



# *schöner leben ...*

## *bis zuletzt* 1/2024



**THEMA**  
Loslassen.  
Sterben dürfen.  
Wie geht das  
in der Praxis?



Foto: Doc Sitte



Foto: Daniela Fuchs



Foto: Doc Sitte

- 3 — Editorial
- 4 — **Kommentar**  
Alexandra Scherg
- 5 — **Palliativgeschichte**  
Peter, 48 Jahre
- 8 — **Schwere Entscheidung**  
Ein dornenvoller Weg / Teil 2
- 12 — **Interkulturelles**  
Sterben (zu)lassen im Islam
- 14 — **Bedenkenswerte Thesen**  
Schloss Hofener Thesen
- 16 — **Glossar**  
Wichtige Begriffe
- 20 — **Fotoreportage**  
Das Sterben des Gernot Fahl
- 24 — **Der andere Blick**  
Patientenverfügung Melching
- 29 — **Faktencheck**  
Erlaubt und verboten
- 30 — Humor
- 31 — Helmfrieds Lyrikseite
- 32 — **Hospiz des Monats**  
Ein Traum von Hospiz
- 35 — **Fokus Gesundheit**  
Wird Alter zur Krankheit
- 36 — **Aus dem Sepulkralmuseum**  
Was vom Ende bleibt
- 38 — Aus dem Bücherregal
- 39 — Gaumenschmaus
- 40 — **Interview**  
Palliativmediziner David Fuchs
- 46 — **Ich wünsche mir ...**  
Nikolaus und Anne Schneider
- 50 — **Ich wünsche mir ...**  
Prof. Dr. jur. Ruth Rissing van Saan
- 52 — **Ich wünsche mir ...**  
Matthias Thöns
- 54 — **Ich wünsche mir ...**  
Alexander Kulla
- 56 — **Alternative Bestattung**  
Grabgemeinschaft
- 58 — Rätsel
- 59 — Lesermeinung
- 60 — **In eigener Sache**  
Medienpreis für „schöner leben“ ...
- 62 — Wichtige Informationen
- 63 — Impressum

## Sterben dürfen oder Sterben müssen?

Seit gut 45 Jahre begleite ich Sterbende. Erst als Pfleger, dann als Arzt. Immer auch einmal „einfach so“, als Mensch. In dieser Zeit hat sich viel gewandelt. Früher ging es eher darum, Leben zu erhalten, was meist schwieriger war als heute. Heute hören wir immer mehr den Hilferuf, dass es so doch kein Leben mehr sei.

Da nehme ich in Deutschland ein deutliches „Luxusproblem“ wahr. Bei der Mehrheit der Weltbevölkerung geht es um den Zugang zu ausreichend sauberem Trinkwasser, ausreichend Nahrung, Bildung, medizinischer Grundversorgung, um überhaupt überleben zu können. Hierzulande kämpfen wir vielmehr mit Ressourcenverschwendung, Übergewicht und medizinischer Überversorgung.

Und medial omnipräsent ist immer wieder der Ruf nach der sogenannten „Sterbehilfe“, ohne überhaupt zu überlegen und geschweige denn zu wissen, was an Leidenslinderung möglich, was an Sterben-zulassen geboten wäre. Hier wollen wir mit der PalliativStiftung helfen. Wir stellen uns auch kontroversen Meinungen und schwierigen Diskussionen. Meine eigene ethische Grundhaltung ist die, dass das Leben an sich so schützenswert ist, dass es nicht aktiv verkürzt werden sollte. Dies kann man auch anders sehen. So ist auch die weit überwiegende Mehrheit in Deutschland, meist ohne angemessene Hintergrundinformation, nicht nur für die Beihilfe zur Selbsttötung, sondern für die Tötung auf und ohne Verlangen, wie es in den Niederlanden möglich ist.

Und meine Meinung ist die, dass dieses Leben aber auch nicht ungefragt und erwünscht erhalten und verlängert werden darf, wenn der Patient dies nicht wünscht. Das sieht die Mehrheit der Bevölkerung wohl genauso. Allerdings ist auch hier das Wissen um die Möglichkeiten nur wenig präsent.

In diesem Heft von „schöner leben ...“ wollen wir deshalb als Schwerpunkt die Fragen des Sterben-zulassens beleuchten. Angefangen mit dem letzten Weg von Natalie R., den ich selbst begleitet habe, über die letzte Reise von Gernot Fahl von Salzuflen zum Sterben in die Schweiz.

Bei Natalie R. sieht man, was bei Gernot Fahl notwendig und geboten gewesen wäre. Zu erwähnen ist, dass seit rund 150 Jahren die Beihilfe zur Selbsttötung in nahezu allen ihren Schattierungen in Deutschland legal ist und auch bei Herrn Fahl möglich gewesen wäre. Seine Reise in die Schweiz war für ihn belastend und überflüssig.

Diese Themen sind ernst und schwer. Deshalb werden sie wieder aufgelockert mit etwas anderen Beiträgen. Mit überraschenden Fotos und (teils schwarzem) Humor. Vermutlich werden wir damit bei manchen Lesern anecken. Wir freuen uns aber, dass diese Mischung bei den allermeisten Lesern gut ankommt.

*Ein letzter Gedanke: Gleich wie wir uns um Regelungen zur Beihilfe für die Selbsttötung bemühen werden, es gibt immer einen Graubereich. Rechtssicherheit wird es nie geben.*



Foto: Valentin Sitte

## Der Raum zwischen Wunsch und Wirklichkeit

*Mein Verständnis der Palliativmedizin in Zeiten knapper Ressourcen*

Eine Kernkompetenz der Palliativversorgung ist es, komplexe Lebenssituationen schwerkranker Menschen multiperspektivisch zu betrachten und wo möglich, dadurch die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Unit of Care zu verbessern.

Fragt man Patient:innen und deren Nahestehende, so schätzen sie an der Palliativversorgung besonders, dass man sich dort Zeit nimmt zuhören, die individuellen Bedürfnisse wahrzunehmen und dass der hektische und beängstigende Medizinalltag vor der Tür bleibt. Für viele Mitarbeitende und Ehrenamtliche wird es ähnliche Gründe geben, sich in der Palliativversorgung zu engagieren.

Nun aber wird der Druck auf unsere Bubble immer größer und es gelingt uns nicht mehr, das Klopfen an der Tür mit klassischer Musik zu übertönen: vor der Tür stehen Ressourcenmangel und Pflegenotstand, eigentlich stehen sie schon in der Tür, diese Geister, die wir so gern ausgesperrt hätten.

Wenn wir sie nicht in die Flucht schlagen können, wie können wir uns mit Ihnen arrangieren?

Sollen wir uns abgrenzen, Elfenbeintürme auf der Insel der Glückseligkeit errichten und dankbar und demütig sein, dass es uns besser geht als den Pflegeheimen, Notaufnahmen und Hausarztpraxen?

Sollen wir uns solidarisieren mit der Gefahr, uns an den widrigen Bedingungen aufzureiben und uns damit letztendlich selbst abzuschaffen? Oder abgeschafft zu werden, weil eine andere Abteilung doch unverzichtbarer ist?

Gibt es einen akzeptablen Mittelweg? Und wenn ja: Sind wir bereit ihn zu gehen?

Sind wir bereit, Abstriche im Anspruch an unser Tun zu machen, um mehr Menschen den Zugang zu Palliativversorgung zu ermöglichen?

Sind wir bereit, ad hoc Verantwortung zu übernehmen für Menschen in Notlagen, um beispielsweise Pflegeheime und Rettungsdienste zu entlasten und Übertherapie am Lebensende zu vermeiden?

Ich bin der festen Überzeugung, dass die Palliativversorgung in Anbetracht einer alternden Gesellschaft mit zunehmender Multimorbidität und immer komplexeren Anforderungen an Therapieentscheidungen ein wichtiger Baustein der Medizin der Zukunft ist. Um den Herausforderungen gerecht werden zu können, braucht es einen Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen in die Breite (allgemeine Palliativversorgung) und in die Tiefe (spezialisierte Palliativversorgung).

Darüber hinaus braucht es aber auch eine kritische Selbstreflexion: Wie lässt sich eine gute Versorgung Schwerkranker trotz knapper Ressourcen umsetzen? Auf wieviel Komfort sind wir bereit zu verzichten, um möglichst vielen Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zu Palliativversorgung zu ermöglichen? Welche Strategien können wir entwickeln, um uns mit Kolleg:innen außerhalb der Palliativversorgung solidarisch zu zeigen, ohne unsere Vision zu verlieren?

Die Diskrepanz zwischen schwindenden Ressourcen und wachsendem Bedarf ist ein Dilemma. Es wohnt im Raum zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Ich schlage vor, diesen Raum zu gestalten!



Alexandra Scherg



Von Alexandra Scherg,  
Beisitzerin im Vorstand  
der Deutschen  
Gesellschaft für  
Palliativmedizin

alexandra.scherg@  
palliativmedizin.de

Foto: Privat

## Peter, 48 Jahre Bauchspeicheldrüsenkrebs



Durch Musik können Gefühle und Erinnerungen wach werden, die wir sonst vergessen und verdrängen. Oder wir sind so in der Musik, dass wir alles andere um uns herum vergessen.

Foto: Guido Krüger

*In dieser kleinen, vierteiligen Serie erfährt der Leser anhand eines „echten“ Patienten, worauf es wirklich ankommt. „Echter“ Patient insofern, dass alles, was hier über Peter steht, wahr ist und genau so geschehen ist. Allerdings wurde der Rahmen so verfremdet und ohne die Situation zu überspitzen, teils aus verschiedenen Patienten zusammengesetzt, dass ein Wiedererkennen von Personen nicht mehr möglich ist.*

Bauchspeicheldrüsenkrebs – ihn hat es plötzlich und hart getroffen, nie hätte er es sich träumen lassen, dass eine Krankheit ihm so unerwartet den Boden unter den Füßen wegziehen könnte.

Peter fühlt sich einfach gut. Es ist besser als je zuvor in seinen 48 Lebensjahren. Er ist nun zum zweiten Mal glücklich verheiratet. Er liebt Musik und spielt in einem Orchester. Seine Tochter Christina hat das Studium endlich abgeschlossen und eine gute Stelle als

Assistenzärztin im Nachbarkreis bekommen.

Er selbst wurde kürzlich zum Abteilungsleiter in einem großen Verlag befördert. Nun ist er zuständig für gut 50 Mitarbeiter und hat ein ordentliches Budget zu verantworten. Wenn bloß diese lästigen Rückenschmerzen nicht wären, die ihn seit ein paar Wochen Tag und Nacht begleiten. Er ist top trainiert, Triathlet! Ironman! Da hat man so was nicht, steckt es weg und macht

einfach weiter. „No Pain, no Gain!“, das war doch immer sein Motto hinter jedem Erfolg, „Ohne Schmerzen, kein Gewinn“.

Krebsvorsorge hat er nie machen lassen, er lebt ja gesund! Trotzdem hat es seine Frau Ines geschafft, dass er endlich zum Hausarzt geht. Der kennt ihn nur von den Impfungen alle paar Jahre. Peter war sonst nie krank. Und jetzt das. Eine Geschwulst an der Bauchspeicheldrüse ist die Verdachtsdiagnose, die ihn wie ein Hammer trifft. Dann folgen einige Untersuchungen bei Spezialisten und nach einer Woche ist es völlig sicher: Krebs. Krebs im weit, weit fortgeschrittenen Stadium. Vielleicht wäre es besser gewesen, er wäre gleich mit den Rückenschmerzen zum Arzt gegangen? Aber, hätte dieser dann überhaupt schon etwas gesehen? Oder wäre dann noch eine echte Chance zum Weiterleben gewesen? Jetzt gibt es Lebermetastasen, Metastasen im Bauchraum, in der Lunge. Weit gestreut hat er schon, der Scheiß-Krebs.

Peter hat die letzten Jahre alles im Griff gehabt. Jetzt hat er ihn im Griff, sein Krebs. Sein ganz persönlicher Krebs. Peter zieht es den Boden unter den Füßen weg, seine Frau Ines kann ihn kaum trösten, ihm kaum beistehen. Er will lieber allein sein, schluckt seine Wut und seinen Ärger mal hinunter und lässt auch manchmal an ihr seinen Überdruck ab, was ihm selbst gleich wieder leid tut! Zum Glück versucht Ines, ihn immer wieder vorsichtig zu unterstützen und bedrängt ihn nicht. Jetzt sollten noch ein paar anstrengendere Untersuchungen gemacht werden. Dann steht die Entscheidung an: Operation oder Chemotherapie, nein Operation UND Chemotherapie oder nur Chemotherapie, weil die Operation schon gar nicht mehr sinnvoll, technisch auch kaum mehr möglich wäre.

Palliative Chemo, hatten die Ärzte es genannt. Palliativ, so als ob er schon mehr tot als lebendig wäre. Von „vielleicht noch ein paar Monaten“ hat

dieser Arzt sogar geredet, als Peter nach der Zeit fragte, die ihm wahrscheinlich noch bliebe. So was will er nun wirklich nicht als Antwort hören. Aber Peter hat bislang doch nur Rückenschmerzen, sonst nichts. Der Appetit ist noch prima. So ein richtig guter Esser war er sowieso noch nie. Alkohol hat er nie gemocht, genauso wenig wie Zigaretten. Peter hat immer gesund gelebt, Ines hat immer Bio gekocht, viel vegetarisch und so. Und dann Krebs.

Da fragt sich Peter doch immer wieder, ob die Diagnose überhaupt stimmt. Die können sich doch auch mal irren, die Ärzte. Auch wenn sie „Dr. med.“ oder sogar „Prof. Dr.“ und noch viel mehr sind. Die müssen sich vielleicht doch irren. So fit und so gesund gelebt, da müssen die sich doch irren.

Immer wieder kreisen so die Gedanken, schwankt er von Verzweiflung über unbedingten Kampfeswillen hin zur Verleugnung der Diagnose. Nur wenn er in seiner Musik versinkt, kann er seine Krankheit vergessen. Aber an richtige Arbeit ist nicht zu denken, obwohl er so gerne an der Arbeit war. Selbst die Tochter Christina kann ihn kaum vom Grübeln und den ganzen düsteren Gedanken, die aufziehen, abbringen.

### TIPP

Wenn wir eine solche Diagnose sehr empathisch und ganz vorsichtig erklärt oder auch grob um die Ohren gehauen bekommen, kann erst einmal jede Reaktion normal sein. Da darf man sich über nichts wundern.



Foto: Doc Sitte

Ab in die Schweiz! Oder sich hier gleich einen Strick besorgen! Das wäre doch so einfach. Schlinge zuziehen, vielleicht ein paar Sekunden aufbauen. Dann herrscht Ruhe, Frieden für Peter. Er hat doch auch noch eine Hausapotheke, vielleicht könnte er das ganze Zeug schlucken, das reicht dann bestimmt. Wenn er im Internet nach tödlichen Medikamenten googelt, wird er schnell fündig. Herzmedikamente, Fiebermittel, Schmerzmittel sowieso. Da gibt es jede Menge Sachen, die er schlucken könnte.

Schauen wir uns Peter einmal genauer an; er ist doch immer gesund, zufrieden, mitten im Leben gewesen. Warum hätte Peter sich da Sorgen machen oder für ein Problem vorsorgen sollen, das doch wahrscheinlich gar nicht eintritt? Aber, wenn wir Peter nach seinen Versicherungen fragen, wird er wohl aufzählen: Kranken-, Renten-, Pflege-, Arbeitslosen-, Lebens-, Reisegepäck-, private Haftpflicht-, Kfz-, Reiserücktritt-, Feuer-, Elektronik-, Glasbruchversicherung und vermutlich noch einige mehr. Er hat sie nicht abgeschlossen

und bezahlt die teils sehr hohen Prämien nicht dafür, weil der Fall jetzt wahrscheinlich eintritt, sondern weil er sich für den seltenen Schadensfall schützen will und er hofft, dass er die Versicherungen gar nicht braucht. So ist es mit der Palliativversorgung auch. Wir müssen sie kennen, ungefähr wissen, was möglich ist, um sie dann rechtzeitig (!) zu nutzen, wenn wir sie brauchen. „Vorsorgen ist besser als bohren“, war einmal ein Werbespruch in den 1960er Jahren des letzten Jahrhunderts für eine Zahnpasta. Mit dem Vorsorgen für das eigene Ende ist es wirklich so ähnlich, wie mit dem Zähneputzen: Man muss es lernen, man begreift zunächst nicht, wozu es taugen soll, liegt doch das, was wir damit erreichen wollen, in ferner Zukunft, man muss dazu angehalten werden, ohne Hilfe lässt man gerade zu Beginn schnell nach, später verinnerlicht man es und wir verlieren die Angst davor.

### TIPP

Höher, schneller, weiter?

Besser: Nicht zu hoch. Nicht zu schnell. Nicht zu weit

Wer nur das Allerbeste sucht, erreicht meistens gar nichts.

Palliativversorgung ist Vorsorge! Und alles mit dem rechten Maß.

# Natalie R.

\* 29. September 1993

+ 9. Februar 2018

## Ein dornenvoller Weg / 2. Teil

*Dies ist ein Bericht über eine wahre Begebenheit, die genau so geschehen ist. Es kann sein, dass dies Emotionen und Gefühle auslöst, bei denen sich der Leser Hilfe suchen sollte.*

*Aus der richterlichen Stellungnahme zu Natalies mutmaßlichem Patientenwillen.*

*„Die Betroffene wurde am 18.06.2017 Opfer einer Straftat, in dessen Verlauf sie solange gewürgt wurde, dass es zu einer längerfristigen gravierenden Einschränkung der Sauerstoffzufuhr gekommen ist ... Eine wesentliche Besserung der kognitiven und neuropsychologischen Funktionen erscheint aus neurologisch-medizinischer Sicht ausgeschlossen.“*

Natalie wurde von ihrem Exfreund auf einem Feldweg gewürgt, bis ein Landwirt mit dem Traktor zufällig vorbeikam und der Täter flüchtete.

Der Landwirt kam zu spät, denn durch den Sauerstoffmangel war ein schwerster Hirnschaden eingetreten. Natalie erlitt mit 23 Jahren also „nur“ einen sehr schweren Hirnschaden. Der ganze übrige junge Körper blieb intakt und kerngesund. Oder kam der Bauer zu früh? Denn Natalie starb nicht, sie überlebte und es begann gerade dadurch eine schlimme Leidensgeschichte.

*„schöner leben ...“ hat mit Natalies Mutter gesprochen. Im ersten Teil ging es darum, wie kann man bei so einem jungen Menschen, der mitten aus dem Leben gerissen wird, überhaupt angemessen sicher feststellen, was der richtige und was der falsche Weg ist. Wie behandelt werden soll. Was Natalie gewollt hätte, wenn ... Das ist schwierig, das ist anstrengend, das ist belastend für alle Beteiligten. Aber es ist nötig und es war möglich.*

20. Juli 2017. Es kommt zu einem ersten Gespräch mit dem Palliativteam und der Familie im Pflegeheim. Ins Pflegeheim kam Natalie, weil es höchst unwahrscheinlich war, dass man noch irgendeine Besserung ihres Zustandes erreichen konnte. Das erste Gespräch ist ein Abtasten und Kennenlernen. Natalie hat einen sehr schweren Hirnschaden. Über solche Menschen bekommen wir immer wieder zu hören „der kriegt nix mehr mit!“

Aber Natalie zeigt sofort und immer Panik bei Männerstimmen. Sie zeigt Panik, wenn man ihren Hals berührt, sie wäscht, oder den Atemschlauch (Trachealtubus) versorgt. Da kann niemand ernsthaft behaupten, sie bekommt nichts mit und sie könnte deshalb nicht leiden.

Mit Natalies Mutter führen wir dann im August 2023 ein Gespräch. Ihr Ehemann und ihre Tochter stehen ihr bei.

Die Mutter: „Natalie ist gegangen, als sie bereit war, zu gehen. Vorher war es ein mehrmonatiger Prozess, bis die klare Feststellung kam, dass Natalie sterben darf.“

Darüber haben wir im Heft 4/2023 berichtet, wie der Richter ganz klar festgestellt hat, was getan werden darf und was getan werden soll.

Die Mutter: „Es war in der Klinik trotzdem nicht so einfach durchzusetzen, trotz der vielen Gespräche. Immer stand das Strafverfahren im Raum. Erst war es Körperverletzung, dann vollendeter Totschlag.“

Zwischen den Jahren, am 28. Dezember 2017, erfolgte dann die Übernahme aus dem Pflegeheim auf die Palliativstation.

Die Mutter: „Erst am 9.2. ist Natalie endlich gestorben, ich war immer an ihrer Seite, Tag und Nacht. Nur zum Essen bin ich manchmal von meinem Mann abgeholt worden. Wenn Du jetzt weg gehst, dachte ich ... Immer wieder hieß es ja, sie wird die Nacht nicht überleben ... und dann haben sie mir ein Bett hingestellt und das Ganze ging über 24 Tage.“

Der Ehemann: „Immer war sie unruhig, wollte gleich wieder zurück, wenn wir eine Viertelstunde weg von der Station waren.“

Die Mutter: „Man kann ja auch nicht richtig schlafen. Immer wieder gibt es Medikamente, sie wird gedreht, die Matratze brummt. Da gibt es ständig Störungen.“

Der Ehemann: „Fast habe ich mir mehr Sorgen um meine Frau gemacht. Ob das gut für meine Frau und den Rest der Familie gewesen wäre, wenn das noch viele Monate so weitergegangen wäre.“

“  
Natalie war bis zu diesem Tag eine lebenslustige junge Frau

## Schwere Entscheidung

”

„Hallo Herr Dr. Sitte, Natalie geht es unverändert ... kämpft und ‚leidet‘ um zu sterben. Morphium steht mittlerweile auf 10,0.

”

Einmal war ein Arzt da und der fing an zu weinen, als er das Bild gesehen hat.

Aus der Krankenakte: **Donnerstag, 18.01.2018, 14:00:** Vater, Mutter, Bruder und ehrenamtliche Hospizlerin sind da. Schwerster Erststichungsanfall. Stridor (Massive Verengung der Luftröhre). Hierdurch relative Bradypnoe (langsame Atmung) und Zyanose (Sauerstoffmangel).

Ich gebe zweimal vier Hub nasales Fentanyl 100 je Mikrogramm.

Danach entspannt sich Frau R. wieder. Stridor und muskuläre Hypertonie (hohe Anspannung) sind weg, die Zyanose bessert sich zusehends. Eindeutiger Wunsch der Familie: Solche Situationen darf Natalie nicht erleben. Das schlimmstmögliche wäre eine Erststichung für Frau R.

Die Mutter: „Es war schrecklich, wie sie manchmal so da lag und versucht hat, schwer zu atmen. Das war nicht das, was wir wollten. Da gab es immer mal eine Situation, wo die Zunge nach hinten gefallen ist, dann kam der Nachtarzt und hat wieder einen Schlauch eingesteckt. Aber das wollte Natalie nicht, das wollten wir ja auch nicht. Da kommt jeder an seine Grenzen.“

Samstag, 20.01.2018 um 20:04 SMS vom Ehemann

„Können Sie einschätzen, wie lange Natalie noch so liegen muss ... zurzeit ist es wieder ganz schlimm, eben mit meiner Frau telefoniert ... kann meine Frau auch nicht davon abbringen bei ihr zu bleiben ... verstehe ja auch ... ich selbst schaffe es immer nur ein paar Stunden da zu sein.“

Am 24. Januar 2018 gab es endlich die eindeutige und völlig klare Entscheidung und Anweisung: Keine Fortführung der künstlichen Lebenserhaltung!

Die Mutter: „Wir hatten ein Foto am Bett, damit jeder sehen konnte, wie sie vorher ausgesehen hat und wie sie jetzt dalag. Einmal war ein Arzt da und der fing an zu weinen als er das Bild gesehen hat. Da habe ich gedacht, das sind nicht

nur die Götter in Weiß, sondern sie haben auch ihre Emotionen, das sind auch nur Menschen. Sogar die Kriminalpolizistin, die für das Gericht noch einen Film aufnehmen musste, hat dabei richtig geweint, als sie Natalie so filmen musste. Da hatte Natalie gerade einen richtig schweren Tag mit der Atmung, als ob sie zeigen wollte: ‚So geht es mir. Ich will nicht mehr!‘ Oft dachte ich, Natalie bekommt viel mehr mit, als alle glauben.

Deshalb war es mir wichtig, dazubleiben. Manche haben gesagt, da könne Natalie vielleicht nicht sterben. Aber ich habe nicht geklammert, immer wieder habe ich ihr gesagt, dass sie jetzt gehen darf, wenn sie Atemaussetzer gehabt hat. Aber immer wieder fing sie dann wieder an zu atmen.“

SMS vom Ehemann

**ALLERDINGS muss jede Erhöhung mit einem Bitten und Betteln bei den Ärzten erkämpft werden. Das Herz ist stark! Keiner kann sagen, wie lange es noch geht. Meine Frau hat einen Wechselzustand zwischen Wut und Resignation. Sie ist seit dem 19.01.Tag und Nacht bei ihr. Sie bat mich Ihnen zu antworten, da sie selbst es zurzeit nicht kann. Wir wissen oder ahnen wohl, dass sie nicht „freiwillig“ Urlaub haben, aber das macht die Situation natürlich 10mal so schwer zu ertragen, da sie unsere Vertrauensperson sind.**

**Zudem fühlen wir uns wie Verbrecher ... dieses Gefühl wird einem in Deutschland vermittelt, wenn Ärzte und Familie einem Patienten helfen bzw. seinen Wunsch erfüllen wollen ...!**

Wir haben dann eine Sedierung mit möglichst wenig Flüssigkeit gemacht.

Die Mutter: „Man hat gemerkt, die Medikamente halfen gut. Erst war sie viel zu unruhig Sie war dann entspannter, nur beim Absaugen hat sie immer auf den Schlauch gebissen. Aber dann wieder jemand, der behauptet, sie brauche mehr Flüssigkeit. Das ging hin und her. Deshalb hat sie dann noch so lange gelebt.“

Man hätte auch sagen können, wir saugen nicht mehr ab. Wir können sie nach Hause holen.

## Schwere Entscheidung

Die Mutter: „Besser war es so im Krankenhaus. Auch mit dem hin und her. Emotional hätte ich das zuhause nicht geschafft. So konnte ich mal weggehen. Ich hatte zwischendurch etwas Abstand. Ehrenamtliche waren auch da, wenn wir für vier, fünf Stunden im Gericht waren. Ich hatte immer Angst, wenn ich weg bin, stirbt sie ...“

Die Mutter: „Ja, nachts, ich lag neben ihr. Dann wurde ich wach und sie war tot.“

Ich habe ihr gesagt, warum hast Du das jetzt gemacht? Ich wollte doch bei Dir sein. Ich wollte Deine Hand halten. Und dann ging das so schnell. Es war dann zu schnell. Und dann war sie tot. Ich war doch ganz auf sie fokussiert. Jetzt kannst Du sie nicht mehr waschen, nicht mehr pflegen. Jetzt sitzt Du da und denkst, was jetzt? Ich war immer bei ihr. Und plötzlich war sie weg. Wie geht es weiter, also das war schon ...“

Die Mutter: „Ja das ist ein Riesenunterschied. Trotzdem es ist emotional einfach sehr schwierig. Jetzt war es zu Ende. Ende. Nicht vor acht Monaten. Jetzt.“

Es ist großartig, dass Sie zu diesem schweren Gespräch bereit waren. Und man sieht, Ihr Mann und Ihre Tochter als Unterstützung helfen auch jetzt sehr gut. Und auch beim langen Sterben damals waren sie nicht allein.

Die Mutter: „Sie waren immer da, wenn ich Sie gebraucht habe.“

Wie wichtig das Umfeld ist, merkt man meist erst in der Not. Wir müssen uns soziale Beziehungen aufbauen und pflegen, ein Netzwerk, das uns aufhängt.

Die Mutter: „Wenn da nicht eine Familie ist, die hinter Dir steht, Dich unterstützt, dann geht das nicht. Eine richtige Unterstützung von außen hatten wir überhaupt erst vom Palliativteam bekommen. Wir wussten ja gar nicht, wie wir Natalies Willen durchsetzen könnten.“

Niemand geht von uns - er geht nur voraus überall sind Spuren Deines Lebens. Gedanken, Bilder, Augenblicke und Gefühle sie werden uns an Dich erinnern und uns glücklich und traurig zugleich machen.



**Natalie R...  
(Nana)**

\* 27.09.1993 † 09.02.2018

Wir werden Dich vermissen:

Mama Inge & Thomas und Papa Fritz Norman  
Belinda & David mit Calvin & Joel  
sowie Großeltern und Verwandten  
Bad Hersfeld, im Februar 2018

Die Trauerfeier mit anschließender Urnenbeisetzung findet am Dienstag, dem 27. Februar 2018 um 11.00 von der Friedhofskapelle Hohe Luft aus statt.  
Von Kranz- und Blumenspenden sowie von Beileidsbekundungen bitten wir höflichst Abstand zu nehmen.

Obwohl wir dir die Ruhe gönnen,  
ist voller Trauer unser Herz,  
Dich leiden sehen und nicht helfen können,  
das war für uns der größte Schmerz.

”

Sie wünschen nicht Ihrer Tochter, dass sie tot ist. Sondern, dass sie sterben darf.

### Aktuell

Kurz vor Drucklegung erreichte die Redaktion noch diese schlimme Nachricht: Natalies Mutter erlitt am 4. Januar eine schwere Hirnblutung. Niemand weiß, wie es ausgeht. Aber die Familie ist sich sicher, dank Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht wird der Weg etwas weniger schwer werden.

# الله حاكم الحياة والموت

Gott als Herrscher über Leben und Tod

## Sterben(zu)lassen im Islam

Im Juni 2023 hat der Bundestag zwei Gesetzentwürfe über eine Neuregelung der „Suizidhilfe“ mehrheitlich zurückgewiesen, einen Antrag zur „Suizidprävention stärken“ nahm das Parlament jedoch an. Das Thema „Sterbehilfe“ wird in Deutschland seit Jahren diskutiert und viele gesellschaftliche und religiöse Gruppen beteiligen sich an dem hoch komplexen Diskurs. Wie jedoch stehen Musliminnen und Muslime dazu?

### Muslimische Perspektiven auf „Sterbehilfe“

Im Islam ist das Leben eines Menschen heilig und wird als Geschenk Gottes betrachtet. So betont der Koran, dass der Mensch durch Gott geschaffen wurde (Sure 95,4). Eine Selbsttötung oder Tötung anderer Menschen werden im Koran daher ausdrücklich verboten (Sure 2,195; Sure 4,29; Sure 5,32; Sure 6,151). Gott ist der Herrscher über Leben und Tod des Menschen und bestimmt den Zeitpunkt des Todes. Entsprechend ist die Gabe von Medikamenten und anderes im Islam

verboten, wenn sie das Leben verkürzen. Leid gilt als Wille Gottes und muss angenommen werden. Eine palliative Sedierung ist im Islam jedoch zulässig, wenn sie nicht beabsichtigt, ein vorzeitiges Sterben zu bewirken. Die auch in Deutschland nach § 216 StGB verbotene Tötung auf Verlangen (ein anderer verabreicht dem Patienten ein tödliches Mittel) und der Suizid sind also auch aus islamischer Perspektive verboten. Allerdings lehnt der Islam auch die in Deutschland erlaubte Beihilfe zur Selbsttötung ab. Aus islamischer Perspektive muss geprüft werden, ob bei dem in Deutschland erlaubten Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder der Inkaufnahme eines Versterbens als unerwünschte Nebenwirkung (wenn der Patient Behandlungen zur Leidenslinderung erhält, die tödliche Nebenwirkungen haben könnten), diese auch mit der versteckten Absicht einhergehen, einen schnelleren Tod zu erzielen.

In Deutschland leben inzwischen ca. 5,5 Millionen Musliminnen und Muslime. Sie stellen damit die drittgrößte Glaubensgemein-

schaft dar. Im Gegensatz z. B. zur römisch-katholischen Kirche gibt es keine alleinige offizielle Instanz, die eine Lehrmeinung zu einem Thema herausgibt, sondern es gibt auch innerhalb des Islams z. T. unterschiedliche Positionen. Wichtig ist hierbei auch zu beachten, dass Musliminnen und Muslime ihre Religion ebenso individuell auslegen, wie dies Christinnen und Christen auch tun – insbesondere in Deutschland oder anderen westlichen Ländern, in denen Menschen sich persönlich entscheiden können, wie sie ihre Religion leben wollen. Welche Wünsche Musliminnen und Muslime als Sterbende haben, ist daher ebenso individuell und sollte von dem jeweiligen Fachpersonal für Palliative Care, das die Person betreut, erfragt werden.

### Zentrale Bedeutung der Sterbebegleitung

Eine große Rolle spielt im Islam die Sterbebegleitung im Sinne einer Sorge um den Sterbenden und Besuche von Verwandten und Freunden. Hierzu gibt es auch



Foto: Volker Nies

Beim kleinen Mustafa war es über lange Zeit eine Herausforderung, mit welchem medizinischen Aufwand man Leben erhalten und Sterben zulassen soll.

religiöse Rituale und das Umsorgen eines Sterbenden gilt als gutes Werk. Der hohe Stellenwert der Sterbebegleitung kann etwa auch ein Anknüpfungspunkt für einen interreligiösen Austausch in der Hospizarbeit sein. Durch die steigende Zahl von Musliminnen und Muslimen in Deutschland wird auch in Zukunft das Thema Islam im Rahmen der Sterbebegleitung immer relevanter werden, um eine angemessene psychosoziale und religiöse Versorgung dieser Menschen sicherzustellen.

Ein religions- und kultursensibler Umgang mit Musliminnen und Muslimen auch am Ende des Lebens ist zentral, um das Wohlbefinden des oder der Sterbenden und der Angehörigen auch am Lebensende sicherzustellen und sollte in die jeweiligen Konzepte der in der Palliative Care tätigen Einrichtungen einbezogen werden. Dabei sollten unabhängig von der Religionszugehörigkeit immer auch die Wünsche des oder der Sterbenden als Individuum im Blick sein.

”

*Vielfalt im Leben und auch in Bezug auf Vorstellungen zum Sterben*

### Wichtige Kernpunkte für die Diskussion zur Selbsttötung!

2023 trafen sich Experten der verschiedensten Berufs- und Fachgruppen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zu einer Klausurtagung, um abzustimmen, welche Eckpunkte in der Diskussion um die Beihilfe zur Selbsttötung unbedingt beachtet werden sollten. Das Ergebnis ist sehr lesenswert:

# Schloss Hofener Thesen zu Suizidprävention und Beihilfe zur Selbsttötung

Das Verhältnis einer Gesellschaft zum Suizid und der Umgang damit sind ein Maßstab für die Humanität des Umgangs miteinander, für die Achtung des menschlichen Lebens und die gelebte Solidarität ihrer Mitglieder. Das gilt für Menschen in Not, insbesondere für alte Menschen, Menschen mit schweren psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen und sozial benachteiligte und bedrohte Menschen. Die aktuelle öffentliche Diskussion erfordert, die innerpsychische und soziale Realität suizidalen Erlebens und Verhaltens sichtbar zu machen. Daher gilt es, Fehlinformationen und Mythen auszuräumen. Immer wieder stößt man dabei auf ein verkürztes Autonomieverständnis. Dieses blendet wichtige Aspekte der ethischen und humanistischen Tradition des Autonomiebegriffs aus und lässt die Forschungsergebnisse und Erfahrungswerte aus Anthropologie, Kulturanthropologie, Entwicklungspsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Suizidprävention und Palliativversorgung weitgehend außer Acht.

**Ein Innehalten und Nachdenken ist notwendig**

**Die Unterzeichnenden fordern, die folgenden Thesen in konkretes gesamtgesellschaftliches und politisches Handeln umzusetzen:**

- 1)** Es ist nicht Aufgabe einer Gesellschaft, den (assistierten) Suizid zu fördern. Der Staat ist verpflichtet, das Wohl und den Schutz der Menschen zu gewährleisten.
- 2)** Die Hilfe zum Leben muss Vorrang haben. Jeder Mensch in einer suizidalen Krise muss eine angemessene mitmenschliche und fachliche Unterstützung erhalten.
- 3)** Die Suizidprävention muss ausgebaut, verstärkt und in die Gesellschaft integriert sein. Entsprechende finanzielle Mittel müssen bereitgestellt werden. Weiter bedarf es einer gesetzlichen Verankerung der Suizidprävention und deren rascher Umsetzung. Suizidprävention richtet sich ebenso an Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid.

**4)** Assistierter Suizid ist keine ärztliche und keine pflegerische Aufgabe. Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens dürfen nicht dazu verpflichtet werden, assistierte Suizide zuzulassen oder zu unterstützen. Die Gesundheitsberufe haben eine besondere Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und dem einzelnen Individuum in Not. Jegliche Vereinnahmung der Gesundheitsfachberufe zur Mitwirkung an assistierten Suiziden ist abzulehnen.

**5)** Die Erkenntnisse zur Suizidprävention aus Forschung und Praxis, zu assistiertem Suizid und Autonomie, aus der Palliativversorgung und Hospizarbeit sollen in Rechtsprechung, Politik, Ethik und Medien berücksichtigt und allgemein bekannt gemacht werden. Die gesellschaftliche Aufklärung und Diskussion ist dringend notwendig.

**6)** Die Erkenntnisse aus der Suizidforschung müssen in alle Disziplinen, die mit Wünschen nach assistiertem Suizid konfrontiert werden, einfließen und obligatorische Ausbildungsinhalte werden.

**7)** Niedrigschwellige, d.h. rasch verfügbare und für Nutzerinnen und Nutzer kostenfreie institutionelle Angebote der Krisenintervention müssen flächendeckend ausgebaut und verfügbar gemacht werden.

**8)** Hospiz- und Palliativversorgung muss allen Menschen, die diese benötigen, ohne Einschränkung und Vorbedingung zur Verfügung stehen. Der Anspruch darauf ist gesetzlich zu verankern. Es besteht die Notwendigkeit einer umfassenden und stetigen Information und Aufklärung der Bevölkerung über palliative und hospizliche Angebote.

**9)** Forschung über den assistierten Suizid und dessen Folgen für Angehörige und weitere Betroffene ist notwendig. Die Motive von Betroffenen und Suizidassistenten sollen untersucht werden, ebenso wie die Auswirkungen auf die Gesellschaft. Voraussetzung dafür ist die zeitnahe, umfassende Erhebung und Dokumentation der assistierten Suizide.

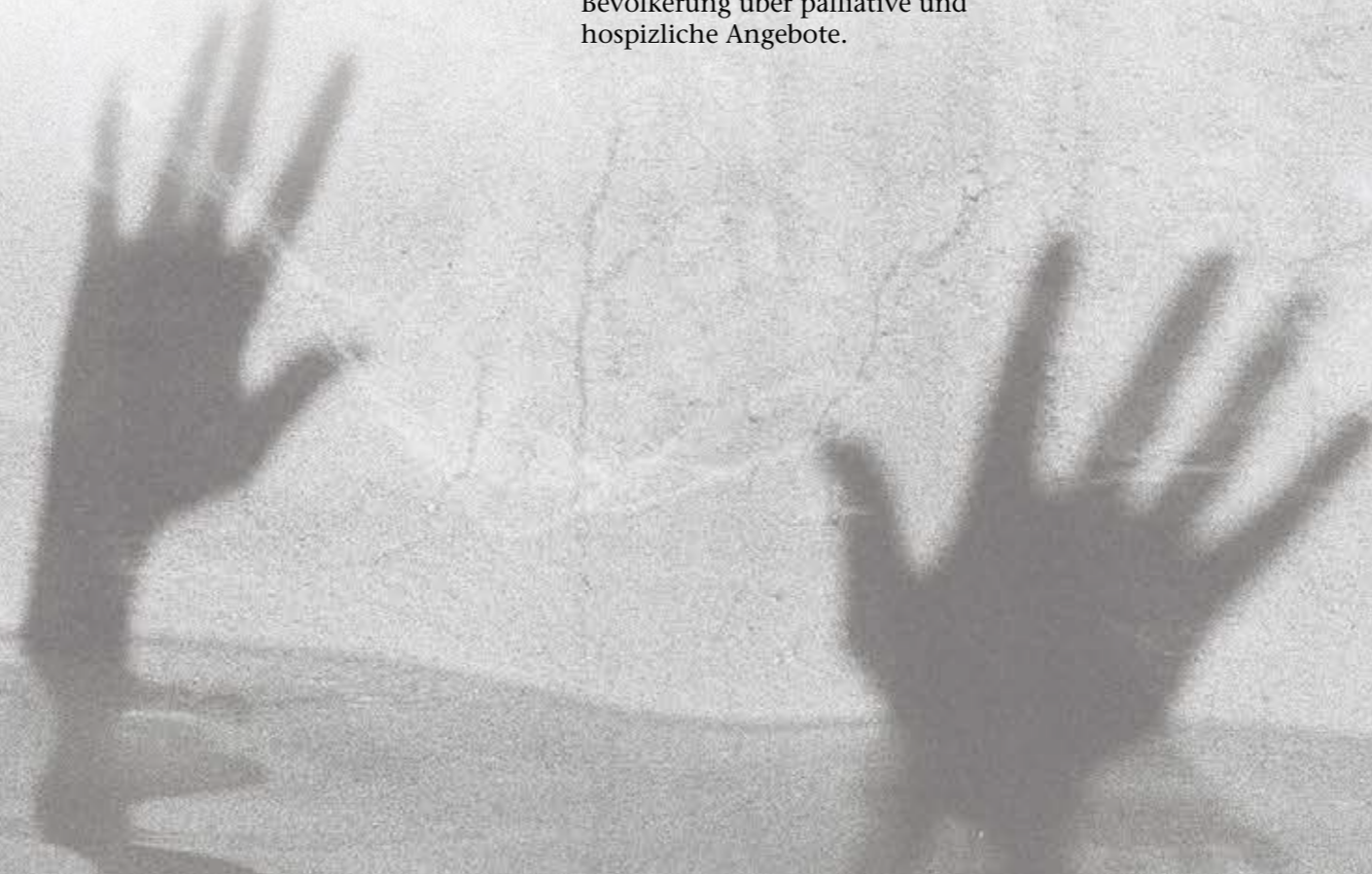
**10)** Die bestehenden Medienempfehlungen über die Berichterstattung zum Suizid und zur Darstellung des Suizids in Medienproduktionen inklusive der neuen Medien müssen umfassend verbreitet und berücksichtigt werden. Das betrifft sowohl die Nachrichten- und Hintergrundberichterstattung als auch Unterhaltungsmedien und die Werbung. Genauso gilt das für Produktionen und die Berichterstattung zum assistierten Suizid.

**11)** Niemand darf genötigt, dahingehend beeinflusst oder gedrängt werden, Angebote der Suizidassistenten zu nutzen, weil Unterstützung oder Hilfen nicht zur Verfügung stehen oder gar verweigert werden. Es besteht die Gefahr, dass der assistierte Suizid mit dem Ziel verbunden wird, Kosten im Gesundheitswesen oder der Altersvorsorge zu senken, Angebote im Bereich der Betreuung alter Menschen oder der Palliativmedizin in Quantität und Qualität nicht auszubauen oder generell Maßnahmen der sozialen Sicherheit und Daseinsfürsorge einzuschränken.

**12)** Finanzielle Mittel für eine adäquate personelle Betreuung und Pflege älterer und anderer betreuungsbedürftiger Menschen zu Hause und in Institutionen müssen ausreichend zur Verfügung gestellt werden. Modelle sorgender Gemeinschaften müssen vermehrt gefördert werden, z. B. Mehrgenerationenhäuser, verbesserte Demenzbetreuung, Nachbarschaftshilfe.

*Die Resolution kann mitgezeichnet werden über die Website:*

[www.d-a-ch-forum.org](http://www.d-a-ch-forum.org)





# Wichtige Begriffe zum Thema

Das Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zum Suizid wurde 2014 von Experten der Deutschen PalliativStiftung im Rahmen der Bundestagsabstimmung zum Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung als Information für die Abgeordneten erstellt. Seither wird es laufend angepasst und aktualisiert.

## „Sterbehilfe“

Eine begriffliche Differenzierung im Gesetz zwischen der vielfach so genannten → „passiven“ Sterbehilfe, die als erlaubt gilt, und der nicht erlaubten Form der so genannten → „aktiven“ Sterbehilfe gibt es bislang nicht (erster Ansatz zur Unterscheidung vom BGH 2010). Was mit dem Begriff gemeint ist, bleibt weithin unklar; jeder verwendet ihn anders.

Unklare Definitionen führen zu Fehlgebrauch. Aus hospizlich-palliativer Sicht ist dieser Begriff aber nicht nur unklar, sondern auch ein unangemessener Euphemismus und deswegen zu vermeiden. Deshalb setzt die PalliativStiftung den Begriff immer in Anführungszeichen.

## Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen

Ärztliche Entscheidungen sind eingebettet in juristische, gesellschaftspolitische und ökonomisch normative Bedingtheiten. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nur bei medizinisch und ärztlich indiziertem, kurativem Therapieziel und Einwilligung des Patienten. Es wird ein Behandlungsvorschlag erarbeitet. In der Sterbebegleitung oder auch, wenn ein Patient eine eigentlich sinnvolle Behandlung ablehnt, erlischt diese Verpflichtung.

## Therapiezieländerung

Wechsel eines Therapieziels von Kuration (Heilung, Lebensverlängerung, Krankheitsbekämpfung) hin zur Palliation, also Linderung der Not. Am Lebensende erfolgt von Rechts wegen eine Therapiezieländerung.

Problem: Häufig fließender Übergang zwischen beiden Therapiezielen, bzw. paralleles Vorhandensein beider.

## Aktive „Sterbehilfe“ = Tötung auf Verlangen

Meist benutzt für einen aktiven Eingriff in den Lebensprozess, um ein Leben zu beenden, also einen anderen Menschen umzubringen. Diese „Tötung auf Verlangen“ ist in Deutschland zwar noch strafbar (§ 216 StGB), aktuell wird diese Strafbarkeit durch Gerichtsurteile aber aufgeweicht.

Auch in der Schweiz ist die Tötung auf Verlangen verboten!

In den Benelux-Staaten, Portugal, Kanada, teils in Australien wird die Tötung meist als Euthanasie bezeichnet. Sie ist teils mit, teils auch ohne direkte Einwilligung des Patienten unter bestimmten Bedingungen straffrei oder erlaubt. Solche Tötungen werden in BeNeLux von Ärzten in der Regel mit Infusionen und Medikamenteninjektion in einem Umfang offiziell praktiziert, der für Deutschland etwa 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche. In der kanadischen Hauptstadt Ottawa ist sogar bereits nahezu jeder zehnte Todesfall durch eine solche Tötung verursacht worden und die Zahlen nehmen stetig zu.

Problem: Kann ein Patient keinen Suizid (mehr) begehen, hätte er dann das Recht zur Tötung auf Verlangen?

## Passive „Sterbehilfe“, besser: Sterbenzulassen

Medizinisch begleitetes Sterbenlassen sind Unterlassung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen wie künstliche Ernährung und Beatmung, Behandlung mit Antibiotika u. a. m. entsprechend dem Patientenwillen, wobei dem natürlichen Krankheits- oder Sterbeprozess seinen Lauf gelassen wird. Die so verstandene „passive“ Sterbehilfe in diesem Sinne ist rechtlich geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht (wegweisendes BGH-Urteil aus 2010). In Deutschland ist passive Sterbehilfe erlaubt.

Problematisch ist der Begriff „passive Sterbehilfe“, gerade weil er auch Handlungen umfasst, die nach allgemeinem Verständnis von Nicht-Experten als „aktiv“ zu bezeichnen sind, etwa das Abschalten des Beatmungsgerätes. Mittlerweile ist eindeutig geklärt, dass z. B. Abschalten genauso als richtig zu werten ist wie das nicht Beginnen der künstlichen Beatmung (BGH 2010).

## Indirekte „Sterbehilfe“

Medikamentengabe, bei der durch Nebenwirkungen ein nicht auszuschließender vorzeitiger Tod in Kauf genommen wird.

Urteil des BGH im Jahr 1996: Es ist erlaubt oder sogar geboten, schmerzlindernde Medikamente auch in einer Dosis zu verabreichen, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung die Sterbephase verkürzen könnte. Gleiches gilt bei Nebenwirkungen aufgrund anderer Maßnahmen. Ähnlich wurde es bereits im Jahre 1957 durch Papst Pius XII. verlautbart.

## Suizid = Selbsttötung

(fälschlich: Selbstmord oder Freitod)

Selbsttötung ist der eindeutig neutrale Begriff für Handlungen, mit denen ein Mensch sich selbst das Leben nimmt. Inwieweit ein Bilanzsuizid, der als Ausdruck einer freien Willensäußerung verstanden wird, überhaupt gegeben sein kann, ist gerade bei Psychiatern sehr umstritten. In der Regel liegt in der Palliativsituation ein Zustand vor, bei dem bestimmte Ängste ursächlich für den jeweiligen Sterbewunsch sind.

**Problem:** Ist ein Freitod wirklich immer so frei und selbstbestimmt?

Ist Selbstmord (Mord = Verwerlichkeitsurteil!) nicht ein sehr wertender Begriff und deswegen problematisch?

## Suizidassistenz = Beihilfe zur/Förderung der Selbsttötung

Beihilfe zum Suizid ist straffrei, weil auch die Selbsttötung in Deutschland straffrei ist. Dies gilt für alle Menschen jeder Berufsgruppe. Für Ärzte ist es standesrechtlich teilweise problematisch, dies wird in den meisten Landesärztekammern aber aktuell geändert, so dass die „Beihilfe zur Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“ ist. Dies ähnelt der Regelung für Abtreibungen, es bleibt Ärzten also freigestellt, es zu tun oder nicht.

Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen rückten das Problem der geschäftsmäßigen (auf Wiederholung angelegten) Förderung der Beihilfe zur Selbsttötung ins Bewusstsein der Öffentlichkeit.

Hier gibt es konträre Standpunkte:

**1.** Ablehnung jeglicher geschäftsmäßigen Beihilfe, also z. B. durch Einzelpersonen oder gemeinnützige Vereine, um die Hemmschwelle für einen Suizid so hoch wie möglich anzusetzen.

**2.** Anerkennung des bewusst gewollten Suizides unter verschiedenen Bedingungen (ohne jede Begründung, allgemeine Lebensbilanz, Angst vor Leiden, bestehendes Leiden, schwierig zu behandelndes Leiden ...). Wobei die Ansichten teils noch zu differenzieren sind: als Recht auf eine solche Dienstleistung, selbst bei psychischen Krankheiten, oder auch nur als Recht ausschließlich in extremen Leidenssituationen am Lebensende nach einer Gewissensentscheidung des (behandelnden) Arztes.

**Problem 1:** Extremschicksale mit Suizidassistenz als tatsächlich einzig denkbarer Lösung sind nicht völlig auszuschließen, aber bleiben mit exzellenter hospizlich-palliativer Versorgung auf extremste Einzelfälle beschränkt.

**Problem 2:** Suizidassistenz als entlohnte Dienstleistung: Würde hier eine (staatliche) Überwachung und Qualitätssicherung erforderlich werden?

## NaP (Natrium-Pentobarbital)

Ein Schlaf- und Narkosemittel, das viele Jahre als Schlafmittel erhältlich war. Es wurde häufig für die Selbsttötung genommen, und heute ist eine Verschreibung nur noch in der Tiermedizin möglich. Dort wird es zum Töten mittels Spritze eingesetzt. Es wird immer wieder medienwirksam gefordert, es doch auch zur (Selbst)Tötung von Menschen zuzulassen. Allerdings hat es sich gezeigt, dass Sterbehilfe Deutschland, Exit, Dignitas und andere auch ohne NaP auskommen.

„(Beabsichtigt) Lebensverkürzende Maßnahmen“, auch „Aktive Lebensverkürzung“

Vorschlag als Sammelbegriff, um die Diskussion klarer zu gestalten.

Der Begriff wurde vorgeschlagen, um wertfrei über diese schwierigen Themen miteinander sprechen zu können. Er umfasst Selbsttötung (→ Suizid), Beihilfe zur Selbsttötung (→ Suizidassistenz), Tötung auf Verlangen (→ aktive „Sterbehilfe“) und Tötung ohne Verlangen.

### Patientenwille

Der Patientenwille kann in jeder beliebigen Form geäußert werden – z.B. als schriftlich erstellte → Patientenverfügung oder als mündlich erklärter Behandlungswunsch – und sie kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Der Patientenwille ist für jeden Behandler verbindlich.

Problem: Ohne schriftliche Verfügung ist dann der mutmaßliche Wille i. d. R. schwieriger herauszufinden.

### Patientenverfügung

Schriftlich oder mündlich nach § 1827 BGB zulässig: Voraussetzungen für den Fall, dass dieser seinen Willen aus Krankheitsgründen zu gegebener Zeit nicht mehr äußern kann, wenn Entscheidungen, z. B. zu indizierten Therapien, getroffen werden müssen.

### Vertreterverfügung

Fehlt eine → Patientenverfügung kann der gesetzliche Vertreter eine Vertreterverfügung über den mutmaßlichen → Patientenwillen erstellen, die eine gleiche rechtliche Gültigkeit besitzt.

### Mutmaßlicher Wille

Ist kein → Patientenwille herauszufinden, muss der mutmaßliche Wille herausgefunden werden, um eine dem – nun mutmaßlichen – Willen des Patienten entsprechende Entscheidung treffen zu können (§ 1827 (2) BGB).

### Körperverletzung (am Lebensende)

Hier: Durchführung medizinisch indizierter Maßnahmen gegen den → Patientenwillen, Durchführung nicht indizierter Maßnahmen und die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten. Es ist ein Problem der täglichen Praxis.

Häufiges, grundsätzlich justiziables Delikt im Rahmen einer Futurity („Vergeblichkeit“, Fehl- oder Überversorgung) am Lebensende, wird in der Regel aber nicht verfolgt, weil es nicht angezeigt wird.

Problem: Behandlung gegen den Patientenwillen ist eine Körperverletzung § 223 StGB. Leider gilt: Wo kein Kläger, da kein Richter.

### Symptomkontrolle

Reduktion der als belastend empfundenen Beschwerden auf ein erträgliches Maß. Gleichzeitig bleibt z. B. eine ausreichende Atmung erhalten. Der Patient hat nicht mehr Nebenwirkungen als notwendig und empfindet wieder mehr Lebensqualität. Es ist auch möglich, den Patienten symptomkontrolliert schlafen zu lassen, wenn er dies möchte (→ Palliative Sedierung).

Durch den sachgerechten, symptomkontrollierten Einsatz von Opioiden („Morphium“) verbessert sich die Lebensqualität. Durch die Entlastung von Symptomen verlängert sich oftmals die Lebenszeit.

Problem 1: Unsicherheit verhindert häufig den rechtzeitigen Einsatz der Medikamente.

Problem 2: Irreführend, da eine symptombezogene Indikation nicht auf Verkürzung des Lebens abzielt.

### Terminale Sedierung

Teils wird der Begriff „terminale“ genau gleich wie → „palliative“ Sedierung verwendet, teils aber auch für eine nicht akzeptable Form der Tötung. Dabei bestünde die Intention zu einem beschleunigten Herbeiführen des Todes. Es wird nicht symptomkontrolliert sediert, sondern so tief, dass sich die Atmung des Patienten verlangsamt, bis sie ganz aufhört.

Problem: Missbrauchspotenzial. Für Nicht-Experten ist die terminale Sedierung schwer von der palliativen Sedierung zu unterscheiden.

### Sedierung

Beruhigung. Dabei erhält der Patient beruhigende Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, Betäubungsmittel) in einer ausreichenden Dosis, damit er ruhiger wird, leicht schläft, aber erweckt und ansprechbar bleibt. Eine Sedierung kann bei krankhafter Angst und Unruhe nötig sein (→ palliative Sedierung).

### Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung wird die Gabe von sedierenden Medikamenten auf Wunsch des Patienten zur Minderung des Bewusstseins verstanden, um sonst unbehandelbare Beschwerden (Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit u. v. m.) am Lebensende in einer ethisch akzeptablen Weise zu lindern und kontrollieren zu können. Hierbei kann der Patient auch in den Tod hineinschlafen.

Bei sachgemäß durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle das Sterben nicht beschleunigt. Sie kann sehr kurz dauern oder viele Tage erforderlich sein.

**Problem 1:** vermeintliche Nähe zu Tötung, bzw. aktiver „Sterbehilfe“

**Problem 2:** Missbrauchspotenzial.

Während bei → aktiver „Sterbehilfe“ das Ziel verfolgt wird, das Leben des Patienten durch die Verabreichung einer deutlich über dem therapeutischen Bereich dosierten Substanz vorzeitig zu beenden, liegt bei der palliativen Sedierung das Ziel in der Symptomkontrolle und Leidenslinderung durch Minderung des Bewusstseins mit einer angemessenen, wiederholten Medikamentendosis. Wichtig ist eine gute Dokumentation. Tritt der Tod dabei ein, entspricht dies dem natürlichen Sterbenlassen (Passive „Sterbehilfe“).

Fotoreportage

# Das Sterben des Gernot Fahl

Fotograf: Peter Müller

Der 69-jährige Gernot Fahl ist schwer krebserkrank und lebt im Altersheim. Auf seinen Wunsch dokumentierten die BILD-Reporter Anna Steinbach und Peter Müller im Herbst 2013 die letzten Lebenswochen auf seinem Weg zur Selbsttötung in die Schweiz.



Gernot Fahl auf der Fahrt zur Selbsttötung in der Schweiz.



## Fotoreportage

Gernot Fahl wird von seinem Freund Andreas Giebeler in einem Altenheim in Bad Salzuflen für die lange Fahrt in die Schweiz in den Rollstuhl gehoben und zum Auto gebracht.



Gernot Fahl wartet in einem Hotelzimmer. Es ist nur noch ein kurzer Weg, um sich bei Dignitas das Leben zu nehmen.



Gernot Fahl bei seiner letzten Mahlzeit im Schweizer Hotel.

Gernot Fahl war zu schwach, um den tödlichen Becher bei Dignitas auszutrinken und liegt nun auf der Palliativstation des Spitals Wetzikon in der Schweiz.



Sein Freund Andreas Giebeler nimmt auf der Palliativstation des Spitals in Wetzikon/Schweiz Abschied von Gernot Fahl. Dort verstirbt er nach kurzer Zeit ohne Beihilfe zur Selbsttötung.

# Patientenverfügung – Ein etwas anderer Blick

Der Spagat zwischen regeln und gestalten



Von Heiner Melching, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

In einer zunehmend der Ökonomie unterworfenen Gesellschaft scheint alles regel- und organisierbar zu sein; wann und wie und welche Kinder auf diese Welt kommen, welche Event-Agentur die Kindergeburtstage plant, welche Sprachen und Fähigkeiten schon im Kindergarten und der Schule erlernt werden müssen, um den Märkten und der Wirtschaft der Zukunft gerecht werden zu können, welchen Wedding-Planer oder Paartherapeuten wir brauchen, wie Raucher:innen sich auf zugigen Bahnsteigen in kleinen gelben Rechtecken einzufinden haben und wie wir uns gegen alles Mögliche versichern können. Dabei schützt uns weder eine Unfallversicherung vor Unfällen noch eine Sturm- und Wasserschadenversicherung vor Umweltkatastrophen, und auch wenn man sich inzwischen gegen über 300 Krebsarten versichern kann, wird dadurch das Krebsrisiko nicht geringer. Wir können uns allenfalls materielle Entschädigungen ermöglichen, oder wenn man es etwas boshaft formulieren möchte, können wir ein materielles Interesse an Schadensereignissen generieren.

In diesen Zeiten, in denen nahezu alles geregelt, organisiert, gemanagt und im Voraus geplant werden soll, liegt es nahe, auch das Lebensende durch Vorausverfügungen zu regeln. Die Fragen, die sich dabei stellen, sind vielfältig und ich möchte drei davon etwas genauer betrachten:

**1. Was sind die Gründe für den Boom an Patientenverfügungen und Vorausplanungen wie BVP, GVP, ACP, usw.?**

**2. Wann führen Vorausverfügungen zum gewünschten Ergebnis und wann nicht?**

**3. Brauchen wir wieder mehr Mut und Letztverlässlichkeit, um uns anderen anvertrauen zu können?**

## 1. Zu den Gründen

Die moderne Medizin hat sich bereits im letzten Jahrhundert zunehmend technisiert und spezialisiert, was auch dazu geführt hat, eine Entwicklung von einer fürsorgenden und umsorgenden Behandlung hin zu einer versorgenden und organ- und therapiefokussierten Dienstleistung zu befördern. Obwohl die Hospiz- und Palliativbewegung hierzu mit großem Erfolg einen Gegenentwurf etabliert hat, der den Menschen als Ganzes mit seinem sozialen Umfeld betrachtet, und auch im Bereich der hausärztlichen Versorgung das Beziehungsgeschehen und die Wünsche von Patient:innen die entscheidende Rolle spielen, ist in vielen Bereichen der hochspezialisierten Medizin und besonders im Krankenhaus zu beobachten, dass sich Behandlungen häufig an dem orientieren was machbar ist und nicht unbedingt an dem was sinnvoll und von den Betroffenen gewünscht ist. Nach Schätzungen ist bei ca. 20 % aller Sterbefälle in Deutschland in den letzten vier Wochen eine intensivmedizinische Behandlung zum Einsatz gekommen.

Diese Entwicklung ist sicherlich mit verantwortlich dafür, dass viele Menschen die Sorge haben, am Ende ihres Lebens einer Medizin ausgeliefert zu sein, der sie sich nicht erwehren können und die nicht gewünscht wird. Auch wenn es aus rein rechtlicher Sicht keinen Grund für solche Sorgen und Ängste gibt, da jeder ärztliche und pflegerische Eingriff das Einverständnis der Betroffenen erfordert und andernfalls den Straftatbestand einer Körperverletzung erfüllen kann, erfahren wir immer wieder aus unserem Umfeld oder den Medien von Fällen, in denen Menschen ohne eine vernünftige Indikation oder ohne ausreichende Berücksichtigung ihres Willens reanimiert, operiert, beatmet, künstlich ernährt und maximal therapiert werden. Die meisten Patientenverfügungen (PV) sind darauf ausgelegt solche unerwünschten Maßnahmen zu verhindern, wenngleich aus rein juristischer Perspektive die Notwendigkeit einer PV größer ist, wenn dadurch das nötige Einverständnis zu ärztlichen Eingriffen ausgedrückt wird.

**2. Was muss alles gelingen, damit meine Patientenverfügung den gewünschten Erfolg hat?**

Zunächst muss ich es schaffen mir vorzustellen, was ich in einer bestimmten Situation möchte, die ich mir zunächst nur theoretisch vorstellen kann. Was werde ich wollen, wenn ich meinen Willen nicht mehr selbst äußern kann? Z. B. nach einem Unfall, einem Schlaganfall oder im Verlauf einer schweren Erkrankung. Wie sich das dann für mich anfühlen wird, kann ich nur vermuten, weshalb es wichtig sein wird, meine formulierten Vorgaben in regelmäßigen Abständen neu zu hinterfragen und zu überprüfen und diese mit den mir nahestehenden Menschen zu besprechen. Um verstehen zu können, was einzelne Maßnahmen, die ich für mich in Anspruch nehmen möchte oder verhindern will, bedeuten, brauche ich auch die Beratung von medizinischen Fachleuten, wobei sich aus meiner Sicht Hausärztinnen und Hausärzte, die mich gut kennen, am besten eignen. Was bedeutet eine Che-

motherapie, eine Reanimation, eine Beatmung, eine PEG oder eine extrakorporale Membranoxygenierung und weitere Interventionen, die ich nur vom Hörensagen oder aus dem Fernsehen kenne?

Wenn es mir dann gelungen ist, meine Wünsche auf Papier oder in eine Datenbank zu bringen, ist es natürlich wichtig, dass diese auch schnell von den richtigen Leuten, wie Pflegepersonal, Rettungsdienst, Notärzt:innen und Krankenhauspersonal gefunden werden können. Nun kommt aber etwas sehr Entscheidendes: diejenigen, die meine Patientenverfügung dann zu lesen bekommen, sollen sie genauso verstehen, wie ich es gemeint habe. Und das, ohne mich näher zu kennen, weshalb immer häufiger empfohlen wird, neben konkreten Handlungsanweisungen auch etwas zur eigenen Persönlichkeit und den allgemeinen Wertvorstellungen aufzuschreiben. Dennoch ähneln Patientenverfügungen zunehmend Checklisten und werden als eine Art „Gebrauchsanleitung“ für das gute Sterben verstanden, was dazu führen kann, dass Ärztinnen und Ärzte mehr auf eine Verfügung und deren Rechtmäßigkeit schauen als auf den Patienten. Ein großes Problem sind auch die vermutlich unvermeidbaren Interpretationsspielräume einzelner Formulierungen. So werden vom Bundesministerium für Justiz z. B. folgende Formulierungen als Textbausteine empfohlen „wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...“ Hier werden einige ambitionierte Intensivmediziner:innen vermutlich eine ganz eigene Vorstellung davon haben, ob ein Sterbeprozess zunächst „abwendbar“ ist und der unmittelbare Sterbeprozess überhaupt schon begonnen hat. Des Weiteren wird als Textbaustein empfohlen: „wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist“. Auch hier wird es diejenigen geben, die ein Endstadium eher nicht vermuten, solange der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar



Was werde ich wollen, wenn ich meinen Willen nicht mehr selbst äußern kann?

### 3. Die Gestaltung des Lebensendes als „technische Disziplin“ oder als verantwortungsvolles Miteinander?

Klaus Dörner hat in seinem Buch „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“<sup>2</sup> Ärzt:innen empfohlen ein Schild in ihrem Wartezimmer aufzuhängen auf dem steht: „Wir erfüllen keine Wünsche – dafür übernehmen wir Verantwortung“

Wer bereit ist Verantwortung zu übernehmen, dem kann ich mich, wenn alles gut läuft auch – zumindest in einigen Situationen - anvertrauen. Wer „nur“ meine Wünsche umsetzen soll, dem muss ich genau sagen, was er zu tun hat. Und in gewisser Weise empfinde ich Patientenverfügungen auch als eine Art „Misstrauensvotum“ gegenüber dem Gesundheitssystem – und somit auch gegenüber denen, die dort unter schwierigen Bedingungen hart arbeiten. Neben der zunehmend verbreiteten Haltung, dass im besten Fall immer ein anderer verantwortlich und somit auch schuld ist, wenn etwas schief läuft, wächst in unserer Gesellschaft aber auch ein eigentümliches Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung. Wir wollen also auf der einen Seite möglichst wenig Verantwortung für uns und andere übernehmen und auf der anderen Seite in absoluter Selbstbestimmung leben – wie passt das zusammen?

In dem oben bereits erwähnten Buch hat Klaus Dörner auch geschrieben: „Wir haben zwei Prinzipien, die das gesellschaftliche Hilfesystem der Moderne im 19./20. Jahrhundert geprägt haben: Zum einen die Institutionalisierung des Helfens, zum anderen die Professionalisierung des Helfens“. Das kann dazu führen, dass Bereiche des Helfens aus dem Verantwortungs- und Kompetenzbereich der Gesellschaft und aus dem eigenen „entführt“ werden.

Das könnte bedeuten, dass uns in unserem Innersten gar nicht daran gelegen ist, Verantwortung abzugeben – wir wollen sie übernehmen – aber wir trauen es uns nicht mehr zu. Überall lauern Profis und Expert:innen, oder Anweisungen – in allen Lebensbereichen. Unsere Smartwatch informiert uns darüber, ob der Puls beim Laufen ok ist, und nicht unser eigenes Körpergefühl, dem wir dadurch immer weniger trauen. Wir schauen morgens nicht mehr in den Himmel, um zu sehen, wie das Wetter wird, sondern aufs Handy, und wir schauen mehr auf Laborwerte und Verfügungen als auf den uns anvertrauten Menschen. Und auch zu allen anderen Themen sind die sozialen Medien und die Talkshows voll von Experten. In vielen Bereichen scheint das Vertrauen und das Zutrauen in uns selbst attackiert zu werden. Wer sich selbst nicht mehr trauen kann, der traut auch keinem anderen. Vielleicht resultiert aus dem von Dörner beschriebenen Gefühl, dass Bereiche des Lebens und des Miteinanders aus dem eigenen Kompetenz- und Verantwortungsbe- reich „entführt“ werden, auch zu dem großen Drang nach Selbstbestimmung. Aber auch dort entlarvt sich der Mythos der absoluten Selbstbestimmung schnell. Wie selbstbestimmt bin ich, wenn ich bei strömendem Regen mit dem Hund rausgehe? Wenn der Wecker klingelt und ich zur Arbeit muss? Oder ich nachts das weinende Kind tröste? Wir leben seit je her als soziale Wesen in Beziehungen und Abhängigkeiten. Wir befinden uns in einem Spannungsfeld zwischen Autonomie und Geborgenheit, wobei das eine die Ablösung von dem anderen erfordert. Und ich wünschte mir, dass wir uns auch im Alter oder im Sterben mit einem guten und sicheren Gefühl wieder anderen anvertrauen können, wie sich das Baby seinen Eltern anvertraut. Hierzu braucht es aber natürlich auch diejenigen, die sich dieses Vertrauen erwerben und die bereit sind, die damit verbundene Verantwortung zu übernehmen. Vielleicht würden dann auch Patientenverfügungen nicht aussehen wie Checklisten, sondern wie ein „sich

zeigen“. Eine solche „Patientenverfügung“ hat meine Freundin vor einiger Zeit vorgefunden, als sie als Notärztin in ein Pflegeheim, wegen Luftnot einer Bewohnerin, gerufen wurde. Nachdem weder Hausarzt noch Angehörige zu erreichen waren, wurde ihr von einer Pflegerin ein handgeschriebener Zettel der luftnötigen und allem Anschein nach, sterbenden Dame gegeben. Darauf stand nur: „ich habe 87 Jahre lang ein gutes Leben gelebt. Ich würde gerne 120 werden, aber nicht um jeden Preis“. Die Notärztin hat die Dame daraufhin nicht mit Blaulicht oder unter Reanimation in die Klinik gebracht, sondern sie vor Ort mit allem nötigen versorgt und sie gut begleitet und ohne belastende Symptome sterben lassen. Das mag richtig oder falsch gewesen sein – aber auf jeden Fall war es mutig und die Notärztin hat die Verantwortung für die Dame und ihr Sterben getragen.

Ich habe mir daraufhin auch überlegt, wie ich mit meiner Patientenverfügung dazu beitragen kann, Ärzt:innen und Pflegenden etwas zuzutrauen und ihnen Verantwortung zu übertragen, die sie nur schwerlich wegdelegieren können. Wichtig ist, dass meine Patientenverfügung keine Blaupause und schon gar keine Empfehlung sein soll – es ist mein ganz persönliches Wagnis mich jemandem anzuvertrauen und ich weiß, dass das gut gehen kann oder auch nicht – sowie wie fast jede andere Patientenverfügung auch. Und so sieht sie aus:

„  
Ich habe 87 Jahre lang ein gutes Leben gelebt. Ich würde gerne 120 werden, aber nicht um jeden Preis



Möchten Sie, dass wir weitermachen, oder sollen wir die Reanimation beenden?

ist. Auch bei der Textempfehlung: „In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.“ bleibt die Frage offen, was einzelne Mediziner:innen für möglich und sinnvoll erachten. Somit bleibt es in einigen Fällen eine Glückssache, ob eine Patientenverfügung auch im eigenen Sinne umgesetzt wird oder nicht. Hinzu kommt das Dilemma, dass Ärzt:innen sich in einer nicht absolut eindeutigen Akutsituation eher durch Unterlassen als durch Handeln angreifbar machen. Die Grundlage für medizinische Entscheidungen ist also nicht unbedingt die Überzeugung etwas Sinnvolles zu tun, sondern die Angst vor Konsequenzen im Falle der Therapiebegrenzung. Auf jeden Fall erscheint es mir aber so, dass solche „Checklisten-Verfügungen“ nicht an die Verantwortung von Ärzt:innen appellieren, sondern ihnen die Verantwortung geradezu abnehmen und sie eher zu Dienstleister:innen oder Wunscherfüller:innen werden lassen. Verantwortung wird delegiert an eine Verfügung oder an eine bevollmächtigte Person, was gut sein kann, aber auch eine Überforderung auslösen kann, wenn es auf die Spitze getrieben wird, wie in folgendem Fall, der mir aus einer sehr zuverlässigen Quelle berichtet wurde und hoffentlich eine absolute Ausnahme ist. Dabei war es so, dass ein junger Intensivmediziner die bevollmächtigte Ehefrau eines Patienten anrief und ihr am Telefon sinngemäß sagte: „Sie sind ja die Bevollmächtigte Ihres Mannes, der hier bei uns liegt und sich jetzt akut sehr verschlechtert hat. Wir mussten ihn reanimieren und sind jetzt schon seit über 15 Minuten damit beschäftigt. Möchten Sie, dass wir weitermachen, oder sollen wir die Reanimation beenden?“

# Verfügung Heiner Melching

Heiner Melching (Jg. 1963) ist seit vielen Jahren der Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Dabei ist er kreativ, humorvoll und durchaus wortgewaltig. Eigentlich hat er Sozialpädagogik studiert (das hilft wohl auch gut im Umgang mit schwierigen Ärzten) und auch schon in einem Bestattungsinstitut gearbeitet. Er hat einen speziellen, sehr guten und sehr pragmatischen Blick auf das Thema Patientenverfügung. Seine eigene dürfen wir hier abdrucken:

## Liebe Pflegekraft, liebe Ärztin, lieber Arzt,

hier liege ich nun vor Ihnen und kann meinen Willen und meine Wünsche für das, was Sie tun sollen, nicht mehr äußern. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Verfügung wusste ich nicht, wie mein Zustand jetzt ist – bin ich am Ende einer schweren Erkrankung, hat mich ein plötzliches Ereignis wie ein Schlaganfall oder ein Unfall hierhergeführt, liege ich auf dem Rücken oder auf dem Bauch? - keine Ahnung. Und selbst, wenn ich mir alle nur erdenklichen Szenarien im Vorfeld überlegt hätte, wüsste ich nicht, wie es mir jetzt geht – wie sich das anfühlt – und was Sie am besten damit machen sollten. Somit möchte ich das Wagnis eingehen mich Ihnen, Ihrem Wissen, Ihren Fertigkeiten und vor allem Ihrer Menschlichkeit anzuvertrauen. Schauen Sie mich an, überlegen Sie, was mir guttun könnte, hören Sie ebenso auf Ihren Verstand, wie auf Ihr Bauchgefühl und machen Sie das Beste draus.

Grundsätzlich gibt es zu mir zu sagen, dass ich ein ausgesprochen gutes und erfülltes Leben hatte, in dem ich nahezu nichts ausgelassen habe. Die Vorstellung zu sterben, beglückt mich zwar nicht sonderlich, aber wenn es dann so ist, ist das auch ok – und zudem irgendwann ohnehin unausweichlich. Eine besondere Sehnsucht nach dem Tod habe ich aber auch nicht, da ich davon ausgehe, auf jeden Fall lange genug tot zu sein, worunter ich mir nur ein völlig unaufregendes Nichts vorstelle. Somit kommt es für mich auf ein paar Tage oder Wochen mehr oder weniger nicht an – es gibt also keinen Grund zur Hektik oder zur Eile – wenn es aus Ihrer Sicht Sinn macht, können Sie also auch mal etwas Unkonventionelles mit mir ausprobieren, solange es mir aus Ihrer Sicht ein würdevolles Leben oder Sterben ermöglicht. Sprechen Sie mit meiner Lebensgefährtin und mit meinem Sohn, wenn Sie sich bei bestimmten Fragen unsicher sind – die beiden sind von mir bevollmächtigt meinen Willen wiederzugeben und die kennen mich am besten.

Ich danke Ihnen von Herzen für jede Sekunde, die Sie sich Zeit für mich nehmen, für jeden Gedanken, für jedes Mitgefühl und für alles, was Sie tun - und vor allem auch für alles, was Sie aus guten Gründen unterlassen.

Ich hoffe, ich mache Ihnen nicht allzu viel Stress – und wenn doch, hoffe ich, dass Sie dafür wenigstens gut bezahlt und gut behandelt werden.

Vielen Dank und herzliche Grüße  
Heiner Melching

PS. Eins noch: Sollte jemand auf die aberwitzige Idee kommen, mir an meinem Sterbebett aus dem kleinen Prinzen vorzulesen oder meine Hand mit den Worten tätscheln „Sie können jetzt ruhig loslassen“ – schmeißen Sie diese Person bitte raus

# Erlaubt oder verboten. Was gilt in Deutschland?

## Erlaubt:

Sterben zulassen

Verweigern von Behandlung

Behandeln auch mit lebensgefährlichen Methoden, wenn der Patient dies will

Sedieren eines Patienten auf dessen Wunsch mit dem Ziel der Leidenslinderung (Sedierungstiefe muss überwacht werden)

Selbsttötung

Jede Unterstützung einer Selbsttötung (mit legal verfügbaren Mitteln, durch jeden Menschen, egal welcher Beruf)



## Verboten:

Behandeln ohne Einwilligung

Behandeln gegen den Patientenwillen

Sedieren eines Patienten mit dem Ziel der Lebensverkürzung

Tötung auf Verlangen

Töten aus Mitleid



## Faktencheck: Wo „Sterbehilfe“ eingeführt wird, würden Gewaltsuizide weniger.

### Thomas Sitte

Dies hört und liest man immer wieder von Aktivisten der „Recht-auf-Sterben-Bewegung“. Außerdem sollen die Zahlen für Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung mit oder ohne Verlangen nicht zunehmen. Dann werden teils auch schöne Statistiken gezeigt mit einem Rückgang der Selbsttötungen. Aber, ...

Schaut man sich die Statistiken genauer an, so sieht man, dass sie so zurechtgeschnitten sind, dass es schön passt. Also schauen Sie bitte selbst nach, fragen Dr. Google, der kann in der Regel die notwendigen Zahlen schnell liefern. Ich hatte für meine Dissertation 2016 die Zahlen aus der Schweiz und BeNeLux genauer unter die Lupe genommen. Erstaunt war ich, dass z. B. die Zahlen in der Schweiz offiziell niedriger waren,

als die Summe der Toten, die von den einzelnen Freitodvereinen veröffentlicht wurden.

Die Selbsttötungen nehmen dabei nicht ab. Auch nicht die sogenannten „Gewaltsuizide“ (Erschießen, Erhängen, Sturz aus der Höhe, Straßen- und Schienenverkehr). Selbst eine brandaktuelle Schweizer Untersuchung kommt zu diesem Ergebnis (Güth U e. a.; Conventional and assisted suicide in Switzerland: Insights into a divergent development based on cancer-associated self-initiated death. Cancer Med.2023; doi 10.1002/cam4.6323).

In allen anderen Ländern sind die Zuwachsraten ähnlich dramatisch, besonders wenn auch die Tötung auf Verlangen eingeführt wird. Dies kann man bedenklich finden oder auch gut. Je nach eigener Haltung.

Besonders erschreckend ist die Entwicklung in der kanadischen Provinz Ottawa, also um die Hauptstadt herum. Dort wurde 2021 MAiD eingeführt (Medical Assistance in Dying).

Im fünften MAiD-Jahr waren in ganz Kanada bereits 3,3 % der Todesfälle MAiD geschuldet. In Ottawa sogar 9,8 % aller Todesfälle!

Wer kann da noch davon sprechen, es gäbe keine „schiefe Ebene“, wenn wir uns einmal auf dieses schlüpfrige Terrain begeben?



**Wenn der Tod Dich anlacht**

Die Ausstellung mit vielen anderen Karikaturen rund um ein ernstes Thema kann bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung bestellt werden.

[www.hage.de](http://www.hage.de)

**Sterbehilfe für Männer**

Gestern Abend haben meine Frau und ich am Tisch sitzend über Einiges diskutiert.

Dann kamen wir auf Sterbehilfe zu sprechen. Zu dem sensiblen Thema, Wahl zwischen Leben und Tod, habe ich ihr gesagt: „Wenn es einmal so weit kommen sollte, lass mich nicht in einem solchen Zustand! Ich will nicht leben – nur von Maschinen abhängig und von Flüssigkeiten aus einer Flasche. Wenn ich in diesem Zustand bin, dann schalte bitte die Maschinen ab, die mich am Leben erhalten und schütte das Zeug weg!“

Da ist sie aufgestanden, hat den Fernseher und den Computer ausgemacht und mein Bier weggeschüttet.

Die blöde Kuh!

**Beim Bestatter**

Witwe: Würden Sie bitte meinen Mann mit dem Gesicht nach unten einsargen.

Bestatter: Warum denn das?

Witwe: Wenn er scheintot ist, gräbt er in die falsche Richtung!

**Wörtlich genommen**

+++ traf sich gut:  
Selbstmörder war Scharfschütze  
+++

**Helmfrieds Lyrikseite**



„Ach Lüttichau, des verstehst du nicht, gell, die dunkle Hand! Für dich ist die Liebe immer nur Süßholzraspeln!“

Damals bin ich knallrot geworden. Weil ich mich vor der ganzen Klasse geniert habe. Auch weil ich mich irgendwie falsch gesehen fühlte. Von unserem Deutschlehrer, dem ich auch dankbar bin. Denn dieses Ghassel von Muhammad Rumi hat mich dann durch alle Lebensphasen begleitet.

„Süßholzraspeln!“

Kann sich diese Form der Hingabe nicht auch auf mein Tun beziehen, das ich liebe? Auf die Liebe im Allgemeinen? Bin ich erst frei, wenn ich mich ihr öffne? Ohne Wenn und Aber? Selbstvergessen?

Die Angst – wovor?

Ach, immer wieder Fragen, an diese wundervollen Zeilen.

*Wohl endet Tod des Lebens Not,  
Doch schauert Leben vor dem Tod.  
Das Leben sieht die dunkle Hand,  
Den hellen Kelch nicht, den sie bot.  
So schauert vor der Lieb' ein Herz,  
Als wie von Untergang bedroht.  
Denn wo die Lieb' erwachet, stirbt  
Das Ich, der dunkle Despot.  
Du laß ihn sterben in der Nacht,  
Und atme frei im Morgenrot.*

**Dschalal ad-Din Muhammad Rumi**

(1207 - 1273), zählt zu den bedeutendsten persischsprachigen Dichtern des Mittelalters und gilt als Mitbegründer der islamischen Mystik. Geboren in Balch im heutigen Afghanistan, lebte und wirkte er lange bis zu seinem Tod in Konya, der heutigen Türkei / Deutsch von Friedrich Rückert (1819)



# Ein Traum von Hospiz

Der lange Weg zum Hospiz im Vogelsberg

Von Traudi Schlitt

Wer das Hospiz im Vogelsberg besuchen möchte oder gar darauf hofft, dort bald selbst sein zu können oder einen Angehörigen versorgt zu wissen, wird noch enttäuscht sein: Das Hospiz im Vogelsberg ist derzeit noch ein Traum. Allerdings ein Tagtraum, der mit jedem neuen Morgen mehr an Leben gewinnt. So hoffen zumindest die Aktiven, die sich mit aller Kraft in dieses Projekt stürzen.

Der Traum von einem stationären Hospiz im Vogelsberg ist nicht neu. Vor vielen Jahren schon hatte der Alsfelder Hospizverein unter seinem damaligen Vorsitzenden Dr. Johannes Pfann den Entschluss getroffen, Spenden für ein stationäres Hospiz zu sammeln. Nach vielen Jahren ohne wirkliche Perspektive gaben die Ehrenamtlichen ihren ambitionierten Plan auf – nicht zuletzt, weil der Rückhalt auch in der Politik fehlte. Der Vogelsberg blieb ein weißer Fleck in der Hospizlandschaft der weiteren Region. Den Menschen wurde und wird damit viel zugemutet: Todkranke Menschen, die ihre letzten Tage gerne in einem Hospiz verbringen möchten, müssen Häuser in Fulda, Marburg oder Gießen aufsuchen, und die haben meist eine lange Warteliste. Für Freunde und Familien wären sie weit entfernt, zumal bei den oberhessischen Verkehrsverhältnissen. Wer Kontakte halten möchte, ist gezwungen, zuhause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus zu sterben. Für die



Angehörigen kann das trotz des inzwischen auch im Vogelsberg gut ausgebauten Palliativnetzes aus Hospizvereinen und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung eine zusätzliche große Belastung sein. Die Zeit ist längst reif für eine Hospizeinrichtung in einem der größten hessischen Flächenkreise.



**Der Vogelsberg blieb ein weißer Fleck in der Hospizlandschaft der weiteren Region.**

Diesem Gedanken haben sich inzwischen viele Akteure angeschlossen: Der Vogelsbergkreis trägt ihm mit einem eigenen Aufgabenfeld der Fachstelle Gesundheitliche Versorgung Rechnung. Unter der Schirmherrschaft von Landrat Manfred Görig wurde schon vor einiger Zeit eine Projektgruppe gegründet, zu deren Aufgabe auch die Begleitung der Gründung eines stationären Hospizes zählt. Ihr gehören mit Dr. Sigrid Stahl und der Palliativkoordinatorin Susanne Botthof-Schlitt

zwei kompetente Mitarbeiterinnen an. Die Notwendigkeit ist also erkannt. Auch die Hospizvereine der Region arbeiten gemeinsam an diesem Plan, der mit dem Engagement der Stiftung Lichtermeer – der im Jahr 2021 gegründeten Vogelsberger Palliativ- und Hospizstiftung - großen Auftrieb gewonnen hat. Gründerin und Stiftungsratsvorsitzende Tanja Bohn lässt nichts unversucht – sei es bei der Suche nach einem geeigneten Träger, einem passenden Grundstück und den im Vogelsberg fast immer anstehenden Gesprächen mit dem Denkmalschutz. Bei all dem kommen der Unternehmerin ihre Erfahrungen und Kontakte aus anderen Projekten zugute.

Dennoch: Auch wenn es jetzt einen Investor und einen Träger gibt, und auch wenn es so aussieht, als sei endlich ein passendes Gebäude in Alsfeld gefunden worden, ist das Projekt „Hospiz im Vogelsberg“ noch nicht in trockenen Tüchern. Zu oft schon schien alles perfekt, wie Tanja Bohn berichtet. Insbesondere die Suche nach einem Standort gestaltete sich schwierig. „Mit unserem derzeitigen Objekt starten wir nun den sechsten Versuch in Sachen Standort“, sagt sie mit einem lachenden und einem weinenden Auge: Einerseits könnte es jetzt wirklich gelingen, andererseits nimmt jeder Fehlversuch viel Energie mit sich – zumal die Gründe für das Scheitern vielschichtig sind. Dass der Standort in Alsfeld oder Lauterbach sein



Foto: Traudi Schlitt

Akteure beim Welthospiztag für ein Hospiz im Vogelsbergkreis:

Die Hauptakteure im Palliativwesen im Vogelsbergkreis (v.l.n.r.): Dr. Sigrid Stahl (Gesundheitsamt), Barbara Becker (Lichtermeer) Tanja Bohn (Lichtermeer), Susanne Liebl (Hospizverein Alsfeld), Heide Fink (Hospizverein Lauterbach), Dr. Thomas Sitte (Deutsche PalliativStiftung), Dr. Ines Josek (PalliativTeam Vogelsberg)

sollte, stand früh fest: „Erfahrungen aus anderen Hospizen zeigen, dass die Menschen nicht abgeschottet irgendwo warten wollen, bis ihr Tod kommt, sondern sie wollen am Leben teilhaben, sehen, was um sie herum passiert, ihre noch vorhandenen Möglichkeiten nutzen und dennoch einen grünen, natürlichen Rückzugsort haben“, so die Vorgaben, die Tanja Bohn und ihre Mitstreiter erfüllen wollten. Ihrem Planungsteam zur Seite steht auch der renommierte Palliativmediziner Dr. Thomas Sitte, der stets gerne beratend tätig ist und sich ebenfalls sehr für die Errichtung eines stationären Hospizes im Vogelsberg einsetzt.

In der Kreisstadt des Vogelsberges, in Lauterbach, verliefen erste Sondierungen erfolglos, wohingegen schon der zweite Anlauf, ein großes, innerstädtisches Grundstück in Alsfeld, in direkter Nähe zu dem Naherholungsraum „In den Erlen“, sofort zu passen schien. Bis zu dem Zeitpunkt, als die Besitzerin realisierte, was für eine Art Einrichtung dort entstehen sollte. „Sie hatte eher an ein Pflegeheim gedacht und wollte keine sterbenden Menschen auf dem Grundstück haben, stellte sich vor, wie sich Krankenwagen und Pietät

die Klinke in die Hand gäben und wehrte ab“, berichtet Tanja Bohn ein wenig fassungslos, denn der Bedarf nach einem Hospiz kann ja alle ereilen. Zwei weitere mögliche Standorte am Innenstadtrand scheiterten an den Bebauungsplänen, die zuvor hätten geändert werden müssen – ein erheblicher Zeitaufwand mit ebenso erheblichen Auflagen. Beides wollte das Planungsteam nicht in Kauf nehmen, da dies die Realisierung des Hospizprojektes in weite Ferne gerückt hätte.

Ein weiteres Grundstück, das wieder mehr in der Stadt gelegen war und nah am Naherholungsgebiet, wurde nach einigen Verhand-



Foto: Traudi Schlitt

Unermüdlich setzt sich Tanja Bohn für das Projekt „Stationäres Hospiz“ in Alsfeld ein.

lungen und Gesprächen von den Inhabern wieder zurückgezogen. Nun gibt es neue Hoffnung – direkt in der Alsfelder Innenstadt. „Hier könnte es klappen“ zeigt sich Tanja Bohn zuversichtlich. Es gibt schon erste Pläne, die mit dem Denkmalschutz abgestimmt werden müssen. Die Grundstückseigentümer zeigen sich kooperativ. „Das Gelingen dieses Projektes hängt jetzt in erster Linie an den Vorgaben des Denkmalschutzes und wie diese baulich sinnvoll umgesetzt werden können“, sagt die unermüdliche Planerin, die sich glücklich schätzt, sowohl mit dem Träger als auch den Architekten zielorientierte und geduldige Mitstreiter gefunden zu haben. „Und wenn dann noch der Investor beim Notar unterschrieben hat, kann es losgehen.“ Gute Nerven, ein langer Atem und jede Menge Durchhaltevermögen sind also nach wie vor gefragt.

Vielen Menschen würde ein Stein vom Herzen fallen, wenn es im Vogelsberg endlich einen schönen Ort für todkranke und sterbende Menschen gäbe – nicht nur den

Betroffenen und ihren Angehörigen selbst, auch denjenigen, die sich jetzt mit aller Kraft dafür einsetzen. Doch mit der Grundsteinlegung beginnt neue Arbeit: die Zulassung bei den Krankenkassen, die Personalsuche, die Einwerbung von Spendenmitteln. „Der Gesetzgeber sieht vor, dass fünf Prozent der Kosten eines Hospizes aus Spenden finanziert werden müssen“, so Tanja Bohn, die jedoch sicher ist, dass es sowohl Spender als auch Ehrenamtliche gibt, die das Hospiz unterstützen würden.

Thomas Sitte hat schon früh als Notarzt und Anästhesist im Vogelsberg die hiesige Palliativ- und Hospizsituation kennengelernt und gerade in der Anfangszeit unter deren Unterversorgung gelitten. „Wir mussten damals viel von Fulda aus mitbetreuen und sind heute froh, dass das Palliativnetz Waldhessen mit seinen multiprofessionellen Teams aus Haupt- und Ehrenamtlichen hier so gute Arbeit macht. Ein stationäres Hospiz würde uns alle in eine neue, enorm wichtige Phase befördern.“ Daher unterstützt auch er das Vogelsberger Anliegen nach Kräften.

Bleibt die Frage, wann das Hospiz im Vogelsberg zur Verfügung steht. Tanja Bohn ist da ganz klar: „Wenn es nach mir ginge, könnten wir in zwei Jahren aufmachen.“

Man wird sehen. schöner leben ... bis zuletzt wird sicher an dem Thema dranbleiben und über kleine und große Schritte berichten.

### Anmerkung des Herausgebers.

**Hospize und insbesondere Kinderhospize gibt es schon etliche in Deutschland. Viele sind auch im Bau oder werden geplant. Leider gibt es da oftmals keine wirkliche Bedarfsplanung und auch keine Abstimmung in der Region und im Umfeld. Das Hospiz in Alsfeld soll aber eine echte Lücke füllen, denn aus dem Vogelsbergkreis zum nächsten bestehenden Hospiz sind die Weg wirklich weit. Deswegen unterstützen wir diese Pläne ausdrücklich und werden jetzt in jedem Heft berichten, wie es weitergeht. Wir hoffen, diese „Fortsetzungsgeschichte“ findet ein glückliches Ende.**

# Wird Alter zu einer Krankheit?

Provokante Frage, ernster Hintergrund



Prof. Daniel Jaspersens  
Kolumne zu Gesundheitsfragen

Foto: Doc Sitte

Die provokante Frage hat einen ernst gemeinten Hintergrund, nämlich konkret die neue 11. Version der ICD. Darunter versteht man die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, die in Deutschland die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung darstellt.

Als Besonderheit der 11. Ausgabe der Weltgesundheitsorganisation soll nun erstmals das Lebensalter als Teil der Diagnose erfasst werden. Seit dem 1. Januar 2022 können die Mitgliedstaaten ihre Sterblichkeitsdaten auch mit dieser neuen Verschlüsselung melden, wobei das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte noch an der deutschen Version arbeitet.

Leben beinhaltet Altern und die Wissenschaft, die sich damit befasst, ist die Gerontologie. Griechisch bedeutet das für mich als 70-jährigen wenig erbaulich „die Lehre vom Greis“, verweisen möchte ich dabei aber auf den motivierenden Song von Udo Lindenberg: „Der Greis ist heiß“. Aber zurück zum Thema. Gerontologie stellt die Wissenschaft vom Altern dar und berücksichtigt Aspekte des gesamten Lebens, wie kulturelle, soziale, historische und persönliche.



Foto: Josef Hinterlechner

Einem aktuellen Artikel des Psychoanalytikers Martin Teising in Psychologie Heute ist zu entnehmen, dass wir uns auch im hohen Lebensalter ständig weiterentwickeln und uns neue Kompetenzen zur Kompensation auftretender Defizite aneignen können. Dabei werden die körperlich bedingten Einschränkungen der letzten Lebensphase, nämlich dem dritten Lebensalter nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, nicht verleugnet. Aber im Durchschnitt liegen noch etwa 20 Lebensjahre bei relativ guter Gesundheit vor den Betroffenen. Das vierte Lebensalter beginnt dann ab 85 und ist geprägt von zunehmenden körperlichen und geistigen Einschränkungen.

Was die Diagnosenzuordnung betrifft, sollen das frühe geriatrische Alter von 65-84 Jahre und das Alter ab 85 Jahre erfasst werden. Daraus kann bei kritischer Hinterfragung geschlossen werden, dass das Alter selbst eine Krankheit sei und die Folgen bekämpft werden müssen.

Aubrey de Grey ist biomedizinischer Gerontologe und setzt sich für die Bekämpfung des Alterungsprozesses, den er als Krankheit und medizinisches Problem betrachtet. Er fordert zur Vermeidung von Gesundheitsproblemen im Alter den Einsatz der regenerativen Medizin mit Stammzellen, um geistige und körperliche Funktionen wie in der Jugend unbegrenzt aufrechtzuerhalten.

Dazu sagt die Schweizer Soziologin und Altersforscherin Sabina Misoch, dass Alter weder als Krankheit behandelt noch als solche betrachtet werden soll, sondern als Teil des natürlichen Verlaufes des menschlichen Lebens, das gerade durch dessen Endlichkeit seine eigentliche Qualität erhält. In diesem Sinne sollten wir uns der Endlichkeit und der Kostbarkeit des Lebens bewusst sein und versuchen jeden Tag so positiv wie möglich zu gestalten.

# Was vom Ende bleibt

Fotografien von Tina Ruisinger ab 2. Dezember 2023 im Kasseler Museum für Sepulkralkultur



Damit die Besucher\*innen der Ausstellung „Was vom Ende bleibt“ sich selbst ein Bild eines Vorgangs machen können, der jährlich rund 750.000 Leichen in Deutschland betrifft, hat sich Tina Ruisinger entschieden, bei der Rahmung kein Glas vor die Fotografien setzen zu lassen. In einfachen Holzrahmen zeigen sich die Fotos in einer unmittelbaren Eindrücklichkeit.

## Fotografien von Implantaten

Neben den 50 Aschen hat Tina Ruisinger auch Implantate fotografiert. Vor schwarzem Hintergrund schweben die von Asche befreiten Objekte wie unbekannte Gegenstände aus fremden Kulturen. Manches gibt sich in seiner ursprünglichen Funktion zu erkennen, und anderes wirkt tatsächlich so, als seien es Funde aus archäologischen Grabungen oder gar extraterrestrischen Zivilisationen.

## Von Dr. Dirk Pörschmann

Die Fotografien von Tina Ruisinger zeigen uns, was vom menschlichen Körper nach einer Kremation übrigbleibt. Es sind sensible Aufnahmen von 50 menschlichen Aschen sowie großformatige Porträts von Objekten, die zu Lebzeiten meist einen medizinischen Nutzen für die Verstorbenen hatten.

Die 1969 in Stuttgart geborene Fotografin Tina Ruisinger arbeitet seit den frühen 1990er-Jahren in den Bereichen Reportage, Porträt und Tanzfotografie. Auch interdisziplinäre Kunstprojekte gehören zu ihrem Schaffen. Die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens hat hierbei einen hohen Stellenwert. Im Rahmen eines außergewöhnlichen Projekts hat sie die menschlichen Überreste nach einer Feuerbestattung ‚porträtiert‘.

Der Zyklus „50 Aschen“, den das Museum für Sepulkralkultur für seine Sammlung ankaufen konnte, besteht aus Fotografien, die menschliche Asche sowie darin beinhaltete Implantate wie Herz-

schrümmacher oder künstliche Gelenke zeigen. Auch mit in die Kremation gegebene Beigaben wie Brille, Taschenmesser oder Golfschläger haben das Interesse von Tina Ruisinger geweckt. In einem ersten Schritt hat sie die kompletten Überreste, die rein technisch im unteren Bereich des Kremationsofens auf einem Rost aufgefangen werden, fotografiert. Die Vielfalt der Ansichten des doch vermeintlich immer gleichen Materials aus Knochenresten und Asche überrascht: In Form und Farbe scheint eine vermeintliche Individualität des Leichenbrands aufzuscheinen. Sind dies Projektionen des Betrachters, der weiß, dass es die Aschen von 50 Menschen sind, die in ihren Särgen verbrannt wurden? Oder zeigt sich hier nicht tatsächlich die Einmaligkeit eines jeden Individuums in seinen Überresten?

In den letzten zwanzig Jahren hat sich die Feuerbestattung (aktuell Anteil von rund 75%) zur wichtigsten Bestattungsform in Deutschland, aber auch der Schweiz, wo Tina Ruisinger lebt und arbeitet, entwickelt. Neben der Erdbestattung ist sie die für unseren Kulturkreis wichtigste Bestattungsart. Ruisingers Fotografien bringen uns dem Phänomen Kremation näher, indem sie das zeigen, was für gewöhnlich nicht sichtbar ist. Nach der Kremation werden die medizintechnischen Implantate aussortiert und die Knochenreste zerkleinert, um diese in eine Aschekapsel füllen zu können. Rund drei bis dreieinhalb Liter Volumen besitzt der Leichenbrand, der in anderen europäischen Ländern zahlreiche Formen der Beisetzung oder Weiterverarbeitung zulässt, so etwa das Verstreuen in der Natur oder die Produktion von Erinnerungsdiamanten.

„Was vom Ende bleibt“ ist eine sinnlich-ästhetische Reise in die Welt der Feuerbestattung. Sie ist zugleich Dokumentation und Wunderkammer. Sie ist eine phänomenologische Bestandsaufnahme einer alltäglichen Praxis, ohne technische Vorgänge abzubilden. Tina Ruisinger hat mit ihren Fotoapparaten und Objektiven genau hingeschaut, um zu objektivieren, was für die durch den Tod eines Angehörigen betroffenen Men-

schen höchst subjektives Leiden und individuelle Trauer bedeutet.

Tina Ruisinger, 1969 in Stuttgart geboren, hat an der Hamburger Fotoschule, am International Center of Photography in New York und an der Zürcher Hochschule der Künste studiert. Seit 1992 arbeitet sie als freischaffende Fotografin in den Bereichen Reportage, Porträt und Tanz, sowie an interdisziplinären künstlerischen Projekten unter Verwendung von Fotografie, Video, Sound und Text. Schwerpunkt ihrer Arbeit war immer der Mensch in seiner Lebenskraft, Unbeständigkeit und Sterblichkeit. So erzählt etwa das

Buch „Traces - eine Spurensuche“ (2017) von den Dingen, die zurückbleiben, wenn ein Mensch stirbt. Ruisinger hat zahlreiche Preise und Stipendien gewonnen und ihre Arbeit international sowohl in Einzel- als auch in Gruppenausstellungen gezeigt. Seit 2018 arbeitet sie vermehrt künstlerisch und fotherapeutisch mit Menschen im letzten Lebensabschnitt und bildet sich fortlaufend in Fotherapie, Palliative Care und Sterbebegleitung weiter.

2. Dezember 2023 – 3. März 2024  
| Museum für Sepulkralkultur,  
Weinbergstraße 25-27, Kassel

## Hintergrundinformationen: Kremation

Kremation nennt man die Art der Bestattung eines verstorbenen Menschen, bei der der Körper möglichst vollständig verbrannt wird. Danach kann die Asche zum Beispiel in eine Urne gefüllt werden. 2022 lag der Anteil der Feuerbestattungen laut Statistischem Bundesamt bei 78 Prozent. Die Auswertung beruht auf 397.440 gemeldeten Bestattungen. In den vergangenen zehn Jahren ist damit der Anteil der Urnenbestattungen um zehn Prozent gestiegen.

Jede Kremation ist anders, denn jeder Mensch bringt andere körperliche Voraussetzungen mit. Und auch das Material des Sarges spielt eine Rolle: sehr trockenes Holz kann etwa in einem Feuerball aufgehen. Die einzelnen Aschen, die übrigbleiben, unterscheiden sich. Manche beinhalten viele oder wenige komplette Knochenteile, mit oder ohne Implantate, mit anderer organischer Zusammensetzung und Färbung und auch anderer Masse.



# Radieschen von unten

Das bunte Buch über den Tod für neugierige Kinder



Ein tröstliches, augenöffnendes Buch, das uns den Tod freundlich anschauen lässt



## Radieschen von unten

Klett Kinderbuch  
Umfang 160 Seiten,  
gebunden  
Format 23 x 22,5 cm  
Preis EUR 22,00  
ISBN  
978-3-95470-285-5  
Ab 8 Jahre

Von Katharina von der Gathen  
und der Illustratorin Anke Kuhl

Ist Sterben schlimm? Kann es schön sein? Warum muss man überhaupt sterben? Was passiert dann? Wäre es nicht viel toller, unsterblich zu sein? Und wie ist es eigentlich, wenn man täglich beruflich mit dem Tod zu tun hat? Das Sachbuch für Kinder „Radieschen von unten“ (Klett Verlag) öffnet behutsam die Tür zu einem geheimen Zimmer. Die Welt dahinter ist mal traurig, sogar auch manchmal lustig, und immer besonders und aufregend.

Die Sexualpädagogin und Autorin Katharina von der Gathen widmet sich damit einem Thema, das alle Menschen betrifft, über das aber längst nicht alles ausgesprochen ist. In einer Mischung aus Sachlichkeit und Herzlichkeit, tiefem Ernst und entlastenden Witzen geht es etwa um spannende Rituale, kuriose Todesfälle, die Erlebnisse eines Friedhofsgärtners und die Trauer

der Tiere. Liebevoll illustriert hat das Buch für Kinder ab acht Jahren die mit dem Deutschen Jugendliteraturpreis ausgezeichnete Illustratorin Anke Kuhl. Ein tröstliches, augenöffnendes Buch, das uns – egal welchen Alters – den Tod freundlich anschauen lässt.

„Kinder haben Fragen zu den Themen Tod, Sterben und Bestatten, die oft von den Eltern nicht beantwortet werden können. Ich erlebe es immer wieder, dass Kinder fasziniert zuhören: Sie wollen manche Dinge einfach wissen“, sagt Museumspädagoge Gerold Eppler. Zwar werde das Thema Tod im Grundschulunterricht immer häufiger aufgegriffen, in den Fächern Religion oder Sachkunde zum Beispiel. „Doch auch Lehrer\*innen können manche Fragen selbst nicht beantworten. Da ist es ganz wunderbar, dass ein Buch all diese Facetten rund um den Tod mit Witz und Verstand aufgreift.“ Der humorvolle Zugang senke die Schwelle zur Auseinandersetzung mit schweren Themen.



# Klassiker Kartoffelpuffer

**1** Die Kartoffeln (1,2 Kilogramm) waschen, schälen und in eine Schüssel mit Wasser legen - die Kartoffeln sollen bedeckt sein. Die Zwiebeln (2) schälen und sehr klein schneiden.

**2** Nun die Kartoffeln fein reiben und mit allen anderen Zutaten außer dem Öl vermengen und würzen. Circa 5 Minuten stehen lassen, damit der Grieß quellen kann.

**3** Eine Pfanne erhitzen, Öl hineingeben und heiß werden lassen.

Puffermasse mit einem großen Löffel in der gewünschten Menge als Häufchen in die Pfanne setzen. Dann etwas flach drücken.

**4** Von beiden Seiten braten, bis die Puffer durch und knusprig sind. Anschließend auf Küchenpapier abtropfen lassen und warm servieren.

## Tipp

Die Kartoffelpuffer in reichlich Öl in der Pfanne backen, aber nicht frittieren. Wer möchte, kann auch Kräuter (zum Beispiel Petersilie, Schnittlauch oder Thymian) zu der Kartoffelmasse geben. Gepresster Knoblauch passt ebenfalls. Dazu passt wahlweise Apfelmus, Räucherlachs mit Schnittlauch, Saure Sahne, Rübensirup oder Senf.

Das Rezept von Hospizkoch Ruprecht Schmidt, ist dem neuen „Hamburg Leuchtfeuer Kochbuch – Rezepte und Geschichten aus dem Hospiz“ entnommen. Darin finden Sie neben diesem noch viele andere wunderbare Kochideen in einfacher Sprache und gut lesbarer Schrift.

Es ist erschienen im Deutschen PalliativVerlag 2023 und erhältlich für 25 EUR bei der PalliativStiftung.

## Zutaten

- 1,2 Kilogramm Kartoffeln (festkochend)
- 2 Zwiebeln (mittelgroß)
- 3 Eier
- 50 Gramm Grieß
- 2 gehäufte Esslöffel Quark
- Salz und Pfeffer
- Sonnenblumenöl



# Vor dem Tod habe ich keine Angst

Ein Interview von Mike Powelz mit dem Autor und Palliativmediziner David Fuchs



*Geboren 1981 in Linz, Medizinstudium in Wien. Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin in Linz, wo er als Palliativmediziner arbeitet. Absolvent der Leondinger Akademie für Literatur, Mitglied der Grazer Autorinnen Autorenversammlung. Vater von zwei Kindern.*

*Anfang November hat die österreichische Tageszeitung „Der Standard“ ein bemerkenswertes Interview mit Ihnen veröffentlicht – Titel: „Vor dem Tod habe ich keine Angst“. Was macht Sie da so sicher?*

Ganz einfach: Ich fürchte mich nicht vor dem Tod-Sein, weil ich dann ja nicht mehr existiere. Sorgen bereiten mir eher die Monate, Wochen und Tage sowie die unmittelbare Phase davor ...

**Tatsächlich nur Sorgen?  
Oder vielleicht doch Angst?**

Vor der letzten Phase habe ich eine abstrakte Angst, weil es manche Erkrankungen und bestimmte Symptome gibt, die ich mir nicht wünschen würde. Aber natürlich kann man weder planen, garantieren noch kontrollieren, was einen am Lebensende erwartet.

**Geht es Ihren Patienten genauso?  
Fürchten sich die eher vorm Sterben  
oder vorm Tod?**

Viele Menschen fürchten sich vor bestimmten Symptomen – beispielsweise Ersticken, wobei das ausgesprochen selten vorkommt. Manchmal kann ich diese Angst eingrenzen, indem ich die Menschen mit Fakten konfrontiere, aber immer gelingt mir das nicht.

*Als Palliativmediziner können Sie handeln und be-handeln. Gibt Ihnen das die notwendige Sicherheit dafür, Ihre Patienten so stärken zu können, dass sie keine Angst mehr haben müssen?*

Ja, besonders, wenn es um Angst vor konkreten Symptomen geht, sind Infos hilfreich – während sie bei der Angst vor der Endlichkeit, dem Sterben und dem Abschied wahrscheinlich nutzlos bis schädlich sind. Wenn es hingegen um Schmerzen und unsere Möglichkeiten zu deren Linderung geht, beruhigt es viele Patienten, dass wir das sehr gut können. Wie bereits gesagt: Ersticken kommt ausgesprochen selten vor, und Atemnot, die es häufiger gibt, ist zum Glück exzellent behandelbar. Insofern sind konkrete Infos gegen die – wahrscheinlich durch Gerüchte entstandenen – Horrorvorstellungen mancher Patienten tatsächlich hilfreich. Und natürlich stärkt es das Vertrauen in uns, wenn beispielsweise eine Patientin, die sich vor einem Erstickungstod fürchtet, bei akuter Atemnot merkt, dass ihr ein verordnetes Opioid innerhalb von zehn Minuten Linderung verschafft. Doch unterm Strich kann man nicht jede Art von Angst besiegen.



Foto: Privat

**Mike Powelz,**

51, ist ein deutscher Journalist und Schriftsteller. Er arbeitet für mehrere Magazine und hat Persönlichkeiten wie Altbundeskanzler Helmut Schmidt u.v.a. interviewt. Sein bekanntester Roman ist der Hospizkrimi „Die Flockenleserin“.

”

*Unterm Strich  
kann man nicht  
jede Art von  
Angst besiegen*



Foto: Daniela Fuchs



**Immer und jederzeit empathisch zu bleiben ist auch nach Jahren unerlässlich**

*Sie sind ausgebildeter Onkologe, arbeiten jetzt als Palliativmediziner. Wie würden Sie den gefühlten Unterschied beschreiben?*

In der Palliativmedizin ist es sehr sinnstiftend und befriedigend, dass ein medizinisches Problem, seine Behandlung und die Wirkung sehr eng beieinander sein können. Zwar gilt das nicht immer, aber doch sehr häufig, während man es in der Onkologie nicht direkt während einer Bestrahlung oder Chemotherapie spürt, sondern höchstens Wochen oder Monate danach, wenn man erfährt, dass man einem Patienten das Leben retten konnte. Unmittelbarkeit findet man eher in der Palliativmedizin.

*Das wichtigste Instrument eines Chirurgen ist sein Skalpell. Und Ihres?*

Gespräche und Kommunikation, während das Verschreiben von Medikamenten – ähnlich wie in der Onkologie – der intellektuell wesentlich weniger herausfordernde Teil ist. Allerdings besteht im Bereich der Palliativmedizin nochmal wesentlich mehr Redebedarf als in der Onkologie.

*Wie fühlen Sie sich während solcher Gespräche? Haben Sie beispielsweise Mitleid?*

Mitgefühl trifft es besser. Immer und jederzeit empathisch zu bleiben ist auch nach Jahren unerlässlich, aber zugleich ist es auch wichtig, wahrzunehmen, dass die Emotion meines Gegenübers nicht meine eigene Emotion ist – sondern ein Gefühlzustand, auf den ich im Gespräch reagiere. Das ist nicht immer einfach, aber letztlich ist es wichtig, im Extremfall als einziger im Raum handlungsfähig zu bleiben, um mit etwas Abstand eine Situation einschätzen und erklären zu können. Wenn ich einem Patienten mit einem Gespräch helfen soll – was ja als Arzt und Behandler – meine Rolle ist, darf ich mich nicht gefühlsmäßig darin verstricken. Denn ich bin nicht sein/ihr Partner, Freund oder Angehöriger. Aber klar, manchmal ist das ein Balanceakt.

*Gibt's ein Ritual, das Sie praktizieren, wenn Sie in ein Gespräch hinein- und wieder hinausgehen? Ein hilfreiches Tool, um den „virtuellen Arztkittel“ an- und wieder auszuziehen?*

Ich mache das an meiner Kleidung fest – konkret an dem weißen Arztkittel, den ich im Krankenhaus trage. Wenn ich ihn abends an den Haken hänge und meine Privatkleidung wieder anziehe, sinniere ich vielleicht noch kurz, aber nicht mehr über einen bestimmten Punkt über meine Arbeit nach. Diesbezüglich geht's mir so ähnlich wie einer Ex-Kollegin aus dem Bereich Onkologie, die während ihrer abendlichen Autofahrt nach Hause bis zu einer bestimmten Autobahnabfahrt noch über die Arbeit nachdachte, aber anschließend ausschließlich wieder eine Privatperson war.

*Eines Ihrer Lieblingsbücher ist „House of God“. Warum?*

Weil es eines jener Bücher ist, die man in unserem Beruf unbedingt gelesen haben sollte. Ich selbst habe „House of God“ und den Nachfolger „Mount Misery“ zum ersten Mal während des Studiums gelesen – und fand es damals irrsinnig lustig. Bei einer erneuten Lektüre vor ein paar Jahren hingegen erschien es mir bedrückend und traurig. Kurios, aber wahr: Je älter ich werde, desto heftiger finde ich dieses Buch.

*Das Buch stellt 13 – teils etwas zynische – Regeln bzw. Thesen auf. Ihre Meinung über die 13. Regel: „Die beste ärztliche Betreuung besteht darin, so viel nichts wie möglich zu tun.“?*

Darin steckt, obwohl das Buch in den 70er Jahren veröffentlicht wurde, zumindest immer noch ein Körnchen Wahrheit. Generell besteht die größte Herausforderung in der Medizin wohl darin, sich als Arzt zu überlegen, etwas Bestimmtes nicht zu tun. Und klar, in der Palliativmedizin nimmt das, was man nach reiflichem Überlegen und aufgrund von viel Berufserfahrung letztlich nicht tut, natürlich noch mehr Raum ein – beispielsweise, wenn es um Untersuchungen geht.



Foto: Daniela Fuchs

*Was bedeutet der Begriff „Palliativmedizin“ aus Ihrer Sicht?*

Als Klischee impliziert er oft, dass man nichts mehr für einen Patienten tun kann und nun die Palliativmedizin komme. Dieses Vorurteil habe ich schon lange nicht mehr gehört. Richtig ist, dass viele Dinge nicht mehr getan werden – wie der Einsatz bestimmter Therapien, etwa mit Antibiotika, oder die Erstellung von Blutbildern. Außerdem wird weniger standardisiert gedacht und gehandelt. Manchmal kommt man sich dabei „leicht subversiv“ vor. Ja, die Regeln des standardisierten Krankenhausverhaltens hier und da zu unterlaufen macht tatsächlich ein wenig Spaß – nach dem Motto: „Warum soll etwas nicht gehen?“

*Bleiben Ihre Patienten – auf Ihrer Palliativstation im Krankenhaus – in der Regel bis zum Tod bei Ihnen?*

Die Mehrheit unserer Patienten – das sind circa 60 Prozent – sterben bei uns auf der Station. Die Aufenthaltsdauer ist aber im Vergleich zu einem stationären Hospiz kürzer, viele gehen beispielsweise wieder nach Hause oder in ein stationäres Hospiz. Dennoch begleite ich nicht wenige meiner Palliativpatienten über Wochen, Monate und ja, manchmal sogar Jahre. Und es ist erfreulich, dass es in unserem Krankenhaus eine sogenannte Früh-Integration gibt – d. h., viele unserer Patienten kennen wir seit ihrer Diagnose.

### Fragen zum Arzt als Autor

*Ob Sterben, Demenz oder das Aushalten komplizierter Situationen – über all diese Stoffe schreiben Sie. Warum sind Sie neben Ihrem Beruf als Palliativmediziner auch Schriftsteller?*

Schreiben ist für mich eine andere Art „in der Welt zu sein“. Denn beim Schreiben bin ich nicht ständig von anderen Leuten umgeben, sondern im positiven Sinn allein mit meinen Figuren und dem Rechner. Es ist eine auf gute Weise einsame Arbeit.

*Verarbeiten Sie beim Schreiben Ihren Alltag als Arzt?*

Beim literarischen Schreiben nicht. Beim Schreiben eines Romans, Gedichts oder einer Erzählung kommen zwar durchaus Themen meines Berufs vor, aber keine konkreten Situationen, Namen oder Ereignisse. Mein persönlicher Alltag ist auch nicht so interessant, dass man ihn gerne 1:1 lesen würde.

*Was möchten Sie mit Ihren Texten erreichen – Preise abräumen, die Welt verbessern, unterhalten?*

Weder noch. Ich möchte mich Themen annähern, die mich interessieren bzw. betreffen und sie auf meine Weise durchexerzieren. Es macht mir einfach großen Spaß, Figuren zu kreieren, Handlungen zu bauen und zu schauen, wo einen das hinträgt. Wenn das am Ende jemand lesen möchte? Wunderbar. Wenn ich dafür einen Preis bekomme – noch besser. Und wenn jemand dadurch zum Denken kommt – auch wunderschön. Wie die meisten Menschen freue ich mich natürlich auch über Lob und Anerkennung, aber das ist nicht das primäre Ziel.

*Welches Ihrer Gedichte kommt Ihnen spontan in den Sinn, wenn Sie eine Empfehlung zum Abdruck in „schöner leben“ vorschlagen könnten?*

Es gibt in meinem Lyrikband am Ende eine Reihe von Sonetten, die die konkretesten Beschreibungen einzelner echter Patienten sind. Diese Sonette sind mir lieb und teuer.

*Ihr Tipp für alle, die schreiben möchten – aber sich bislang nicht getraut haben?*

Einer meiner wichtigsten Erkenntnisgewinne ist zugleich ein Aphorismus von Ernest Hemingway, der leider absolut stimmt: „The first draft of anything is shit“ – „der erste Entwurf von allem ist Mist“. Das Wichtigste ist für mich das Überarbeiten des Textes. Draufloszuschreiben befreit enorm, besonders wenn man daran denkt, dass man ihn niemand vorlegen muss. Aber wenn er fertig ist, hat man zumindest das Rohmaterial, das man anschließend einmal, zweimal oder eventuell sogar siebenmal oder noch öfter überarbeiten muss. Ansonsten lässt sich Schreiben natürlich auch handwerklich erlernen, etwa in Schreibwerkstätten zum Üben. Das Kritisiertwerden und Überarbeiten habe ich in solchen Werkstätten gelernt – genau wie die Grundkenntnisse des Textaufbaus, verschiedener Reimformen und Rhythmen.

### Fragen zum Wunsch nach Sterben

*Apropos Hemingway: Der weltberühmte Autor hat sich suizidiert. Wie erleben Sie die Fragen von Patienten zur Lebensverkürzung?*

In Österreich wurde 2022 die Assistenz beim Suizid per „Sterbeverfügungsgesetz“ straffrei gestellt. Zuvor und danach hat das Thema – selbstredend – stark an Fahrt aufgenommen. Aber in meinem beruflichen Alltag kommen selten Patienten mit der Bitte auf mich zu, einen Suizid anzustreben – während das Thema in der Öffentlichkeit, bei Fortbildungen und Diskussionen, viel mehr Gewicht hat. Gefühlt geht es, sobald von Palliative Care die Rede ist, zu 80 Prozent um assistierten Suizid – ein enormer Kontrast zur Wirklichkeit.

*Und wie nehmen Sie die öffentliche Diskussion – beispielsweise im Netz – wahr?*

In der Öffentlichkeit stehen sich zwei verschiedene Fraktionen scheinbar spinnefeind gegenüber. Was mich persönlich betrifft, bin ich gegen assistier-



Foto: Daniela Fuchs

ten Suizid, halte es aber trotzdem für wichtig, den Dialog aufrechtzuerhalten und führe persönlich Diskussionen mit Kollegen, die assistierten Suizid befürworten. Anfragen für die ärztliche Bestätigung zum assistierten Suizid landen bei mir relativ selten, das Thema selbst aber ist häufiger präsent – jedoch mehr in dem Sinne, dass es letztlich ein Vehikel ist, um über das Thema Sterben zu sprechen. Unterm Strich lässt sich sagen, dass es in Österreich seit der Einführung des Gesetzes eine große Unsicherheit darüber gibt, wie man damit umgehen soll.

*Unter welchen Umständen würden Sie Ihr Leben beenden?*

Ich könnte es nur schwer aushalten, wenn ich wüsste, wann ich exakt sterbe. Dieses Wissen würde ich als sehr unangenehm empfinden. Ich kann mir aber andererseits vorstellen, dass der Gedanke, sich beim Suizid assistieren zu lassen, für manche Patienten entlastend sein kann. Persönlich würde ich mich gerne darauf verlassen, dass meine Kollegen geeignete Maßnahmen ergreifen, um meine Symptome zu lindern – inklusive einer möglichen, wenngleich sta-

tistisch eher unwahrscheinlichen, palliativen Sedierung ...

*... von der es immer wieder heißt, dass sie missbraucht würde, um unter der Hand zu töten, während sie aus ärztlicher Sicht ein Mittel ist, um unstillbares Leid zu lindern.*

Ich verstehe darunter die kontinuierliche Verabreichung eines Medikamentes zur Sedierung, die bis zum Tod fortgeführt wird, ohne ihn herbeizuführen. Insofern ist sie völlig anders zu bewerten als eine Tötung durch Verlangen „durch die Blume“. In Österreich gibt es sehr gute Leitlinien, wie damit zu verfahren ist, welche Medikamente eingesetzt werden und wie das begründet und dokumentiert wird. Und, natürlich, ob die Symptomlinderung auch eingetreten ist. Notwendig ist die palliative Sedierung – in der eng definierten Form – in meiner Welt übrigens selten, während die Gabe von Sedativa über Nacht oder ein paar Stunden sehr viel häufiger vorkommt.

*Wie, wo und wann möchten Sie eines Tages selbst sterben? Was wären gute Sterbeumstände?*

Das überlege ich mir erst, wenn es so weit ist, dass sich eine lebensbegrenzende Erkrankung abzeichnet – sei es morgen oder in 40 Jahren. Prinzipiell möchte ich weder starke Schmerzen noch Atemnot erleiden – und wünsche mir Personal, das sich meinen Wünschen annähert und mir klar sagt, was möglich bzw. sinnvoll ist und mich obendrein gut und respektvoll behandelt. Außerdem möchte ich gerne Menschen bei mir haben können, deren Nähe ich mir zu dem Zeitpunkt wünsche. Aber prinzipiell ist es – in jüngeren Jahren – natürlich schwer, sich Gedanken darüber zu machen.

*Schlussfrage: Ihre „letzten Worte“ an den Leser dieses Interviews?*

Zum Glück gewinnt Palliative Care immer mehr an Stellenwert und die finanziellen Mittel werden in den nächsten Jahren erheblich ausgebaut. Und ich möchte jungen Kolleginnen und Kollegen sagen, dass es sich wirklich lohnt, Palliativmediziner zu werden. Mein Tipp an alle Studierenden: Schaut euch dieses Fach bitte an – es könnte ein guter Beruf für Euch werden.



## Die Zukunft der Diskussion um den Assistierte Suizid

In den folgenden vier Artikeln stellen Experten ihre sehr persönlichen Ansichten zum Umgang mit der letzten Lebensphase vor. Experten mit teils sehr verschiedener Einstellung schreiben, was sie sich wünschen für die Diskussion und die Umsetzung um die Beihilfe zur Selbsttötung.

# Der persönliche Standpunkt: Nikolaus und Anne Schneider

Dieses Gespräch erschien 2023 nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil erstmals im Portal [www.evangelische-zeitung.de](http://www.evangelische-zeitung.de). Nikolaus Schneider war der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche Deutschland und trat von diesem Amt zurück, als seine Frau Anne, eine Religionslehrerin, schwer an Krebs erkrankte. Zudem verloren sie ein Kind nach einem langen Kampf gegen dessen Krebs. Beide haben gerade aus diesen persönlichen Erfahrungen heraus einen sehr differenzierten Blick auf die Sterbebegleitung. Das Interview hat nichts an Aktualität verloren und wird leicht aktualisiert hier abgedruckt:

*Der Bundestag konnte sich bislang auf keinen Entwurf zur Regelung der Beihilfe zur Selbsttötung einigen. So bleibt es bei der seit über 100 Jahren bestehenden Situation, dass in Deutschland Beihilfe zur Selbsttötung nur einer Regel unterworfen ist. Es dürfen keine verbotenen Mittel eingesetzt werden. Hat Sie das enttäuscht?*

**Nikolaus:** Für mich ist dieses Ergebnis besser als eine Beschlussfassung ohne eine ausreichende Beschäftigung mit den Entwürfen und ohne eine erneute tiefgreifende Debatte des gesamten Themenkomplexes. Angesichts der multiplen Krisen, mit denen sich Regierung und Parlament

beschäftigen mussten, mag das für die letzten Monate nachvollziehbar sein. Ein neues Gesetz zur Sterbehilfe bleibt für mich aber ein Desiderat. Denn sterbewillige Menschen benötigen Klarheit über ihre Handlungsmöglichkeiten. Ebenso wie Ärztinnen und Ärzte Rechtssicherheit sowohl für ihre Ablehnung wie für ihre Bereitschaft, zum Sterben zu helfen. Und nicht zuletzt sollte der Hinweis des Bundesverfassungsgerichtes zur Prävention von Suiziden in einem neuen Sterbehilfegesetz konkretisiert werden.

**Anne:** Mich hat schon sehr enttäuscht, dass in den vergangenen dreieinhalb Jahren (seit Februar 2020) so wenig Zeit und Energie für eine Reform der Sterbehilfe aufgewendet wurde. Das gilt für die vergangene Regierung ebenso wie für die aktuelle. In der jetzigen Situation ohne Gültigkeit des Paragraphen 217 – also mit dem Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben und mit der Freiheit, dabei ärztliche Assistenz in Anspruch zu nehmen – erscheint manchen Regierenden und Regierten die Mühe um ein neues Sterbehilfegesetz wohl nicht mehr notwendig. Ich wünsche mir aber – wie Nikolaus – eine gesetzliche Regelung, die Sterbewilligen und Assistierenden trotz der nicht vermeidbaren ethisch-rechtlichen Grauzonen legale Handlungsoptionen eröffnet. Durchaus auch mit Hilfe von transparent organisierten und nicht auf Geschäftemacherei abzielenden Sterbehilfevereinen wie etwa in der Schweiz.

*Als Sie, Frau Schneider, vor zehn Jahren schwer erkrankten, haben Sie öffentlich gesagt, Sie würden gegebenenfalls in der Schweiz Freitodbegleitung durch eine Organisation in Anspruch nehmen. Sie, Herr Schneider, waren damals oberster Repräsentant der evangelischen Kirche und lehnten wie diese die Beihilfe zur Selbsttötung ab. Sie hätten Ihre Frau freilich dennoch begleitet. Haben Sie sich mittlerweile in Ihren Positionen angenähert?*

**Anne:** Kontroverse Diskussionen über theologische Fragen bereichern Nikolaus und meine Beziehung seit Beginn unseres Theologiestudiums. Unterschiedliche Positionen – wie jetzt in der Frage nach einer theologisch verantwortbaren Sterbehilfe – sind für uns auch der Einsicht geschuldet: Absolute Wahrheiten über den Willen Gottes überschreiten jedes menschliche Maß – auch das von Kirchenleitungen. Diese Einsicht entbindet Christinnen und Christen allerdings nicht davon, in Verantwortung vor Gott und Mitmenschen um konkrete ethische Entscheidungen zu ringen und sie dann in politische Diskurse und in Gesetzgebungsverfahren mit einzubringen.



Foto: Bluthard

**Nikolaus:** Über sinnvolle Gesetzgebungen zur Sterbehilfe diskutieren Anne und ich konkret, seit 2001 in den Niederlanden ein liberales Sterbehilfe-Gesetz verabschiedet wurde. Dabei wurde uns neu klar: Wir unterscheiden uns im Blick auf den Verantwortungsraum, den Gott dem Menschen zugedacht hat. Für mich ist die theologische Norm wichtig, dass der Mensch sein Leben grundsätzlich nicht selbst beenden soll. Selbsttötung und auch die Beihilfe dazu sollen als ‚unmögliche Möglichkeit‘ (Karl Barth) einer Extremsituation vorbehalten sein. Anne widerspricht der theologischen Norm, dass der Todeszeitpunkt eines Menschen grundsätzlich in Gottes Machtbereich verbleiben soll. Das gegenseitige Verstehen unserer Positionen ist in den vergangenen Jahren genauer und stärker geworden, es bleiben aber Unterschiede bei grundsätzlichen Fragen der Herangehensweise und Bewertung der Gesamthematik. Ich habe gelernt, dass im Ringen um ein Verbot von Sterbehilfe-Vereinen

und von ‚geschäftsmäßiger‘, also auf Wiederholung angelegter, ärztlicher Suizidassistenz unsere kirchlichen Positionen zu einseitig die Lebensschutzaufgabe des Staates betont hatten. Dadurch blieben die Freiheitsrechte des Einzelnen als Ausdruck der Würde jeder Person und die Aufgabe des Staates, Menschen bei der Realisierung ihrer Freiheitsrechte zu unterstützen, unterbestimmt. Um hier zu einer beide Aspekte angemessen berücksichtigenden Position zu kommen, mühe ich mich – auch und gerade in den theologisch-ethischen Diskursen mit Anne.

**Anne:** Mein Gottes- und mein Menschenbild und das von Nikolaus unterscheiden sich noch immer in theologischen Aspekten und in politischen Konsequenzen. Ich plädiere weiter für kirchliche Akzeptanz von legalen Möglich-

keiten eines ärztlich assistierten Suizids. Denn: Menschen pfuschen Gott nicht grundsätzlich in sein Handwerk, wenn sie selbstverantwortlich ihr Sterben beschleunigen. Nikolaus sähe es als Akt der Liebe, wenn er mich unter Umständen bei einem Suizid begleitete. Diese Liebeserklärung ist mir wichtiger als alles Recht-Haben-Wollen in unserem theologisch-ethischen Diskurs.



## Ich wünsche mir ...

*Argumente für das Recht auf den eigenen Tod scheinen in unserer westlichen Welt weniger umstritten zu sein als die Argumente gegen eine aktive Sterbehilfe. Wir bitten um Ihre Meinung zu ...*

*... auf alte, kranke, einsame Menschen könnte ein sozialpsychologischer Druck entstehen, „niemandem mehr zur Last zu fallen“*

**Nikolaus:** Das ist schon jetzt eine real bestehende Lebenshaltung älterer Menschen. Ein solcher sozialpsychologischer Druck könnte bei einer liberalen gesetzlichen Regelung zum ärztlich assistierten Suizid verstärkt werden. Eine solche Regelung müsste deshalb flankiert werden von Maßnahmen, die Menschen in der Pflege von Alten, Kranken und Einsamen entlasten.

**Anne:** Auf alte, kranke und einsame Menschen sozialpolitischen Druck auszuüben, damit sie Suizid begehen, bewerte ich durchaus als ‚Sünde‘, also als Verstoß gegen den Willen Gottes. Aber ich glaube nicht, dass wir um Gottes Willen alle alten Menschen unter allen Umständen von der Sinnhaftigkeit ihres irdischen Lebens überzeugen müssen. Ich kann mir für mich durchaus vorstellen, dass mein Lebenswille erlischt, wenn ich alt, krank und einsam bin. Auch ohne ‚sozialpolitischen Druck‘ könnte in mir dann die bilanzierende Überzeugung reifen: Ich hatte ein reiches erfülltes Leben. Ich gebe mein irdisches Leben jetzt dankbar zurück in Gottes Hand.

*... die politischen Verhältnisse könnten sich so ändern, dass sich die sog. „Vernichtung unwerten Lebens“, wie in der NS-Zeit in Deutschland, wiederholt, und dies dann legal ist ...*

**Nikolaus und Anne:** Auch wenn in Deutschland faschistische Haltungen lauter werden, und auch wenn ein rechtsradikales Lager stärker wird, das an nationalsozialistische Zeiten anknüpfen möchte: Zurzeit befürchten wir nicht, dass „Vernichtung unwerten Lebens“ zu einem staatlichen Programm in unserem Land werden könnte.

*... den Sterbewunsch eines Menschen zu ermitteln und ihm dann nachzugeben, ist für Ärztinnen und Ärzte eine höchst anspruchsvolle Aufgabe: Handelt es sich z. B. um eine psychische Erkrankung eines Suizidwilligen, um Lebensmüdigkeit eines Menschen, der alles verloren hat, oder die Selbsteinschätzung, das eigene Leben sei nicht mehr lebenswert? Ist diese Aufgabe für Helfer, Medizinerinnen, Sozialarbeiter zumutbar?*

## Ich wünsche mir ...

**Nikolaus und Anne:** Wir halten es für unverzichtbar, pathologisch bedingte Sterbewünsche zu erkennen und deren Umsetzung zu verhindern. Auch wenn das eine anspruchsvolle und sicher nicht immer eindeutig zu lösende Aufgabe ist. Sich ihr zu stellen, ist unvermeidlich, gerade wenn durch ein liberales Sterbehilfegesetz legale Möglichkeiten für Suizid-Assistenz eröffnet werden. Deshalb wird bei allen Gesetzentwürfen sehr genau zu bedenken sein, wie Untersuchungen oder Beratungen konkret ausgestaltet, ausgestaltet und aussehen müssen, damit sie für Beratende und Beratung Suchende zumutbar sind.

*Was würden Sie der Ethikkommission und den verantwortlichen Politikerinnen und Politikern raten?*

**Nikolaus:** Ich rate zu einer Atem- und Denkpause. Ein neuer Anlauf für ein reformiertes Sterbehilfegesetz sollte aber noch von dieser Regierung unternommen werden. Ich würde mir dann einen Gesetz-Entwurf wünschen, der sich wesentlich auch auf die Präventionsaufgaben konzentriert. Prävention umfasst für mich die weitere Verbesse-

rung der Hospiz- und Palliativarbeit in unserem Land und den Aufbau einer Hilfe- und Beratungsstruktur für Menschen, die sich töten wollen. Schließlich muss sichergestellt sein, dass ärztlich assistierter Suizid keine medizinische Pflichtaufgabe wird. Er sollte aber auf der Grundlage des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes ermöglicht werden, wenn Ärztinnen und Ärzte ihn ethisch verantworten können.

**Anne:** Ich stimme Nikolaus in seinem Ratschlag zu und will nur einen Aspekt hinzufügen: Nach meiner Überzeugung brauchen Ethikkommissionen und verantwortliche Politikerinnen und Politiker in ihrem Entscheiden den Mut zur ‚Ambiguität‘, also zu Uneindeutigkeit, Vielfalt, Vagheit und Widersprüchlichkeit. Mit dem Mut zur Ambiguität können individuelle Freiheitsrechte respektiert werden, auch wenn sie eigenen religiösen Überzeugungen widersprechen. Und auch, wenn alle Freiheitsrechte das Risiko in sich bergen, missbraucht zu werden.

”

*Auf alte, kranke und einsame Menschen sozialpolitischen Druck auszuüben, damit sie Suizid begehen, bewerte ich durchaus als „Sünde“*

”

*Ich würde mir dann einen Gesetz-Entwurf wünschen, der sich wesentlich auch auf die Präventionsaufgaben konzentriert*



# Sterben-Dürfen und Sterben-Lassen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

*Von Prof. Dr. iur. Ruth Rissing-van Saan, Vorsitzende Richterin des 2. Strafsenats der Bundesgerichtshofes a. D., sie hat bereits 2010 ein wegweisendes Urteil zum Sterben-Dürfen gesprochen.*

Die Frage nach der Zulässigkeit von „Sterbehilfe“ in Form einer Beihilfe zum Suizid oder anderer Unterstützungshandlungen bzw. die Frage, was einen verantwortungsvollen Umgang mit Sterbewünschen schwerkranker Menschen ausmacht, ist seit vielen Jahren Gegenstand sehr kontroverser Diskussionen. Die medizinischen Aspekte sind nicht mein Thema, wohl aber die Antwort auf die Frage, was unsere durch Rechtsprechung geprägte Rechtsordnung, auch ohne ein spezielles, auf diese Problematiken zugeschnittenes Gesetz, schon heute erlaubt oder verbietet, zumal es der Gesetzgeber bisher nicht geschafft hat, ein in den demokratischen Entscheidungsgremien mehrheitsfähiges Gesetz auf den Weg zu bringen.

Was verbirgt sich in diesen Zusammenhängen hinter den Begriffen des Sterben-Dürfens und Sterben-Lassens? Gemeint ist keine gegenüber dem leidenden Patienten gleichgültige, sondern ihm zugewandte, ihn schützende Haltung. Seit vielen Jahren ist es medizinischer und rechtlicher Konsens, dass lebensverlängernde Maßnahmen, wie etwa eine künstliche Ernährung oder Beatmung, nur zulässig sind, wenn sie dem Patientenwillen entsprechen und auch medizinisch indiziert sind. Ist das

nicht oder nicht mehr der Fall, so ist diese Art der Behandlung zu beenden oder zu unterlassen, wobei eine das Sterben-Lassen palliativ begleitende Betreuung nicht ausgeschlossen ist. Entscheidend ist der Patientenwille. Das ist ständige höchstrichterliche Rechtsprechung (z. B. BGHZ 154,205; BGHZ 153,195; BGHSt. 40,257; BGHSt. 55,191). Selbst eine aus medizinischer Sicht hilfreiche bzw. indizierte Maßnahme, die ohne die Zustimmung bzw. gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird, ist unzulässig und rechtswidrig. Unser Recht kennt keine Pflicht zum Leben! Deshalb sind Sterbewünsche schwerkranker Menschen, die keine (weiteren) medizinischen Behandlungen – wie z. B. eine Chemotherapie oder gar eine Operation – ertragen wollen, ernst zu nehmen und zu respektieren, d. h. die Behandlung ist zu unterlassen bzw. zu beenden, auch wenn der Patient in der Folge versterben wird.

Diese Form der „Sterbehilfe“, die früher als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet und heute unter dem Oberbegriff des „Behandlungsabbruchs“ allgemein als zulässig anerkannt ist, darf nicht mit einem Suizid verwechselt werden! Denn ein Suizid setzt voraus, dass der Sterbewillige, der seinen Suizidwunsch freiverantwortlich gefasst haben muss, auch selbst Hand an sich legt und den letzten entscheidenden, zum Tod führenden Akt selbst ausführt. Das sieht das aufsehenerregende Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020, BVerfGE 153, 182 ff. ebenso (BVerfG – 2 BvR 2347... u. a. Rdn.208 f.). Mit diesem Urteil ist das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben als verfassungsrechtlich geschütztes

Recht anerkannt worden. Dieses Recht schließt auch das Recht ein, sich selbst das Leben zu nehmen, hierfür die Hilfe Dritter zu suchen, und soweit sie angeboten wird, auch in Anspruch zu nehmen. Dabei kommt es weder auf den Gesundheitszustand des Sterbewilligen noch auf die Form der Hilfeleistung (individuell oder organisiert) an. Allerdings gibt es keinen generellen Anspruch auf Suizidbeihilfe, weder gegenüber einer/m Ärztin/Arzt oder anderen Privatpersonen, noch gegenüber dem Staat. Ebenso wenig darf es eine Pflicht zur Suizidförderung geben (BVerfG, Urte. v 26.2.2020 Rdn. 289,342).

Das als Selbsttötungsmittel besonders effektiv geltende und deshalb begehrte Betäubungsmittel Natrium Pentobarbital unterliegt außerdem dem vom Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben unabhängigen und für den Umgang mit Betäubungsmitteln generell zu beachtenden Einschränkungen des Betäubungsmittelrechts, wie z. B. dem Erlaubnisvorbehalt des § 3 BtMG. Die Versagung der Erlaubnis für den Erwerb dieses Mittels zum Zweck der Selbsttötung ist nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichtes mit dem grundgesetzlich geschützten Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben vereinbar (BVerwG, Urteil v.7.11.2023 -3 C8.22)., da – so das Bundesverwaltungsgericht – nach jener Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes jetzt andere zumutbare Möglichkeiten bestehen, das eigene Leben selbst zu beenden.

Dieser kurze Überblick über die aktuelle Rechtslage zur „Sterbehilfe“ zeigt, dass auch ohne ausdifferenzierte gesetzliche Vorschriften schon die durch die Rechtsprechung festgelegten Grundsätze hinreichend klare Regelungen bieten, um im Einzelfall eine angemessene Entscheidung treffen zu können. Im Zweifelsfall wird ohnehin das eigene Gewissen mitentscheidend sein.



Foto: Privat



*Allerdings gibt es keinen generellen Anspruch auf Suizidbeihilfe*



*Unser Recht kennt keine Pflicht zum Leben!*

## ... Sterben zulassen!

Ich wünsche mir eher keine neuen Gesetze – kann nur schief gehen ...

*Matthias Thöns ist Anästhesist und ein Vorkämpfer der ambulanten Palliativversorgung in seiner Region. Ebenso streitbar trat er gegen den § 217 StGB „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ auf.*

Während lange Zeit intensiv um das Sterbenzulassen gestritten wurde, wird heute akzeptiert, dass jeder Mensch auf Behandlungen verzichten darf. Dies nennt man Therapiezielwechsel, die Lebenserhaltung wird ersetzt durch den maximalen Fokus auf Leidenslinderung, ein Mensch stirbt an seinem Grundleiden. Doch es gibt viele Menschen, die gar nicht von lebenserhaltenden Maßnahmen abhängig sind und aus verschiedenen Gründen sterben wollen. Dies reicht in der Palliativmedizin von unzureichend behandelbaren Beschwerden bis hin zu dem empfundenen Würdeverlust. So sagen unsere Patienten etwa „Wenn ich es nicht mehr bis zum Töpfchen schaffe, dann ist Schluss, in Windeln dahinsiechen ist nicht meins“. Bei schwerwiegenden Leiden am Lebensende besteht durch den Narkoseschlaf bis zum Tod (palliative Sedierung) eine fachgerechte Linderung. Außerhalb der Sterbephase wird sich dazu kaum jemand bereitfinden. Hier bleiben als legale Möglichkeit des früheren Sterbens das Sterbefasten, welches eigentlich nur in Todesnähe leidlos verläuft und die Hilfe bei der Selbsttötung. Voraussetzung für alle diese Entscheidungen ist die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zum früheren Tod.

Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten. Das ist gut so, sehen wir doch schlimme Dammbrüche in den Beneluxstaaten (z. B.

Tötung ohne Verlangen, was international eigentlich eine schwere Straftat und ethisch inakzeptabel ist). Ich bin davon überzeugt: beharren wir auf zu restriktiven Regeln für die Suizidhilfe, gibt das Wasser auf die Mühlen der Befürworter der Tötung auf Verlangen: Das konnte man in Kanada, in Portugal und voraussichtlich bald in Frankreich beobachten. Jede Familie hat mir bislang bestätigt: Es war leidlos, es war Erlösung.

In unserem Team stehen alle legalen Möglichkeiten den Patienten offen, hier besteht umfangreiche Erfahrung auch mit der Hilfe bei der Selbsttötung. Bei dieser startet der Patient eine überdosierte Narkoseinfusion selbst, er schläft sehr friedlich wie bei einer modernen Narkoseeinleitung ein, sein Atem und Herzschlag versiegen binnen weniger Minuten, er wacht vor Petrus auf.

Die meisten Menschen haben in palliativer Situation gar nicht so sehr Angst vor dem Tod, viel mehr treibt sie die Angst vor leidvollem Sterben, vor Erstickung, Schmerzen, Angstzuständen oder Verwirrung um: Menschen wünschen sich bezüglich ihres eigenen Todes vor allem Leidfreiheit. Viele unserer Patienten sagen, „mit diesem Gefühl, mit dieser Sicherheit und Zusage kann ich jetzt viel besser leben.“ Je nach Umfrage sind ein oder zwei Drittel froh über die Option der Suizidhilfe, Betroffene wünschen liberale Lösungen.

Auch wenn von Seiten der Palliativmedizin – auch von mir – immer wieder betont wird, Palliativmedizin könne Leiden gut lindern, so steht dies in keinem Verhältnis zu dem O-Leiden beim Einschlafen durch ein Narkosemittel. In normaler Palliativversorgung – außerhalb des Todeseintritts im tiefen Schlaf (ca. 1/3 der Patienten) - gibt es immer diverse Leidenszustände, auf die



Bei jeder Selbsttötung muss die Kriminalpolizei ermitteln, das gilt natürlich auch bei jeder Beihilfe zur Selbsttötung.  
Foto Matthias Thöns



Foto: Marion Nelle

kann man therapeutisch oft reagieren und sie lindern. Aber erstens treten eben die Leidenszustände auf und zweitens kann man sie zumeist nicht so gut lindern wie beim Einschlafen im Rahmen einer Hilfe bei der Selbsttötung.

Obwohl nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sterbehilfe 2020 viele glauben, nun sei alles erlaubt, ist dies ein Fehlglaube. Bei einer Suizidhilfe muss die Polizei gerufen werden, die ermittelt sehr streng, ob wirklich ein freiverantwortlicher Entschluss vorlag. Gibt es dort Zweifel, ist der Arzt Beschuldiger eines Tötungsdelikts, die Ermittlungen dauern über Jahre. Dieser Ermittlungsdruck wie auch das Blockadeverhalten vieler ärztlicher Verbände sorgen dafür, dass praktisch kein Arzt zu dieser Hilfe bereit ist. Nichtprofis, Juristen und Sterbehilfeorganisationen haben das Feld übernommen. Während dies bei einzelnen Sterbehilfeorganisationen sehr professionell läuft, gibt es hier doch auch Nichtprofis die Hilfe für viel Geld pfeilbieten. Dabei werden oft unzuverlässige Medikamentenkombi-

nationen oder sogar erdrosseln oder erfrieren sowie diverse Tipps gegeben, wie man eine polizeiliche Ermittlung vermeidet.

Hier wünsche ich mir mehr Akzeptanz der aktuellen Rechtslage auch von Seiten der verfassten Ärzteschaft und eine bessere Schulung der Ermittlungsbehörden. Fehlen belastbare Hinweise für fehlende Freiverantwortlichkeit und ist belegt, dass es sich um eine Selbsttötung handelt, muss das Verfahren rasch eingestellt werden. Dort, wo keine Straftat passiert ist, gibt es keinen Tatort und keinen Täter. Patienten mit vorzeitigem Sterbewunsch gehören durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte fachgerecht begleitet – auch und insbesondere bei der Hilfe zur Selbsttötung. Daher wünsche ich, dass es Normalität wird, den assistierten Suizid bei Menschen, die dies freiverantwortlich in palliativer Situation wollen, eine solche Unterstützung durch das betreuende Palliativteam. Wenn das Team dies ethisch selbst nicht mittragen kann, gereicht eine liebevolle Vermittlung.



*Dort, wo keine Straftat passiert ist, gibt es keinen Tatort und keinen Täter.*

## ... eine differenzierte Diskussion

zu dem Thema begleiteter Suizid im Hospiz- und Palliativbereich

*Mein Name ist Alexander Kulla – ich bin Fachkrankenschwester für Onkologie und leite das Hospiz am Ohmplatz der Diakonie Erlangen Pflege gGmbH. Seit 11 Jahren bin ich im Hospiz tätig. Bevor ich zu meinen Wünschen in Bezug auf die Begleitung der Selbsttötung komme, sei zu erwähnen, dass ich mich ausschließlich auf schwer erkrankte Menschen beziehe. Auch völlig gesunde Menschen dürfen Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch nehmen. Diese Menschen werden im Bereich von Hospiz- und Palliativversorgung keine Unterstützung beim Suizid erhalten, da ihnen die Indikationen zu einem Zugang zu diesem Bereich gänzlich fehlen.*

Ich wünsche mir, dass wir in der Debatte um die assistierte Selbsttötung weg kommen von Pauschalargumenten. „Die Begleitung eines Suizides ist keine Aufgabe der Ärzte“, „Der Hospizgedanke verbietet es uns, diesen Weg eines Menschen zu begleiten.“, „Die Palliativmediziner sind die falschen Ansprechpartner für Suizidbegleitung.“, „Wir dürfen keinesfalls zum assistierten Suizid beraten.“, „Wenn wir einen assistierten Suizid im Hospiz zulassen, riskieren wir, dass alle Hospize in Verruf geraten.“, ...

Die Diakonie in Deutschland und in den Landesverbänden hat sich sehr zeitnah mit der Thematik beschäftigt und in meinen Augen einen guten Weg gefunden, mit dem Thema umzugehen. Die Broschüre „Ich bin ein Gast auf Erden“ gibt umfassend die Auseinandersetzung mit dem Thema wieder.

Die Diakonie steht gesamtgesellschaftlich und in ihren Handlungsfeldern für den Schutz des Lebens, für gute Lebensbedingungen und den Ausbau der Suizidprävention ein und es besteht weitgehende Einigkeit dahingehend, dass der assistierte Suizid nur die sorgsam gestaltete Ausnahme sein kann. Der assistierte Suizid kann und darf – über den besonderen Ausnahmefall hinaus – nicht zur Regel werden (Diakonie Deutschland, 2022)

Ich wünsche mir, dass andere Träger sich ebenso differenziert mit dem Wunsch nach Suizidassistenz beschäftigen. Ich wünsche mir, dass wir offen dafür sind, dass es von den Mitarbeitenden vor Ort und von den individuellen Strukturen der jeweiligen Einrichtung abhängt, ob Menschen beim assistierten Suizid begleitet werden können. Ich wünsche mir, dass auf allen Mitarbeiter-ebenen erarbeitet wird, ob man dem Wunsch des Einzelnen nach diesem speziellen Weg in der Einrichtung nachkommt oder nicht. Ich wünsche mir, dass Hospizvereine, SAPV-Teams, stationäre Hospize und Palliativstationen sich gegenseitig mit ihrer eigenen Sicht der Dinge respektieren. Das jeweilige Team vor Ort sollte zu einer Haltung kommen und für sich rote Linien finden. Dabei sollten alle im Team eingebunden werden. Es sollten Schutzkonzepte entwickelt werden, um Mitarbeitende zu unterstützen, ihre persönlichen Grenzen zu erkennen und zu wahren, wenn es um das Thema und den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid geht. Ich wünsche mir, dass sich die Einrichtungen rechtzei-

tig damit beschäftigen, auch die Angehörigen zu schützen und einzubinden. Dass andere Bewohner geschützt und begleitet werden, ihre Lebenssituation und -aufgaben zu bewältigen und nicht aus Alternativlosigkeit oder Druck den Weg des assistierten Suizids wählen. Hierzu braucht es Unterstützung, denn sich offen und vorurteilsfrei auf diese Thematik einzulassen, bringt Herausforderungen mit sich. Die Broschüre „Bin ich so frei?“ - Arbeitshilfe zum Thema: Assistierter Suizid für Einrichtungen der Diakonie, die der evangelische Fachverband End-of-Life-Care der Diakonie Bayern entwickelt hat, ist hierbei sehr hilfreich.

**Ich wünsche mir, dass die Menschen in den Einrichtungen sich trauen, ihren Wunsch nach assistierter Selbsttötung offen anzusprechen.**

Ich wünsche mir, dass Bewohner von Einrichtungen der Langzeitpflege nicht rechtswidrig das Hausrecht vorgehalten bekommen, um ihnen die Begleitung bei der Selbsttötung zu untersagen. Das führt zu noch mehr Hilflosigkeit und Isolation und womöglich dazu, dass die Begleitung beim Suizid dann heimlich stattfindet. Schließlich sind die Bewohner nicht verpflichtet zu sagen, wen sie in ihren Räumlichkeiten empfangen. Stattdessen wünsche ich mir individuelle Lösungen. Für mich als Einrichtungsleitung eines stationären Hospizes wäre

es furchtbar, wenn ich vor vollendete Tatsachen gestellt werde, indem Mitarbeitende eines Sterbehilfvereines aus dem Zimmer kommen und mir mitteilen, dass sie einen Suizid erfolgreich begleitet haben. Ich wünsche mir stattdessen, dass Bewohner unseres Hospizes, offen über ihren Wunsch nach Suizidbegleitung mit mir sprechen. Dann eröffnen sie mir und meinem Team auch die Möglichkeit, ihnen gute Alternativen anzubieten und ihnen zu zeigen, zu was die palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung in der Lage ist zu leisten. Ich wünsche mir aber auch, dass z. B. die palliative Sedierung nicht als Allheilmittel verkauft wird. Denn hier sind Indikationen ebenso zu beachten wie die Tatsache, dass es für manche Menschen keine Option ist, tagelang bewusstlos ausgeliefert zu sein. Man denke an Menschen, die in ihrer Vergangenheit traumatische Erfahrungen diesbezüglich hatten. Ich wünsche mir, dass eine andere „Alternative“, der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), realistisch beschrieben wird und dass auch gesehen wird, dass dieser Weg wie ein Suizid das eigene, vorzeitige Ende bewusst herbeiführt, wenn man eigentlich noch in der Lage ist, Essen und Trinken aufzunehmen.

Wenn das Team von Beginn an offen eingebunden wird in den Prozess, dann können unsere Mitarbeitenden unter Umständen auch freiwillig dabei sein, wenn die Ärzte eines Sterbehilfvereines zum Erst- oder Aufklärungsgespräch kommen. Sie können, wenn sie das von sich aus wollen, dem Sterbewilligen eine Stütze sein und einen Blick darauf haben, dass nicht unseriöse Anbieter ins Boot geholt werden. In diesem



Rahmen wünsche ich mir, dass die Sterbehilfvereine, die ihren Auftrag empathisch und ergebnisoffen wahrnehmen, von den Menschen in der Hospiz- und Palliativversorgung respektiert werden. Im Gegenzug wünsche ich mir, dass schwarze Schafe, die nur auf finanzielle Gewinne abzielen und Menschen nicht würdevoll beim Suizid begleiten, keine Chance erhalten, auf dem Markt Fuß zu fassen.

**Ich wünsche mir, dass wir uns unserer persönlichen Haltung bewusst sind.**

Die Grundhaltung der Mitarbeitenden in einem Hospiz gegenüber den Hospizbewohnern ist in der Regel von folgenden Dingen geprägt: Offenheit, Respekt, Wertschätzung, Kommunikation auf Augenhöhe, Toleranz, Respekt vor der Selbstbestimmung und

der Lebensgeschichte/Biografie. Ich wünsche mir, dass die Haltung sich nicht ändert, wenn die Bewohner den Wunsch auf Hilfe beim Suizid äußern. Ich wünsche mir auch, dass wir uns die Frage stellen, ob es wirklich unserer Haltung entspricht, einen Menschen mit Hospizindikation, der die assistierte Selbsttötung durchführen möchte, in ein Hotel oder nach Hause zu entlassen, damit dort der Akt vollendet wird. Ob wir uns dann wirklich besser fühlen?

Abschließend sei zu sagen, dass ich mir trotz aller Offenheit für das Thema wünsche, dass die begleitete Selbsttötung immer eine Ausnahme bleibt und nie in das Regelangebot einer Einrichtung übergeht. Ich wünsche mir, dass allein die Möglichkeit auf einen assistierten Suizid als letzter Schritt ausreicht, um trotz allem erst einmal den palliativ begleiteten Weg zu gehen. Ich wünsche mir, dass allein das Angebot der Respektierung eines assistierten Suizids eine Vertrauensbasis schafft, auf der dann Gespräche ermöglicht werden, in deren Rahmen andere Lösungen gesucht und möglichst gefunden werden. Ich wünsche mir, dass das natürliche Sterben möglichst seinen Weg findet und dem Tod durch begleitete Selbsttötung zuvorkommt. Sollte doch diese Option unausweichlich sein, wünsche ich mir, dass wir nicht dafür verurteilt werden, diesen Weg in unserer Einrichtung ermöglicht zu haben. Ich wünsche mir aber auch, dass von unseren Bewohnern immer respektiert wird, dass wir nicht diejenigen sein werden, die das tödliche Medikament organisieren und bereitstellen.

# Ein Friedhof, für die Lebenden gemacht

Experimentierfeld zur Friedhofsentwicklung

*Mit dem Campus Vivorum zeigt die Initiative Raum für Trauer, wie Gräber den Hinterbliebenen dienen können, wenn sie richtig konzipiert sind.*

Auf dem Campus Vivorum erleben Sie erstmals die bauliche Umsetzung jahrelanger Forschungsergebnisse zur psychologischen Wirkung des Grabes als Trauerort. Der Campus Vivorum bietet Gemeinschaftsflächen für Begegnung, Austausch und gemeinsames Erinnern. „Friedhöfe mit entsprechenden Angeboten sind besonders wichtig für Kommunen und ihre Bürger“, so Günter Czasny, Sprecher der Initiative „Raum für Trauer“. Ideeller Träger der Initiative ist die Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal e.V., ihr Geschäftsführer Dr. Dirk Pörschmann ergänzt: „In Lebenskrisen geben Rituale Sicherheit. Nur wenn wir verstanden werden und unserer Sehnsucht Ausdruck geben dürfen, finden wir Trost.“

MdL Nicole Razavi, Ministerin für Landesentwicklung und Wohnen in Baden-Württemberg sowie Vorsitzende der deutschen Bauministerkonferenz betonte im Rahmen der Eröffnung die Bedeutung der Friedhöfe für die Kommunen und des Grabes als Trauerort: „Die Initiative ‚Raum für Trauer‘ hat erkannt, wie wichtig individuelle Trauerarbeit für Hinterbliebene ist. Diese Individualität müssen wir weiter fördern, indem wir den Wandel der Trauer- und Friedhofskultur vorantreiben. Der Campus Vivorum leistet dabei einen enorm wichtigen Beitrag. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung des Friedhofs weg von einer reinen Ruhestätte hin zu einem lebendigen Ort der Erinnerung. Einen Ort, an den wir gerne gehen.“

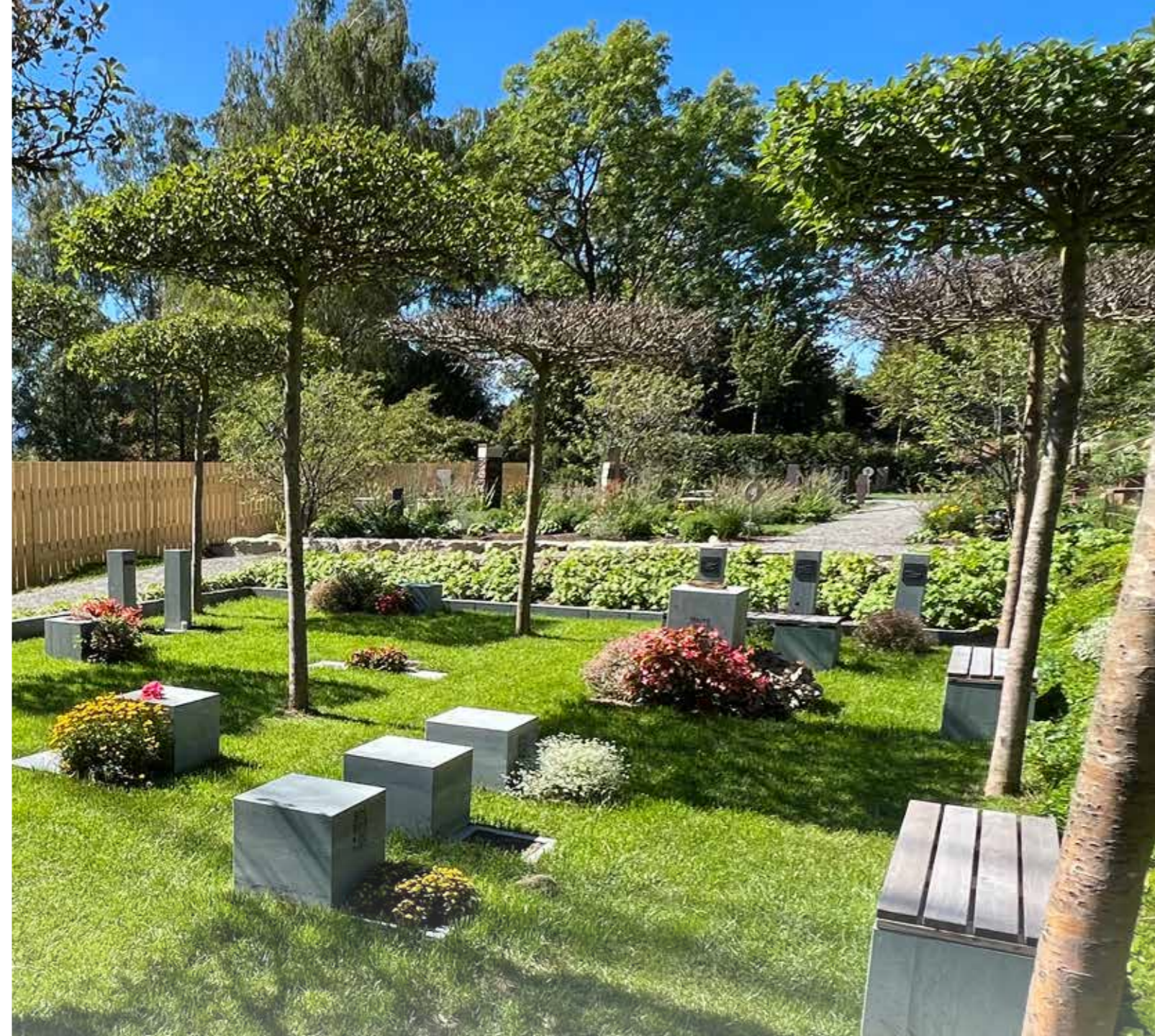
Vielen Menschen hilft es nach Erkenntnissen der Initiative „Raum für Trauer“ vor allem, ihrem Schmerz nahe beim Verstorbenen, nämlich direkt

am Grab, Ausdruck zu verleihen. Das ist jedoch bei den meisten aktuellen, pflegefreien Beisetzungsförm nicht vorgesehen – Konflikte entstehen, welche die Trauerarbeit behindern. Die Ergebnisse aus der jahrelangen interdisziplinären Forschung zum Thema zeigt die Initiative „Raum für Trauer“ nun im weltweit ersten Experimentierfeld „Campus VIVORUM“ in Süßen, Baden-Württemberg. Die ca. 6.000 m<sup>2</sup> große Anlage soll Planern, Verwaltern und Betreibern Anregungen dazu geben, wie auch pflegefreie Beisetzungsorte künftig (neu)gestaltet werden sollten, damit sie Trauernden besser helfen, ihre Trauer zu verarbeiten.

*Eine entsprechende Gemeinschaftsgrabfläche wird 2024 in Fulda von der Deutschen PalliativStiftung eingerichtet werden.*

Trend- und Zukunftsforscher Matthias Horx, der seit Jahren mitwirkt und dessen Zukunftsinstitut eine Studie beigesteuert hat, betont: „Hier werden Trauerkultur und Friedhofsentwicklung in die Zukunft gedacht – für jede Gemeinde, für jede Stadt ein enorm wichtiges Thema.“

Auf dem kommunalen Süßener Friedhof „Stiegelwiesen“ wurden bereits vor Jahren zwei Grabanlagen nach diesen Erkenntnissen gestaltet. Die am Lebenden orientierte Gestaltung von Gemeinschaftsanlagen bewährt sich hier bereits in der Praxis – Bürgermeister Marc Kersting freut sich: „Dass es vielen Angehörigen hilft, persönliche Grüße und Gegenstände direkt auf dem Grab abzulegen, haben wir bei der Konzeption der pflegefreien Grabanlagen auf unseren Friedhof Stiegelwiesen berücksichtigt – mit großem Erfolg, denn wir konnten diese Anlagen bereits erweitern. Wir sind sicher, den Menschen damit zu helfen.“



### Grabgemeinschaft.

Ganz verschieden gelebt. Und dann gemeinsam umsorgt Ruhe finden.

Palliativ! Das kann schon früh im Leben oder Krankheitsverlauf beginnen. Da werden palliativ Versorgende immer wieder auch angesprochen, dass nach dem Tod sich niemand mehr um ein Grab kümmern kann. Entweder weil keiner mehr da ist, oder weil die Verwandten viel zu weit weg wohnen. Die Palliativ-Stiftung denkt deshalb auch über das Leben hinaus. Anders als im Friedwald oder bei einer Seebestattung sind sowohl individuelle Trauerhandlungen und auch Gedenken am Bestattungsort möglich.

In Fulda gibt es – auch für Menschen aus anderen Regionen oder sogar Staaten – die Möglichkeit, sich durch die PalliativStiftung in deren Grabanlage beerdigen zu lassen. Niemand muss sich später darum sorgen. Die PalliativStiftung übernimmt die Grabpflege für die nächsten 30 Jahre.

Die PalliativStiftung bietet damit eine preiswerte Option für immer mehr Menschen, die nicht sicher sind, wer sich würdig um sie kümmert, wenn sie schon (lange) gestorben sind. Da die erste, kleine Anlage fast komplett ist, richtet die PalliativStiftung gerade eine zweite wesentlich größere Grabanlage ein, die ab 2024 belegt werden kann.

*Nähere Informationen erhalten Sie im Büro der PalliativStiftung und hier ist der Link zu einem kleinen Video der ersten Grabanlage: <https://youtu.be/i3KGZeJolww>*



Foto: Doc Sitte



[raum-fuer-trauer.de](http://raum-fuer-trauer.de)  
[trauer-now.de](http://trauer-now.de)

Einige Rückmeldungen zum Heft 4-2023, die uns per Mail erreichten, möchten wir gerne hier abdrucken. Und gerne können auch Sie uns und allen Lesern schreiben, was Sie denken!



„Das aktuelle Heft ist der Kracher.“  
Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz,  
Direktor des Sozialgerichtes Fulda

„Zufällig sah ich bei meinem Arzt Ihre Zeitschrift und habe mir gleich die eMail-Anschrift notiert. Ich bin begeistert!! Gerne würde ich für meinen Mann und mich die Vorsorgen-Mappe bestellen.“

„Das neue Heft ist fantastisch geworden. Gerade die Artikel zu Vorsorge und Verfügung sind richtig gut.“

Johanna Kapp, Rechtsanwältin,  
Fulda

„Erst gestern bin ich aus dem Urlaub gekommen, und konnte so noch keine Artikel lesen – aber der erste Eindruck beim Durchblättern und grobem Überlesen hat mich sehr angesprochen.“

Liane Voigt-Nitschke, Berlin

Dr. Martin Büdinger,  
Palliativmediziner, Wetzlar

## Zur Diskussion!

Diese Leserfrage möchte ich gerne zur Diskussion stellen. Zuschriften per Mail an die Redaktion!

„Sterben? Damit habe ich nichts zu tun!“

Eine ärztliche Funktionärin auf das Angebot, das Magazin anzusehen

Ein 86-jähriger Patient baut nach einer Hüftoperation drastisch ab und wird schwächer. Er liegt schon den fünften Tag bei uns auf der Intensivstation im Krankenhaus der Maximalversorgung. Er ist unruhig und wir können nicht mit ihm reden, eine verständliche Kommunikation ist nicht mehr möglich.

In meinem Beisein tat sie dies dann auch tatsächlich. Ich machte das sofort wieder rückgängig mit der Begründung, dass kein Abbruch der aktuellen Therapie besprochen, sondern nur deren weitere Ausweitung abgelehnt wurde. Darüber hinaus versuchte ich ihr klarzumachen, dass die Absetzung des Sauerstoffs vom Arzt angeordnet werden muss.

„Beim Heft ‚Mein Wille geschehe‘ habe ich zuerst geschluckt, aber dann neugierig angefangen, im Heft zu blättern und zu lesen. Ich finde, dieses Heft ist sehr vielseitig, wird manchem die Augen öffnen und zu intensivem Nachdenken Anlass geben. Das ist sicher auch eines der Ziele, die die Deutsche PalliativStiftung verfolgt. Insgesamt: Kompliment, weiter so.“

Im Arzt-Angehörigen-Gespräch wird von den Angehörigen keine weitere Ausweitung der Therapie gewünscht. Deshalb hat man beschlossen, dem Patienten eine Morphin-Infusion zur Dämpfung seiner Erregung anzuhängen.

Auf weitere Diskussionen ließ sie sich nicht ein und beharrte darauf, dass sie meistens so vorgehe.

Dr. rer. pol. Heinrich Dickmann,  
Freiburg

Neben dem Morphin lief neben einer künstlich-venösen Ernährung auch Sauerstoff durch eine Maske, beides zur Lebenserhaltung.

Vielleicht verstehen Sie nun meinen inneren Konflikt und die Befürchtung, dass besagte Kollegin vielleicht bei anderen Patienten immer wieder so handelt. Gegen das Totschlag-Argument, dass sie Palliative-Care-Fachkraft ist, komme ich ohne Ihre Hilfe nicht an.

Nun kam es zu der Situation, das eine Kollegin mit Palliativ-Weiterbildung zu mir sagte, dass ich den Sauerstoff abdrehen und die Sauerstoffmessung abstellen solle, damit sein Sauerstoffmangel nicht offensichtlich nachzuweisen wäre. So könne er schneller versterben.

Prof. Dr. iur. Ruth Rissing-van Saan,  
Bochum, ehem. Vorsitzende Richter in 2. Strafsenat am Bundesgerichtshof

Daher meine dringende Bitte, wie bewerten Sie die Situation und das Handeln der Kollegin?

| Weltmeer                     | Begriff beim Schießsport | engl.-amerik. Dichter († 1965) | volkstümlich: Gefängnis | Erbanlage                      | Hehlerware               | griech. Küstenlandschaft        | alte Form von hier (so ... und da) | Hautauschlag                      |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
|                              |                          |                                |                         | Singvogel                      |                          |                                 |                                    |                                   |
| bestimmter ital. Artikel     |                          | 2                              | weibl. Kose-name        |                                |                          | Rabe Odins                      | Kfz-Zeichen Zanzibar               | 11                                |
| beste Schulnote (BRD)        |                          |                                |                         | Fluss aus dem Harz             | fließiges Insekt, Ameise |                                 | 7                                  | zweit-höchster dt. Berg           |
| Glücksspiel                  |                          |                                |                         |                                | ungenau                  |                                 | Unter-beklei-dungs-stück           | Kfz-Z. Westliche Altmark          |
|                              |                          |                                | betrübt                 | Kiefernholzstreifen (Licht)    | 6                        |                                 |                                    | Schiffstyp                        |
| Form von sein                | 5                        | Gegenstand, Werkzeug           | 3                       |                                |                          |                                 | 10                                 | Vorn. d. Actors Schweiger         |
| Kfz-Zeichen Hildburghausen   |                          |                                |                         | Fluss z. Main                  |                          |                                 |                                    | 9                                 |
|                              |                          |                                |                         | Jubelwelle im Stadion (la ...) | Kolloid-substanz         |                                 | dt. Neurologe († 1921)             | 8                                 |
|                              |                          |                                |                         |                                |                          |                                 |                                    | Star in Kate & Leopold (... Ryan) |
| Vielfraß                     |                          | Kirchen-sonntag                |                         |                                |                          |                                 |                                    | ärmlich                           |
| dt. Entertainer (Alfred ...) |                          |                                |                         |                                |                          | Initialen des Komponisten Stolz |                                    | nimmer                            |
| Empfang einer Ware           |                          |                                |                         |                                |                          | Bewohner e. Stadt am Rhein      |                                    |                                   |

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|

Das Lösungswort:  
Wohl jeder wäre es gerne, ein ...



Wenn Sie gewinnen wollen, so schicken Sie uns das Lösungswort aus dem Rätsel per eMail an

[Mail@schoener-leben.info](mailto:Mail@schoener-leben.info)

Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir je

**Drei Sets Mutmachkarten**

[palliativstiftung.com/de/shop/die-mutmach-karten](http://palliativstiftung.com/de/shop/die-mutmach-karten)

und **Drei CD-Sets der Deutschen PalliativStiftung.**

[palliativstiftung.com/de/shop/benefiz-cds](http://palliativstiftung.com/de/shop/benefiz-cds)

Die Gewinner werden per Mail benachrichtigt und mit Namen und Ort in der nächsten Ausgabe veröffentlicht.

**Der Einsendeschluss ist der 29. Februar 2024** (richtig: es gibt endlich wieder ein Schaltjahr )

Die glücklichen Gewinner aus der Ausgabe 4-2023 sind:

Claus Bug, Petersberg

Anke Jany, Fritzlar

Kerstin Neumann, Dresden

Anneliese Pfanschilling, Bürstadt



# Wichtiger Medienpreis für „schöner leben ...“

Printprodukte seien im Niedergang. Das liest man immer wieder. Palliativ versorgen bedeutet auch, immer wieder gegen den Strom zu schwimmen. Hier und da anzuecken.

Ende 2022 entschied der Vorstand der PalliativStiftung den, lange gehegten Plan einer etwas speziellen Zeitschrift in die Tat umzusetzen, es zu wagen, eine neue Zeitschrift auszuprobieren.

Jeder fängt klein an. Es gab zwei Probehefte. Dann legen ein preisgekrönter Zeitungsmacher und ein Palliativmediziner in gemeinsamer Handschrift den Stil der Zeitschrift fest. Und schon kommen wir auf 20.000 Exemplare und werden durch die Bank gelobt. Da liegt es doch nahe, bei einem Wettbewerb mitzumachen!

Die beiden Zeitungsmacher Dr. Thomas Sitte und Dipl. Designer Hans Peter Janisch stehen zu Fragen Rede und Antwort:

## Wie kommen Sie zu dieser Kooperation?

**TS:** Rein zufällig. Wie so oft im Leben. Ich bin ja Netzwerker und habe keine Hemmungen, um Rat und Hilfe zu bitten, wenn andere etwas viel besser können. So habe ich unser Fördermitglied Hans Peter Janisch einfach mal gefragt, was er vom Magazin hält.

**HPJ:** Ich erachte Palliativ-Versorgung als ausgesprochen wichtig und war gerne bereit, mich über meine Fördermitgliedschaft zu engagieren.

## Was gefällt Ihnen an dieser Zusammenarbeit und wo hakt es?

**TS:** Die Ehrlichkeit und Effizienz. Etwas schön zu reden, bringt nichts, das ist in meiner Arbeit als Arzt in absolut lebensentscheidenden Situationen so. Und es ist nicht anders in der Aufklärungsarbeit. Da brauchen wir fundierte, ehrliche Rückmeldungen, was funktionieren könnte, wie etwas ankommen könnte. Sonst kann ich mich als Experte schnell verrennen und aufs falsche Pferd setzen. Da scheinen HPJ und ich von Beginn an eine gute Mischung zu sein.

**HPJ:** Wir sehen alles aus unterschiedlicher Perspektive. Der Designer und der Mediziner sind eigentlich nicht vermischbar. Dass dies aber doch gut funktioniert, zeigt das vorliegende Produkt.

## Was war Ihnen wichtig dabei?

**TS:** Das wir beide unsere Expertise einbringen. Und dadurch andere Experten dazu bringen, beim Heft mitzumachen. Ein wirklich gutes Produkt auf den Markt zu bringen, das die Menschen zugleich berührt und informiert ist nicht einfach. Zumindest kenne ich nichts Vergleichbares zu dem Themenkreis rund um den letzten Lebensabschnitt und darüber hinaus. Mir ist es wichtig, nachahmenswert zu sein und auch nachgeahmt zu werden. Dann zahlen sich unsere ehrenamtlichen Mühen vielfach aus.

**HPJ:** Nicht nur die Inhalte müssen stimmen, es muss auch zum Lesen verführen. Es soll appetitlich verpackt sein und trotz schwerer Inhalte Freude machen, „schöner leben ...“ zu lesen und betrachten.

## Was wollen Sie mit „schöner leben ...“ erreichen?

**TS:** Vielleicht erst einmal: Wen? Einfach jeden! Und zum „was“ ist das Hauptziel, dass jeder informiert sein sollte über die hospizlich-palliativen Möglichkeiten. Nicht jeder ein Detail. Aber doch so ungefähr. Das wäre klasse. Denn nur gut informiert habe ich eine gewisse Entscheidungsfreiheit für meine Selbstbestimmung. Da hapert es bei den allerallermeisten Deutschen leider noch immer ganz gewaltig.

## Was bedeuten die drei Punkte im Titel?

**TS:** Ich wollte das Heft gerne analog zu „Mein schöner Garten“ oder „schöner wohnen“ eigentlich gerne „Schöner sterben!“ Da hatte ich aber null Chancen mich durchzusetzen. Drum kommen nach dem „schöner leben“ noch die drei Punkte. Man kann sie ergänzen mit dem „... bis zuletzt“ oder auch ganz anders.

## Es gab bislang vier Hefte „schöner leben ...“. Gleich Ihr erstes gemeinsames Heft wurde ausgezeichnet. Was bedeutet das für Sie?

**TS:** Da war ein unglaublicher Ansporn. Die Umsetzung des Magazins ist uns nicht in den Schoß gefallen. Weder inhaltlich noch finanziell, noch bei der Unterstützung. Da gab es erheblichen Gegenwind. Die Auszeichnungen zeigen uns, dass der Kurs im Gegenwind so falsch nicht sein kann!

**HPJ:** Es ist stets eine Bestätigung, wenn internationale Fachleute sagen: „Das Ding ist gut geworden“.



Foto: Helmut Samann

Man hat zwar ein gutes Gefühl, wenn die Zusammenarbeit so funktioniert, wie bei uns, aber der Input der Leser und Fachleute ist ungeheuer wichtig.

## Glauben Sie, Sie können diese Qualität durchhalten?

**TS:** Das wird auf die Jahre gesehen sicher richtig schwer. Aaaaaber, erstens, wenn nach der nächsten Ausgabe Schluss wäre, hätten wir schon richtig viel mit dem Magazin erreicht. Es sieht aber sehr danach aus, als ob es munter weiter geht. Wir haben einen wachsenden Stab an inhaltlichen Unterstützern und auch ein paar finanzielle Förderer. Zum Geld kann ich nur sagen, da ist jede Menge Luft nach oben. Das Magazin ist jetzt so gut, dass es eigentlich bundesweit in jedes Wartezimmer und jede Apotheke gehört. Den Inhalt liefern wir ehrenamtlich und ausgesprochen kostengünstig. Druck und Verteilung kosten aber richtig Geld. Die Auflage von 20 Tausend auf 20 Millionen hochzukalieren ist, mit Verlaub gesagt, logistisch überhaupt kein Problem.

**HPJ:** Na klar, das Magazin wird weiter von der ersten bis zur letzten Seite professionell erscheinen.

## Wie kann man Sie unterstützen?

Mit den drei großen, englischen Ts: Time, Talent, Treasure. Wir brauchen inhaltliche Zuarbeit, bei der Distribution Unterstützung und noch viel mehr Geld für viel größere Auflagen. Klasse wäre es, wenn jemand Anzeigenkunden für uns werben würde. Das würde eine mittelfristige Stabilität der Auflage fördern.

## Welche thematischen Schwerpunkte werden folgen?

**TS:** Nach „Werbung für Sterben“, „Mein Wille geschehe“ und „Loslassen. Sterben dürfen“ kommt als nächstes ein Schwerpunkt mit Kinderpalliativ- und Kinderhospizversorgung, dann wohl die Möglichkeiten der Leidenslinderung. Bestattungskultur ist sehr wichtig. Und: Ein Heft über die heilsame Bedeutung des Humors ist ebenfalls in Planung. Die nächsten zwei, drei Jahre müssen wir keine Bedenken haben, dass uns die Themen ausgehen.



## ICMA-Award

Der ICMA Award ist einer der großen Wettbewerbe in der Welt der Publikationen. In diesem Jahr gab es 423 Einreichungen aus 24 Ländern. Ein internationaler Wettbewerb braucht natürlich eine internationale Jury. Die zehn Mitglieder kamen aus sieben Ländern: Dänemark, Niederlande, Österreich, Schweiz, Luxemburg, Brasilien und Deutschland.

„schöner leben ...“ wurde für sein Konzept mit der Bronzemedaille ausgezeichnet und erhielt für seinen ausgezeichneten Einsatz der Fotografie einen „Award of Excellence“.

## Wichtige Informationen

Beim Deutschen PalliativVerlag der Deutschen PalliativStiftung sind zahlreiche Bücher, Flyer, Ratgeber u.v.m. teils kostenfrei, teils preisgünstig erhältlich.



### Die PFLGETIPPS – Palliative Care

Das leicht verständliche Buch wendet sich sowohl an professionell Pflegende als auch an Menschen, die sich um einen Angehörigen zu Hause in seinem gewohnten Umfeld kümmern oder in einem Heim begleiten. Es bietet praktische Hilfe in schwerer Zeit.

**Download und gedruckt in 22 Sprachen**  
104 Seiten, kostenfrei



### Demenz und Schmerz

70 Seiten, 5 EUR



### Forum Kinderhospiz

104 Seiten, kostenfrei



### Handreichung PiPiP 2020

Die Essenz aus dem Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. Anleitung und Unterlagen zur grundlegenden PalliativSchulung in Pflegeeinrichtungen

48 Seiten, 20 EUR,  
kostenfrei in Hessen



### Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung

112 Seiten, 5 EUR



### Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung

137 Seiten, 10 EUR

## Wichtige Informationen



### Am Start das Ziel im Blick haben

Unterrichtsmaterial zum Themenkomplex Sterben, „Sterbehilfe“, Hospizarbeit und Palliativversorgung

20 EUR, kostenfrei in Hessen



### Die VORSORGEN! Mappe Version 2024

Alle Unterlagen rund um Vollmacht und Verfügung

40 Seiten, kostenfrei

### Vorsorgeunterlagen online erstellen

Die Deutsche PalliativStiftung ist dabei, alle ihre Unterlagen aus Die VORSORGEN!-Mappe so zu digitalisieren, dass sie online sauber und übersichtlich ausgefüllt, gespeichert und ausgedruckt werden können. Zu allen Punkten gibt es Erklärungen und Antworten auf die häufigsten Fragen.

Weil die Vertreterverfügung besonders wichtig ist, haben wir dieses Formular zuerst digitalisiert, ausprobiert und zur Verfügung gestellt. Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht werden Anfang 2024 ebenfalls nutzbar sein. Die PalliativStiftung will damit ganz besonders erreichen, dass deren Verbreitung in stationären Pflegeeinrichtungen noch deutlich zunimmt. Auf der Website [VorsorgenMappe.de](https://www.vorsorgenmappe.de) (Achtung: mit dem „n“ in der Mitte) findet man nach dem Einloggen viele Erklärungen und wird professionell durchs Menü geführt, so dass man in der Regel (fast) alles ohne weitere Hilfe ausfüllen kann. Einfach ausprobieren!

Über Rückmeldungen der Nutzer freuen wir uns, weil wir auch dieses Werkzeug wie alle Materialien stetig aktualisieren und verbessern werden.

### Impressum

#### Herausgeber

Dr. med. Thomas Sitte  
Deutsche PalliativStiftung  
Am Bahnhof 2  
36037 Fulda  
Telefon 0661 48049 797  
[www.palliativstiftung.com](http://www.palliativstiftung.com)

#### Email-Kontakt zum Herausgeber

[mail@schoener-leben.info](mailto:mail@schoener-leben.info)  
[info@doc-sitte.de](mailto:info@doc-sitte.de)

#### Gestaltung

Dipl. Des. Hans Peter Janisch  
[pressesdesign.de](http://pressesdesign.de)

#### Druck

Rindt-Druck, Fulda  
Auflage 25.000 Exemplare

#### Copyright:

Deutscher PalliativVerlag 2024

Verlag der Deutschen PalliativStiftung

Bei Verwendung einer männlichen Form sind in der Regel selbstverständlich alle möglichen Geschlechter gemeint.

Anzeigenpreisliste beim Verlag erhältlich



IN DER NÄCHSTEN AUSGABE 2/24

*schöner leben ...  
bis zuletzt*



*Das war  
wieder ein  
richtiges Leben,  
ich konnte  
wieder aktiv  
sein.*

## Rechtzeitig palliativ denken!

Nicole Schmitt arbeitet in einem Pflegeheim. Sie ist seit drei Jahren an Krebs erkrankt, hat jetzt Metastasen bekommen und geht offen damit um. Sie hat durch die Therapien leider höllische Schmerzen. Ihre Kollegin und Freundin Anja Pappert arbeitet mit ihr zusammen und nebenher bei der Palliativ-Stiftung.

„Da haben wir einen Vortrag gehört über die guten Möglichkeiten durch Palliativversorgung nicht nur Leiden am Lebensende zu lindern, sondern auch unter hoffentlich noch heilenden Therapien, dass man auch unter einer Chemotherapie gleich die palliative Versorgung mit reinbringt.“ Als Anja daraufhin Nicole ansprach hieß es erst einmal: „Das ist

nichts für mich! So weit bin ich noch nicht. Palliativ hat für mich immer so das Thema Tod ...“ Anja hat ihr das dann noch einmal sehr ans Herz gelegt, sich doch wenigstens einmal beim Palliativ-Netz Osthessen beraten zu lassen. Dann hat Nicole erst schwer geschluckt, mit ihrem Mann gesprochen und sich dann hin getraut. „Ich bin sehr dankbar dafür!“ Dann hat noch eine Schwester einen Hausbesuch gemacht und Nicole dachte „jetzt ist es so weit“. Sie steht aber noch ganz aktiv im Leben und weiß jetzt, „wenn es mir wirklich schlecht geht, habe ich rund um die Uhr Ansprechpartner für effektive Hilfe.“

Nach der ersten Morphiumgabe „wo dann jeder sagt, Du nimmst jetzt Morphium, dann bist Du high, da habe ich einfach keine Schmerzen mehr gehabt! Das

war wieder ein richtiges Leben, ich konnte wieder aktiv sein. Da bin ich Anja so dankbar dafür!“, mit diesen Worten fällt sie ihrer Freundin Anja um den Hals.

Nicht immer geht es sofort so viel besser. Aber die Chance sollte man nutzen.

Einen Teil des Gespräches haben wir bereits als Video aufgearbeitet. Sie können es über die Seite [schoener-leben.info](http://schoener-leben.info) ansehen. Das Gespräch in ganzer Länge finden Sie in Heft 2-2024, das im April erscheinen wird.