffene und ausdrückliche Willensbekundung eines Menschen geht, der unerträglichem Leid ausgesetzt ist. Die nationalsozialistische Praxis ist also aus genau dem Grund abzulehnen, der heute von Befürwortern als Hauptargument für die Tötung auf Verlangen angeführt wird: dem Respekt vor der Autonomie eines jeden Menschen.

8.2. Aktive Sterbehilfe

Ein 88-jähriger Ingenieur lebt mit seiner Ehefrau in einem Eigenheim. Das Ehepaar hat keine Kinder, auch gibt es kaum Kontakte zu Nachbarn oder Freunden. Der Mann bemerkt seit einigen Monaten Schmerzen im Rücken und im Oberarm. Zunächst führt er die Schmerzen auf die Folgen eines Sturzes zurück. Als die Schmerzen immer stärker werden, sucht er den Hausarzt auf. Bei der Untersuchung wird ein Krebs der Prostata im fortgeschrittenen Stadium festgestellt. Dieser hat bereits ausgedehnte Metastasen in der Wirbelsäule und anderen Knochen gebildet. Eine Heilung der Erkrankung ist in dieser Phase nicht mehr möglich. Zunächst gelingt es, die Schmerzen befriedigend zu stillen. Der Patient ist in seinen Aktivitäten nicht eingeschränkt. Allerdings verschlechtert sich sein Gesamtzustand ständig, und die Schmerzen lassen sich nur unter Inkaufnahme von dauernder Müdigkeit und Darmträgheit einigermaßen stillen. Nach dem plötzlichen Tod der Ehefrau in dieser Phase wird die Pflege zu Hause unmöglich. So bittet der Patient den Hausarzt um die Verabreichung einer hohen Dosis an Schmerz- und Beruhigungsmitteln, um sterben zu können. Im Leben mit zunehmenden Schmerzen, allein ohne seine Frau und in fremder Umgebung sieht er keinen Sinn mehr.

Das Anliegen der aktiven Sterbehilfe ist, dem Sterben nicht seinen Lauf zu lassen, sondern dem natürlichen Tod durch aktives Eingreifen zuvorzukommen, um das Leben gezielt zu verkürzen. Die Tötung erfolgt zwar auf Verlangen des Patienten, aber die Tat wird von einem anderen Menschen aktiv durchgeführt.

Aktive Sterbehilfe (genauer: aktive direkte Sterbehilfe) meint die gezielte Tötung eines Menschen, die auf sein ausdrückliches Verlangen erfolgt, z.B. durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (Tablette, Spritze, Infusion).

8.3. Zur ethischen Diskussion der aktiven Sterbehilfe

Seit Jahren wird in einer ganzen Reihe von europäischen Ländern, in den Vereinigten Staaten, in Australien, Japan und anderswo über die aktive Sterbehilfe kontrovers diskutiert. (vgl. die Gegenüberstellung von Pro- und Contra-Argumenten in Kapitel 14.4.). Diejenigen, die eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen anstreben, machen besonders auf das Recht zur Selbstbestimmung aufmerksam. Nach ihrer Auffassung gehört es zur menschlichen Autonomie, auch über das eigene Sterben verfügen zu können. Im Fall einer schweren und unheilbar verlaufenden Krankheit sollte daher das *Recht* auf aktive Sterbehilfe eingeräumt werden. So argumentiert beispielsweise der Theologe Hans Küng (Küng, H; Jens, W.: Menschenwürdig sterben, München, 1996, 71f.): „Der allbarmherzige *Gott*, der dem Menschen Freiheit geschenkt und Verantwortung für sein Leben zugemutet hat, *hat gerade auch dem sterbenden Menschen die Verantwortung und Gewissensentscheidung für Art und Zeitpunkt seines Todes überlassen.*“

Gegen eine solche Auslegung des Selbstbestimmungsgedankens wenden sich auf der anderen Seite diejenigen, die eine Freigabe der Tötung auf Verlangen ablehnen. Für sie findet das Selbstbestimmungsrecht an der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens eine Grenze. So wird beispielsweise in der „Christlichen Patientenverfügung“ argumentiert: „Weil wir nicht selbst frei über unser Leben und schon gar nicht über das Leben anderer verfügen, lehnen wir jede aktive Beendigung des Lebens ab.“ Eine Berufung auf die Autonomie des Menschen schließt auch nach Auffassung des Medizinethikers Günther Pöltner (Grundkurs Medizin-Ethik, Wien, 2002, 266) nicht das Recht auf den eigenen Tod ein. „Wer *Autonomie* achten möchte, kann immer nur *jemanden*, d.i. das *Leben* eines Menschen achten.“ Die Tötung auf Verlangen wäre dagegen „nicht Achtung, sondern das genaue Gegenteil, nämlich *Vernichtung* fremder Autonomie“.

Mit Rückgriff auf die menschliche Selbstbestimmung kann deshalb kein prinzipielles *Recht* auf aktive Sterbehilfe begründet werden. Auf der anderen Seite muss man aber auch fragen, ob die *Lebenssituation* von Menschen, die sich im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinden, in dieser Diskussion schon angemessen berücksichtigt ist. Geht es aus ihrer Perspektive wirklich um die Ausübung eines Rechtes und die Verfügung über den eigenen Todeszeitpunkt? Oder empfinden sie nicht vielmehr, dass durch die tödlich verlaufende Krankheit, die sie erleiden, bereits über ihr Leben verfügt wird? Nehmen die Sterbenden ihre eigene Situation nicht unter ganz anderen Gesichtspunkten wahr? Viele haben Angst vor einem qualvollen Tod. Manche fühlen sich von ihrer Krankheit entwürdigt, weil sie das Gefühl haben, nicht mehr sie selbst zu sein. Für andere sind es die nicht enden wollenden Schmerzen, die ihnen das Leben unerträglich machen. Menschen in dieser extremen Lebenssituation zu verstehen, heißt auch zu verstehen, dass bei manchen von ihnen der Wunsch nach einem raschen, schmerzfreien Tod entsteht. Aus der Arbeit der Sterbebegleitung wird vielfach berichtet, dass eine effektive Schmerzkontrolle und die Gewissheit, einen Menschen an seiner Seite zu haben, den Sterbewunsch leiser werden lassen. Insofern äußert sich im Verlangen nach aktiver Sterbehilfe sicher auch häufig die Angst vor Schmerzen und dem Alleinsein. Dennoch wird man nicht davon ausgehen können, dass durch eine professionelle Sterbebegleitung der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ganz zum Verstummen gebracht werden kann. Gerade auch dies ist zu respektieren.

Allerdings wird man umgekehrt auch auf die Gefahren einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen aufmerksam machen müssen. Das hinter dem Wunsch stehende Bedürfnis nach Schmerzkontrolle und Begleitung würde möglicherweise nicht erkannt. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Menschen, die aufgrund ihrer schweren Erkrankung auf die Hilfe anderer angewiesen sind, die Tötung deshalb wählen, weil sie anderen nicht zur Last fallen wollen. Leicht könnte ein sozialer Druck empfunden werden, eine gesetzlich zugelassene

Möglichkeit auch in Anspruch nehmen zu sollen. Auch die Missbrauchsgefahr ist nicht von der Hand zu weisen.

Ein befriedigender Ausgleich zwischen den einander gegenüberstehenden Argumenten scheint gegenwärtig nicht erreichbar. Eine generelle Freigabe der Tötung auf Verlangen unter Berufung auf die menschliche Selbstbestimmung kann aus ethischer Sicht nicht in Betracht kommen. Aber gleichwohl bleibt ein ungelöster Konflikt bestehen. Auf der einen Seite stehen Menschen in einer extremen Lebenssituation: Menschen, die von einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit im fortgeschrittenen Verlauf betroffen sind. Manche von ihnen leiden unter dieser Situation so sehr, dass sie nach langer Auseinandersetzung den Wunsch äußern, durch eine Spritze sterben zu wollen. Auf der anderen Seite stehen die berechtigten Bedenken derer, die vor einer Freigabe der Tötung auf Verlangen warnen. Auch dieser Gefahren wegen dürfte eine prinzipielle Legalisierung auscheiden. Aber sind nicht dennoch extreme Ausnahmesituationen vorstellbar, in denen der Hinweis auf die allgemeinen Folgen individuell unmenschlich erscheint? Wie aber wäre eine solche Notsituation zu regeln? Würde eine rechtliche Regelung den Ausnahmecharakter angemessen erfassen können?

In der Diskussion dieser offenen Fragen wird häufig auf diejenigen Länder geschaut, in denen die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen praktiziert wird. Ein Blick auf die Praxis in den Niederlanden und in Belgien kann deshalb die Auseinandersetzung vertiefen.

8.4. Gesetzliche Regelungen zur aktiven Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt, und zwar auch dann, wenn sie auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgt.

In einigen anderen Staaten wurde in den letzten Jahren versucht, aktive Sterbehilfe in Einzelfällen bei Einhaltung einer Reihe von Bedingungen zu tolerieren.

Solche Vorstöße gab es z.B. durch Gerichtsentscheidungen in Japan (1996) und in Kolumbien (1997); in Italien und in Luxemburg wird derzeit die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe geprüft.

Anlass zu einer anhaltenden kontroversen Debatte lieferten aber besonders gesetzliche Regelungen, wie sie 2002 in den Niederlanden und in Belgien in Kraft traten.

Zulassung der aktiven Sterbehilfe durch Gesetze in den Niederlanden und in Belgien

Im Jahre 2002 sind von den Parlamenten in den Niederlanden und in Belgien gesetzliche Regelungen verabschiedet worden, die weltweit erstmals auch aktive Sterbehilfe zulassen. Das galt weithin als Tabubruch und wird in Deutschland vor allem von den Kirchen verurteilt. Im Folgenden sollen einige Erläuterungen zum „Niederländischen Modell“ gegeben werden. Aktive Sterbehilfe (unter dem Begriff „Euthanasie“, der in den **Niederlanden** allgemein gebräuchlich ist und historisch als unbelastet gilt) bleibt auch nach Erlass des Gesetzes vom 1.4.2002 rechtswidrig. In den Niederlanden ist darüber hinaus – anders als in Deutschland – auch Beihilfe zur Selbsttötung strafbar. Aber die Tötung auf Verlangen wird nicht strafrechtlich verfolgt, wenn dabei bestimmte Bedingungen erfüllt werden. Das entspricht etwa der rechtlichen Konstruktion zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im Deutschen Strafrecht.

Das niederländische Gesetz zur aktiven Sterbehilfe

(wesentliche Regelungen):

I) Der Artikel 293 des Strafgesetzbuches wird wie folgt geändert:

1. Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin beendet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren ... bestraft.
2. Die ... Handlung ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die ... Sorgfaltskriterien eingehalten und ... Meldung erstattet hat.

II) Die ... Sorgfaltskriterien beinhalten, dass der Arzt

- a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
- c) den Patienten über dessen Situation und dessen Aussichten aufgeklärt hat,
- d) gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den unter a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat ...

Wenn ein Patient ... nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, jedoch (früher, bei vollem Bewusstsein) eine schriftliche Bitte um Lebensbeendigung abgegeben hat, kann der Arzt dieser Bitte entsprechen.

(„Das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung“ – Quelle für den gesamten Text siehe in Kapitel 15.)

Die gesetzliche Neuregelung erfolgte in den Niederlanden auf dem Hintergrund einer längeren gesellschaftlichen Diskussion. Seit 1973 sind in der Rechtsprechung Sorgfaltskriterien für den Umgang mit aktiver Sterbehilfe entwickelt worden.

Auch mit der Verabschiedung des Gesetzes haben Patienten in den Niederlanden kein Recht auf Sterbehilfe. Genauso wenig ist ein Arzt dazu verpflichtet, Sterbehilfe zu leisten. Er kann sich weigern, an ihrer Durchführung mitzuwirken. Dies gilt auch für Pflegekräfte. Darüber hinaus legt das niederländische Gesetz großen Wert auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Sterbehilfe darf nur vom behandelnden Arzt geleistet werden. Er muss den Patienten gut genug kennen, um seinen Zustand einschätzen und den Stellenwert seiner Bitte um Sterbehilfe beurteilen zu können. Wie die Praxis zeigt, sind 90% derer, die aktive Sterbehilfe gewünscht und erhalten haben, Patienten, die sich im Endstadium einer Krebserkrankung befinden. Solange eine realistische Behandlungsalternative besteht, liegt aus medizinischer Sicht kein Rechtfertigungsgrund zur aktiven Sterbehilfe vor. Genauso wenig darf sie bei Patienten ausgeübt werden, die ihren Willen nicht äußern können. Nach offiziellen Angaben werden rund zwei Drittel der Bitten um Sterbehilfe abgelehnt.

Die Erfahrungen, die in den Niederlanden in den vergangenen Jahren mit der aktiven Sterbehilfe gemacht worden sind, machen viele Menschen unruhig und nachdenklich: Im Jahr 2001 gingen nach einer systematischen Erhebung etwa 3650 Sterbefälle auf „Euthanasie“ zurück, das entspricht 2,6% aller Verstorbenen. Für das Jahr 2010 werden 3136 Fälle angegeben – in 9 Fällen hätten die Ärzte die „Sorgfaltskriterien“ nicht eingehalten (Der Sonntag, Dresden, 11.9.2011 S.14).

Heftig diskutiert wird für die niederländische Praxis einmal der Tatbestand, dass eine erhebliche Zahl von Sterbehilfefällen nicht gemeldet werden, wie das die einschlägigen Vorschriften vorsehen. Zum zweiten wird darauf hingewiesen, dass bei den drei seit 1991 durchgeführten Erhebungen jährlich etwa 1000 Fälle benannt wurden, in denen das Leben von Patienten beendet wurde, ohne dass der aktuell geäußerte ausdrückliche Wunsch der Betroffenen vorlag. Allerdings wurde dazu inzwischen klargestellt, dass eine Tötung ohne

vorliegenden Wunsch des Patienten weiterhin klar strafbar ist. In vielen der fraglichen Fälle hatten aber die Patienten schon früher angegeben, in welcher Situation ihrer Krankheit sie nicht mehr weiterleben wollten und um Sterbehilfe bitten würden, oder Angehörige hatten einen solchen Wunsch übermittelt.

Anfang März 2012 hat die NVVE die erste Sterbehilfeklinik der Welt eröffnet; "Levens-eindekliniek" lautet der Name - ein Platz fürs Lebensende. Sie dient als Anlaufstelle für all jene Niederländer, die sterben wollen, aber keinen Hausarzt haben, der bereit ist, ihnen dabei zu helfen. Zur Klinik gehören ambulante Euthanasie-Teams, jeweils bestehend aus einem Mediziner und einer Pflegekraft. Kommt ein Patient nach einer Prüfung seines Falls in Frage, fährt das Team zu ihm nach Hause, um ihm zwei Medikamente zu spritzen - das eine versetzt den Todeswilligen in einen tiefen Schlaf, das andere stoppt die Atmung und führt so zum Tod. Sechs Teams arbeiten derzeit für die Klinik. Alle beteiligten Ärzte haben bereits Erfahrung in der aktiven Sterbehilfe. Einen Tag pro Woche werden sie in der Klinik arbeiten, die anderen Tage in ihrer eigenen Praxis. Höchstens einmal im Monat sollen sie Sterbehilfe leisten. (Der Spiegel 12-2012 S. 132ff.)

In **Belgien** wurde im Mai 2002 ein Gesetz zur Sterbehilfe beschlossen, das sich eng an das Niederländische Modell anlehnt, und mit dem aktive Sterbehilfe in Ausnahmefällen straffrei bleibt. Der Justizminister stellte ausdrücklich klar, dass dieses Gesetz nicht für geistig Behinderte oder Demenzkranke gilt. Gleichzeitig mit dem Sterbehilfegesetz befürworteten die Abgeordneten ein weiteres Gesetz, das auf den Ausbau schmerzlindernder Behandlung abzielt.

Abschließend seien noch **einige Fakten zur Sterbehilfe in den Niederlanden und im internationalen Vergleich** mitgeteilt (genaue Zahlen und Quellenangabe siehe in den Kapiteln 14. und 15.):

Eine aktuelle Studie vergleicht die Häufigkeit und die Charakteristika von ärztlichen Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern (THE LANCET, published online June 17, 2003). Die Untersuchung wurde methodisch analog zu früheren Untersuchungen in den Niederlanden durchgeführt und liefert nun vergleichbare Zahlen auch für Belgien, Dänemark, Italien, Schweden und die Schweiz. Bemerkenswert ist der in den meisten Ländern erstaunlich hohe Anteil an geleisteter indirekt-aktiver Sterbehilfe. Aber auch aktive Sterbehilfe gab es danach (vor dem Inkrafttreten der genannten Gesetze) nicht nur in den Niederlanden, sondern in allen untersuchten Ländern mit Ausnahme von Schweden. Auch ärztlich unterstützte Selbsttötung wurde 2001 in vier der sechs beteiligten Länder praktiziert. Und Lebensbeendigung mit ärztlicher Hilfe ohne ausdrückliches Verlangen der Patienten wird aus allen beteiligten Ländern berichtet (sie kommt in Belgien und Dänemark sogar häufiger als in den Niederlanden vor). Diese Zahlen relativieren die Angaben, die bisher nur aus den Niederlanden vorlagen.

Die eben zitierte Studie wird für die Niederlande um eine zusätzliche Untersuchung ergänzt (THE LANCET, published online June 17, 2003; genaue Zahlen und Quellenangabe siehe in den Kapiteln 14. und 15.). Damit liegen für die Praxis der „Euthanasie“ in den Niederlanden nun drei Erhebungen über einen Zeitraum von 10 Jahren vor, zuletzt ermittelt für 2001. Danach hat es weder bei den geäußerten Bitten um „Euthanasie“ noch bei den (um ein Drittel niedrigeren) Fallzahlen tatsächlich geleisteter aktiver Sterbehilfe seit 1995 eine Zunahme gegeben.

8.5. Aktive Sterbehilfe – ein Tabu-Thema für die Kirchen?

Die großen christlichen Kirchen in Deutschland lehnen aktive Sterbehilfe klar ab. In der 2003 veröffentlichten Textsammlung „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“ wird diese Ablehnung mit zahlreichen Stellungnahmen aus den letzten drei Jahrzehnten noch einmal bekräftigt. Mit Hinweis auf das Schöpferhandeln Gottes und die Geschöpflichkeit des Menschen werden die Würde und die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens begründet.

„Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschenwürde geschützt,“ heißt es in der „Christlichen Patientenverfügung“.

Immer wieder wird an die Gräuel der Nazizeit erinnert, die schmerzlich deutlich machen, wie schmal der Grat zur Barbarei ist. Vielfach wird vor Missbrauch und einem drohenden Dammbruch gewarnt, so dass sich die Inanspruchnahme schnell über die ursprüngliche Intention hinaus ausweiten könnte.

Ob aber manche polemisierenden Äußerungen sachgerecht und angemessen mit diesem wichtigen Thema umgehen, ist zu fragen. So meinte ein führender Repräsentant der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Für mich hat die aktive Sterbehilfe nichts Tröstliches. Im Gegenteil, ich möchte nicht Angst davor haben, dass einer die Spritze zieht, wenn ich bewusstlos werde. Der Sterbende verliert nicht seine Menschlichkeit, sondern allenfalls jener, der ihn umbringt“. Dazu ist anzumerken, dass zum einen Zwangstötung bei Bewusstlosen auch in den Niederlanden nicht erlaubt ist, und dass mit dem Wort „umbringen“ Ärzte, die so etwas tun, als Mörder eingestuft werden. Eindeutig, aber ebenso problematisch sind Aussagen wie die, dass „aktive Sterbehilfe ... nichts anderes zum Ziel hat als die Tötung schwacher und kranker Menschen“ und eine „Lizenz zum Töten“ sei. Auch der Katechismus der Katholischen Kirche spricht klar von „Mord“. Versachlichung und Entemotionalisierung der Diskussion sind deshalb dringend nötig.

**„Diejenigen, welche sich selbst erhängen
oder sonst töten, leiden Gewalt vom Teufel,
wie der, welcher von einem Räuber getötet wird.
Sie sind ihrer selbst nicht mächtig.
Deshalb kann ich sie nicht verdammen,
obgleich man dies dem Volk nicht sagen soll.“**
(Martin Luther, Tischreden)

Als grundsätzliche Frage ist zu klären, ob überhaupt eine Abwägung zugelassen wird: Welches Gewicht haben zentrale Prinzipien, wenn auf der anderen Seite der Waagschale das ganz konkrete Leid eines betroffenen Menschen liegt?

Auch in Deutschland gilt das Tötungsverbot nicht absolut. Bei Notwehr, im Kriegsfall oder beim Schwangerschaftsabbruch (nach der Fristenlösung wie nach der sog. „medizinischen Indikation“), lassen wir die Entscheidung gegen das Weiterleben anderer Menschen zu. Wenn dort eine solche (schmerzliche) Abwägung akzeptiert wird, warum dann nicht auch bei der freiwilligen aktiven Sterbehilfe, bei der der Betroffene *selbst* entscheidet, ob und wie er weiterleben möchte?

Häufig begegnet in der Debatte das Argument, schmerzbekämpfende medizinische Maßnahmen machten die aktive Sterbehilfe überflüssig. Es bleiben aber immer einzelne Fälle, bei denen auch intensivste Schmerzbekämpfung wirkungslos bleibt. Was können wir Sterbenden in solchen Grenzfällen sagen angesichts ihres aussichtslosen und unerträglichen Leidens? Das belgische Gesetz verbindet die Freigabe der aktiven Sterbehilfe mit der Maßgabe einer intensiveren Förderung der Palliativmedizin. Verbesserte Schmerztherapie und die Möglichkeit, aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können, schließen hier einander nicht aus. Sind vielleicht beide notwendige Komponenten der Humanisierung des Sterbens?

Die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz hat unter persönlicher Leitung des Justizministers 2004 einen ausführlichen Bericht über die ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten vorgelegt. Darin heißt es: „Zu bedenken sind aber extreme Ausnahmefälle, in denen medizinische einschließlich palliativer Maßnahmen ein von dem Patienten als unerträglich empfundenenes Leiden nicht mildern können. In solchen Extremfällen kann aufgrund des Selbstbestimmungsrechtes Sterbenskranker aus-

nahmsweise eine aktive Sterbehilfe ethisch und rechtlich toleriert werden. Der Gesetzgeber sollte die Möglichkeit einräumen, in solchen Fällen von Strafe abzusehen.“

Drei weitere Probleme seien benannt:

Da ist zum einen ein Sinneswandel in der öffentlichen Meinung zur Kenntnis zu nehmen: Nach Umfragen traten 1973 = 50%, 1983 = 66%, 1993 = 70% und 2000 = 81% der deutschen Bevölkerung für eine rechtliche Billigung der aktiven Sterbehilfe ein (Eibach, 2000).

Zum zweiten gehört aktive Sterbehilfe – obwohl sie verboten ist – längst zur Wirklichkeit in vielen Ländern (siehe Angaben unter 14.3.). Und in Deutschland? Nach einem Bericht im Deutschen Ärzteblatt (2.5.1997, A-1172) sind vor einigen Jahren bundesweit 184 Kliniker und 282 niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin befragt worden. Rund ein Drittel der Befragten konnten sich Situationen vorstellen, in denen sie aktive Sterbehilfe leisten möchten. 7,8% der niedergelassenen Allgemeinärzte haben von Fällen berichtet, in denen sie einem Tötungswunsch eines Patienten entsprochen hätten (Ergebnisse einer neueren Umfrage finden Sie unter Kapitel 14.4.)

Wenn man aber die Existenz von Grenzsituationen ärztlichen Handelns anerkennt, so stellt sich die Frage nach einem angemessenen gesellschaftlichen und rechtlichen Umgang mit ihnen.

Dass es Situationen gibt, in denen Menschen dem Leiden in einer Weise ausgeliefert sind, die sie in den Tod treibt, kann aus der Sicht des christlichen Glaubens nicht einfach hingenommen werden. Es ist vielmehr alles zu tun, um schwer leidenden Menschen ihr Leben erträglich zu machen. Wo aber sämtliche Möglichkeiten der menschlichen und medizinischen Begleitung Sterbender erschöpft sind, da entzieht sich die Tötung auf Verlangen ebenso wie die Selbsttötung jeglicher moralischen Verurteilung. Der Versuch, lebensbeendendes Handeln – unter welchen Umständen auch immer – zu rechtfertigen, also für richtig zu erklären oder gar als Recht zu fordern, führt dazu, dass Gottes unbedingtes Ja zum Leben in Frage gestellt wird. Wer andererseits die Lebensbeendigung in extremen Grenzsituationen mit dem Hinweis ablehnt, Gott allein sei Herr über Leben und Tod, läuft Gefahr, das Schöpfungshandeln Gottes gegen seine Barmherzigkeit auszuspielen.

9. Mein Schmerz ist unerträglich

Schmerztherapie und indirekte Sterbehilfe

9.1. Indirekte Sterbehilfe

Viele Patienten, besonders solche mit Krebserkrankungen, leiden in der Sterbephase an starken Schmerzen. Durch Verabreichen hochwirksamer Medikamente (Opioide, Morphine) ist es in den meisten Fällen (aber nicht in allen!) möglich, die Schmerzen zu lindern oder weitgehend zu unterdrücken. Erst die so erreichte Schmerz-Freiheit ermöglicht den Patienten wieder ein bewusstes und aktives Wahrnehmen und Teilhaben an den Vorgängen in ihrer Umgebung.

Die verabreichten Medikamente haben jedoch eine unvermeidbare Nebenwirkung, dass sie bei längerem Einsatz in hohen Dosen den Eintritt des Todes beschleunigen können, ihr Gebrauch also zu einer Lebensverkürzung führt.

Eine solche „indirekte“ Sterbehilfe wird in Deutschland in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht - Leben erhalten und Schmerzen lindern - für rechtlich und ethisch zulässig gehalten.

Indirekte Sterbehilfe (genauer: indirekte aktive Sterbehilfe) wird geleistet, wenn tödlich Kranken ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können.

Das Problem: Der Unterschied zur direkten aktiven Sterbehilfe besteht nur im erklärten Wunsch. Für das Strafrecht bedeutsam ist der Vorsatz des Arztes. Gibt er beispielsweise Morphine zur Schmerzlinderung, selbst wenn er sicher weiß, dass der Patient dadurch früher stirbt, geht er straflos aus. Verabreicht er allerdings die gleiche Dosis in der Absicht, den Tod des Leidenden herbeizuführen, macht er sich strafbar. Der wahre Vorsatz des Arztes lässt sich jedoch nur schwer ermitteln. Die Unterscheidung zwischen der erlaubten indirekten aktiven Sterbehilfe und der verbotenen direkten aktiven Tötung bleibt daher in der Praxis unscharf.

9.2. Unzulängliche Schmerzbekämpfung in Deutschland

Viele Menschen haben Angst, in der letzten Phase ihres Lebens unerträglichen Schmerzen hilflos ausgesetzt zu sein. Nach Schätzungen leiden in Deutschland bis zu fünf Millionen Menschen an chronischen Schmerzen. In der Bundesrepublik begehen nach Angaben des Grünen Kreuzes mehr als 3000 Menschen im Jahr Selbstmord, weil sie schmerzbedingte Qualen nicht mehr aushalten können. Vor wenigen Jahren wurde angegeben, dass etwa eine Million Menschen aufgrund stärkster Schmerzen auf eine Behandlung mit Opioiden (z.B. Morphin-Präparaten) angewiesen sind. In der Realität erfolgten 1996 aber nur 1,8 Millionen Einzelverordnungen von Medikamenten, die der BtMVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) unterliegen. Damit konnten maximal 100000 bis 150000 Schmerzpatienten adäquat versorgt werden. Es wurde beklagt, dass bei 75% aller Todkranken in Deutschland starke, wiederkehrende oder ständige Schmerzen nicht ausreichend gelindert würden, obwohl dies medizinisch möglich sei. Zwar ist der Morphinverbrauch in den letzten Jahren in Deutschland gestiegen, aber im Vergleich zu ihren dänischen Kollegen verordneten deutsche Ärzte im Jahr 2000 nur ein Viertel der Menge an morphinhaltigen Schmerzmitteln.

Individuell dosierte Morphine, regionale Nervenblockaden oder eine niedrig dosierte Chemotherapie lassen die Ärzte heute auch extreme Schmerzen in den Griff bekommen. Erforderlich ist es dabei, schmerzlindernde Mittel beizeiten und vorbeugend (also nicht erst bei akutem Bedarf) einzusetzen und genau zu dosieren.

Die in Deutschland unzulängliche Schmerzbehandlung ist zum Teil darin begründet, dass auch Mediziner immer wieder Bedenken einbringen, die nicht (mehr) stimmen.

- »Morphine haben eine lebensverkürzende Wirkung« - Eine solche Wirkung kann zwar eintreten, wird in Deutschland in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht - Leben erhalten und Schmerzen lindern - für rechtlich und ethisch zulässig gehalten („indirekte“ Sterbehilfe).
- »Morphinpräparate machen die Patienten süchtig.« - Das ist – wenn die Anwendung sachgerecht erfolgt – nicht richtig.
- »Morphium trübt das Bewusstsein.« - Das Gegenteil ist bei sachgemäßer Anwendung richtig: erst das Freisein von Schmerzen ermöglicht dem Patienten wieder, bewusst und aktiv an Vorgängen in seiner Umgebung teilzunehmen, Gespräche zu führen usw. (Natürlich kann man durch Überdosierung einen Patienten bewusstlos machen, ja vielleicht auch töten.)

Auf dem Gebiet der Schmerzbehandlung ist in Deutschland offenkundig noch viel zu tun. Bemühungen und Erfolge auf diesem Gebiet könnten das schlimme Schicksal vieler Patienten lindern und den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe gar nicht erst aufkommen lassen.

Verbrauch verschiedener Opiode im internationalen Vergleich

Stand 2000

(Kilogramm Substanzen pro 1 Million Einwohner)

Land	Morphin	Codein	Dextropropoxyphen
Deutschland	17,6	91,5	10,6
Schweiz	20,6	496,2	30,6
Großbritannien	21,2	349,4	871,1
USA ¹	30,8	110,6	657,2
Norwegen	32,2	378,4	68,4
Österreich	45,7	12,5	4,6
Kanada	50,9	537,2	11,3
Dänemark	70,0	504,9	74,8

(International Narcotics Control Board 2002)

9.3. Terminale Sedierung

Immer häufiger wird in Spanien, Israel, Südafrika, den USA und in einigen nordeuropäischen Ländern bei nicht beherrschbaren Schmerzzuständen bei Sterbenden die sog. „terminale Sedierung“ vorgenommen. Auch in Deutschland wird diese Maßnahme (gerade auch von einigen Palliativmediziner*innen) als „letztes Mittel“ diskutiert und eingesetzt. Bei der „terminalen Sedierung“ (= künstlich herbeigeführter Tiefschlaf in den Tod hinein) verschwimmt die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Der Arzt versetzt einen Sterbenden, dessen Schmerzen nicht angemessen gelindert werden können, durch Verabreichen narkotisch wirkender Substanzen in Schlaf und bricht dann eventuell in einem zweiten Schritt alle medizinischen Behandlungen ab. In solchen Fällen tritt der Tod innerhalb einiger Tage ein.

Die „terminale Sedierung“ in der dargestellten Form kommt der aktiven Sterbehilfe sehr nahe. Aber der Sterbewillige stirbt letzten Endes an den Folgen seiner Krankheit oder an einer tödlichen Komplikation, nicht aber direkt und unmittelbar durch ein ärztlich injiziertes Medikament bzw. Gift.

Handelt es sich dabei um eine annehmbare und gesetzlich zulässige Form der passiven Sterbehilfe, da sie zwei Momente enthält, die heute erlaubt sind: Patienten in Schlaf zu versetzen und eine Behandlung abzubrechen? Oder ist die klare Absicht dieser Handlung, den Patienten zu töten – und muss „terminale Sedierung“ dann als unerlaubte aktive Sterbehilfe betrachtet und verboten werden?

Die christlichen Kirchen in Deutschland äußern sich in ihrer Textsammlung „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“ (2003) sehr kritisch dazu und befürchten eine „neue Form der Euthanasie“.

Nach der Bewertung der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums der Justiz „Patientenautonomie am Lebensende“ (Bericht vom 10. Juni 2004) „ist bei Versagen aller sonstigen palliativmedizinischen Möglichkeiten – jedenfalls in der terminalen Krankheitsphase (= Krankheitsstadium, in dem der Eintritt des Todes in Tagen oder wenigen Wochen unabwendbar absehbar ist und kurative Behandlungen nicht mehr möglich sind) - mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten eine Sedierung (gezielte Dämpfung bis hin zur Ausschaltung des Bewusstseins) zulässig“ (hier ohne weitere Maßnahmen verstanden, die zur Lebensverkürzung führen).

¹ Inzwischen hat sich herausgestellt, dass die hemmungslose Verschreibung von Schmerzmitteln in den USA zu zahllosen schweren Fällen von Abhängigkeit/Sucht geführt hat (JK 2020)

10. Wird jemand bei mir sein, wenn ich sterbe?

Möglichkeiten der Begleitung Sterbender durch Hospizarbeit und Palliativmedizin

„Das Bild kann ich nicht vergessen: Sie sitzt in ihrem Rollstuhl an der Terrassentür und wartet auf mich. Jede Woche zu dem vereinbarten Termin besuchte ich die fünfundachtzigjährige, todkranke Frau H., die in einer kleinen Wohnung lebte und deren Leben nur noch, wie sie sagte, „an einem dünnen Faden hänge“. Sie hatte sich gewünscht, dass eine Helferin vom Hospizdienst sie in ihrer letzten Lebenszeit begleitet und Zeit für sie hat. Vom Pflegedienst am Morgen versorgt, saß sie nun an der Tür, um sie für mich zu öffnen und mich mit einem „Komm rein, meine Gute!“ zu begrüßen. Die Besuche ähnelten sich und immer hatte Frau H. einen großen Gesprächsbedarf. Außer einer Nichte, die regelmäßig für sie einkaufte und ihre Wohnung sauber hielt, hatte sie keine Verwandtschaft. Sie sprach mit mir über die Krankheit und ihre alltäglichen Sorgen, über viele gute und belastende Ereignisse ihres Lebens. Manchmal hatte ich den Eindruck, als würde sie vor ihrem Leben wie vor einem großen Wäscheschrank stehen, aus dem sie den Inhalt Stück für Stück sorgsam herausnahm und betrachtete, um es dann endgültig wieder zurückzulegen.

Wichtig war ich für sie als lebendiges Gegenüber, und ich hörte ihren Erzählungen interessiert zu. Nach ein bis zwei Stunden sagte sie meist: „Ach, haben wir heute wieder schön erzählt!“, und ich wusste, dass sie für heute genug geredet hatte. Über kleine Aufmerksamkeiten wie eine Urlaubskarte freute sie sich riesig und zeigte sie jeder Schwester vom Pflegedienst.

Ihre Kräfte schwanden und in der letzten Woche konnte sie das Bett nicht mehr verlassen. An einem Februartag starb Frau H. ganz ruhig im Beisein ihrer Nichte, die mich informierte und mit der ich nach der Beerdigung noch ein längeres Gespräch führte.

Im Nachhinein weiß ich, dass mir in der sechsmonatigen Beziehung zu Frau H. besonders gutgetan hat, dass sie sich auf mich freute, mich gern hatte und mir das auch mit großer Herzlichkeit zeigte. Ich habe von ihr gelernt, dass Loslassen notwendig und lernbar ist.

Und manchmal, wenn ich an der Straße vorbeifahre, in der sie wohnte, erinnere ich mich an sie und schicke ihr einen guten Gedanken ...“

(Aus dem Bericht einer Hospizhelferin)

„Wird jemand bei mir sein, wenn ich sterbe?“ Diese Frage können wir von vielen Menschen hören, die an ihr Lebensende denken und ihre Angst, allein und einsam sterben zu müssen, so ausdrücken. Einige Antworten gibt die in Deutschland noch junge Hospizbewegung, die Menschen in ihrer letzten Lebensphase Begleitung anbietet.

Unter **Sterbebegleitung** versteht man alle Formen der mitmenschlichen, pflegerischen und seelsorgerlichen Zuwendung zum Sterbenden, die keinen direkten Einfluss auf den biologischen Sterbeprozess nehmen.

10.1. Hospizarbeit

Der Begriff Hospiz kommt aus dem Lateinischen und heißt soviel wie Herberge oder Raststätte. Hospize waren den Menschen früher bekannt als Zufluchtsstätten für Reisende, Pilger und Kranke. Ordensgemeinschaften kümmerten sich um die Bedürftigen. Im Mittelalter gab es allein in Paris über 40 Hospize, später entstanden daraus die „Hospitäler“.

Die in der Vormoderne übliche Großfamilie gibt es heute bei uns kaum noch. Die Menschen leben in Kleinfamilien mit höchstens zwei Generationen oder als Singles. Das verringert die Möglichkeiten der Familien, Kranke und Sterbende zu Hause zu pflegen und auch selbst mit diesem Geschehen in Berührung zu kommen. Menschen sterben nicht mehr zu Hause.

Die Gesellschaft hat den Umgang mit Sterbenden verlernt. Die Pflege todkranker Menschen wird Institutionen und professionellen Helfern übertragen.

Ende der 50er Jahre gab es ein neues Nachdenken über die Bedingungen, unter denen Menschen sterben. Der Begriff „Hospiz“ erhielt in diesem Zusammenhang eine neue Bedeutung: ein Haus, in dem Sterbende Aufnahme finden, Pflege und menschlichen Beistand erhalten.

**„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.
Sie sind bis zum letzten Augenblick
Ihres Lebens wichtig,
und wir werden alles tun,
damit Sie nicht nur in Frieden sterben,
sondern auch bis zuletzt leben können.“**
(Cicely Saunders)

Besonders zwei Frauen haben sich für die Bedürfnisse Sterbender eingesetzt und wichtige Veränderungen eingeleitet. Das war zum einen Cicely Saunders, die jetzt hoch betagt in London lebt und als Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin arbeitete (sie wurde für ihr hospizliches Engagement von Königin Elisabeth geadelt). Cicely Saunders erkannte die große Bedeutung der Schmerztherapie und der menschlichen Zuwendung für Sterbende und eröffnete 1967 das erste Hospiz in London. In diesem Hospiz stehen auch heute noch neben sorgfältiger Pflege, medizinischer Betreuung und Symptomlinderung, die mitmenschliche Begleitung und der Respekt für die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen im Mittelpunkt. Inzwischen gibt es in Großbritannien weit über 200 stationäre Hospize.

Zum anderen erkannte die Schweizer Ärztin Elisabeth Kübler-Ross, die in den USA in verschiedenen Krankenhäusern arbeitete, dass die Pflege und Begleitung Sterbender nicht ausreichend war. Sie nahm sich Zeit für Gespräche mit vielen todkranken Patientinnen und Patienten und schrieb ihre Erkenntnisse über spezifische Verhaltensweisen und Bedürfnisse Sterbender nieder. Durch ihre bahnbrechenden Veröffentlichungen (z.B. „Interviews mit Sterbenden“, 1971) erreichte sie weltweit eine große Anzahl Menschen und brachte das Thema Sterben und Tod in die öffentliche Diskussion. Sie gründete Hospize in den USA und initiierte und begleitete Workshops für todkranke Menschen.

Die Initiative dieser beiden Frauen löste in vielen Ländern ein neues Nachdenken über die Möglichkeiten würdevollen Sterbens aus und die Begleitung Sterbender als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe gelangte nun stärker in das öffentliche Bewusstsein.

Es gehört zu den Grundbedingungen menschlichen Lebens, einander in den Grenzsituationen beizustehen. So wie ein Neugeborenes mit großer Sorgfalt in das Leben begleitet wird, sollen auch sterbende Menschen auf ihrem letzten Weg Zuwendung und menschliche Nähe erfahren dürfen.

Sterbebegleitung ist keine Aufgabe für hoch spezialisierte Fachleute. Jeder aufmerksame Mitmensch kann Sterbenden Trost geben und das Gefühl vermitteln, in dieser Situation nicht allein gelassen zu sein.

Sterbebegleitung hilft Sterbenden, ihre letzte Lebenszeit als lebenswert zu empfinden. Kranke können Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen, aber auch Hoffnungen, Ängste und Wut aussprechen und so Entlastung finden.

Die neu entstandene, vertrauensvolle Beziehung zwischen Begleiterin und Kranken kann den Rahmen und auch den notwendigen Rückhalt geben, „unerledigte“ Dinge anzusprechen und eine eigene Lebensbilanz zu ziehen.

Begleiterinnen sind Gebende und Empfangende. Sie bieten Sterbenden ihre Zeit, Aufmerksamkeit und Zuwendung an. Sie schaffen die Voraussetzungen für eine vertrauensvolle, wertschätzende und akzeptierende Atmosphäre und ermöglichen Gespräche und Begegnung. Begleiterinnen erleben diesen Dienst oft als große Herausforderung und sie

kommen mit den eigenen Grenzen, Angst und Ohnmacht in Berührung. Sie spüren und begreifen, dass auch ihr Leben einmal enden wird. In diesem Prozess lernen sie einen neuen, bewussteren Umgang mit Verlusten, Tod und Trauer und werden sensibler für die Probleme und Sorgen anderer.

Hospize bejahen das Leben. Hospize machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Krankheit zu unterstützen und zu pflegen, damit sie in dieser Zeit so bewusst und zufrieden wie möglich leben können. Hospize wollen den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Hospize leben aus der Hoffnung und Überzeugung, dass sich Patienten und ihre Familien so weit geistig und spirituell auf den Tod vorbereiten können, dass sie bereit sind, ihn anzunehmen. Voraussetzung dafür ist, dass eine angemessene Pflege gewährleistet ist und es gelingt, eine Gemeinschaft von Menschen zu bilden, die sich ihrer Bedürfnisse verständnisvoll annimmt.

(Hospiz-Definition der Nationalen Hospiz-Organisation der USA)

Die Hospizbewegung hat es sich zum Ziel gesetzt, menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen und sterbenden Menschen die Chance zu geben, ihre letzte Lebenszeit zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung verbringen zu können. Die Angehörigen sollen so viel wie möglich Unterstützung und Ermutigung dafür erhalten, ihre Kranken zu Hause zu betreuen. Es gibt drei Formen von Hospizarbeit: ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize und Tageshospize.

10.1.1. Ambulanter Hospizdienst

Der ambulante Hospizdienst ist die Basis der Hospizarbeit. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen unter der Leitung einer hauptamtlichen Koordinatorin begleiten sterbende Menschen dort, wo sie sich wohl fühlen, geachtet werden und nicht zuletzt auch Einfluss auf die Gestaltung und die Qualität ihrer letzten Lebenszeit haben: in ihrem häuslichen Umfeld. Die Hospizhelferinnen stellen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Sterbenden und ihren Angehörigen her und stehen für Gespräche zu Verfügung.

Was leisten die ehrenamtlichen Helferinnen des ambulanten Hospizdienstes?

- Zuhören, Zeit haben, das Geschehen aushalten
- Anbieten kleiner Hilfen für die Kranken: gemeinsamer Spaziergang (oder mit dem Rollstuhl ausfahren), vorlesen, spielen, singen, vielleicht ein gewünschter Theater- oder Kinobesuch, aber auch spirituelle Begleitung, z.B. ein gemeinsamer Gottesdienstbesuch
- Entlastung für pflegende Angehörige
- Unterstützung der Kranken beim Wahrnehmen ihrer Freiheit und Selbstbestimmung
- Respektieren der ethischen, religiösen oder politischen Weltanschauung Sterbender und ihrer Familien
- Wahren der Schweigepflicht gegenüber allen Belangen und Daten der Familien
- Begleitung Sterbender in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
- weiterführende Begleitung der trauernden Angehörigen

Strukturelle Voraussetzungen

Die hauptamtliche Koordinatorin ist verantwortlich für:

- Öffentlichkeitsarbeit und Gewinnung von Ehrenamtlichen
- Konzeption, Planung und Durchführung der Vorbereitungs- und Fortbildungskurse für Ehrenamtliche
- Aufbau von Hospizgruppen vor Ort, Vernetzung mit Einrichtungen in der Region
- Erstkontakte mit Sterbenden und Angehörigen

- Koordination der Einsätze und Organisation der Arbeit
- Hospizbüro mit festen Öffnungszeiten
- Beratung und Begleitung der Helferinnen (Einzelgespräche, Gruppenabende)

**Du frierst
 und viele werden sagen
 es ist nicht kalt
 Du hast Angst
 und viele werden sagen
 hab nur Mut
 Du bist allein
 und viele werden sagen
 Jetzt keine Zeit
 Doch manchmal
 ist da jemand,
 der sagt
 Nimm meinen Mantel
 und meine Hand
 und lass mich dich
 ein Stück begleiten –
 jetzt
 (Angela Sattler)**

Erweiterte Formen ambulanter Hospizarbeit (aufbauend auf dem ambulanten Hospizdienst):

- **Ambulanter Hospiz- und Palliativ- Beratungsdienst:**
 Zusätzliches Angebot: Beratung zu palliativ-pflegerischen Maßnahmen in enger Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und Pflegediensten (seit 2007: Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgungs-Teams (SAPV))
- **Ambulanter Hospiz- und Palliativ- Pflegedienst:**
 Zusätzliche Angebote: palliativ-pflegerische Versorgung in enger Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und Pflegediensten, Grundpflege bei Bedarf, auf Wunsch auch Anleitung von Angehörigen bei palliativ-pflegerischen Maßnahmen

Der ambulante Hospizdienst mit dem Angebot der psychosozialen Gesprächsbegleitung stellt eine Ergänzung, aber keine Konkurrenz zur Arbeit von Pflegediensten dar.

Betroffene nehmen das Angebot einer hospizlichen „Sterbebegleitung“ manchmal mit Angst und Distanz auf. In der Öffentlichkeit sollte deutlicher betont werden, dass hier Lebens-Hilfe in einer schwierigen Krisensituation angeboten wird.

10.1.2. Stationäres Hospiz

Im stationären Hospiz finden sterbende Menschen Aufnahme, für die eine häusliche Versorgung nicht möglich ist. Neben der Schmerztherapie und Linderung der Symptome werden die Sterbenden auch psychisch betreut und bis zu ihrem Lebensende gepflegt.

Die Prinzipien der Arbeit von stationären Hospizen können so zusammengefasst werden (nach Zulehner/ Becker 1981):

- **Raststätte sein**
 keine verbindliche Endstation; zeitlich begrenzter Aufenthalt zwischen Klinik und Zuhause; Sterbeort für Alleinstehende

- **Teamarbeit**

Interdisziplinäres Team: Zusammenarbeit von Pflegepersonal, Ärzten, Sozialarbeiterinnen, Seelsorgern

- **Pflege und medizinische Versorgung**

Verzicht auf Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht (mehr) den Lebensinteressen des Patienten entsprechen; Konzentration auf Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden; bestmögliche Schmerztherapie

- **Einbeziehen der Familie und von freiwilligen Helferinnen**

(dabei auch Begleitung der Begleiterinnen sichern)

- **Ziel ist die Betreuung zu Hause**

Unterbringung in vertrauter Umgebung; ambulante Hospizdienste und Pflegedienste vor Ort einbeziehen; Begleitung der Familie über den Tod hinaus

In diesen Grundsätzen wird deutlich, dass auch im stationären Hospiz das Ziel weiter verfolgt wird, Sterben zu Hause zu ermöglichen. Die Erfahrungen in Großbritannien belegen dies: 1967 starben nur 2% der zunächst im Hospiz aufgenommenen Menschen nach ihrer Rückverlegung zu Hause, 1990 waren es schon über 40% (Internationale Gesellschaft für Sterbebeistand und Lebensbegleitung IGSL: Hospize - Raststätten auf dem Wege).

Zu Recht wird von den Kirchen festgestellt („Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“, 2003): „Ein menschenwürdiges Sterben ist an jedem Ort möglich; nicht nur zu Hause oder in einem Hospiz. Menschenwürdige Sterbebegleitung ist auch in jedem Krankenhaus und Pflegeheim möglich. Es kommt auf die Menschen an, die da sind und für den Sterbenden sorgen.“ Die Realität spricht jedoch oft eine ganz andere Sprache. In den genannten Einrichtungen fehlen dafür vielfach die objektiven Voraussetzungen (Personal und Zeit für die notwendige Zuwendung).

10.1.3. Tageshospiz

In stationären Hospizen bestehen Angebote für eine Tagesbetreuung Sterbender. In diesem Bereich finden Schwerstkranke für ein paar Stunden täglich Kontakte mit anderen Betroffenen und seelische Unterstützung. Diese Möglichkeit erweitert ihren Lebenskreis, ist ein guter Weg aus der Isolation und entlastet auch zeitweise pflegende Angehörige. Über einen Fahrdienst kann die An- und Abreise geregelt werden.

10.2. Palliativmedizin

Das Wort „palliativ“ kommt aus dem Lateinischen (palliare) und bedeutet: mit einem Mantel bedecken. Ziel der Palliativmedizin und Palliativpflege ist es, Menschen mit ihren physischen, psychischen, sozialen und geistigen Bedürfnissen und Möglichkeiten so zu unterstützen, dass sie in ihrer momentanen Situation ein Höchstmaß an Lebensqualität finden. Dabei steht die Linderung von Beschwerden, nicht die Heilung im Vordergrund.

Palliative Medizin ist ein Zweig der Medizin, der sich ganz besonders der Schmerztherapie und der Linderung anderer Beschwerden (z.B. quälender Symptome wie Luftnot, Übelkeit oder Erbrechen) widmet. Darüber hinaus steht in der Palliativmedizin die intensive Einbeziehung psychosozialer und spiritueller Aspekte der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und ihren Angehörigen im Vordergrund.

Cicely Saunders prägte den Begriff des „totalen Schmerzes“ und machte damit deutlich, dass die körperlichen Schmerzen untrennbar verbunden sind mit dem Leid, das aus Ängsten und der Ungewissheit erwächst. Der totale Schmerz todkrank Menschen hat vier Dimensionen:

- **Der physische Schmerz:**
Körperliche Schmerzen können mit Hilfe einer guten Schmerztherapie beseitigt oder zumindest stark reduziert werden.
- **Der psychische Schmerz:**
Sterbende leiden unter bestehenden Beziehungskonflikten. Da auch viele Menschen nicht gelernt haben, über ihre Gefühle zu sprechen, kann dies eine zusätzliche Belastung bedeuten. Kommunikative Angebote stellen eine Hilfe dar.
- **Der soziale Schmerz:**
Die Trennung von den Angehörigen und von dem gewohnten, lieb gewordenen Zuhause verursacht Schmerzen. Jeder Mensch hat Sehnsucht nach liebevollen Beziehungen und will Teil einer Gemeinschaft sein. Sich zuwenden und Zeit haben helfen in dieser Situation.
- **Der spirituelle Schmerz:**
Kranke stellen häufig die Frage nach dem Sinn des Lebens und der Krankheit und geraten in Gefahr, dass die Grundfesten einer lebenslangen Glaubenshaltung erschüttert und damit die allgemeine Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit noch unerträglicher werden. Hier können seelsorgerische Gesprächsangebote helfen. Schmerzerleichterung ist nur möglich, wenn alle Dimensionen Beachtung finden (ganzheitliche Sichtweise).

Palliativstationen sind meist in ein Krankenhaus eingebunden. Das Betreuungsteam bestehend aus Ärzten, Schwestern, Sozialarbeiterinnen und Seelsorgern steht Sterbenden und ihren Angehörigen ganzheitlich bei. Ziel ist die Linderung belastender Krankheitssymptome wie Schmerz, Atemnot oder Übelkeit. Auf aggressive Therapieformen (z.B. Einsatz von Chemotherapie) wird verzichtet.

Die Angehörigen werden einbezogen und können auf Wunsch auch über Nacht bleiben.

Wird jemand bei mir sein, wenn ich sterbe?

Sterbebegleitung ist Lebenshilfe in der letzten Lebensphase. Nicht zuletzt durch die Hospizbewegung entsteht ein neues Bewusstsein dafür, dass Sterben zum Leben gehört und dass Sterbende lebendige Menschen mit Ängsten, Bedürfnissen und Erwartungen sind. Sterbebegleitung ist ein freundschaftlicher, liebevoller und notwendiger Dienst am Menschen, der uns alle angeht.

11. Ich möchte zu Hause sterben

Betreuung Sterbender in ihrer vertrauten Umgebung

Der Wunsch, wie Menschen sterben möchten, und die Wirklichkeit, wie sie sterben (müssen), haben sich in den vergangenen Jahrzehnten weit auseinanderentwickelt.

Laut Umfragen wünschen sich auch heute noch neun von zehn Mitmenschen, in vertrauter Umgebung sterben zu dürfen, in den eigenen vier Wänden, begleitet von Angehörigen.

Jedes Jahr sterben in Deutschland etwa 850000 Menschen. Über die Hälfte aller Todesfälle ereignen sich in Krankenhäusern, Kliniken, Pflege- und Altenheimen; in manchen Großstädten sind es 90% und mehr.

Es gibt eine Fülle ernst zu nehmender Gründe, warum für viele Menschen eine Pflege von Angehörigen in häuslicher Umgebung kaum möglich ist (z.B. Berufstätigkeit, fehlende Unterbringungsmöglichkeiten). Trotzdem ist es wichtig, den Wunsch Sterbender ernst zu nehmen und zu prüfen, ob dieser Liebesdienst nicht doch geleistet werden kann.

GEBET

**Herr, ich weiß, dass du mich liebst,
mein Leben wie mein Sterben
liegt in deinen Händen.**

**Ich glaube, dass alles, was kommt,
in deine Liebe eingeschlossen ist.
Hilf mir, deinen Willen anzunehmen
und zu verstehen,
hilf mir, täglich bereit zu sein,
wenn du mich rufst.**

**Lass mich auch im Sterben
in deiner Liebe geborgen bleiben.**

Ich hoffe auf dich:

Du wendest alles zum Guten.

Herr, dein Wille geschehe.

(Evangelisches Gesangbuch, Ausgabe Sachsen, Nr. 943)

Österreich war das erste Land in Europa, in dem Arbeitnehmer das Recht haben, ihre Arbeitszeit zu verkürzen oder sich freistellen zu lassen, wenn sie Sterbebegleitung leisten wollen; sie sind in dieser Zeit sozialversichert und vor Kündigung geschützt. Auch in Frankreich wurde eine Regelung getroffen, nach der Angehörige einen rechtlichen Anspruch auf eine dreimonatige Freistellung zur Pflege von sterbenden Verwandten haben. Mit Wirkung zum 1. April 2007 hat der deutsche Gesetzgeber als individuellen Leistungsanspruch die „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Seitdem hat jeder Versicherte in Deutschland das Recht auf diese neue Versorgungsform. Sie hat zum Ziel, auch solchen Patientinnen und Patienten eine Versorgung und Betreuung zu Hause zu ermöglichen, die einen besonders aufwändigen Betreuungsbedarf haben. (http://www.dhpv.de/themen_sapv.html)

Die sogenannten SAPV-Teams können den sehnlichsten Wunsch vieler Schwerstkranker erfüllen: in den eigenen vier Wänden zu sterben. Die Krankenkasse zahlt. Dafür organisieren die SAPV-Teams Rollstühle, Liegehilfen, Krankenbetten oder Pflegerinnen und Physiotherapeuten. Sie geizen nicht mit Morphin gegen Schmerzen oder Atemnot, sie verabreichen Neuroleptika, wenn die Patienten delirieren. Die Mitarbeiter der Mobilteams verfassen für ihre Patienten Briefe an Krankenkassen oder besorgen noch einmal eine Karte für ein Champions-League-Spiel des FC Bayern München. Was sonst Wochen dauert, geht hier oft in Stunden. Alle wissen: Wer schwerstkrank ist, hat keine Zeit mehr. In Deutschland arbeiten bereits mehr als 200 SAPV-Teams. Sie sind eine Art Hospiz auf Rädern mit 24-Stunden-Rufbereitschaft. (Der Spiegel 22-2012 S.110ff.)

Im Folgenden sind einige Hinweise für die Vorbereitung auf eine Verlegung des Patienten nach Hause zusammengestellt.

11.1. Praktische Hinweise vor der Verlegung des Patienten nach Hause

11.1.1. Kontaktaufnahme mit folgenden Stellen oder Personen:

- Klinikarzt (Weitergabe aller Informationen an den Hausarzt, Vorbereitung der Entlassung)
- Sozialdienst des Krankenhauses (Auskunft und Beratung über Hilfen)
- Sozialstation/Pflegedienst (Beratung und Unterstützung in der Pflege)
- Hausarzt (sollte die Entscheidung, den sterbenden Menschen zu Hause zu pflegen, mittragen und zu regelmäßigen Hausbesuchen bereit sein)
- Pflegekasse bei der Krankenkasse (Pflegeleistungen beantragen)
- ambulanter Hospizdienst

11.1.2. Vorbereitung des häuslichen Umfeldes

- Wie weit ist das Badezimmer entfernt?
- Möchte der Sterbende allein sein, oder ist ein Platz im Wohnzimmer besser?
- Wie kann sichergestellt werden, dass der Kranke gehört wird?
- Ist genug Platz vorhanden, wenn der Sterbende allein sein möchte und auch die Pflegenden eine Pause und Abstand benötigen?
- Kann ein gutes Bett zur Dekubitusprophylaxe zur Verfügung gestellt werden? (Sozialstation oder Krankenkasse)?
- Das Bett sollte so stehen, dass Zugang von beiden Seiten möglich ist (umbetten, drehen, notwendiger Wäschewechsel).
- Ist genügend Platz für einen Tisch am Bett vorhanden, auf den die wichtigen Dinge kommen (Arzneimittel, Pflegemittel, Flaschen, Tücher, Blumen, Bücher)?

11.1.3. Auch daran muss gedacht werden:

- Toilettensstuhl, Schieber, Urinflasche
- Papierhandtücher, Zellstoffunterlagen, Windeln
- Gummitücher zum Unterlegen beim Waschen oder unter das Laken
- mehrere unterschiedlich große Kissen als Lagerungshilfsmittel
- Nachthemden und Schlafanzüge, die sich leicht anziehen lassen
- Wärmflaschen oder Körnerkissen (für Füße und zur Schmerzlinderung)
- notwendige Medikamente, besonders Schmerzmedikamente (der Krankenhausarzt stellt keine Rezepte aus, deshalb rechtzeitig Kontakt zum Hausarzt aufnehmen)
- Watte, Fieberthermometer
- Klapptisch für Mahlzeiten im Bett, sowie Schnabeltasche
- Persönliches wie Bilder und Bücher
- Gegenstände zur Unterhaltung wie Radio, Fernseher
- bequeme Sitzgelegenheit für Besucher

11.1.4. Finanzielle Absicherung

- Beratung: Sozialdienst im Krankenhaus, Krankenkasse bzw. Pflegekasse, Sozialamt (Sozialdienst „Hilfe zur Pflege“), Sozialstationen/Pflegedienste
- Antrag auf Pflegestufe stellen (Begutachtung dauert etwa 2 bis 3 Monate; Anspruch auf Pflegesachleistungen oder Pflegegeld für die Angehörigen oder eine Kombination zwischen Sach- und Geldleistung)
- außerdem besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege, Pflegevertretung, Pflegehilfsmittel
- Kosten für hauswirtschaftliche Hilfe werden bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen
- in jedem Fall ist Beratung und Information wichtig

11.2. Kleine praktische Hilfen in der Pflege Sterbender

11.2.1. Körperpflege:

- wird von den Schwestern der Pflegestation durchgeführt
- bei starkem Schwitzen, Schmerzen, Einschlafproblemen, Unruhe hilft eine beruhigende Körperwäsche (Wasser 37 bis 40 Grad Celsius, in Haarwuchsrichtung waschen, nicht rubbeln!)
- ein warmes Fußbad wirkt auch beruhigend
- Hautpflege mit Lotion bedeutet gleichzeitig Körperkontakt durch behutsames Einmassieren (nicht vor dem Schlafen, da kreislaufanregende Wirkung), dabei beachten, dass dies auch eine (aus)kühlende Wirkung haben kann
- Fußmassage mit Öl (Calendulaöl)

11.2.2. Verstopfung

- tritt auf durch ballaststoffarme Ernährung, geringe Trinkmenge, krankheitsbedingt (z. B. durch wachsenden Tumor)
- Bei bestimmten Medikamenten (z. B. Morphinpräparaten) tritt Verstopfung als eine Nebenwirkung auf. Hier ist die gleichzeitige und kontinuierliche Gabe von Abführmitteln wichtig und zu beachten.
- Stuhlgang ist wichtig, auch wenn nur wenig gegessen wird (möglichst aller 2-3 Tage)
- natürliche Mittel zur Anregung: Leinsamen, Buttermilch, Backpflaumen

11.2.3. Mundpflege

- muss besonders beachtet werden bei geringer Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und bei Tumoren im Hals- und Kopfbereich
- Mund ausspülen vor und nach den Mahlzeiten, Zahnpflege nicht vergessen
- Kamillentee wirkt entzündungshemmend, Salbeitee als Vorsorge für Pilzbefall (Soor)
- Säfte oder auch Kaffee, Bier, Sekt, Wein oder Cola in kleinen Portionen einfrieren (z.B. in leerer Pralinenpalette möglich) und je nach Appetit anbieten; diese kleinen Eiswürfel regen den Speichelfluss an und erfrischen
- Rosenhonig: bildet einen Schutzmantel im Mund und hat außerdem einen angenehmen Geschmack
- Mundsprays gegen Mundtrockenheit
- Massage der Ohrspeicheldrüse: Einen Finger vor dem Ohr und einen zweiten unter dem Ohrläppchen auflegen. Die Drüse in Richtung Mundwinkel ausstreichen
- fettende Salben für die Lippen

11.2.4. Nahrungsaufnahme

- Sterbende Menschen sollten nicht gegen ihren Willen zur Nahrungsaufnahme überredet oder gezwungen werden (Schluckbeschwerden, Appetitlosigkeit, Übelkeit)
- evtl. Trinknahrung anbieten mit Vitaminen und Spurenelementen (Apotheke berät)
- Sondenernährung ist auch zu Hause nach Anleitung durchführbar

11.3. Eintritt des Todes

Mit dem Tod beendet der Mensch seinen unverwechselbaren persönlichen Lebensweg.

Zeichen des nahenden Todes können sein:

- Puls: unregelmäßig, schwach und schnell
- Körpertemperatur: sinkt allgemein, Arme und Beine werden kälter - Wärmflasche, Socken
- Auftreten von starkem Schwitzen: statt dicker Zudecke ein Bettlaken verwenden
- Atmung: häufig unregelmäßig, lange und kurze Atemzüge, längere Pausen dazwischen – Lagerung mit erhöhtem Oberkörper erleichtert Atmung
- Atemgeräusche: Rasseln, das hervorgerufen wird durch Schleimabsonderungen im Rachen und den Bronchien, wirkt auf Angehörige beklemmend und beunruhigend, ist aber kein Zeichen für Erstickung.
- unangenehmer Geruch: Duftlampen oder Räucherstäbchen schwächen ihn ab.
- Körper: wird bewegungslos und kühlt ab.
- Augen: werden blicklos und die Pupillen verengen sich nicht mehr.
- Haut: nimmt eine wächserne, grau-weißliche bis gelbliche Färbung an („Totenblässe“).
- Das Herz steht still und die Atmung hört auf.

Der Arzt stellt den Tod fest, wenn sich Leichenstarre und Totenflecken zeigen und stellt dann den Totenschein aus. Dies kann auch erst am nächsten Tag geschehen.

Auch muss der Verstorbene nicht sofort vom Bestattungsinstitut geholt werden. Es ist möglich und zulässig, den Verstorbenen bis zu 36 Stunden zu Hause zu behalten, zu waschen, zu kleiden (vielleicht in ein besonders gemochtes Kleidungsstück) und aufzu-

bahren. So kann die Familie sich gemeinsam verabschieden und auch weiter entfernt lebende Angehörige haben die Möglichkeit, dabei zu sein.

STERBESEGEN

**Es segne dich Gott, der Vater,
der dich nach seinem Bild geschaffen hat.**

**Es segne dich Gott, der Sohn,
der dich durch sein Leben und Sterben erlöst hat.**

**Es segne dich Gott, der Heilige Geist,
der dich zum Leben gerufen und geheiligt hat.
Gott der Vater und der Sohn und der Heilige Geist
geleite dich durch das Dunkel des Todes.**

**Er sei dir gnädig im Gericht
und gebe dir Frieden und ewiges Licht.**

(Evangelisches Gesangbuch, Ausgabe Sachsen, Nr. 949)

12. Kann ich getrost sterben?

Sterben ist in den meisten Fällen nicht einfach – wir sollten uns da kein falsches, ideales Bild machen. Gewiss gibt es das, dass ein Sterbender alt und lebenssatt von seinen Angehörigen in einem großen inneren Frieden Abschied nehmen kann. Das ist wie ein gemeinsames Einwilligen in den Tod. Auch das kann geschenkt sein, dass jemand im hohen, gesegneten Alter ohne Anzeichen von Schwäche und Krankheit einfach für immer einschläft.

„Wenn man gelebt hat, kann man auch sterben“ sagt eine Patientin ungefragt zu mir. Ich bin überrascht und sage: „Können sie den Satz noch einmal wiederholen? Das klingt so gut.“ Überraschend sagt sie in der Ich-Form: „Ich denke, ich habe gelebt, so kann ich auch sterben“ Wie gut, wenn es so ist.

Doch oft ist der Weg, der dabei zu gehen ist, lang und schwer. Sich der eigenen Sterblichkeit plötzlich bewusst werden zu müssen und das vielleicht früher und unausweichlicher als gewünscht, ist hart. Wie ist dazu ein Ja zu finden? Wie geht das: getrost sterben? Und wie können wir auf diesem Weg Menschen begleiten, Anteil nehmen an ihrem bevorstehenden Sterben? Wie lässt sich darüber sprechen?

Manchmal ist das Schweigen lang. Ich kenne die ängstliche Ungeduld: Der Kranke müsste doch selbst anfangen, davon zu sprechen, oder wartet er darauf, dass ich das erste Wort finde? Doch ich habe auch Angst vor dem Tod ...

Es sind immer die Betroffenen, die entscheiden, ob über ihr bevorstehendes Sterben gesprochen wird oder nicht. Ich darf niemanden nötigen, auch in der lautersten Absicht nicht, über sein Sterben sprechen zu müssen, auch nicht die nächsten Angehörigen. Die Sterbenden werden uns Anteil geben, wenn sie es können und möchten. Oft geschieht das in ganz einfachen, natürlichen Sätzen, wenn Vertrauen gewachsen ist. Es können Sätze eines Patienten wie diese sein: „Meine Frau sagte heute: Unser Sohn hat gesagt, wenn es soweit ist, wird der Vater zu Hause sein.“ Dabei laufen Tränen über sein Gesicht. Er kann zunächst nicht weitersprechen. Das ist die Trauer des Abschiednehmens. Jetzt wird das klarer und konkreter für ihn. Und er gibt mir Anteil: „Es wird einen Ort geben und Menschen, die um mich sind.“ Das ist tröstlich: einen Ort des Sich-Bergen-Könnens zu haben und Menschen, zu denen es Vertrauen gibt - ein Halt, der fürs Sterben wichtig ist. Es ist zu spüren, dass der Blick sich wendet: von der Situation des Bemühens um Heilung, die nun vergangen ist, auf das Kommende hin, mit dem Schmerz und der Angst des Abschieds.

Dabei müssen wir uns unserer Angst nicht schämen. Das ist der Weg, wie wir uns dem Geheimnis des Sterbens nähern können. Trauer darf sein und sollte nicht verdrängt werden. Abschied wird so bewusst gelebt. Das kann schmerzhaft sein. So können wir langsam loslassen, Abschied nehmen, bewusst und behutsam, miteinander Vergewisserung suchen und Trost. Es muss nicht bleierne Hilflosigkeit sein und lähmende Sprachlosigkeit. Hilfreich ist, wenn unter Ehepartnern, in Familien über den bevorstehenden Tod offen gesprochen werden kann. Alle vorweggenommene Trauer, die ein Kranker auf dem Weg des Sterbens auch anderen Menschen ermöglicht, muss nicht hinterher geleistet werden.

Es sind für einen Patienten die Wochen, in denen die Chemotherapie zu Ende geht. „Das wird die letzte sein. Was das heißt? Ja, wenn dann nichts mehr sein kann, werde ich's halten wie Ernst Bloch.“ Er schaut mich dabei nachsinnend und mit einem leichten Lächeln an. Ich bin überrascht und verblüfft: „Das heißt, mit Erwartungen zu sterben.“ Er erinnert an einen Gottesdienst in der Klinik, der ein halbes Jahr zurückliegt. Ich hatte über den Vers aus der Offenbarung gepredigt: „Wer überwindet, der soll mit weißen Kleidern angetan werden, und ich werde seinen Namen nicht austilgen aus dem Buch des Lebens und ich will seinen Namen bekennen vor meinem Vater und vor seinen Engeln“. Dabei hatte ich den 90-jährigen Philosophen Bloch zitiert, der bei einem Frühstück im Freien gesagt hatte, er sei nur noch neugierig auf das Sterben. Da habe er noch Erwartungen. Nun berührt mich die Erinnerung daran und die Behutsamkeit, mit der das Thema seines eigenen Sterbens so Sprache fand. Das Tröstliche findet sich „zwischen uns“ vor, in der gewachsenen Nähe. Es wird nur behutsam berührt. Ich lese an diesem Tag noch die Losung, so wie wir es immer tun: „Verwirf mich nicht in meinem Alter, verlass mich nicht, wenn ich schwach werde (Ps. 71,9). Der Patient sagt: „Passender kann's für heute nicht sein, es ist wie meine eigene Bitte.“

Bei Jürgen Ziemer (Seelsorgelehre, 294f.) lese ich treffend die Sätze: „Trösten geschieht durch Nahesein. Wer trösten will, macht sich auf, mit einem Menschen zu suchen, was zu tragen vermag. Trost kann nicht allgemein ausgesprochen werden in Form der Austeilung von 'Trostworten' o.ä. Trost muss 'persönlichkeitsspezifisch' vermittelt werden - also immer im Bezug zu dem, was ein Sterbender als *seinen* Glauben und *seine* Hoffnung mitbringt. Von da ausgehend kann in der Seelsorge versucht werden, den Horizont zu öffnen für die 'lebendige Hoffnung durch die Auferstehung Jesu Christi' (1. Petr. 1,3), die sich auf das richtet, was bleibt: die Liebe Gottes zu uns, von der uns nichts, auch nicht der Tod zu scheiden vermag (Röm. 8,39).“

Nicht jedem ist es geschenkt, den Weg so bewusst zu gehen. Vier Wochen waren es noch bis zum Sterben dieses Patienten.

Auf dem Weg des Sterbens geht es oft auch noch einmal durch große Unruhe, Ohnmacht und Ratlosigkeit. Der verzweifelte Wunsch nach Leben und die bedrängende Wirklichkeit des körperlichen Verfalls sind manchmal nur noch passiv zu erdulden. Und für den Begleiter gilt es, sprachlos die Not mit aushalten und solidarisch bei dem Sterbenden zu bleiben. Das ist nie leicht, daran kann man scheitern.

Ich habe den Weg einer 55-jährigen Patientin vor Augen. Sie war vor Jahren an Brustkrebs erkrankt und operiert worden. Später hatte sie mehrere Zyklen einer Chemotherapie durchlaufen mit der großen Hoffnung, geheilt zu sein. Dann kam es zu einem Rückfall der überstandenen Krankheit. Es begann ein schwerer Weg, wieder mit einer Chemotherapie, bald mit einem merklichen Nachlassen der Kräfte, wogegen sie sich wehrte. Sie hoffte immer noch auf den Erfolg der Therapie. Es ging ihr elend, als ich sie besuchte. Sie sagte: „An einem Gespräch habe ich kein Interesse, beten könnten Sie mit mir! Ja, beten.“ So massiv hatte ich die Aufforderung bisher nie gehört: Gemeinsam zu beten, weil man es selbst seit Wochen kaum noch allein kann, die Einsamkeit zu groß ist. Die innere Gemein-

schaft zu halten, ist wohl das Wichtigste, was wir uns schuldig sind, um getrostes Sterben zu ermöglichen, den anderen nicht allein durch die Angst und Sprachlosigkeit gehen zu lassen. Der Versuch, gemeinsam betend in überlieferter Sprache sich zu bergen und für sich neu zu buchstabieren, was das heißen kann: „Meine Zeit steht in deinen Händen.“

Da war immer noch verzweifelte Hoffnung. Bei der nächsten Visite hielt sie mich zurück und sprach mich klar an. „Die Metastasen sind es, die mich zu schwach machen. Jetzt weiß ich das. Nun will ich sterben. Ich möchte gern, dass wir noch miteinander das Abendmahl feiern. Geht das? Und dann möchte ich Sie bitten, meine Beerdigung zu übernehmen.“

Wir haben zusammen das Abendmahl gefeiert, der Ehemann und die erwachsenen Kinder waren dabei. Wir haben gesungen: „Auf meinen lieben Gott traue ich in Angst und Not.“ Das war tröstlich, so miteinander zu singen. Den Psalm 23 haben wir gebetet, Brot und Wein geteilt. „Christi Leib für dich gegeben - das stärke und bewahre dich im Glauben zum ewigen Leben.“ Zum Abschluss sangen wir ein Lied aus Taizé: „Laudate omnes gentes“. Die Frau sagte: „Das erinnert mich an meinen Konfirmationsspruch: Lobe den Herrn, meine Seele, und vergiss nicht, was er dir Gutes getan hat.“ Wir dachten noch einmal an das, was gut gewesen ist in ihrem Leben: Die erste Begegnung, das Kennenlernen, die vielen gemeinsamen Ehejahre, die Geburt der Kinder, Bewahrung in Krankheit ... Die Frau meinte: „Ich habe in meinem Leben immer Glück gehabt, nur jetzt eben Pech.“ Ihre Frage, die sie lange begleitet hatte – „Warum lässt mich Gott so leiden?“ - war der Dankbarkeit gewichen. Noch einmal im Rückblick das Leben ergreifen, das eigene Leben – gemeinsam mit der Familie - auf Sinngehalt und Sinnzusammenhänge überschauen, ist heilsam, um mit dem Leben und dem Sterben Frieden zu machen. Das hat sie getröstet. Zum Schluss sagte sie: „Danke, dass wir das heute so miteinander gefeiert haben und ich noch so bei Klarheit bin.“

Das war an einem Dienstag. Am Donnerstag war die Sterbende noch bei Bewusstsein. Sie bat uns: „Betet mit mir, dass ich nicht so viel leiden muss und mich quälen muss, dass mir Gott das Leben schenkt in Ewigkeit.“ Das haben wir zusammengetan. Dann kam die Bewusstlosigkeit, das Sitzen am Bett, das Lesen von Psalmgebeten, und dann kam der Tod, der Abschied, das Sterbegebet und der Sterbesegen.

Sterben ist etwas Tiefes, Großes. Und wir begreifen etwas vom Geheimnis des Lebens und des Sterbens.

„Auferstehung“, als Trost in Worte gefasst, kommt in der Sterbebegleitung im Krankenhaus nur als Ausnahme vor. Der Sterbende ist zunächst noch stark mit Vergangenen und Gegenwärtigen beschäftigt. Wenn das abgeschlossen ist, wendet sich sein Blick. Der Bergsteiger Reinhold Messner sagt: „In der Nähe des Todes fällt die Angst ab.“ Da wird der Sterbende frei: „Bete mit mir, dass ich Anteil habe am ewigen Leben.“ In diesem Moment ändert sich die Blickrichtung. Darauf ist wach zu warten und Schmerz und Trauer, die noch bewältigt werden müssen, dürfen nicht vorschnell weggeschoben werden. Eine Freundin sagte auf ihrem Weg des Sterbens: „Das ist der saure Weg, ja, der saure Weg. Nein, da ist nicht Vorfriede. Das kann ich nicht sagen. Ja, ich wurde gefragt, ob ich mich nicht auch freue? Nein, das kann ich nicht sagen. Wie naiv haben wir in der Kindheit gesungen: 'Eia wär'n wir da' ... nein, von Freude kann ich nichts sagen.“

Auf dem „sauren Weg“ sind Angst und Trauer mit dem Ratsuchenden durchzustehen, das noch nicht Begreifbare gilt es auszuhalten. Gabriele Wohmanns seelsorgerliche Erfahrung in der Sterbebegleitung ihrer Schwester kann ich gut nachvollziehen: „Kann ich bei jemandem, der stirbt und den ich liebe, Vorfriede auf den Tod wecken? Es ist unerlaubt und indiskret. Nur mir selber darf ich den Tod wünschen. Jeder für sich allein muss sich täglich bemühen, auf das unvorstellbar Schöne, auf die Freiheit von allen erdschweren Bagatellen, die Erlösung aus der Absurdität des Lebens begierig zu sein: dann endlich dort, jenseits der Todesschwelle. Wenn alle Tränen abgewischt sind ...“ (Zeitzeichen 11/2002, 15).

Die sterbende Freundin erbat sich damals den genauen Text einer Bach-Motette und wir haben ihn dann zusammen buchstabiert: „Komm, Jesu komm, mein Leib ist müde, die Kraft

verschwindet je mehr und mehr, ich sehne mich nach deinem Friede, der saure Weg wird mir zu schwer! Komm, komm, ich will mich dir ergeben; du bist der rechte Weg, die Wahrheit und das Leben.“ Solche Sätze miteinander zu lesen bedeutet dann, gemeinsam zu beten. Wie geschieht Vergewisserung im Glauben, wie findet die Hoffnung, die über den Tod hinausreicht, Gestalt? Wo zerbrochene Hoffnungen und bittere Enttäuschungen noch nah sind, werden wir dem Tod ins Auge sehen, das kann sein wie ins Nichts zu blicken. Da wird ein Loch gerissen, das ist nicht mit dem Glauben zu stopfen. Luther sagt in seiner Karfreitagspredigt 1522 über Jesu Sterben: „Ein fein pur lauter Mensch ist unser Herr Jesus gewesen; darum hat er auch in des Todes Ängsten so getrauert und gezagt; denn die Angst ist am größten, wenn einer sieht, dass der Tod seinen Rachen aufsperrt ... Doch das ist ihm vorbehalten, dass er nicht wahnsinnig geworden ist, nein, seine Vernunft ist ihm lauter, klar und rein geblieben.“ Sterbende sprechen in Bildern, sagen oft: „Da muss ich allein durch, da kann mir keiner helfen.“ Da geht es hindurch auf dem Weg, den Christus vorausgegangen ist - wie unser Bekenntnis sagt. Das kann dann sein wie ein „glaubendes Schauen ins Nichts“ (Dietrich Stollberg). Der Glaube ist es, die befreiende Macht des Auferstehungsglaubens, der ermöglichen kann, dem Nichts des Todes – „wenn der Tod seinen Rachen aufreißt“ - ins Auge zu schauen. Wo wir durch solch eine Situation des Schwachwerdens gehen, sind wir angewiesen auf andere. Wir brauchen einander auf dem Weg des Sterbens, das geht nicht allein. Wir brauchen einander, um zu glauben und zu beten und zu hoffen. Da kann der Glaube auch Sterbensmut geben. Dann dürfen wir hoffen, dass uns „weder Tod noch Leben, noch Mächte noch Gewalten, weder Hohes noch Tiefes,“ dass NICHTS „uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist“ (Röm. 8,37-39). So kann im Sterben christliche Hoffnung tröstlich Gestalt finden. In meiner Erfahrung hat Glaube am Sterbebett etwas Behutsames, Unaufdringliches, auch Bittendes, so wie es ein Osterlied singt: „Tod, Sünd, Leben und auch Gnad, alls in Händen er hat, er kann erretten alle, die zu ihm treten. Kyrie eleison“ (Evangelisches Gesangbuch Nr. 102,3). Gott hat uns auch als Sterbende „in den Händen“. Wenn der Sterbende durch Verzweiflung und Schmerz hindurch ist, kann es sein, dass die Trauer über die Todesnähe sich verwandelt: in Stille und in die Gewissheit, Gott nahe zu sein. Das ist vielleicht das stärkste Zukunftsbild, wenn wir über den Tod hinausschauen, dass wir in der Hand Gottes sind und daraus nicht fallen. In der Begleitung habe ich erfahren, dass dies für Sterbende das Tröstlichste ist.

Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen – Hinweise auf Texte für Trost und Abschied

Jeder von uns sollte auf die Situation vorbereitet sein, dass Sterbende oder ihre Angehörigen uns bitten, in schwerer Zeit bei ihnen zu sein. Dass das Leben eines Menschen zu Ende geht, macht uns Angst. Wir müssen Abschied nehmen, davor fürchten wir uns. In unserem Schmerz erinnern wir uns, was gut war im gemeinsamen Leben. Auch das, was schwer war, ist in unseren Gedanken. Wir können behutsam die Situation mit eigenen Worten aufgreifen und zur Sprache bringen. Manchmal ist es auch hilfreich, Worte aus der christlichen Tradition aufzunehmen und allein oder gemeinsam zu sprechen: Gebete, Psalmworte, Gesangbuchlieder oder die Formulierung eines Segens.

Geeignete Texte sind z.B. im Evangelischen Gesangbuch (Ausgabe für Sachsen) abgedruckt: für Situationen „In Not und Krankheit“ ab Nr. 926 und zum Themenbereich „Im Alter und beim Sterben“ ab Nr. 941. Weitere Vorschläge finden sich in dem Buch „Nicht allein gelassen“ (Eine Handreichung zur Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen, Bibelgesellschaft Stuttgart, 1996).

BIBELWORT	So spricht der Herr, der dich erschaffen hat:
Beim Propheten Jesaja lesen wir:	Fürchte dich nicht, denn ich habe dich erlöst;

ich habe dich bei deinem Namen gerufen;
du bist mein
(Jesaja 43,1)

BIBELWORT

Christus spricht: In der Welt habt ihr Angst;
aber seid getrost, ich habe die Welt
überwunden.
(Johannes 16,33b)

PSALMGEBET

Meine Seele ist stille zu Gott, der mir hilft;
Denn er ist mein Fels, meine Hilfe, mein
Schutz,
dass ich gewiss nicht fallen werde.
Und ob ich schon wanderte im finstern Tal,
fürchte ich kein Unglück, denn du bist bei mir,
dein Stecken und Stab trösten mich.
(Psalm 62,2-3; Psalm 23,4;
siehe auch: Psalm 73 oder Psalm 121)

GEBET

Herr, unser Gott, lieber Vater im Himmel,
in dieser Stunde suchen wir dein Angesicht;
sei nicht ferne,
denn wir Menschen können nicht mehr helfen.
Du bist unsere einzige Zuflucht und unser Halt.
Steh gnädig bei.
Hilf ihr/ihm in der letzten Not.
Erlöse sie/ihn und nimm sie/ihn auf
in dein ewiges Reich.
Uns aber mach still, und lass uns erkennen,
dass du unser Gott bist.
(Lutherische Agende III/4, 206)

SEGENSWORT

Gott segne dich und behüte dich.
Gott behüte deinen Ausgang und Eingang
von nun an bis in Ewigkeit.
Amen

GEBET

Guter Gott, wir danken dir für dieses Leben,
für alles was sie/er Gutes getan hat.
Für alles, was wirklich schön war.
Wir danken für alle Liebe,
Sorge und Mühe für uns.
Wir erinnern auch, was schwer war
im gemeinsamen Leben.
Wir bitten um Vergebung,
wo wir schuldig geworden sind.
Lass uns verzeihen, Gott,
wie du vergibst,
wenn wir dich darum bitten.
Wir bitten dich um dein Erbarmen.
In dieser Stunde des Sterbens von
bleibt uns deine Zusage,
dass du niemanden allein lässt,
im Leben nicht
und auch im Sterben nicht.
In deine Hände geben wir
Verlass ihn/sie nicht in dieser Not.
Alles was in uns ist, unseren Schmerz
und unseren Dank,
bringen wir zu dir und beten gemeinsam.

DAS VATERUNSER

Vater unser im Himmel,
geheiligt werde dein Name.
Dein Reich komme.
Dein Wille geschehe,
wie im Himmel so auf Erden.
Unser tägliches Brot gib uns heute.
Und vergib uns unsere Schuld,
wie auch wir vergeben unsern Schuldigern.
Und führe uns nicht in Versuchung,
sondern erlöse uns von dem Bösen.
Denn dein ist das Reich und die Kraft
und die Herrlichkeit in Ewigkeit.
Amen.

13. Ich möchte bestimmen, was mit mir geschieht

Betreuungsverfügung, Vorsorge-Vollmacht, Patientenverfügung

Die Darstellungen in diesem Kapitel folgen in wesentlichen Teilen und auch in einzelnen Formulierungen einer Publikation, die vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz herausgegeben wurde („Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, genaue Quellenangabe und Bezug siehe Kap. 15.).

13.1. Ist Vorsorge überhaupt notwendig?

Vorsorge, sich Sorgen machen? – Wir sind in der Regel dankbar für jeden Tag, an dem alles einigermassen „normal“ abläuft. An Unfall, Krankheit und Alter denken wir in guten Zeiten nicht so gern. Unsere Gesellschaft hat andere Leitbilder: Jung soll ich sein, immer fit, angetrieben von der Kraft von zwei Herzen! Doch dabei geraten wir in die Gefahr zu vergessen, dass es schnell auch ganz anders sein kann, dass Krankheiten oder Unfälle den gewohnten Rhythmus durcheinanderbringen, oder dass Probleme auftreten, die mit dem Älter-Werden zu tun haben. Das Leben eines Menschen hat viele Gesichter.

*Ein jegliches hat seine Zeit,
und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde:
geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit,
weinen hat seine Zeit, lachen hat seine Zeit,
klagen hat seine Zeit, tanzen hat seine Zeit,
suchen hat seine Zeit, verlieren hat seine Zeit,
behalten hat seine Zeit, wegwerfen hat seine Zeit,
schweigen hat seine Zeit, reden hat seine Zeit ...
(Die Bibel, aus dem Buch Prediger 3,1-7)*

Und in dieser Erkenntnis haben Menschen schon in früheren Jahrhunderten versucht, sich auch auf Krisenzeiten vorzubereiten, auch der Einsicht nicht auszuweichen, dass irgendwann unausweichlich auch das eigene Ende kommen wird.

*„Wer weiß, wie nahe mir mein Ende! ...
Es kann vor Nacht leicht anders werden, als es am frühen Morgen war ...
Lass mich beizeit mein Haus bestellen, dass ich bereit sei für und für ... „
(Worte: 1686, Evangelisches Gesangbuch Nr. 530)*

Vorsorge ist hier ein Stück Lebens-Klugheit. Es gilt auch hier und in diesem Leben noch manches Wichtige zu ordnen und zu regeln!

Und gerade daran denken heute viele Menschen nicht: Vorsorge zu treffen für den Fall, dass sie infolge eines Unfalls, einer schweren Erkrankung oder auch durch Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter ihre Angelegenheiten nicht mehr wie gewohnt selbst regeln können. 2012 hatte nur jeder achte Deutsche eine Patientenverfügung verfasst, gerade einmal einer von dreizehn eine Vorsorgevollmacht.

Dabei ist es doch in vielen Lebens-Bereichen selbstverständlich, dass wir Vorsorge treffen: z.B. im Krankheitsfall, bei der Altersvorsorge (Rente), wenn es um Vermögensbildung geht oder wenn wir Versicherungen abschließen, um uns gegen Risiken in unserem Leben abzusichern.

Aber ist für Krisenfälle in meinem Leben wirklich alles geregelt?

Ist für Krisenfälle in meinem Leben wirklich alles geregelt?

- *Was wird, wenn ich auf die Hilfe anderer angewiesen bin?
Wer handelt und entscheidet dann für mich?*
- *Wie kann ich erreichen, dass mein Wille auch dann Beachtung findet, wenn ich mich selbst nicht (mehr) äußern kann?*
- *Wer verwaltet mein Vermögen?*
- *Wer erledigt meine Bankgeschäfte?*
- *Wer sucht für mich einen Platz im Seniorenheim?*
- *Wer kündigt meine Wohnung und meinen Telefonanschluss?*
- *Wie werde ich ärztlich versorgt?*
- *Wer entscheidet bei Operationen oder über die Abschaltung medizinischer Apparate?*
- *Wer kümmert sich um meine persönlichen Wünsche und Bedürfnisse?*

Die Liste solcher Fragen ist lang, und sie kann einen bedrücken.

Die Frage ist, wer dann in einem solchen Ernstfall Entscheidungen treffen soll (und darf!), wenn ich – vorübergehend oder auf Dauer – dazu selbst nicht mehr in der Lage bin. Wie kann ich sicherstellen, dass meine Wünsche und Vorstellungen auch dann noch Beachtung finden?

Was passiert, wenn ich keine Vorsorge getroffen habe?

Hier zunächst ein Beispiel aus dem täglichen Leben:

Ein Ehepaar betrieb seit Jahren erfolgreich einen mittelständischen Betrieb. Beide waren Mitte dreißig, hatten zwei lebendige Kinder, alle waren kerngesund, aktiv und leistungsfähig. Dann erlitt der Mann einen Verkehrsunfall, der ihn einige Monate auf die Intensivstation zwang, er musste mehrere Operationen über sich ergehen lassen. Nach einem halben Jahr war er wieder zu Hause und sein Zustand besserte sich zusehends. Aber in der Zwischenzeit traten Probleme ganz unerwarteter Art auf: Die Gehaltszahlung an die Mitarbeiter konnte nicht erfolgen – nur der „Chef“ selbst durfte Überweisungen unterschreiben, und das war in seinem Zustand schlicht nicht möglich. Auch Materialbestellungen im Auftrag der Firma waren nur mit seiner Unterschrift gültig und konnten nicht ausgelöst werden. An den Mann gerichtete Einschreibebriefe durfte niemand anderes entgegennehmen. Zwar gab es eine Absprache unter den Eheleuten, dass in einem solchen Fall die Frau stellvertretend die Geschäfte wahrnehmen sollte. Nun aber musste sie schmerzlich lernen, dass eine solche Regelung rechtlich nicht verbindlich ist, und dass in dieser Situation das Betreuungsgericht in Aktion trat, um einen „Betreuer“ für ihren Mann zu „bestellen“, eine Person, die „amtlich beauftragt wird, seine Interessen wahrzunehmen und ihn rechtsgültig zu vertreten. Dieses Verfahren dauerte Monate. In der Zwischenzeit stand die Existenz des Betriebes auf dem Spiel, weil die Eheleute für diesen Fall nicht rechtzeitig vorgesorgt hatten.

Natürlich kann ich darauf hoffen, dass mir Angehörige oder Freunde im Ernstfall beistehen werden. Aber wenn rechtsverbindliche Entscheidungen anstehen (bei denen z.B. eine Unterschrift zu leisten ist), dürfen meine Kinder oder mein Ehegatte mich nicht automatisch vertreten (im deutschen Recht haben nur Eltern gegenüber ihren minderjährigen Kindern ein umfassendes Sorgerecht und damit die Befugnis zur Entscheidung und Vertretung in allen Angelegenheiten).

Wenn ich – vorübergehend oder auf Dauer – meine Angelegenheiten nicht selbst regeln kann, dürfen mein Ehepartner oder meine Kinder mich NICHT automatisch vertreten !!!

Wenn in einem solchen Fall keine schriftliche Verfügung vorliegt, wird das Betreuungsgericht informiert und setzt für mich einen „Betreuer“ ein, der allein rechtsverbindliche Entscheidungen in meinem Namen treffen darf.

notwendiger Einschub 2023

!!! NEU

NEU !!!

**ab 1.1.2023 gilt ein befristetes
Notvertretungsrecht für Ehepartner
in medizinischen Notsituationen**

Seit **1. Januar 2023** gilt nach Paragraf 1358 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ein **„Notvertretungsrecht“ für Ehegatten** und eingetragene Lebensgemeinschaften, nach dem sich Ehepartner in einer **medizinischen Notsituation** im Notfall für **maximal sechs Monate gegenseitig vertreten** können, wenn aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit der Ehepartner entscheidungsunfähig ist.

(Genauere Angaben zum Inhalt dieses Gesetzes siehe weiter unten unter Anhänge:
16.1. Notvertretungsrecht in medizinischen Angelegenheiten)

Auch wenn im Krisenfall keine Vorsorge getroffen wurde, gibt es klare rechtliche Regelungen. Dann greift die staatliche Fürsorge: Das Betreuungsgericht setzt einen „Betreuer“ ein, der stellvertretend für mich Entscheidungen trifft, meine Geschäfte führt (der Betreuer kündigt z.B. den Mietvertrag, beantragt Sozialleistungen, oder er verwaltet Geld und Vermögen). Im Jahr 2002 gab es in Deutschland mehr als eine Million Menschen, für die solche Betreuungen angeordnet waren. Das vorgesehene „amtliche Verfahren“ bringt zwei Probleme mit sich. Einmal kann es längere Zeit dauern (unter Umständen Monate), bis ein geeigneter Betreuer gefunden und beauftragt ist. Und außerdem ist nicht automatisch sichergestellt, dass vom Gericht eine Person ausgewählt wird, der auch ich meine Geschicke anvertraut hätte. So könnte es sein, dass ein mir völlig unbekannter Berufsbetreuer diese Aufgabe übernimmt.

Durch eine schriftliche Verfügung kann ich Einfluss darauf nehmen, welche Person meine Interessen wahrnehmen soll. Und ich kann zusätzlich festlegen, welche meiner Wünsche auch dann zu beachten sind, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, mich selbst zu äußern.

13.2. Drei Möglichkeiten der Vorsorge

Betreuungsverfügung: „Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Betreuungsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden.“

Vorsorge-Vollmacht: „Mit einer Vorsorge-Vollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, unter anderem in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen.“

Patientenverfügung: In jedem Fall sollte neben der Abfassung einer Vollmacht oder einer Betreuungsverfügung auch daran gedacht werden, Wünsche und Vorstellungen für die spätere Gesundheitsfürsorge niederzulegen, besonders auch für die letzte Lebensphase.

„Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen.“

(Definitionen nach: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004)

13.2.1. Betreuungsverfügung

Wenn ich infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung meine Angelegenheiten vorübergehend oder auf Dauer nicht (mehr) selbst regeln kann und wenn ich keine Vollmacht erteilt habe, setzt das Betreuungsgericht einen „Betreuer“ für mich ein. Der Betreuer vertritt mich rechtlich in allen Angelegenheiten, die ich selbst nicht mehr wahrnehmen kann. Er kündigt z.B. die Wohnung, schließt einen Heimvertrag, beantragt Sozialleistungen und verwaltet das Vermögen. Eine solche Betreuung bedeutet nicht automatisch, dass ich nicht mehr „geschäftsfähig“ bin, und sie ist nur in dem Umfang und so lange zulässig, wie dies erforderlich ist.

Für den Fall, dass eine Betreuung notwendig wird, hat das Gericht Wünsche zu berücksichtigen, die ich zuvor niedergeschrieben habe. Ich kann in einer „Betreuungsverfügung“ bestimmen, wer mein Betreuer werden soll (möglichst zusätzlich eine Ersatz-Person benennen). Ich kann auch festlegen, wer keinesfalls als Betreuer in Betracht gezogen werden soll. In einer Betreuungsverfügung kann ich auch konkrete Wünsche und Vorstellungen aufführen, die dann für den Betreuer verbindlich sind (z.B. zum Umgang mit meinem Vermögen, über Zuwendungen und Geschenke zu Geburtstagen, über die Regelung von Wohnungsangelegenheiten oder die Durchführung von Pflegemaßnahmen). Es kann also auch dann sinnvoll sein, eine Betreuungsverfügung zu schreiben, wenn ich darin keine Person benennen kann oder will, die mein Betreuer werden soll; dann bestimmt zwar das Betreuungsgericht den Betreuer, aber dieser Betreuer ist doch an die Durchsetzung meiner Wünsche und Vorstellungen gebunden.

Das Vorliegen einer Betreuungsverfügung kürzt das gerichtliche Verfahren zur Bestellung des Betreuers ab. Im Normalfall folgt das Gericht meinem Vorschlag in einer Betreuungsverfügung und setzt die von mir gewünschte Person auch ein. Allerdings prüft das Gericht, ob die Übernahme der Aufgaben und die Last der Verantwortung einer Betreuung der vorgeschlagenen Person auch zuzutrauen und zuzumuten sind.

Der Betreuer steht unter der Kontrolle des Betreuungsgerichts. Er muss zu Beginn der Betreuung ein vollständiges Verzeichnis über das Vermögen des Betroffenen aufstellen und in der Regel jährlich einmal Rechenschaft ablegen über den Umgang mit dem Vermögen. Für den Erwerb, die Veräußerung oder Belastung eines Grundstückes benötigt der Betreuer die Genehmigung des Betreuungsgerichts, ebenso bei Geldbewegungen über 3000 Euro.

Eine Betreuungsverfügung wird erst dann wirksam, wenn der Krisenfall tatsächlich eingetreten ist und ich objektiv nicht mehr selbst handeln kann.

Wünsche und Vorstellungen, die eventuell in einer Betreuungsverfügung festgehalten werden könnten, und an die ein Betreuer gebunden ist

Geregelt werden kann zum Beispiel:

- *Von wem möchte ich versorgt werden, wenn ich pflegebedürftig bin?*
- *Möchte ich, wenn irgendwie möglich, bis zu meinem Tod zu Hause versorgt werden?*
- *Wenn meine Versorgung und Pflege eines Tages zu Hause nicht mehr möglich ist: In welchem Heim möchte ich wohnen? Und in welches Heim möchte ich auf keinen Fall aufgenommen werden?*
- *Welche Möbel und Gegenstände sollen bei einer Wohnungsauflösung an welche Personen ausgehändigt werden?*
- *Soll im Bedarfsfall mein gesamtes Vermögen für meine Pflege und zur Aufrechterhaltung meines gewohnten Lebensstandards aufgebraucht werden?*
- *Möchte ich, dass weiterhin bestimmte Personen Geschenke oder Geldbeträge zu bestimmten Anlässen erhalten (z.B. Geburtstag, Weihnachten, Hochzeit)?*
- *Sollen meine Mitgliedschaften in Vereinen und meine Spendengewohnheiten beibehalten werden?*
- *Was soll mit meinem Haustier geschehen, wenn ich mich nicht mehr darum kümmern kann?*

Ein Musterformular mit Text-Bausteinen zum Erstellen einer Betreuungs-Verfügung finden Sie im Anhang (Kap. 16.2.).

13.2.2. Vorsorge-Vollmacht

Wenn eine Betreuung angeordnet wird, stellt diese eine staatliche Maßnahme dar und ermöglicht z.B. Einblick in meine persönlichen oder meine finanziellen Angelegenheiten durch Außenstehende. Wenn ich eine Betreuung vermeiden will, kann ich als Alternative dazu einer Person meines Vertrauens (vorsorglich) eine Vollmacht erteilen. Für alle Lebensbereiche, die in der Vorsorge-Vollmacht erfasst werden, muss (und darf) dann kein Betreuer bestellt werden.

Eine Vollmacht kann ich schon erteilen, wenn ich eigentlich noch voll handlungsfähig bin, aber mir z.B. manche Dinge einfach „über den Kopf wachsen“.

Eine Vollmacht könnte erteilt werden als „Generalvollmacht“, also z.B. „zur Vertretung in allen Angelegenheiten“.

Sie kann auch so erteilt werden, dass die einzelnen Lebensbereiche, für die sie gelten soll, konkret aufgelistet werden. Sie könnte dann z.B. gelten für Gesundheitsfürsorge und Pflegebedürftigkeit, Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Post- und Fernmeldeverkehr, Vertretung gegenüber Behörden, Verwaltung von Vermögensangelegenheiten. Zu einzelnen Punkten, deren Regelung mir besonders wichtig ist, können auch konkrete Anweisungen niedergeschrieben werden, wie die Vollmacht wahrzunehmen ist.

Auch eine Generalvollmacht deckt nicht automatisch mit ab:

a) die Zustimmung zu **medizinischen Eingriffen, bei denen Lebensgefahr besteht** (z.B. Herzoperation) oder bei denen ein schwerer, andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist (z.B. Amputation von Gliedmaßen);

b) die Einwilligung zu einer notwendig werdenden geschlossenen Unterbringung oder andere **freiheitsbeschränkende Maßnahmen** (z.B. Bettgitter, Abschließen des Zimmers, Medikamente zur Ruhigstellung).

Diese Fälle müssten in einer Vollmacht ausdrücklich benannt werden und bedürfen in der Regel der zusätzlichen betreuungsgerichtlichen Genehmigung.

Für alle Vollmachten sind zwei weitere Einschränkungen zu beachten:

Für die Stellvertretung in Geld-, Grundstücks- oder Geschäftsangelegenheiten wird eine Vollmacht oft nicht akzeptiert oder ist nicht ausreichend. Kreditinstitute (**Banken, Sparkassen**) verlangen in der Regel eine Vollmacht auf hauseigenen Vordrucken.

Bei der Erteilung einer Vollmacht ist **grundsätzlich die Einbeziehung eines Notars nicht erforderlich** (das gilt auch bei einer Betreuungsverfügung oder einer Patientenverfügung). Aber manchmal kann es sinnvoll sein, sich doch von einem Notar Rat zu holen und ihn um Ausfertigung der Vollmacht zu bitten (dann ist darauf zu achten, dass von ihm die Dinge niedergeschrieben werden, die ICH regeln möchte). Dabei fallen Kosten an, die normalerweise zwischen 45 und 156 Euro liegen (im Höchstfall 403,50 Euro; zuzüglich Mehrwertsteuer). Eine Beurkundung durch einen **Notar** ist stets notwendig, wenn durch die Vollmacht ermöglicht werden soll, dass Grundstücke erworben oder verkauft werden, dass Darlehen aufgenommen werden können oder dass ein Erbe ausgeschlagen werden kann. Sinnvoll ist die Einbeziehung eines Notars evtl. auch, wenn es um Handelsgewerbe geht.

Grundsätzlich ist es möglich, die Vollmacht auf bestimmte Aufgabengebiete zu beschränken (z.B. nur den Gesundheitsbereich betreffend). Das bedeutet aber, dass im Bedarfsfall – wenn ich in anderen Lebensbereichen nicht mehr handlungsfähig bin – möglicherweise zusätzlich noch ein Betreuer bestellt werden muss. Ein Nebeneinander von Vollmacht und Betreuung sollte vermieden werden!

Für verschiedene Aufgabengebiete (z.B. Gesundheitsfürsorge, Vermögensangelegenheiten) kann jeweils ein eigener Bevollmächtigter eingesetzt werden. Jeder benötigt dann eine eigene Vollmachtsurkunde.

Obwohl gegenüber dem Gesundheitsbevollmächtigten (wie auch gegenüber einem gesetzlich bestellten Betreuer) keine ärztliche Schweigepflicht besteht, weil er sonst seine Aufgaben nicht erfüllen könnten, ist es ratsam, die Befreiung für den Arzt in der Vollmachtsurkunde ausdrücklich zu erteilen. Für den Fall, dass der Bevollmächtigte „im Ernstfall“ verhindert ist, sollte eine weitere Vertrauensperson als Ersatzbevollmächtigter benannt werden.

Der Bevollmächtigte steht – anders als ein Betreuer – nicht unter der Kontrolle des Betreuungsgerichts. Ich muss mir im Klaren sein, dass ich einem Bevollmächtigten ein hohes Maß an Vertrauen entgegenbringe! Allerdings kann das Betreuungsgericht, wenn ihm ein entsprechender Anlass

bekannt wird, für einen Bevollmächtigten eine Kontrollperson bestellen, die den Bevollmächtigten überwacht.

Die Vollmacht gilt grundsätzlich nach „außen“ hin (z.B. gegenüber Behörden) ab dem Datum ihrer Ausstellung. Mit dem Bevollmächtigten kann aber vereinbart werden, dass er von der Vollmacht erst dann Gebrauch macht, wenn der Vollmachtgeber nicht mehr handlungsfähig ist.

Die Justizminister aller Bundesländer haben sich darauf verständigt, bundesweit eine einheitliche Mustervollmacht zu empfehlen. Die in der **Mustervollmacht im Anhang** (Kap. 16.2.) vorgeschlagenen Bausteine orientieren sich an dieser Vorlage (ausführliche Darstellung siehe z.B.: Sächsisches Staatsministerium der Justiz: „Betreuung und Vorsorge – ein Leitfaden“, Bezug siehe Kapitel 5).

13.2.3. Patientenverfügung

Die Möglichkeiten der modernen (Intensiv-)Medizin sind beeindruckend und können oft segensreich zum Wohle des Patienten eingesetzt werden. Die Apparatemedizin kann aber dazu verleiten, auch dann noch Behandlungen vorzunehmen, wenn kein therapeutischer Erfolg mehr zu erwarten ist. Es kann sein, dass eine intensive medizinische Behandlung nicht mehr den eigenen Lebensvorstellungen des Patienten entspricht. Es ist denkbar, dass ich zwar Betreuung wünsche, die mir durch Ärzte, Pflegerinnen oder Angehörige zuteil wird, aber keine Lebensverlängerung um jeden Preis. Dann muss auf eine Therapie-Begrenzung bzw. für den Verzicht auf bestimmte medizinische Maßnahmen entschieden werden (z.B. keine Gabe von Antibiotika bei einer Lungenentzündung, Verzicht auf eine angebotene Chemotherapie).

Eine solche schwerwiegende Entscheidung kann am besten der Betroffene selbst treffen, wenn er sich rechtzeitig diesen Fragen gestellt und seine Verfügung schriftlich niedergelegt hat. Ist er auf Grund seiner Erkrankung oder seines hohen Alters dazu nicht in der Lage, so wäre eine rechtzeitig getroffene Stellvertretung (die Übertragung der Entscheidungsbefugnis auf eine Person seines Vertrauens) von großem Nutzen.

Wenn mir diese Fragen wichtig sind, sollte ich mich aber auch selbst verantwortlich wissen und rechtzeitig Vorsorge treffen, sonst gilt mein „mutmaßlicher“ Wille, der aber nur in schwierigen Klärungsprozessen und von außenstehenden Personen (Angehörigen, Ärzten) ermittelt werden kann.

Ein solcher „erklärter Wille“ kann in einer so genannten „Patientenverfügung“ niedergeschrieben werden. In ihr sollte deutlich werden

- welche Lebenserfahrungen und Wertvorstellungen mich prägen und den Hintergrund für meine Entscheidungen bilden
- für welche Situation(en) meine Verfügung gelten soll
- welche Art medizinischer Behandlung ich dann wünsche, welche Maßnahmen durchgeführt und welche unterlassen werden sollen
- durch welche Personen ich begleitet werden möchte und wer stellvertretend für mich in Gesundheitsfragen Auskunft geben oder entscheiden darf.

Zwischenschritt:

Vergewisserung über meine eigenen WERTVORSTELLUNGEN und persönlichen LEBENSERFAHRUNGEN

Es ist eine wichtige Vorarbeit für das Erstellen einer Patientenverfügung, dass ich mich selbst mit grundlegenden Fragen auseinandersetze. Das Ergebnis solcher Überlegungen kann ich schriftlich mit in die Patientenverfügung aufnehmen, oder ich setze eine Person meines Vertrauens darüber in Kenntnis.

Solche grundlegenden Fragen können sich z.B. beziehen auf:

- *das bisherige Leben*
(Wurde ich enttäuscht vom Leben? Würde ich es anders führen, wenn ich nochmals von vorn anfangen könnte? Bin ich zufrieden, so wie es war?)
- *das zukünftige Leben*
(Möchte ich möglichst lange leben? Oder ist mir die Qualität des Lebens wichtiger als die Le-

bensdauer, wenn beides nicht gleichzeitig zu haben ist? Welche Wünsche, welche Aufgaben sollen noch erfüllt werden? Wovor habe ich Angst im Hinblick auf mein Sterben?)

- *eigene leidvolle Erfahrungen*
(Wie bin ich mit Krankheiten oder Schicksalsschlägen fertig geworden? Was hat mir in schweren Zeiten geholfen?)
- *die Beziehungen zu anderen Menschen*
(Welche Rolle spielen Familie oder Freunde für mich? Kann ich fremde Hilfe gut annehmen? Oder habe ich Angst, anderen zur Last zu fallen?)
- *das Erleben von Leid, Behinderung und Sterben bei anderen*
(Welche Erfahrungen habe ich damit? Löst das Angst bei mir aus? Was wäre für mich die schlimmste Vorstellung?)
- *die Rolle der Religion im eigenen Leben*
(Was bedeutet mir mein Glaube angesichts von Leiden und Sterben? Was erwarte oder erhoffe ich nach dem Tod?)

Eine Patientenverfügung ist rechtlich (und damit auch für den Arzt und Angehörige) verbindlich, wenn durch sie der Wille des Patienten bezüglich einer bestimmten ärztlichen Maßnahme eindeutig und sicher festzustellen ist. Die Situationen, für die die Verfügung gilt, sind eindeutig zu beschreiben. Bei konkreten Festlegungen für bestimmte Erkrankungen oder mögliche Behandlungen sollte das Gespräch mit dem behandelnden Arzt gesucht werden, damit die (medizinisch relevanten) Aussagen eindeutig sind.

Es sei daran erinnert: Im Verhältnis zwischen Arzt und Patient entscheidet letztlich der Patient (es ist sein Körper, sein Leben!), OB er ärztlich behandelt werden will und er entscheidet, WIE die Behandlung konkret aussehen soll. Dieser Grundsatz gilt auch, wenn es um die Frage geht, wie er sterben möchte.

Die Bundesärztekammer hat in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (2011) die Bedeutung der Rechte des Patienten und der Festlegungen in Patientenverfügungen deutlich hervorgehoben:

„Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten ... Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen ...

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen ...

Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten ist die Erklärung ihres Bevollmächtigten bzw. ihres Betreuers maßgeblich. Diese sind verpflichtet, den Willen und die Wünsche des Patienten zu beachten ...

Liegt eine Patientenverfügung ... vor, hat der Arzt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er soll dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen ...

Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zu, hat der Arzt den Patienten entsprechend dessen Willen zu behandeln ...

Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallsituation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert und vom Patientenwillen getragen sind ...

Willensbekundungen, in denen sich Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären, sind eine wesentliche Hilfe für ärztliche Entscheidungen.“

Es gibt in Deutschland derzeit eine Vielzahl unterschiedlicher Vorschläge für das Erstellen einer Patientenverfügung. Solche Vorschläge sollten nicht „blind“ übernommen werden. Sie können als Prüflisten dienen, von denen ich mich anregen lasse zu eigenen Überlegungen und Festlegungen. Ich muss mir – das ist eine unerlässliche Vorarbeit – zunächst selbst klar werden, was für mich persönlich wichtig ist, für welche konkreten Fragen ich Festlegungen treffen möchte. Und dann sollte ich **meine individuelle und persönliche Patientenverfügung** niederschreiben!

Bausteine für eine Patientenverfügung

1. Beschreibung der Situationen, in denen Willensbekundungen gelten sollen, z.B.:

- Sterbephase
- nicht aufhaltbare schwere Leiden
- dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit (z.B. Demenz, apallisches Syndrom, Schädelhirntrauma)
- akute Lebensgefahr
- irreversible Bewusstlosigkeit

2. Anweisungen und Wünsche für ärztliche und damit in Zusammenhang stehende Maßnahmen

- künstliche Ernährung
- künstliche Beatmung
- Dialyse
- Organersatz
- Wiederbelebung
- Verabreichung von Medikamenten (z.B. Antibiotika, Psychopharmaka, Zytostatika/Chemotherapie)
- Art der Unterbringung und Pflege
- Schmerzbehandlung
- andere betreuende und pflegerische Maßnahmen
- Hinzuziehung eines oder mehrerer weiterer Ärzte
- alternative Behandlungsmethoden
- Gestaltung des Sterbeprozesses

3. Benennung einer Vertrauensperson als Gesprächspartner für den Arzt

Hilfreich kann die Benennung einer Vertrauensperson sein, mit der der Patient die Patientenverfügung besprochen hat und mit der ein Arzt die erforderlichen medizinischen Maßnahmen besprechen soll, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen selbst zu äußern ...

Gegenüber dem Bevollmächtigten und dem Betreuer ist der Arzt zur Auskunft berechtigt und verpflichtet, da Vollmacht und Betreuung den Arzt von der Schweigepflicht freistellen ...

(nach: Bundesärztekammer: Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis; Deutsches Ärzteblatt 30.3.07 S.A891ff.; die aktuelle Fassung dieser Empfehlung aus dem Jahre 2010 finden Sie <http://baek.de/page.asp?his=0.6.5048.5052>)

Ein Musterformular mit Text-Bausteinen zum Erstellen einer Patienten-Verfügung finden Sie im Anhang (Kap. 16.2.). Es reicht aber auch aus, statt Regelungen für jeden vorstellbaren medizinischen Notfall aufzuschreiben, in einer Vorsorge-Vollmacht eine Person seines Vertrauens einzusetzen, welche im Gespräch mit dem behandelnden Arzt über die weiteren Behandlungsschritte entscheiden darf und soll.

Ein wichtiger Hinweis: Die lange bestehende unklare Rechtslage bei der Gültigkeit von Patientenverfügungen gibt es nicht mehr!

Bundestag und Bundesrat haben ein Gesetz beschlossen, in dem die Geltung von Patientenverfügungen geregelt wird.

Gesetz zu Patientenverfügungen, verabschiedet im Deutschen Bundestag am 18.6.2009:

Im Einzelnen wird geregelt:

- Volljährige können in einer schriftlichen Patientenverfügung im Voraus festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuer und Bevollmächtigter im Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Betroffenen an seine schriftliche Patientenverfügung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen des Betroffenen zur Geltung bringen.
- Niemand ist gezwungen, eine Patientenverfügung zu verfassen. Patientenverfügungen können jederzeit formlos widerrufen werden.
- Gibt es keine Patientenverfügung oder treffen die Festlegungen nicht die aktuelle Situation, muss der Betreuer oder Bevollmächtigte unter Beachtung des mutmaßlichen Patientenwillens entscheiden, ob er in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt.

- Eine Reichweitenbegrenzung, die den Patientenwillen kraft Gesetzes in bestimmten Fällen für unbeachtlich erklärt, wird es nicht geben.
- Die Entscheidung über die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme wird im Dialog zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem vorbereitet. Der behandelnde Arzt prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen.
- Sind sich Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter über den Patientenwillen einig, bedarf es keiner Einbindung des Betreuungsgerichts. Bestehen hingegen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenreichere Entscheidungen vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

(Internetseite des Bundesministeriums der Justiz BMJ 23.6.09;

http://www.bmj.de/enid/6bec0408f5115e77bb082c6a50be3616_3a07b9706d635f6964092d0936303333093a095f7472636964092d0935323933/Pressestelle/Pressemitteilungen_58.html)

Ein umstrittenes Thema:

Verzicht auf künstliche Ernährung, z.B. durch eine Magensonde ?

- **PEG** = Perkutane endoskopische Gastrostomie (Ernährungs-sonde wird mittels eines Endoskops durch die Bauchwand in den Magen eingeführt; jedes Jahr werden in D. 140.000 PEG-Sonden gelegt)
 - Wachkoma: Erst die **Magensonde macht ein Dauerkoma möglich**. Früher wurden Menschen mit einem Schlauch durch die Nase oder den Rachen künstlich ernährt. Das führte nach einiger Zeit zu schrecklichen Wunden
Segen, aber auch Fluch: jahrelanges Dahinvegetieren; dieses „**ewige Leben**“ **wird also in Wahrheit durch die modernen Magensonden in Pflegeheimen garantiert** – und nicht, wie viele befürchten, weil man an vielen Apparaten auf Intensivstationen hängt
(DIE ZEIT 20.11.03 S.29)
 - **70 % der PEG-Anlagen** betreffen Heimpatienten, bei denen diese Maßnahme oft **medizinisch nicht indiziert** (notwendig JK) ist
(Dtsch. Ärzteblatt 8.8.05 S. A2154)
 - (9) Jeder Mensch hat das Recht, eine medizinische Behandlung zu gestatten oder auch zu verweigern. Jede **gegen den Willen des Patienten** durchgeführte Maßnahme (sei es eine Operation oder auch nur das **Legen einer Magensonde**) stellt nach geltendem Recht eine **Körperverletzung** dar. Auch Schwer- und Sterbende haben das Recht auf Selbstbestimmung.
(12) Die **Fortsetzung einer einmal begonnenen Behandlung (etwa die künstliche Ernährung per Magensonde)** ist nicht mehr gerechtfertigt, wenn sich herausstellt, dass von vornherein keine (erklärte oder mutmaßliche) Einwilligung vorgelegen hat oder diese im weiteren Verlauf widerrufen worden ist. Erhält der Arzt keine Einwilligung, muss er die Weiterbehandlung unterlassen.
(Nationaler Ethikrat; Stellungnahme „Patientenverfügung“ 2005)
 - In Befragungen **hielt die Hälfte der Ärzte, aber auch ein Drittel der Vormundschaftsrichter die Beendigung von künstlicher Ernährung oder Beatmung für strafbare aktive Sterbehilfe**.
(Spiegel 13/2007 S.138)
 - Patientenverfügungen sind auch außerhalb der eigentlichen Sterbephase zu beachten ...
... können Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen auch Aussagen zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen enthalten, etwa
 - **künstliche Ernährung**
 - künstliche Beatmung
 - Dialyse ...
 - Wiederbelebung ...
- In **Notfallsituationen**, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und auch für eine Ermittlung des mutmaßlichen Willens keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist ...
(Bundesärztekammer: Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis; Deutsches Ärzteblatt 30.3.07 S.A891ff.)

13.3. Formsachen

Für die äußere Form aller drei Arten der Vorsorge gibt es keine Vorschriften, etwa in Gestalt eines verbindlichen Formulars. Eine handschriftliche Abfassung - wie sie für ein Testament zwingend vorgeschrieben ist - ist nicht erforderlich. Die Verfügungen bzw. Vollmachten sollten aber immer schriftlich abgefasst sein. Ein Nebeneinander von Vollmacht und Betreuung sollte vermieden werden.

**Entweder eine Betreuungsverfügung
ODER eine Vorsorge-Vollmacht erstellen !**

Aus dem Text sollte hervorgehen, dass ich „einwilligungsfähig“ war, das heißt diese Verfügung bei vollem Bewusstsein und klarem Verstand getroffen habe. Es kann sinnvoll sein, das zusätzlich durch die Unterschrift von Zeugen nach der Abfassung bestätigen zu lassen (Angehörige, Seelsorger, Ärzte, Notar). Im Regelfall ist aber davon auszugehen, dass ein Patient zur Zeit der Abfassung der Patientenverfügung einwilligungsfähig war.

Die Angabe von Ort und Datum der Ausstellung und vor allem die eigenhändige Unterschrift sind unverzichtbar. Diese Angaben sollten in Zeiträumen von nicht mehr als zwei Jahren erneuert bzw. bestätigt werden, damit kein Zweifel an der Aktualität meiner Willensbildung aufkommen kann. Eine klare juristische Vorgabe für eine solche Aktualisierung gibt es allerdings nicht.

Alle Verfügungen können jederzeit von mir widerrufen werden. Bei Widerruf einer Verfügung muss ich früher ausgehändigte Urkunden (Vollmacht usw.) zurückverlangen.

Bei der Erteilung einer Vollmacht ist grundsätzlich die Einbeziehung eines Notars nicht erforderlich (das gilt auch bei einer Betreuungsverfügung oder einer Patientenverfügung) – siehe aber Ausnahmen unter 13.2.2.

Manche konkrete Entscheidungssituation (vor allem im Vorfeld des Sterbens) lässt sich nur schwer vorhersehen und in klare Worte und Anweisungen fassen. Daher kann es viel wichtiger sein, dass ich Personen meines Vertrauens, die aus Gesprächen meine Wertvorstellungen kennen, in Verfügungen auch amtlich als meine Vertreter benenne (als Betreuer, als Bevollmächtigte), damit sie im Krisenfall gemeinsam mit dem Arzt eine Entscheidung treffen können, die in meinem Sinne liegt. Diese Vertrauenspersonen sollten in jedem Fall vorher von der möglichen Stellvertretung informiert werden und ihre Zustimmung erteilt haben.

Ich selbst bin dafür verantwortlich und muss sicherstellen, dass eine getroffene Verfügung im Krisenfall schnell gefunden und in Kraft gesetzt wird. Eine Möglichkeit ist ein Hinweis bei den Ausweispapieren (z.B. Aufkleber „Ich habe eine Patientenverfügung!“ auf dem Personalausweis bzw. auf der Karte der Krankenkasse), auf dem notiert ist, dass eine Verfügung existiert und welche Person (Adresse, Telefon!) Zugang zu der Verfügung hat. Möglichkeiten der Hinterlegung: Vollmachten und Verfügungen können für den Ernstfall zu Hause aufbewahrt werden (an einem zugänglichen Ort, den der Bevollmächtigte kennt). Sie können dem Bevollmächtigten auch übergeben werden mit der Maßgabe, erst im besprochenen Fall von ihnen Gebrauch zu machen. Vollmachten und Verfügungen können aber auch bei einem Arzt (Patientenverfügung) oder beim Betreuungsgericht (Betreuungsverfügung) hinterlegt werden.

14. Texte und Bausteine für Veranstaltungen

14.1. Kundgebung der Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Thema „Was ist der Mensch?“

(7. Tagung der 9. Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland, Timmendorfer Strand, 3.-8.11.2002)

<https://www.ev-medizinethik.de/damfiles/default/ev-medizinethik/dokumente/Texte.zip/Texte/Grundfragen-theologischer-Ethik/Menschenw-rde-und-Menschenbild/EKD---Was-ist-der-Mensch-Kundgebung-2002.pdf-e4e3d466192034da17cec173435fe56a.pdf>

14.2. „Gott ist ein Freund des Lebens“ – Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens

Kirchenamt der **Evangelischen** Kirche in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Gütersloh 1991, Kap.5

https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/arbeitshilfen/AH_076.pdf

14.3. Einige Fakten zur Praxis der ärztlichen Sterbehilfe in den Niederlanden und im internationalen Vergleich

Eine aktuelle Studie vergleicht die Häufigkeit und die Charakteristika von ärztlichen Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern (THE LANCET, published online June 17, 2003; Quelle im Internet siehe unter Punkt 15.). Die Untersuchung wurde methodisch analog zu früheren Untersuchungen in den Niederlanden durchgeführt. Einige Ergebnisse sind für die beteiligten Länder Belgien (BE), Dänemark (DK), Italien (IT), die Niederlande (NL), Schweden (SE) und die Schweiz (CH) in der folgenden Tabelle 1 zusammengefasst.

Bemerkenswert ist der in den meisten Ländern erstaunlich hohe Anteil an geleisteter indirekt-aktiver Sterbehilfe. Aber auch aktive Sterbehilfe gab es danach (vor dem Inkrafttreten der genannten Gesetze) nicht nur in den Niederlanden, sondern in allen untersuchten Ländern mit Ausnahme von Schweden. Ärztlich unterstützte Selbsttötung wurde 2001 in vier der sechs beteiligten Länder praktiziert. Und Lebensbeendigung mit ärztlicher Hilfe ohne ausdrückliches Verlangen der Patienten wird aus allen beteiligten Ländern berichtet (sie kommt in Belgien und Dänemark sogar häufiger als in den Niederlanden vor). Diese Zahlen relativieren die Angaben, die bisher nur aus den Niederlanden vorlagen.

Die eben aufgeführte Studie wird für die Niederlande um eine zusätzliche Untersuchung ergänzt (THE LANCET, published online June 17, 2003; Quelle im Internet siehe unter Punkt 15.). Damit liegen für die Praxis der „Euthanasie“ in den Niederlanden nun auch aktuelle Erhebungen für das Jahr 2001 vor. In Tabelle 2 finden Sie einige wesentliche Daten:

Tabelle 1

Tatbestand (alle Zahlen-Angaben: Prozent aller Todesfälle)	BE	DK	IT	NL	SE	CH
ärztlich unterstütztes Sterben	1,82	0,79	0,10	3,40	0,23	1,04
davon: + Euthanasie (aktive direkte Sterbehilfe)	0,30	0,06	0,04	2,59	0	0,27
+ ärztlich unterstützter Suizid	0,01	0,06	0,00	0,21	0	0,36
+ Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten	1,50	0,67	0,06	0,60	0,23	0,42
Linderung von Schmerzen und Beschwerden mit möglicher Lebensverkürzung (indirekte aktive Sterbehilfe)	22	26	19	20	21	22
Nicht-Durchführung oder Abbruch einer möglichen Behandlung (passive Sterbehilfe)	15	14	4	20	14	28

Tabelle 2

Tatbestand (Prozentangaben: bezogen auf alle Todesfälle)	1990	1995	2001	Erläuterung / Kommentar
Sterbefälle insgesamt in den Niederlanden			140377	von 1990 bis 1995 um 5,3% und dann weiter von 1995 bis 2001 um 3,5% gestiegen
ausdrückliche Bitten um Euthanasie oder Hilfe bei der Selbsttötung	8900	9700	9700	keine Zunahme trotz gestiegener Todesfallzahlen
Euthanasie (aktive Sterbehilfe)	1,7%	2,4%	2,6%	keine deutliche Zunahme mehr (2001: ca. 3650 Fälle)
Beihilfe zur Selbsttötung	0,2%	0,2%	0,2%	konstant niedrig (2001 ca. 280 Fälle)
Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten	0,8%	0,7%	0,7%	keine Veränderung (2001: ca. 980 Fälle)
Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden mit möglicher Lebensverkürzung	18,8%	19,1%	20,1%	Hoher Anteil, leichte Steigerung; gestiegene Aufmerksamkeit für Palliativmedizin und Einsatz von Schmerzmitteln
Entscheidung für Nichtanwendung oder Abbruch medizinischer Maßnahmen	17,9%	20,2%	20,2%	Hoher Anteil, keine weitere Zunahme

14.4. Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) unter deutschen Ärzten zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe

(Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A-1077-1078 (Heft 16); Langfassung: www.aerzteblatt.de/plus1604)

Fragestellung	Ärzte der DGP	Andere Ärzte
Gut vertraut mit den in der Sterbehilfedebatte geläufigen Begriffen sind	76 %	49 %
es sind vertraut mit		
a) den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“	64,5 % 61,4 %	26,7 % 42,4 %
b) den „Handreichungen der BÄK zum Umgang mit Patientenverfügungen“		
ist eine gesetzliche Regelung zur Zulassung aktiver Sterbehilfe wünschenswert?	9,6 % (11,6 %)	26,3 % (30,4 %)

„Zustimmung“ bzw. „teilweise Zustimmung“ (Zustimmung, wenn eigene Erkrankung vorläge)		
ist eine gesetzliche Regelung zur Zulassung des ärztlich assistierten Suizids bei fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung wünschenswert? „Zustimmung“ bzw. „teilweise Zustimmung“ (Zustimmung, wenn eigene Erkrankung vorläge)	25,2 % (29,4 %)	40,1 % (43,5 %)
für Zulassung der „terminalen Sedierung“ bis zum Tod bei unerträglichem Leid	> 90 %	> 90 %
ist eine gesetzliche Regelung wünschenswert für Möglichkeit der Therapiebeendigung in aussichtslosen Krankheitssituationen ohne ausdrückliche Willensbekundung des Betroffenen bzw. der Angehörigen	63,3 %	66,8 %
Maßnahmen aktiver Sterbehilfe bzw. Unterstützung einer Selbsttötung haben selbst durchgeführt	2,5 bzw. 1,1 %	2,5 bzw. 1,1 %
Therapieverzichtsmaßnahmen selbst durchgeführt, ohne dass ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen vorlag	> 50 %	> 50 %

Rabbi Judahs Tod

Rabbi Judah lag im schweren Todeskampf.
Seine Kollegen, die Rabbis, standen um sein Bett herum,
und ihr Gebet hielt den Todesengel von Rabbi Judahs Lager weg.
Durch das Gebet verlängerte sich sein Leben und seine Qual.
Rabbi Judahs Magd konnte es jedoch nicht mehr länger ertragen.
Um ihrem geliebten Meister den erlösenden Tod zu bringen,
stieg sie ins Obergeschoss, nahm einen irdenen Krug und warf ihn aus dem Fenster.
Als er krachend auf die Strasse fiel,
erschrakten die Rabbiner und hielten für einen Augenblick im Gebet inne.
In dieser Sekunde starb Rabbi Judah.
Seine Magd wurde für ihre Tat gelobt.
 (nach Beat Vogel in: Wie Menschenwürdig sterben,
 NZN Buchverlag AG, Zürich, 2001)

14.5. Argumente Pro und Contra aktive Sterbehilfe

Argumente für aktive freiwillige Sterbehilfe	Argumente gegen aktive freiwillige Sterbehilfe
1. Selbstbestimmung Das allgemeine menschliche Selbstbestimmungsrecht schließt auch das Recht ein, über den eigenen Tod bestimmen zu können, d.h. Art und Zeitpunkt des eigenen Todes bestimmen und somit den eigenen Tod verlangen zu dürfen.	1. Unverfügbarkeit des Lebens „Wir machen die Erfahrung, dass wir unser Leben nicht in der Hand haben. Das Leben ist ein Geschenk Gottes.“ / „Das Leben ist uns nicht frei verfügbar. Genauso wenig haben wir ein Recht, über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens zu befinden. ... Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschenwürde geschützt. ... Weil wir nicht selbst frei über unser Leben und schon gar nicht über das Leben anderer verfügen, lehnen wir jede aktive Beendigung des Lebens ab.“ (Christliche Patientenverfügung)
2. Lebensqualität Nicht die Lebenszeit, sondern die Lebensqualität ist für das Individuum entscheidend. Es gibt Situationen, in denen diese Lebensqualität für die Person, die das Leben führt, so gering ist, dass sie das Recht hat, ihren eigenen Tod verlangen zu dürfen.	2. Sozialer Druck Autonome Selbstbestimmung ist eine Fiktion. Der Wille eines Menschen ist immer auch sozial mitbestimmt. Die Zulassung der aktiven Sterbehilfe birgt die Gefahr, dass damit zugleich ein unterschwelliger Erwartungsdruck erzeugt wird, dass in bestimmten Krankheitssituationen die aktive Sterbehilfe „die beste Lösung“ ist. Menschen könnten sich so leicht einem sozialen Druck ausgesetzt fühlen. Sie meinen dann, niemandem zur Last fallen zu dürfen und entscheiden sich deshalb möglicherweise „erwartungskonform“.
3. Würde Es gibt Situationen im fortgeschrittenen Verlauf bestimmter Krankheiten, die menschenunwürdig sind. Dies sind Situationen, in denen Menschen „nicht mehr sie selbst sind“, d.h. Situationen, in denen sich die Betroffenen quälen, in denen sie entstellt sind oder in denen ihr	3. Würde Die Würde des Menschen gilt uneingeschränkt für alle Lebensphasen und beinhaltet auch die Anerkennung der Würde des Sterbenden. „Alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sind in dieser Achtung vor seiner Würde vorzunehmen.“ Sie soll dem Sterbenden dabei helfen, „daß er sein körperliches Leiden ertragen und den bevorstehenden Tod selbst annehmen kann.“ Die Achtung seiner Würde besteht in der Wahrung der „ihm als Person angehörende[n] Unantastbarkeit“ (EKD/DBK: „Gott ist ein Freund des Lebens“).
	4. Ängste und Bedürfnisse Der Wunsch nach Sterbehilfe ist Ausdruck von Ängsten und Bedürfnissen. Hinter dem Wunsch steht einerseits die Angst vor Leid und Schmerzen und damit das Bedürfnis nach Schmerzkontrolle. Andererseits ist es die Angst vor dem Alleinsein

Bewusstsein getrübt ist. In solchen Situationen bzw. für solche Situationen haben Menschen das Recht, ihren eigenen Tod verlangen zu dürfen. 4. Leid / Schmerzen Es gibt Situationen, in denen auch mit Schmerztherapie keine völlige Schmerzfürfreiheit erreicht werden kann. In solchen Situationen, in denen die betroffene Person unter starken, für sie unerträglichen Schmerzen leidet, hat diese Person das Recht, ihren eigenen Tod verlangen zu dürfen. 5. Beihilfe zur Selbsttötung ist straffrei Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland nicht unter Strafe gestellt. Wenn aber Selbsttötung und die Beihilfe zu ihr nicht bestraft werden, sollte auch die Tötung auf Verlangen nicht bestraft werden.	und damit das Bedürfnis nach Begleitung. Wenn Patienten sicher sein können, dass sie keine unerträglichen Schmerzen leiden müssen und in ihrem Sterben nicht allein sein werden, dann entsteht in der Regel auch kein Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. 5. Alibi für soziale Versäumnisse Die Zulassung der aktiven Sterbehilfe könnte die Entsolidarisierung der Gesellschaft beschleunigen. Anstatt die gesellschaftlichen Anstrengungen auf die Intensivierung der Solidarität mit alten und kranken Menschen zu richten, würden mit der aktiven Sterbehilfe diejenigen Menschen getötet, denen die gesellschaftliche Solidarität gelten müsste. Insofern ist die aktive Sterbehilfe ein Alibi für soziale Versäumnisse. 6. Dammbbruch Mit der Freigabe der aktiven Sterbehilfe wird eine Lawine losgetreten, bei der das Tötungsverbot immer weiter gelockert wird. Die Entwicklung in den Niederlanden zeigt, dass sowohl die Altersgrenze als auch die Kriterien für die Inanspruchnahme der aktiven Sterbehilfe immer weiter ausgedehnt werden. Diese Entwicklung der Ausdehnung der Euthanasie auf immer mehr Personengruppen wird sich fortsetzen. Ein Damm bricht. 7. Ökonomische Gründe Hinter der Debatte um aktive Sterbehilfe stehen ökonomische Gründe. Der Einsparungsdruck im Gesundheitswesen ist die eigentliche Motivation hinter der Diskussion. 8. Zerstörung des Arzt-Patient-Verhältnisses Die Freigabe der aktiven Sterbehilfe zerstört das Vertrauen im Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Wenn Ärzte nicht mehr unzweideutig als diejenigen auftreten, die Leben bewahren, könnten Patienten ein Misstrauen gegenüber den ärztlichen Intentionen entwickeln.
--	--

Die Inuit (Ureinwohner von Grönland) unterschieden zwischen drei Todesarten.

Erstens: dem Tod durch Krankheit, verursacht von böswilligen Geistern. Zweitens: dem Tod auf der Jagd. Ein Grund, in Liedern ehrenvoll erwähnt zu werden. Drittens: dem freiwilligen Tod zur Erhaltung der Gemeinschaft. Dieser Tod wurde besonders verehrt - der durch Erdrosseln oder Erfrieren Verstorbene wurde über Generationen in Liedern und Legenden gepriesen. (taz 16.12.2010 S.13)

14.6. Nationaler Ethikrat 2006:

Vorschläge zur Terminologie wichtiger Begriffe im Zusammenhang mit Sterbebegleitung und Sterbehilfe

Der Nationale Ethikrat hält die Begriffe „aktive“, „passive“ und „indirekte Sterbehilfe“ für missverständlich und irreführend. Entscheidungen und Handlungen am Lebensende, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken, können angemessen beschrieben und unterschieden werden, wenn man sich terminologisch an folgenden Begriffen orientiert:

Sterbebegleitung

Mit dem Begriff der Sterbebegleitung sollen Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet werden. Dazu gehören körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen gewährt werden.

Ihr Ziel muss es sein, die Fähigkeit des Patienten, den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, so lange zu erhalten, wie es medizinisch möglich, für den Betroffenen erträglich und von ihm gewollt ist.

Therapien am Lebensende

Zu den Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern und jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Auf den bisher in diesem Zusammenhang verwendeten Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ sollte verzichtet werden, weil der Tod des Patienten weder direkt noch indirekt das Ziel des Handelns ist. Wird dagegen eine medizinisch nicht gerechtfertigte Überdosis der entsprechenden Medikamente gegeben, um den Tod des Patienten gezielt herbeizuführen, ist der Begriff der indirekten Sterbehilfe ohnehin unangebracht, weil es sich um die Tötung des Patienten handelt.

Sterbenlassen

Von Sterbenlassen statt von „passiver Sterbehilfe“ wird in dieser Stellungnahme gesprochen, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der

Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird. In manchen Fällen kann es sinnvoll sein, dies durch eine unterschiedlich tiefe palliative Sedierung zu begleiten.

Beihilfe zur Selbsttötung

Verschaffen Ärzte oder andere Personen jemandem ein todbringendes Mittel oder unterstützen sie ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung, liegt Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) vor.

Tötung auf Verlangen

Wenn man jemandem auf dessen ernsthaften Wunsch hin eine tödliche Spritze gibt oder ihm eine Überdosis an Medikamenten verabreicht oder sonst auf medizinisch nicht angezeigte Weise eingreift, um seinen Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde, handelt es sich um Tötung auf Verlangen. Im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung führt hier nicht der Betroffene selbst, sondern ein anderer die tödliche Handlung aus.

(nach: Nationaler Ethikrat: Stellungnahme Juli 2006 „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ – im Internet unter:

http://www.ethikrat.org/archiv/nationaler-ethikrat/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf)

14.7. Bausteine für den Einstieg ins Gespräch

Zunächst möchten wir verweisen auf „Bausteine“, die Sie verstreut im vorliegenden Heft finden:

A) Fallbeispiele (diese stellen oft auch konkrete Entscheidungssituationen dar)
→ im Text grau unterlegt

B) Definitionen und Sachinformationen
→ im Text hervorgehoben in „Kästen“

C) Gedichte, Liedtexte, Zitate →
im Text

nach rechts
herausgerückt

Hinweise auf Fundstellen für **Texte aus der christlichen Tradition** finden Sie am Ende des Kapitels 12.
Dort sind auch einige Bibelworte, Psalmen, Gebete und Segensformulierungen abgedruckt.

Im Folgenden bieten wir als weitere Anregungen noch einige Liedtexte aus der Rock- und Popmusik an.

REINHARD MEY:

„Wie ein Baum, den man fällt“ (Auszug)
Wenn's wirklich gar nicht anders geht ...
Wenn jeder Vorwand, jede List,
ihm zu entgeh'n vergebens ist,
Wenn ich, wie ich's auch dreh' und biege,
den eig'nen Tod nicht schwänzen kann ...
Hätt' ich noch einen Wunsch zum Schluss:
Ich möcht' im Stehen sterben ...
Wenn ich dies Haus verlassen soll,
fürcht' ich, geht das nicht würdevoll ...
Zum letzten Abgang, jenem herben,
der mir so unsagbar schwerfällt,
hätt' ich den leichtesten gewählt:
Ich möcht' im Stehen sterben.

XAVIER NAIDOO:

„Abschied nehmen“ (Auszug)
Und gestern drang die Nachricht dann zu
mir
Ich weiß nich, aber es zerriss mich schier.
Denn keiner kann mir sagen,
wie es geschah ...
Und ich wollte noch Abschied nehmen,
das werd ich mir nie vergeben!
Mann, wie konntest von uns gehen?
jetzt soll ich dich nie mehr sehen ...

PUHDYS:

„Wenn ein Mensch lebt“ (Auszug)
Wenn ein Mensch kurze Zeit lebt,
sagt die Welt, dass er zu früh geht.
Wenn ein Mensch lange Zeit lebt,
sagt die Welt: es ist Zeit ...
Jegliches hat seine Zeit,
Steine sammeln - Steine zerstreun.
Bäume pflanzen - Bäume abhaun,
leben und sterben und Streit.

FALCO:

„Out of the Dark“ (Auszug)
Ich bin bereit.
Denn es ist Zeit.
Für unseren Pakt über die Ewigkeit.
Du bist schon da.
Ganz nah.
Ich kann Dich spüren.
Laß' mich verführen, laß' mich entführen.
Heute Nacht zum letzten Mal.
Ergeben Deiner Macht.
Reich mir die Hand.
Mein Leben, nenn' mir den Preis.
Ich schenk' Dir Gestern, Heut' und Morgen.
Dann schließt sich der Kreis.
Kein Weg zurück.
Das weiße Licht kommt näher.
Stück für Stück.
Will mich ergeben.
Muß ich denn sterben.
Um zu leben.

HERBERT GRÖNEMEYER:

„Mensch“ (Auszug)
Der Mensch heißt Mensch,
weil er vergisst, weil er verdrängt
weil er lacht und weil er lebt
weil er irrt und weil er kämpft
weil er hofft und liebt
weil er mitfühlt und vergibt
weil er schwärmt und glaubt
sich anlehnt und vertraut ...
--- du fehlst

15. Quellen und weiterführende Literatur

In dieser Ausgabe wird auf die Angabe von Quellen verzichtet, da die Hinweise aus dem Original ohnehin inzwischen veraltet sind.

16. Anhänge

16.1. Zum Notvertretungsrecht in medizinischen Angelegenheiten

Seit 1.1.2023 gibt es ein (befristetes) Notvertretungsrecht für Ehegatten (beschränkt auf medizinische Notsituationen)

Der folgende Text basiert auf einem Artikel von von Martina Rosenberg²

Notvertretungsrecht

Ab 1. Januar 2023 gilt das gesetzliche Vertretungsrecht für Ehegatten und eingetragene Lebensgemeinschaften, das sogenannte Notvertretungsrecht. Bisher konnten sich Ehepartner in einer medizinischen Notsituation nur dann rechtlich gegenseitig vertreten, wenn eine gemeinsame Vorsorgevollmacht vorlag. ... Der Paragraph 1358 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ermöglicht es nun, dass sich Ehegatten im Notfall für maximal sechs Monate gegenseitig vertreten können.

Das Notvertretungsrecht nach Paragraph 1358 im BGB befähigt Ehegatten und Lebenspartner in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft in Angelegenheiten der Gesundheitssorge sich gegenseitig zu vertreten, wenn aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit der Ehepartner entscheidungsunfähig ist.

Dieses Recht gilt für sechs Monate und setzt voraus, dass keine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorliegt.

Gültigkeit

Das Notvertretungsgesetz tritt in dem Moment in Kraft, in dem ein Ehepartner aufgrund einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls nicht mehr selbst Entscheidungen zur medizinischen Behandlung oder Unterbringung treffen kann und keine Vorsorgevollmacht vorliegt.

Der Arzt ist dann verpflichtet, eine Bestätigung³ auszustellen, damit der Ehepartner jederzeit von seinem Recht Gebrauch machen kann.

Worin können Ehepartner sich im Notvertretungsgesetz gegenseitig vertreten?

a) Medizinische Versorgung:

Der Ehepartner kann im Notfall entscheiden, welche Untersuchungen, notwendigen Therapien oder ärztlichen Eingriffe getätigt werden sollen. Er kann auch eine Therapie oder einen Eingriff ablehnen, wenn es im Sinne des Patienten ist. Ärzte sind gegenüber dem vertretenden Ehepartner nicht an die Schweigepflicht gebunden und sind verpflichtet, Auskunft zu erteilen.

² <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/vollmachten-verfuegungen/notvertretungsrecht/>

³ Bestätigung durch den Arzt

Sobald der Fall eingetreten ist, dass Ihr Ehepartner plötzlich nicht mehr selbst Entscheidungen treffen kann und Sie ihn vertreten müssen, ist der Arzt verpflichtet, Ihnen die Geschäftsunfähigkeit schriftlich zu bestätigen.

Er bestätigt damit, dass ein Notvertretungsrecht vorliegt. Es gilt ab dem Ausstellungsdatum für sechs Monate. Dieses Dokument sollten Sie ab dann immer griffbereit haben, um handlungsfähig zu sein.

Dem Arzt muss eine schriftliche Bestätigung des vertretenden Ehepartners vorliegen

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, von dem vertretenden Ehepartner eine schriftliche Bestätigung zu verlangen, die besagt, dass kein anderer Betreuer bereits eingesetzt wurde und das Vertretungsrecht nicht bereits an anderer Stelle (möglicherweise zu einem früheren Zeitpunkt) in Anspruch genommen wurde. Damit soll ein Missbrauch des Notvertretungsrechts verhindert werden.

b) Verträge abschließen:

Sollte es im Zusammenhang mit der Erkrankung notwendig sein, Verträge für medizinische Behandlungen, mit dem Krankenhaus oder auch für Maßnahmen zur Rehabilitation abzuschließen, ist auch der Ehepartner dazu berechtigt.

c) Freiheitsentziehende Maßnahmen⁴:

Der Ehepartner kann über freiheitsentziehende Maßnahmen, wie beispielsweise Bettgitter oder ruhigstellende Medikamente entweder in einer Einrichtung oder im Krankenhaus entscheiden. Dabei darf diese Maßnahme aber maximal sechs Wochen andauern.

d) Ansprüche geltend machen:

Sollten sich Ansprüche zum Beispiel auf Grund der Erkrankung gegenüber einer anderen Person ergeben, darf der vertretende Ehepartner diese geltend machen. Das könnten beispielsweise Ansprüche gegenüber einem Unfallgegner sein, die der Ehepartner in Vertretung dann einfordern darf.

e) Gründe, bei denen das Notvertretungsrecht für Ehegatten nicht angewendet werden kann:

- Die Ehegatten leben nachweislich getrennt.
- Dem behandelnden Arzt ist bekannt, dass der erkrankte Ehegatte eine Betreuung durch den Ehepartner ablehnt.
- Es liegt bereits eine Vorsorgevollmacht vor, in der für die Gesundheitsvorsorge eine andere Person, beispielsweise der Sohn oder die Tochter, als Bevollmächtigte bestimmt wurde.

f) Widerspruch für Notvertretung

Möchten Ehepaare keine gegenseitige Notvertretung, kann ab Januar 2023 vorab ein Widerspruch dazu eingelegt werden. ...

g) Notvertretung nach Ablauf von sechs Monaten

Ist die Vertretung nach sechs Monaten weiterhin notwendig, weil der Ehepartner noch Betreuung benötigt, muss das Betreuungsgericht eingeschaltet werden. Ein Richter entscheidet dann, wer in Zukunft die Interessen des zu Betreuenden vertreten wird, und setzt einen gesetzlichen Betreuer ein.

Auch wenn vorher nichts geregelt wurde, versuchen die Verantwortlichen des Betreuungsgerichtes zunächst jemanden von der Familie für diese Aufgabe zu gewinnen.

Das Notvertretungsgesetz ist nur eine Not-Lösung !

Das Notvertretungsgesetz kann eine gut durchdachte Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung nicht ersetzen. Es soll lediglich eine Lücke im Gesetz schließen und im Notfall den Ehepartner vorübergehend bevollmächtigen, wichtige medizinische Entscheidungen zu treffen.

16.2. Musterformulare / Bausteine für Betreuungsverfügung, Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung (siehe die folgenden Seiten):

Vergleiche hierzu auch die Vorschläge und Erläuterungen des Bundesjustizministeriums in zwei Broschüren.

Patientenverfügung (dort herunterladen):

https://www.bmj.de/DE/Themen/VorsorgeUndBetreuungsrecht/Patientenverfuegung/Patientenverfuegung_node.html

Betreuungsrecht (mit Formularen für **Betreuungsverfügung** und **Vorsorgevollmacht** zum Download)

<https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht.html>

⁴ Freiheitsentziehende Maßnahmen

Unter einer freiheitsentziehenden Maßnahme versteht man sämtliche Maßnahmen, die dazu führen, dass eine Person sich nicht frei und ungehindert bewegen kann. Sollte eine freiheitsentziehende Maßnahme länger als sechs Wochen notwendig sein, muss ein richterlicher Beschluss vom Betreuungsgericht folgen.

VORSORGE-VOLLMACHT

(Vorsorge-Vollmacht Seite 1/2)

Ich, (Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

Nur für den Fall, dass die erstgenannte Person die Vollmacht nicht wahrnehmen kann, soll diese Vollmacht gelten für

..... (bevollmächtigte Person)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso JA ☐ NEIN ☐
über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheits- JA ☐ NEIN ☐
zustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs.1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. JA ☐ NEIN ☐
Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 JA ☐ NEIN ☐
Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.
- JA ☐ NEIN ☐

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem JA ☐ NEIN ☐
Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

- Sie darf einen Heimvertrag abschließen. JA ☐ NEIN ☐
- JA ☐ NEIN ☐

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. JA ☐ NEIN ☐

Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen JA ☐ NEIN ☐
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen JA ☐ NEIN ☐
- Verbindlichkeiten eingehen JA ☐ NEIN ☐
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. JA ☐ NEIN ☐
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. JA ☐ NEIN ☐
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können: JA ☐ NEIN ☐
- JA ☐ NEIN ☐

(Achtung: Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. JA ☐ NEIN ☐

Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. JA ☐ NEIN ☐

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. JA ☐ NEIN ☐

Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. JA ☐ NEIN ☐

Weitere Regelungen

.....

.....

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin /des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,

.....

geboren am:

.....

wohnhaft in:

.....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

*Zutreffendes habe ich hier
angekreuzt bzw. beigelegt ↓*

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. JA ☐ NEIN ☐
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. JA ☐ NEIN ☐
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist. JA ☐ NEIN ☐
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, und/oder nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin, und Familie und Freunde nicht mehr erkenne. JA ☐ NEIN ☐
- (Situationsbeschreibung für eine eigene schwere fortschreitende Erkrankung:) JA ☐ NEIN ☐
.....
.....
- JA ☐ NEIN ☐
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. JA ☐ NEIN ☐

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ☐

3. Eine Krankenhauseinweisung soll nur erfolgen, wenn die leidenslindernden Maßnahmen zu Hause bzw. im Seniorenheim nicht durchführbar sind

..... ☐

4. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden, z.B. keine lebensverlängernden Maßnahmen durch medikamentöse Unterstützung des Kreislaufs oder durch maschinelle Verfahren wie künstliche Beatmung oder Dialyse ☐
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen ☐

- keine Bekämpfung einer zusätzlich auftretenden Krankheit (z.B. Lungenentzündung, Einsatz von Antibiotika) ☐

5. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) ☐
- Verminderte künstliche Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen ☐

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

6. Ich wünsche eine Begleitung

- durch ☐
.....
(Name, Anschrift, Angaben für persönliche Wünsche und Anmerkungen)
- durch einen Seelsorger (Name) ☐
- durch einen Hospizdienst (Name, Institution) ☐

7.a) Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt JA ☐ NEIN ☐
und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen.

7.b) Ich habe anstelle einer Vollmacht eine Betreuungsverfügung erstellt. JA ☐ NEIN ☐

Mein Bevollmächtigter bzw. vorgeschlagener Betreuer ist (auch als Auskunftsperson gegenüber Ärzten)

.....
(Name)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon)

.....
(Telefax)

8. Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

**Patientenverfügung:
mögliche weitere Angaben**

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

..... (Ort)	 (Datum)	 (Unterschrift)
..... (Ort)	 (Datum)	 (Unterschrift)
..... (Ort)	 (Datum)	 (Unterschrift)

Der Arzt / die Ärztin meines Vertrauens ist:

..... (Name)	 (Anschrift)	 (Telefon) (Telefax)
..... (Ort)	 (Datum)	 (Unterschrift)

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von*

..... (Name)	 (Anschrift)	 (Telefon)
..... (Ort)	 (Datum)	 (Unterschrift)

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein stattgefundenes Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Als Person, die mich betreuen soll, schlage ich vor:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Auf keinen Fall zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden soll:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten. **O**

2. (Weitere Wünsche)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Ort, Datum)

(Unterschrift)