

# Lutherische

# Orientierung

Themenhefte  
der Selbständigen  
Evangelisch-  
Lutherischen Kirche

Herausgegeben von der  
Ständigen Kommission der SELK  
zur Erarbeitung von Stellungnahmen  
zu aktuellen Fragen der Gegenwart  
(Ethikkommission):

**Zum Umgang  
mit Sterben  
und Tod heute**

# 4

SELK  
Selbständige  
Evangelisch-  
Lutherische  
Kirche

SELK  
Selbständige  
Evangelisch-  
Lutherische  
Kirche

## INHALT

---

**„Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben**

**müssen, damit wir klug werden.“** (Psalm 90, 12)

---

### **Zum Umgang mit Sterben und Tod heute**

---

*Herausgegeben von der Ständigen Kommission der SELK zur Erarbeitung von Stellungnahmen zu aktuellen Fragen der Gegenwart (Ethikkommission):*

VORWORT	4
A Sterben und Tod aus biblischer Sicht (Pfr. Stefan Süß)	6
B Sterben und Tod in der Gegenwart (Dr. Silke Bremer)	11
C Medizin am Ende des Lebens (Dr. Rüdiger Klän)	18
D Wann ist Sterbehilfe erlaubt? (Uta Lehmann)	26
E Patientenrecht (Uta Lehmann)	33
F Palliativversorgung und Hospizarbeit (Dr. Barbara Leube)	48
G Häusliche Sterbebegleitung (Prof. Dr. Johannes Petersen)	55



Das Sterben als Teil des Lebens zu begreifen gehört wohl zur schwierigsten Herausforderung für die Lebenden. Trotz unserer langen Aufklärungsgeschichte auch über die Ursachen des Todes ist es uns heute nicht leichter geworden, damit umzugehen. Im Gegenteil, die „Furcht vor dem Tod“ (Hebr. 2, 15) ist Teil unserer Lebenswirklichkeit.

Die Diskussionen für einen angemessenen Zugang und Umgang mit dem Sterben, dem Tod und der Trauer sind in Europa insbesondere durch die bedingte Zulassung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden 2001 in eine neue Phase getreten. Neue Bestattungsrituale beginnen sich durchzusetzen, wie das neue Bestattungsrecht Nordrhein-Westfalens mit der Schaffung von Friedwäldern zeigt. Grenzgänger wie der umstrittene Heidelberger Anatom Gunther von Hagens mit seiner Ausstellung „Körperwelten“ reizen die gesetzlichen Grenzen der traditionellen Sterbekultur aus und zwingen zu neuen ethischen Positionierungen.

Neben diesen aktuellen Veränderungen ist es wesentlich, dass gerade die Kirchen mit ihrer langen Erfahrung im Umgang mit Sterben und Tod und ihrer Lebensbotschaft nicht nur sinnstiftende Antworten anbieten, sondern auch ethische Orientierung in dem Dschungel der Meinungsvielfalt ermöglichen und konkrete Hilfen geben für diese schweren Phasen jedes Lebens.

Die Ethikkommission der SELK hat sich deshalb nach ihrer Veröffentlichung zu Fragen der Bioethik 2004 in den zurückliegenden beiden Jahren intensiv mit dem Themenkreis Sterben und Tod beschäftigt und in einem längeren Prozess den vorliegenden Themenaufriß erarbeitet. Dabei sind wiederum die aktuellen Veröffentlichungen gesellschaftlich relevanter Gruppen und Institutionen in der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt worden. In bewährter Weise sind die Themen von einzelnen Autoren der Kommission bearbeitet worden und mussten sich dem Diskurs innerhalb der Ethikkommission stellen. Das Ergebnis

sind nun aufeinander abgestimmte Einzelbeiträge, die die Autoren verantworten und von der Kommission gebilligt wurden. Die Kirchenleitung der SELK hat einer Veröffentlichung zugestimmt.

Anliegen der Kommission ist es, neben Informationen zum Thema und rechtlichen Klärungen vor allem zu ermutigen, die Frage des Sterbens und des Todes in der persönlichen Debatte, in den Familien, in Gemeindegemeinschaften, in sonstigen gesellschaftlichen Zusammenhängen zum Thema zu machen. Das genau ist jene Klugheit, die sich der Psalmbeter erbittet. Nur eine Gesellschaft, die sich ihrer Sterblichkeit bewusst ist, sich deshalb den gesetzlich gesicherten Schutzraum für einen angemessenen Umgang mit der Sterblichkeit schafft und diesen auch aktiv ausgestaltet, ist klug und wird gerade dadurch menschlich bleiben.

Guben,  
Sonntag Invokavit  
5. März 2006

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

### A STERBEN UND TOD AUS BIBLISCHER SICHT

#### „MITTEN WIR IM LEBEN SIND, VOM TOD UMFANGEN“ (ELKG 309)

Die mittelalterliche Antiphon „Media vita in morte“ aus dem 8. Jahrhundert drückt aus, was wir bis heute empfinden: Der Tod ist Teil des Lebens. Er erwartet uns nicht nur am Ende eines langen Lebens. Er greift oft bizarr und unberechenbar mitten ins Leben ein. „Plötzlich und unerwartet“ heißt es dann in Todesanzeigen und das selbst dann noch, wenn ein hohes Lebensalter erreicht wurde. Der Tod gehört zwar erfahrungsgemäß mitten ins Leben, aber er ist gerade dort der Störfaktor des Lebens. Er zerstört das Leben, weil er alle Beziehungen zerschneidet. Der Tod führt in die Einsamkeit und in die Ungewissheit.

„Wir sind alle für den Tod bestimmt. Und es wird keiner für den anderen sterben, sondern jeder wird in eigener Person für sich mit dem Tod kämpfen. In die Ohren können wir wohl schreien. Trotzdem muss jeder für sich selbst vorbereitet sein in der Zeit des Todes, denn es kann geschehen, dass ich dann weder bei dir bin, noch du bei mir bist.“<sup>1</sup> Mit diesen Sätzen hat Luther 1522 seine berühmt gewordenen Invokavitpredigten in Wittenberg eröffnet. Er thematisiert die Kernfrage des Sterbens: die Vereinsamung, die der Tod mit sich bringt und die die Menschen bis heute fürchten. Zugleich thematisiert er

aber auch die Verantwortlichkeit des Menschen vor dem lebendigen Gott.

Das Mittelalter kann noch Antworten geben, wie man dem unausweichlichen Tod vorbereitet begegnen kann. Bis heute bedenkenswert und hilfreich sind die Hinweise, die Martin Luther in seinem „Sermon von der Bereitung zum Sterben“ gegeben hat. Neben den praktischen Empfehlungen, das Erbe zu ordnen und Versöhnung anzustreben, zieht er für die persönliche Vorbereitung einen bis heute hilfreichen Vergleich: „Wenn so jedermann Abschied auf Erden gegeben ist, dann soll man sich allein zu Gott richten, wohin der Weg des Sterbens sich auch kehrt und führt. Und hier beginnt die enge Pforte, der schmale Steig zum Leben. Darauf muss sich jeder getrost gefasst machen. Denn er ist wohl sehr eng, er ist aber nicht lang. Und es geht hier zu, wie wenn ein Kind aus der kleinen Wohnung in seiner Mutter Leib mit Gefahr und Ängsten geboren wird in diesen weiten Himmel und Erde, das ist unsere Welt: ebenso geht der Mensch durch die enge Pforte des Todes aus diesem Leben. Und obwohl der Himmel und die Welt, darin wir jetzt leben, als groß und weit angesehen werden, so ist es doch alles gegen den zukünftigen Himmel so viel enger und kleiner, wie es der Mutter Leib gegen diesen Himmel ist. Darum heißt der lieben Heiligen Sterben eine neue Geburt. Aber der enge Gang des Todes macht, dass uns dies Leben weit und jenes eng dünkt. Darum

muss man das glauben und an der leiblichen Geburt eines Kindes lernen, wie Christus sagt: ‚Ein Weib, wenn es gebiert, so leidet es Angst. Wenn sie aber genesen ist, so gedenkt sie der Angst nimmer, die weil ein Mensch geboren ist von ihr in die Welt.‘ (Joh. 16, 21) So muss man sich auch im Sterben auf die Angst gefasst machen und wissen, dass danach ein großer Raum und Freude sein wird.“<sup>2</sup> Sterben im Bild der Geburt – das kann für die Menschen hilfreich sein, die dem Tod die biblische Hoffnung von der Auferstehung zum Leben entgegensetzen können.

#### DER TOD ALS UNNATÜRLICHES LEBENSENDE

Der biblische Schöpfungsbericht spricht zunächst nicht von der Vergänglichkeit, sondern nur von der Entstehung des Lebens (Gen. 1 und 2). Die Bibel schildert Gott als den, der das Leben stiftet. Der Tod wird lediglich warnend als Folge eines möglichen Ungehorsams erwähnt (Gen. 2, 17). Tod und Sterben haben damit eine andere zu begründende Ursache. Nicht der biologische Alterungsprozess oder das unvermeidliche Schicksal definieren den Tod, sondern das menschliche Streben nach Unabhängigkeit von Gott wird zur Ursache für seine Vergänglichkeit und letztlich zum Grund der Ausweisung aus dem Paradies.

Dieser menschliche Ungehorsam hat Konsequenzen für die gesamte Schöpfung. Vergänglichkeit erscheint als eine Folge

des Sündenfalls und ist gleichsam als „Infektion“ auf die gesamte Schöpfung gelegt. Seitdem ist der Tod und damit die Vergänglichkeit die „normale“ Vorfindlichkeit des Lebens.

Das Sterben markiert die letzte Lebens- etappe eines weithin selbstbestimmten Lebens und damit das unumkehrbare Ende in biologischer Hinsicht. Im Tod endet individuelles Leben organisch. Das biologische Lebensende ist jedoch nach biblischem Verständnis nicht das Ende eines Lebens vor Gott.

Hoffnung auf ein Leben nach und trotz des Todes durchzieht bereits das Alte Testament. Bedeutendstes Beispiel ist Hiob, der angesichts der erfahrenen „Hiobsbotschaften“ die Hoffnung festhält: „Ich weiß, dass mein Erlöser lebt.“ (Hiob 19, 25) Auch „Daniel in der Löwengrube“ formuliert die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod in unterschiedlicher Qualität: „Und viele, die unter der Erde schlafen liegen, werden aufwachen, die einen zum ewigen Leben, die anderen zu ewiger Schmach und Schande.“ (Dan. 12,2). Psalm 139 beschreibt die Grenzenlosigkeit göttlicher Nähe auch über die Grenze des Todes hinaus: „Führe ich gen Himmel, so bist du da; bettete ich mich bei den Toten, siehe, so bist du auch da.“ (Ps. 139, 8) Die biblische Betrachtung setzt dem Leben und auch dem Sterben einen größeren Rahmen als nur das individuelle Leben. So wie das individuelle Leben lange vor seiner Zeugung von Gott

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

gewollt war, so endet es auch nicht im individuellen biologischen Tod. Gott wird als Herr über Leben und Tod respektiert.

In der theologischen Wertung nimmt Paulus im Römerbrief diese Betrachtung auf. Er sieht die Sterblichkeit des Lebens als vererbte Sünde („Erbsünde“) des ersten Sündenfalls. Er stellt der Sterblichkeit des Lebens theologisch folgerichtig die Auferstehung von Jesus Christus als Kontrapunkt gegenüber: „Wie nun durch die Sünde des Einen die Verdammnis über alle Menschen gekommen ist, so ist auch durch die Gerechtigkeit des Einen für alle Menschen die Rechtfertigung gekommen, die zum Leben führt.“ (Rö. 5, 18) Ostern hat deshalb eine so zentrale Bedeutung in der Kirche. Seitdem sind sowohl das Leben als auch der Tod neu zu definieren.

Der Tod hat nicht mehr nur die Dimension einer „natürlichen“ Vergänglichkeit, sondern wird als „Sold der Sünde“ (Rö. 6, 23) markiert und erhält damit den Charakter einer selbstgewählten Strafe. Trennung von Gott (Sünde) wird damit die letzte Ursache der Vergänglichkeit des Lebens überhaupt. Versöhnung mit Gott dagegen verheißt todüberwindendes Leben (Auferstehung der Toten) trotz des Sterbens. Die Offenbarung des Johannes schildert – unabhängig von der Erfahrung des individuellen Todes – das Ende von Zeit und Welt und verspricht den „neuen Himmel und die neue Erde“. Gott werde letztlich den Tod vernichten: „... und der Tod wird

nicht mehr sein, noch Leid und Geschrei noch Schmerz wird mehr sein; denn das Erste ist vergangen.“ (Offb. 21, 4) Neben dem individuellen Tod (erster Tod) ist die Vernichtung des Todes der sogenannte „zweite Tod“. Erst damit ist der neue (alte) paradiesische Zustand wiederhergestellt.

### LEBEN MIT DEM TOD

Weil wir nun „mitten im Leben vom Tod umfassen sind“, müssen wir mit der Vergänglichkeit leben. Erschwerend für die gegenwärtige Generation ist der Verlust einer überindividuellen Betrachtung des eigenen Lebens. Die zunehmend eindimensionale biologische Bewertung des Lebens seit der Aufklärung hat uns auch die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod genommen. Bereits Blaise Pascal hat die Stimmungslage wie folgt erfasst: „Da die Menschen unfähig waren, Tod, Elend, Unwissenheit zu überwinden, sind sie, um glücklich zu sein, übereingekommen, nicht mehr daran zu denken.“ Der Tod wird verdrängt und gesellschaftlich tabuisiert.

Die gewachsenen Möglichkeiten moderner Medizin haben zudem eine Angst vor der Leidverlängerung am Ende des Lebens hervorgebracht. Gepaart mit dem grundsätzlichen Recht auf Selbstbestimmung des Lebens steht auch die Frage eines selbstbestimmten Sterbens neu auf der Tagesordnung. Selbstbestimmter Suizid und die Forderung nach Zulassung aktiver Sterbehilfe gelten deshalb als mo-

derne Ansprüche an das Selbstbestimmungsrecht. Die kirchliche Tradition verweist zurecht darauf, dass das Leben weder selbstbestimmt begonnen wird, noch autonom gelebt werden kann. Immer stehen wir in Beziehungen zu anderen, denen wir das Leben verdanken und mit denen wir das Leben leben. Durch die Kette der Generationen hat der Gott des Lebens das menschliche Leben gestiftet und durch seine Menschwerdung und sein erlösendes Handeln am Kreuz besonders gewürdigt. Selbstbestimmtes Sterben als Suizid oder durch aktive Sterbehilfe negiert diese Beziehungszusammenhänge und ist nach kirchlichem Verständnis eine Zuspitzung menschlichen Autonomiestrebens seit dem Sündenfall.

Die Ehrfurcht vor der Individualität des von Gott gestifteten menschlichen Lebens gebietet auch den würdevollen Umgang in der Phase des Sterbens, bei und nach dem eingetretenen Tod. Die Kirche hat einen reichen Schatz seelsorgerlicher Kompetenz anzubieten, bewährte liturgische Rituale und eine Botschaft, die mit dem Tod umgehen kann. Das Gesangbuch bietet dabei eine unschätzbare Hilfe. Nicht nur in den Liedern (ELKG 308-331/ 542-544 unter der Rubrik „Tod und Ewigkeit“) finden sich bewährte Texte. Auch im Anhang des Gesangbuches finden sich Gebetshilfen und der Valetsegen (ELKG S. 1222-1229). Auch Psalmtexte wie z.B. der 23. Psalm (ELKG 609) sind ebenso volkstümlich wie hilfreich.

Selbstbestimmung des eigenen Lebens geschieht nie losgelöst von dem Gott, der das Leben zuerst geschenkt hat. Leid und Leidbewältigung sind ebenso Teil des Lebens und stellen eine Herausforderung an die dar, die davon (noch) nicht direkt selbst betroffen sind. Die Krankenhausarbeit, die Betreuung von alt gewordenen Menschen, Förderung der Palliativmedizin und die stationäre wie ambulante Hospizarbeit sind deshalb wesentliche Handlungsfelder diakonischer Verantwortung der Kirchen. Sterbende zu begleiten gehört zu den sieben Tugenden der Barmherzigkeit (Mt. 25, 35-36) und geschieht nicht nur hauptberuflich. Begleitete ehrenamtliche Mitarbeit in der Evangelischen Krankenhaushilfe („Grüne Damen und Herren“) oder der ambulanten Hospizarbeit sind hervorragende Aufgabengebiete für Christen.

Die Regelung individueller Selbstbestimmung für die Sterbephase des Lebens mit den Mitteln einer Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung stellen eine mögliche Hilfe dar. Sie dürfen nur in ihrer Wirkung nicht überschätzt werden.

Wichtiger noch als schriftliche Verfügungen sind die offenen Gespräche in der eigenen Familie. Die sollten zu den Zeiten bereits geführt werden, die noch vor einer Sterbephase liegen.

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

### FOLGERUNGEN FÜR DEN UMGANG MIT DEM TOD

- a) Der Tod ist biblisch gesehen nicht natürlich. Er erscheint als Anomalie des Lebens und wird so auch persönlich wahrgenommen. Alle Kreatur sehnt sich nach Leben. Dennoch müssen wir mit dem Tod leben. Er ist die existentielle Herausforderung für Lebende (Psalm 90,12 und Hebr. 2,15).
- b) Der eingetretene Tod ist nicht das Ende des ganzen Lebens. Lediglich der verwesliche Leib endet. Es gibt ein qualitativ anderes Leben nach dem Tod. (1. Kor. 15, 42-44)
- c) Gott will das Leben, nicht den Tod. (Joh.14,19) Deshalb hat er in die Überwindung des Todes investiert, hat seinen Sohn geopfert und hat mit dem Ostermorgen ein neues, todesresistentes Leben (ewiges Leben) gestiftet. Die Bibel hat eine „lebendige Hoffnung“ für das sterbliche Leben und erwartet die endgültige Vernichtung des Todes und einen neuen Himmel und eine neue Erde. (Offb. 21, 3-5)
- d) Sterben ist Teil des Lebens und muss deshalb begleitet werden. Formen der Sterbebegleitung sind weiter zu entwickeln und auszubauen. Aktive Sterbehilfe ist keine zulässige Form der Sterbebegleitung, da sie nicht das Sterben begleitet, sondern mit der Herbeiführung des Todes das Sterben aktiv be-

det. Sie ignoriert, dass Gott als Schöpfer des Lebens auch der ist, der dem Leben seine Zeit setzt. Unsere Zeit aber „steht in deinen Händen.“ (Ps. 31, 16)

#### Literaturempfehlungen:

- Ev.-Luth. Kirchengesangbuch (ELKG), 1988, Verlag SELK
- Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens; Materialheft der Woche für das Leben 1996
- Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens; Materialheft der Woche für das Leben 2004
- Martin Luther, Sermon von der Bereitung zum Sterben, in: Ev. Erwachsenenkatechismus, Bd. 2, S. 530, Gütersloh 1982
- Sterben hat seine Zeit – Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht; EKD-Texte 80, Hannover März 2005
- Vom christlichen Umgang mit dem Tod – Beiträge zur Trauerbegleitung und Bestattungskultur, hrsg. von Klaus Grünwaldt, Lutherisches Kirchenamt, Hannover 2004

(Pfarrer Stefan Süß, 04.03.2006)

### B STERBEN UND TOD IN DER GEGENWART

#### EINLEITUNG

Sterben und Tod sind unausweichlich. Alle Menschen, die vor uns gelebt haben, haben irgendwann vor der Herausforderung des Sterbens gestanden.

Wer wir auch sind, was wir auch tun oder getan haben: alle – ohne Ausnahme – sind dem Vorgang des Sterbens und des Todes ausgeliefert.

Sterben ist alles andere als eine geringfügige Herausforderung: Beim Sterben handelt es sich um die existentiellste, persönlichste und zugleich fremdeste Herausforderung.

Sterben und Tod sind immer mit Sorgen und Ängsten einhergegangen und zu keiner Zeit leicht zu ertragen gewesen. Dennoch sind in den verschiedenen Zeiten und Gesellschaften Menschen in recht unterschiedlicher Weise damit umgegangen. Was bedeuten uns in der heutigen Zeit Tod und Sterben? Wie gehen Menschen heute mit Sterben und Tod um?

#### STERBEN UND TOD VOR DEM HINTERGRUND GESELLSCHAFTLICHER VERÄNDERUNGEN

Sterben gilt bis weit ins 18. Jh. als ein Vorgang, dem eine hohe Aufmerksamkeit zukommt und bei dem Familie, Freunde,

Nachbarschaft und nicht zuletzt der Pfarrer eine große Rolle spielten.<sup>3</sup>

Insbesondere im 20. Jh. seit der Nachkriegszeit haben sich die gesellschaftlichen Bedingungen und Strukturen sehr verändert.

Die alten Primärgruppen wie Großfamilie und Nachbarschaft sind endgültig zerfallen. Der familiäre Rahmen ist aufgebrochen und auseinander gefallen. Die Großfamilie ist zur Kleinfamilie geschrumpft. Die Zahl der Kinder hat sich deutlich verringert. Viele Ehen werden geschieden. Die Zahl der Singlehaushalte steigt beständig an. Die Generationen leben für sich: junge und alte, aber auch gesunde und kranke Menschen leben in zumeist weitgehend getrennten Bereichen.

Diese Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur haben enorme Auswirkungen auf Sterben und Tod. Kennzeichnen lässt sich diese Entwicklung als eine ‚Privatisierung‘ von Sterben und Tod.

Für den Sterbenden hat sich die Bedeutung von Angehörigen und auch Nachbarschaft im Sterbeprozess deutlich verringert. Ein übergroßer Teil der Sterbenden stirbt nicht mehr zu Hause, sondern in Kranken- und Pflegeinstitutionen.<sup>4</sup> Viele Menschen sterben außerhalb ihrer vertrauten Umgebung und sind häufig weitgehend auf sich selbst gestellt.

Im öffentlichen Bewusstsein wird Sterben

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

und Tod an den Rand der Wahrnehmung gedrängt. Ein ‚verbotener Tod‘ kennzeichnet den Geist unserer Zeit. Menschen haben immer weniger und immer später im Leben Primärerfahrungen mit Sterbenden. Eine Thematisierung von Sterben und Tod findet zwar allenthalben statt; so richten beispielsweise verschiedene empirische Wissenschaften ihr Augenmerk auf die letzte Lebensphase des Menschen, etwa um Gesetzmäßigkeiten im Sterbeprozess zu erfassen; die Medien inszenieren den Tod auf vielfältige Weise. Und dennoch findet kein persönliches Erleben, keine persönliche Begegnung statt. Der Mensch bleibt in der Rolle des Zuschauers und erlebt den Tod als einen vorgespielten, fernen Tod. Eine reale Auseinandersetzung mit dem Ende des menschlichen Lebens stellt sich dagegen selten, und dann erst sehr spät. Ein Tod wird häufig geleugnet und sogar gegenüber Sterbenden verschwiegen. Sterben ‚tun‘ nur die anderen: Menschen werden nicht eher mit Tod und Sterben konfrontiert, bis es sie selbst trifft.<sup>5</sup>

Die Verbannung des Sterbens aus dem eigenen Gesichtsfeld hat zur Folge, dass eine Einübung von Sprache und Verhaltensweisen, um mit Sterbenden angemessen kommunizieren zu können, kaum noch möglich werden kann. Die fehlende Begegnung mit Sterbenden lässt die Fähigkeiten, Sterbebeistand zu leisten, unterentwickelt bleiben.

Dabei ist die Begleitung am Lebensende

eine besondere Herausforderung, sowohl für den Patienten als auch für die Angehörigen, für den Arzt, für das gesamte therapeutische Team und für alle Umgebenden. ‚Gesunde‘ sind durch die unheilbare Krankheit und den unabwendbaren Tod von Mitmenschen oft tief verunsichert und sprachlos, bewusste und oder unbewusste Abwehrmechanismen bestimmen ihr Verhalten gegenüber Todkranken. Die Begegnung mit dem Sterbenden löst Ängste aus. Eigene uneingestandene Todesängste werden virulent. Um sich selbst zu schützen, werden tiefer gehende und offene Gespräche mit den Todkranken vermieden. Es kommt zur Entfremdung auf beiden Seiten. Nur eine reife umfassende Kommunikation vermag die Isolierung und Vereinsamung des Sterbenden aufzubrechen und zu vermindern.

### STERBEN UND TOD IN DER SÄKULAREN GEMEINSCHAFT

Religiöse Bindungen können im Sterben Sinn und Kraft vermitteln. Sterben und Tod aus christlichem Selbstverständnis heraus bedeutet, sich mit der eigenen Autonomie der Fürsorge Gottes (und auch der Fürsorge von Menschen) übergeben zu können. Es ist die christliche Hoffnung, dass Gott den Menschen auch durch schwere Etappen begleitet und durch das Sterben hindurch führt. Der Lebensweg Jesu ist hier Leitbild und gibt Grund zur Zuversicht.

Durch Jesus Christus wird dem Tod eine neue Hoffnung zugewiesen. Die vorherige

Deutung des Todes als Sold der Sünde wird nun aufgebrochen und um einen neuen Horizont erweitert. Der Tod wird zu einem Übergang in ein neues, ewiges Leben, in ein Leben, in dem Leid, Krankheit, Tod keinen Platz mehr haben, in dem vielmehr eigenes Leben von Gott zur Vollendung geführt wird.

In der modernen Zeit sind christliche Orientierungen und Bindungen vielfach nicht mehr vorhanden. Mit der Aufklärung wurde die Vorstellung von der Autonomie des Menschen zu einer Leitidee des menschlichen Selbstverständnisses. Der moderne, säkularisierte Mensch versteht sich als autonom und unabhängig von Gott.<sup>6</sup> Eine Loslösung in diesem Sinne ist mit einer veränderten Bewertung und einem veränderten Erleben von Sterben und Tod verbunden.

Im Hinblick auf die letzte Lebensphase scheint ein wesentlicher Unterschied zu sein, dass eine Inanspruchnahme des Beistandes, des Trostes und der Hilfe Gottes im Sterben keine Option darstellt und mithin nicht möglich werden kann. Gleichwohl kann die außergewöhnliche Lebensphase des Sterbens und die damit verbundene existentielle Lebensbedrohung es auslösen, dass die Frage nach Gott plötzlich neu/wieder entdeckt und gestellt wird und eine neue Sehnsucht nach einem Gespräch mit Gott entstehen kann.

Auch die Einstellung zum Tod steht in einem veränderten Rahmen. Der Tod wird nunmehr sehr viel stärker als biologischer

Prozess, als ein Naturgeschehen verstanden, ... im Zuge dessen das Herz zu schlagen aufhört, die Zellen sich entwässern, der Mensch sich quasi auflöst. Das wissenschaftliche Verständnis des Todes wird zu einer wichtigen Grundlage für das Verständnis des Todes.

Der Tod, der nunmehr als Ende des Lebens verstanden wird, wird gleichsam zu einem Feind des Lebens und kommt einer Vernichtung des persönlichen Lebens gleich.

Das säkulare Verständnis vom Menschsein bildet die Basis für eine Forderung nach einem vollständigen Selbstbestimmungsrecht über das eigene Leben.

Bezogen auf das Lebensende leitet sich der Anspruch ab, das eigene Sterben nach eigenen Vorstellungen beherrschbar zu machen. Der Mensch solle sich selbst den Tod geben dürfen, wenn das Leben für ihn sinnlos, wertlos, lebensunwert erscheint, wenn es als unnötiger Heroismus anmutet, unheilbare Krankheit und Siechtum bis zum Ende zu ertragen, wenn es als unerträgliche Zumutung empfunden wird, den Tod bewusst zu erleiden, die Entmächtigung der Persönlichkeit im Sterben, die Überwältigung des Ichs durch die Krankheit zu ertragen.

### STERBEN UND TOD ANGESICHTS DER MODERNEN MEDIZIN

Der Vorgang des Sterbens wird heute in hohem Maße durch die moderne Medizin beeinflusst.

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Den Errungenschaften der Medizin ist zu verdanken, dass (zumindest in den Industriestaaten) der frühzeitige Tod weitestgehend verbannt werden konnte. Wir erleben nur selten, dass *junge* Menschen sterben, die meisten Personen sterben als alte Menschen.

Die Fortschritte der wissenschaftlichen Forschung haben es darüber hinaus möglich gemacht, dass selbst schwere Krankheiten/Verletzungen, wo zuvor der Tod unabwendbar gewesen war, geheilt werden können und eine Gesundung erfolgen kann. Im Hinblick auf die letzte Lebensphase des Menschen sind vor allem die palliativmedizinischen Entwicklungen von besonderem Wert, erreichen sie doch mit dem Ziel einer Schmerzlinderung eine deutlich verbesserte Lebensqualität von Sterbenden.<sup>7</sup>

Die moderne Medizin ist in ihrem Grundansatz auf Gesundung und Gesundheit ausgerichtet. Im Hinblick auf die letzte Lebensphase kann sich diese Zielrichtung als problematisch erweisen. Wenn medizinisches Handeln auch noch im Sterben darauf zielt, den unheilbar Kranken mit den verfügbaren medizinisch-technischen Optionen – mit dem Ziel einer Gesundung – zu behandeln, übersieht es die Notwendigkeit, Sterbende als solche wahrzunehmen und die besonderen Bedürfnisse von Sterbenden zu respektieren. Der sterbende Mensch droht zu einem Objekt einer me-

dizinischen Spezialisierung und Maschinerie zu werden, die seine besonderen Bedürfnisse am Lebensende hintenan stellt und den Sterbeprozess unverhältnismäßig beeinflusst.

Auch die Strukturen und Abläufe in den Krankenhäusern können in diesem Sinne fehlgreifen, wenn Tod, Sterben und die damit verbundenen tiefen seelischen Konflikte nur ungenügend Beachtung finden, wenn eine Einübung von Formen der Sterbebegleitung in Ausbildung und Praxis nur unzureichend erfolgt.

Eine Vereinnahmung des Sterbenden seitens der Medizin unterstützt die bereits aufgezeigte Tendenz einer Verlagerung des Sterbens in Krankenhäuser und Intensivstationen.

Die Vorrangstellung der technischen Medizin lässt ‚natürliches‘ Wissen der Sterbenden wie der Angehörigen darüber, welche veränderten Bedürfnisse im Sterben entstehen und welche besondere Formen einer Kommunikation erforderlich sind, verblassen. Die Professionalisierung und Bürokratisierung in Krankenhäusern und Pflegeheimen kann zu einer Entfremdung zwischen Sterbenden und Angehörigen beitragen.

Die hoch technisierte Medizin ruft bei vielen Menschen Ängste hervor. Befürchtet wird, als Sterbende einer künstlichen Lebens- und Leidensverlängerung ausgesetzt zu sein, nicht in Würde sterben zu können, wider den eigenen Willen künst-

lich am Leben erhalten zu werden, an Apparate angeschlossen zu sein, sinnlos zu leiden und einen menschenunwürdigen Tod zu sterben.

Das weit verbreitete Unbehagen an medizinischen Behandlungsformen am Lebensende und die in den letzten Jahren zunehmend geäußerte Kritik an einer mit allen Mitteln gegen den Tod ankämpfenden Medizin hat eine sehr offene und breite Diskussion über medizinisches Handeln ausgelöst. Zunehmend war der Ruf nach einer ‚anderen‘ Medizin zu vernehmen, die einem ganzheitlichen Ansatz folgt.

Eine Umorientierung scheint sich indessen abzuzeichnen. Wahrnehmbar ist ein Wertewandel, der die Schattenseite des medizinisch-technischen Fortschritts aufarbeitet und der die Vorstellungen vom menschenwürdigen Sterben neu ins Zentrum rückt. Die uralte Frage nach dem guten Tod – nach dem euthanatos – meldet sich in neuer Form wieder. Der Gedanke des Sterbenlassens – also die Vorstellung, an dem natürlichen Ablauf des Sterbeprozesses Maß zu nehmen – gewinnt zunehmend an Plausibilität. Die Mündigkeit des Patienten scheint gegenüber einem ärztlichen Paternalismus gestärkt zu werden.

### STERBEN UND TOD IM KONTEXT EINES EINSEITIGEN NÜTZLICHKEITSDENKENS

Sterben und Tod befinden sich offenkundig in einem Widerspruch zu den Zielen einer Gesellschaft, die in ihren Grundfesten einseitig auf Leistung / Jugend / Vitalität ausgerichtet ist. Sterbende werden bei einer nützlichkeitsorientierten Denkstruktur konsequenterweise zum Störfaktor. Richtet sich das Selbstverständnis einseitig an Kriterien wie Leistung, Leistungsfähigkeit, Nützlichkeit aus, werden bei stringenter Anwendung Sterbende zu ‚nicht-leistungsfähigen / unnützen‘ Menschen. Als wertlos / belastend eingeschätzt, werden Sterbende abgeschoben, an die Medizin delegiert, weitgehend Dritten überantwortet und gesondert behandelt.

Fortgesetzt wird dieser Argumentationsansatz von dem australischen Ethiker Peter Singer. Seine Überlegungen seien hier erwähnt, da sie weltweit Verbreitung fanden und ihnen in der aktuell geführten Auseinandersetzung eine große Aufmerksamkeit zukommt.

Singer entfaltet seine Ethik vor dem Hintergrund eines Weltbildes, welches die christlich-theologische Grundannahme von der Heiligkeit des Lebens, die auf metaphysischen Prämissen beruht, negiert. Personsein ergibt sich bei Singer aus der Summe der Fähigkeiten und Eigenschaften. Nicht die Zugehörigkeit zur Gattung

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Mensch mache den Menschen zu einer Person, sondern erst die charakteristischen Eigenschaften des Selbstbewusstseins, der Selbstkontrolle, des Sinns für Vergangenheit und Zukunft, die Fähigkeit Beziehungen zu knüpfen, sich um andere zu kümmern, in Kommunikation zu treten und Neugier zu zeigen. Der Wert eines Wesens richte sich ausschließlich nach den Fähigkeiten und Qualitäten des einzelnen Exemplars dieser Gattung.

Vor dem Hintergrund dieses Menschenbildes beginnt die moralisch relevante Basis des Lebensschutzes für Singer erst dort, wo ein Wesen aktiv Interessen verfolgen kann.

Bezogen auf ethische Fragestellungen am Lebensende tritt Singer mithin nicht nur für die freiwillige sondern auch für die nicht-freiwillige Euthanasie ein. Nicht-freiwillige Euthanasie wird als die Tötung von Menschen verstanden, bei denen die Kriterien des Personseins nicht vorliegen, d.h. z. B. bei unheilbar kranken oder schwer behinderten Säuglingen, bei Menschen, die durch Unfälle, Krankheit oder hohes Alter auf Dauer die Fähigkeit verloren haben, Entscheidungsprobleme zu realisieren, z.B. koma-töse Patienten.

Die Ethik Singers steht unzweifelhaft in einem deutlichen Gegensatz zur christlich-ethischen Lebensauffassung.

Im christlichen Spektrum ist jeder einzelne Mensch Selbstzweck und besitzt eine unantastbare Würde.

### STERBEN UND TOD UNTER DEM VORZEICHEN DER AKTIVEN STERBEHILFE

Die Ablehnung einer aktiven Sterbehilfe impliziert in ihrem Grundverständnis, Sterben als Bestandteil des menschlichen Lebens anzusehen und zu respektieren. Eine in diesem Sinne ausgerichtete Gesellschaft spricht allen Gliedern – dem Sterbenden ebenso wie dem Nicht-Sterbenden – unabhängig von Krankheit, Leiden, Demenz etc. eine ungebrochene Wertschätzung zu. Unverrückbar gilt die Gewissheit, dass niemand ‚vorzeitig‘ aus der Gemeinschaft ausgestoßen wird.

Eine legalisierte aktive Sterbehilfe<sup>8</sup> lässt für das Sterben ein verändertes gesellschaftliches Umfeld entstehen.<sup>9</sup>

Als gravierende Veränderung wird hier angesehen, dass mit der aktiven Sterbehilfe für den Sterbenden ein sozialer und psychischer Druck entsteht, der darauf ausgerichtet ist, sich für eine Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden.<sup>10</sup>

Durch unausgesprochene Erwartungen aus dem sozialen Umfeld, durch ein entsprechendes gesellschaftliches Klima kann ein (verborgener) Druck entstehen, wonach behinderte / unheilbar Kranke / alte Menschen es für anständig halten müssen, um den Tod zu bitten, damit sie den Angehörigen, die (vermeintlich) unter der Last der Krankheit leiden, nicht länger zur Last fallen, damit sie die Gemeinschaft entlasten, da Pflege und medizinische Be-

handlung überaus aufwendig sind, damit sie sich selbst befreien, da vom Leben nichts mehr zu erwarten sei.<sup>11</sup>

### PERSPEKTIVEN VON STERBEN UND TOD IN EINER ÜBER- ALTERNDEN GESELLSCHAFT

Perspektivisch sind in unserem Zusammenhang vor allem zwei Entwicklungen von Interesse:

Aufgrund des gesellschaftlichen Fortschritts hat sich das Lebensalter kontinuierlich erhöht. Es ist zu erwarten, dass die Lebenserwartung weiterhin ansteigen wird und damit die Menschen immer älter werden.

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird sich die Altersstruktur unserer Gesellschaft verschieben und der Anteil älterer Menschen (bezogen auf die Gesamtbevölkerung) deutlich ansteigen.

Beide Entwicklungen werden sich in gravierender Weise auf unsere Gesundheits- und Rentensysteme auswirken.

Unabwendbar ist, dass die ökonomischen Zwänge im Gesundheitssektor zunehmen werden. Ein Drittel bis die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben entsteht im Alter ab 65 Jahren; mit zunehmendem Lebensalter wird sich dieser Anteil weiter erhöhen. Die sich verschiebende Altersstruktur wird den Anteil der Beitragszahler deutlich verringern.

Die Notwendigkeit, eine sich zuspitzende

Mangelsituation bewältigen zu müssen, wird insgesamt den Maßstab der Wirtschaftlichkeit aufwerten und ökonomischen Effizienzkriterien eine höhere Bedeutung zuschreiben.

Vor diesem Hintergrund könnte sich eine zunehmende Akzeptanz der passiven Sterbehilfe einstellen. Eine Behandlung nicht zu beginnen, wenn der Prozess des Sterbens eindeutig und unaufhaltsam ist, einen Menschen ‚sterben‘ zu lassen und den Sterbeprozess technisch nicht zu überfremden, könnte im öffentlichen Diskurs wie auch in der medizinischen Praxis größere Selbstverständlichkeit erlangen. Vice versa würde z.B. eine künstliche Lebensverlängerung, insbesondere wenn sie unter hohem Aufwand geschieht, immer mehr in Frage gestellt werden.

In einer Gesellschaft mit einem unter Druck geratenen Gesundheitssystem und einer steigenden Zahl betagter, pflegebedürftiger Menschen könnte der Ruf nach aktiver Sterbehilfe lauter und deutlicher werden. Das verwendete Begründungsmuster würde dabei stärker ökonomische Erwägungen einbeziehen und bspw. die aktive Sterbehilfe als einen einfacheren und kostengünstigeren Weg darstellen als aufwendige Verfahren z. B. der Palliativmedizin oder Dauerpflege.

Kritische gesellschaftliche Entwicklungen können damit verbunden sein, dass verstärkt gesellschaftliche Kräfte sich der

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Problematik annehmen und freigesetzt werden. Bezogen auf unsere Betrachtung könnten in diesem Sinne soziale Bewegungen, Interessengruppen, Hospiz- und Sterbehilfegruppen etc. entstehen und an Bedeutung gewinnen.

### FAZIT

Die gesellschaftlichen Bedingungen zu Leben, Krankheit, Sterben, Tod haben sich im vergangenen Jahrhundert deutlich verändert. Zwei Entwicklungen sind dabei herausragend: Zum einen eine sog. ‚Privatisierung‘ und Tabuisierung von Sterben und Tod, zum anderen eine deutliche Beeinflussung des Sterbevorgangs durch die moderne Medizin.

Prognostizierte Entwicklungen in Form einer alternden Gesellschaft einerseits sowie einer steigenden Lebenserwartung andererseits werden den Gesundheitssektor in hohem Maße belasten. Das Bestreben nach einer menschenwürdigen Sterbebegleitung wird vor diesem Hintergrund dringlicher aber nicht einfacher werden.

Krankheit, Leiden und Tod bleiben auch unter veränderten gesellschaftlichen Verhältnissen eine beständige Anfrage und Herausforderung an menschliches Verhalten. Christliche Nachfolge verlangt es, den ihr eigenen ethischen Anspruch zu artikulieren, zu leben und dafür in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung einzustehen.

### Literaturempfehlungen:

- Eibach, Ulrich (1998): Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Eine theologisch-ethische Stellungnahme zur Frage der Euthanasie; Wuppertal
- Krefß, Hartmut (1999): Menschenwürde im modernen Pluralismus. Wertedebatte – Ethik der Medizin – Nachhaltigkeit; Hannover
- Rest, Franco (1997): Sterbebegleitung statt Sterbehilfe – Damit das Leben auch im Sterben lebenswert bleibt; Freiburg im Breisgau
- Schumpelick, Volker (Hrsg.) (2003): Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde – Ein deutsch-niederländischer Dialog; Freiburg im Breisgau

(Dr. Silke Bremer, 10.03.2006)

## C MEDIZIN AM ENDE DES LEBENS

### WORAN WIR STERBEN

In der Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland rangieren die Herz- und Gefäßerkrankungen an erster Stelle vor den bösartigen Neubildungen (Krebs). Unfälle sind selten und liegen noch hinter der Häufigkeit der Selbsttötung (Tabelle 1)<sup>12</sup>.

Tab. 1: Gestorbene und Todesursachen 2003  
Bundesrepublik Deutschland

Ursache	Anzahl	%
Alle Verstorbenen 2003	843.946	100,0
Krankheiten d. Kreislaufsystems	396.622	46,4
Bösartige Neubildungen	209.255	24,5
Krankheiten d. Atmungssystems	58.014	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems	42.263	4,9
Verletzungen/Vergiftungen (davon Verkehrsunfälle: ca. 7800)	34.606	4,1
Selbsttötung	11.150	1,3
Andere Krankheiten	102.036	11,9

Quelle: Statistisches Bundesamt

Etwas weiter aufgeschlüsselt und nach Geschlecht ergibt sich folgendes Bild (Tab. 2):

Tab. 2: Die 10 häufigsten Todesursachen 2003  
Bundesrepublik Deutschland nach Geschlecht

Frauen		
Ursache	Anzahl	Rang
Chronische Herzkrankheit	54.202	1
Herzinsuffizienz (Schwäche)	40.197	2
Akuter Herzinfarkt	29.550	3
Schlaganfall	24.562	4
Brustkrebs	17.173	5
Lungenentzündung	12.071	6
Bluthochdruck	11.438	7
Lungenkrebs	10.634	8
Darmkrebs	10.618	9
Zuckerkrankheit	10.393	10

### Männer

Ursache	Anzahl	Rang
Chronische Herzkrankheit	38.571	1
Akuter Herzinfarkt	37.679	2
Lungenkrebs	28.652	3
Herzinsuffizienz (Schwäche)	18.920	4
Schlaganfall	13.017	5
Sonst. Lungenkrankheiten	12.961	6
Prostatakrebs	11.510	7
Darmkrebs	9.307	8
Lungenentzündung	8.817	9
Alkohol. Lebererkrankung	7.752	10

### STERBEN UNTER UNERTRÄGLICHEM LEID

### PROBLEME DER PALLIATIVMEDIZIN

Die Palliativmedizin beschäftigt sich mit der Verbesserung der Lebenssituation von Menschen, deren Erkrankung nicht mehr heilbar ist. Sie befasst sich mit der Verbesserung der Lebensqualität und der Beherrschung von Komplikationen des Grundleidens. Dabei ist die Dauer der verbleibenden Lebensspanne kein Wert an sich.

An dieser Stelle muss auf das Problem hingewiesen werden, dass alle mit dem Leiden und Sterben eines Menschen Befassten vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen, Prägungen, Wünsche und Ängste handeln und behandeln. Dies gilt unabhängig von der Professionalität als Pflegenden oder Ärzte. Es ist stets zu

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

fragen, ob das (angestrebte, geforderte oder tatsächlich erfolgte) Handeln am Kranken uns selbst (und damit unseren Ängsten, Wünschen und Vorstellungen etc.), den Angehörigen (und damit deren Leiden) oder wirklich und zuerst dem Kranken gilt.

### LEBEN IM UNGLEICHGEWICHT UNSERER ORGANFUNKTIONEN – SCHWEBEZUSTÄNDE

Generell haben wir eine zunehmende Lebenserwartung; allerdings gelangen dadurch immer häufiger einzelne Organsysteme an ihre biologischen Grenzen. Unter unseren Lebensbedingungen entwickeln sich Alterung und Verschleiß in der Regel nicht harmonisch und gleichmäßig in allen Organbereichen. Geschädigte Organfunktionen können heute oft teilweise wiederhergestellt oder gar ersetzt werden. Auch dies ist nicht in allen Bereichen gleich gut möglich. So führt unsere verlängerte Lebenserwartung nicht automatisch zu einer Verlängerung der Lebenszeit, in der wir voll und ganz leistungsfähig sind. Unsere Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit wird meist durch das schwächste System bestimmt. Die Zeit, in der wir auf die Stützung oder den Ersatz bestimmter Körperfunktionen oder Hilfe oder Pflege angewiesen sind, wächst schneller als unsere absolute Lebenszeit.

### INTENSIVMEDIZINISCHES EINGREIFEN IM AKUTEN NOT- FALL – HANDLUNGSPRINZIPIEN – DAS PROBLEM DER PROGNOSE

Im Kern – und dies ist unser eigentliches Thema – geht es hierbei jedoch um Zustände, die zu einem großen Teil erst durch die Erfolge der modernen Medizin und der modernen Pflege entstanden sind. Wenn wir in einem lebensbedrohlichen Notfall medizinisch eingreifen, können wir zu diesem Zeitpunkt kaum abschätzen, wie das Ergebnis unseres Handelns am Ende auf Dauer aussehen wird. Wir sind in der Notfallsituation also nicht in der Lage, zweifelsfreie medizinische Prognosen zu stellen und können vorab nicht beurteilen, ob und wie derjenige, dem wir helfen, überleben wird. Akute Notfälle erfordern aber rasches Handeln. Aufgrund allgemein anerkannter und zwingender ethischer Handlungsanweisungen steht es uns auch nicht an, über Leben als Wert oder Unwert zu urteilen. Zusätzlich haben wir die Schwierigkeit, Helfen im Leidensprozess einerseits und das Leiden verlängernde Intervention andererseits klar und sauber auseinander zu halten.

Zu den genannten Zuständen zählen der Hirntod, das Wachkoma (apallisches Syndrom) (beides infolge von Unfällen wie auch nach Schlaganfällen, Herzinfarkten, Wiederbelebungsmaßnahmen u.ä.), langzeit-intensivmedizinische Behandlung als Folge von medizinischen Eingriffen, aber

auch bestimmte Pflegezustände chronisch Kranker, Demenzkranker und bei neuro-muskulär degenerativen Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose).

Der **Hirntod** ist ein Zustand des nicht aufhebbaren Komas; der Mensch ist dauerhaft nicht erweckbar. Das gesamte Gehirn unter Einschluss der tief liegenden Zentren im Hirnstamm ist endgültig untergegangen. Dadurch sind die organischen Orte und Repräsentationen der Persönlichkeit wie Bewusstsein, Erinnerung, Gefühl, Sinneswahrnehmung, aber eben auch die zentralen Regelvorgänge für z.B. Temperatur, Herzfrequenz, Atmung, Wasserhaushalt usw. unwiederbringlich ausgefallen. (Die Feststellung dieses Zustandes folgt einem verbindlichen Protokoll der Bundesärztekammer<sup>3)</sup> Durch intensivmedizinische Maßnahmen wie Beatmung, Infusionstherapie, Medikation, Temperierung usw. kann für einen kurzen Zeitraum – i.d.R. wenige Tage – eine begrenzte Erhaltung der Körperfunktionen erzielt werden. Das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Funktionen kann jedoch durch medizinische Maßnahmen auch nicht annähernd vollständig abgebildet werden. Zudem sind Eingriffe in den Körper (Infusionszugänge, Intubation, Magensonden, Blasenkatheter u.a.) notwendig, die eigene erhebliche gesundheitliche Risiken mit sich bringen. Dadurch kommt es immer nach einer gewissen Zeit zu einem zunehmenden Organversagen und zum Tode des restlichen Körpers. Dies ist

auch in einer Vielzahl von Veröffentlichungen aus der Transplantationsmedizin dokumentiert, in denen belegt wird, dass die Dauer des Zustandes „Hirntod“ einen großen Einfluss auf die Verwendbarkeit von Spenderorganen zur Transplantation und den Zeitpunkt sowie die Rate der Funktionsaufnahme hat.

Mit einer geschätzten Häufigkeit von ca. 3500-4500 Fällen pro Jahr handelt es sich um ein vergleichsweise seltenes Ereignis<sup>4)</sup>.

Die Situation beim **Wachkoma** (apallisches Syndrom – auch coma vigile oder persistent vegetative state genannt) liegt grundsätzlich anders: Hier sind die Hirnstammfunktionen erhalten und nach Stabilisierung der Akutsituation kann ein solcher Mensch ohne Intensivmedizin lange Zeit überleben. Es reicht die externe Nahrungszufuhr (z.B. über eine Magensonde), die Pflege zur regelmäßigen Stuhl- und Harnentleerung sowie die Vermeidung von Druckgeschwüren (Decubiti).

Die Prognose ist auf lange Sicht oft schwer zu stellen. Diese Menschen sind nicht hirntod und sind grundsätzlich keine Organspender.

Das **Apallische Syndrom** aus verschiedener Ursache wird für den Großraum Wien mit 1,9 Fällen/100000 Einwohnern/Jahr angegeben. Aus einer deutschen Studie werden nach Schädel-Hinverletzungen Apalliker mit einer Frequenz von 2-8/100000 Einwohner/Jahr erwartet. Dies

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

entspricht einer Häufigkeit von etwa 4000 Fällen im Jahr<sup>5</sup>.

Die vorgenannten Zustände sind nahezu vollständig auf die moderne Intensivmedizin zurückzuführen. Erst mit der Möglichkeit der Intubation und kontrollierten Beatmung und durch medikamentöse Stützung von Körperfunktionen konnten Menschen nach Wiederbelebung mit schwersten Hirnschädigungen und Ausfall von Körper-(regel-) funktionen eine gewisse Zeit überleben. Im Falle des Hirntodes mit Überleben des wiederbelebten Körpers sprach man daher früher vom „dissoziierten“ Hirntod.

Ursache dieser Zustände sind regelhaft schwere Hirnschädigungen z.B. durch Trauma, Sauerstoffmangel (Zustand nach Wiederbelebung bei Herzstillstand, Ertrinken, Erstickungstod usw.), Hirnschwellung (Folge vorgenannter Schädigungen sowie nach Schlaganfall und Vergiftungen etc.). Da es sich durchweg um akut eintretende Schäden handelt, erfolgt durch die herbeigerufenen Notärzte meist eine standardmäßige Reanimation (Wiederbelebung), da die Vorgeschichte meist nicht verfügbar ist und die Prognose zum Zeitpunkt der Hilfeleistung nicht abschätzbar ist, der bedrohliche Zustand aber sofortiges Handeln erzwingt. Die Prognose schwerer Hirnschädigungen lässt sich meist erst nach mehreren Tagen intensiver Beobachtung klären. Dazu kann es erforderlich sein, zunächst eingeleitete

Maßnahmen zur Schonung des Hirns, wie z.B. eine tiefe Narkose durch starke Schlafmittel (Barbiturate), zurückzufahren. Dann aber ist der körperliche Zustand des Geschädigten meist stabilisiert.

Bei akuten Ereignissen lässt sich Nutzen und das Ergebnis intensivmedizinischen Handelns nicht voraussehen, im Sinne des Gebots Leben zu erhalten können die Maßnahmen nicht diskutiert werden.

### GRENZE DER INTENSIVMEDIZIN BEI TODKRANKEN

In anderen Bereichen werden der Erfolg und die Möglichkeiten der Intensivmedizin erheblich überschätzt: Bei Patienten, die aufgrund von lebensbedrohlichen Infektionen, nach Operationen mit und ohne Komplikationen oder nach Unfällen, akuten Ereignissen (s.o.) in intensivmedizinische Behandlung geraten und im Verlauf ein Versagen mehrerer Organsysteme entwickeln, sind die Möglichkeiten langfristig das Leben zu erhalten begrenzt. Bei einem Drei-Organ-Versagen (z.B. Beatmungspflichtigkeit + medikamentöser Stützungsbedarf des Herzens + Nierenversagen) liegt die Wahrscheinlichkeit daran zu versterben bei 99%. Ebenso kann bei einem Tumorkranken im Endstadium das nacheinander eintretende Organversagen nicht verhindert, ja häufig nicht einmal verzögert werden. Auch komplizierende Ereignisse, wie z.B. eine schwere Infektion, die eine intensivmedizinische Be-

handlung notwendig machen, werden von Tumorkranken meist nicht überlebt<sup>6</sup>. Tumorerleiden schädigen nicht allein durch aggressives Wachstum den Organismus, sondern gehen auch mit Störungen der Immunabwehr und der Verwertung von Nahrungsstoffen auf allen Ebenen des Stoffwechsels einher. Auch kann die Zerstörung z.B. der Lunge oder der Leber durch Metastasen oder die Verlegung der Darmpassage durch Tumorwachstum ebenfalls meist nicht medizinisch kompensiert werden.

„Apparate-Medizin“ kann letztlich keinen Krebskranken langfristig am Leben halten. Ihr Einsatz wird zudem normalerweise stets vor dem Hintergrund der Prognose des Grundleidens unter Betrachtung der erreichbaren Lebenserwartung und Lebensqualität erwogen. Dies geschieht nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund eines vernünftigen Umgangs mit den zur Verfügung stehenden Mitteln. Bei begrenzten Mitteln hat dies eben auch eine ethische Dimension.

„Apparate-Medizin“ (Beatmung, Dialyse, Reanimation usw.) wird aber sicher dann zum Einsatz auch beim Tumorkranken kommen, wenn dies im Rahmen z.B. einer palliativen operativen Maßnahme aufgrund von noch beherrschbar erscheinenden Komplikationen erforderlich ist und dem Ziel des mit dem Patienten besprochenen Eingriffs dient. Dabei können im Einzelfall ähnlich wie bei der Versorgung von Akut-

notfällen unerwünscht Grenzsituationen wie die oben beschriebenen auftreten. Sie entstehen dann aber in der Regel vor dem Hintergrund einer ähnlichen Entscheidungsproblematik.

Mit dem starken Abheben auf die Abwehr unerwünschter „Apparate-Medizin“ treffen daher viele Patiententestamente und -verfügungen nicht die Wirklichkeit.

### DIE INTERVENTION BEI PATIENTEN IN LANGZEITPFLEGE UND DEMENZKRANKEN

Problematischer ist allein schon aufgrund der hohen Zahl die Versorgung von Zuständen, die in der Folge von Demenzerkrankungen unterschiedlicher Ursache sowie bei neuromuskulär-degenerativen Erkrankungen entstehen. Wir müssen in der Bundesrepublik von z.Zt. ca. 950.000 Demenzkranken und über 200.000 Neuerkrankungen jährlich ausgehen<sup>7</sup>. Es handelt sich in der Regel um Erkrankungen, die oft sehr langsam fortschreiten und bei denen keine medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten i.S. einer grundlegenden Besserung oder gar Heilung bestehen.

Hier sind in der Regel die eigentlichen Vitalfunktionen (Atmung, Herz-Kreislaufregulation, Verdauung, Nierenfunktion) (noch) nicht wesentlich geschädigt, jedoch ist eine eigenständige Versorgung nicht mehr möglich. Es sind hier die pflegerischen Maßnahmen (Nahrungsaufnahme,

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Mundpflege, Hautpflege, Stuhlregulation, Urinableitung etc.) und im gewissen Umfang krankengymnastische Verfahren, die ein Langzeitüberleben der Kranken und Pflegebedürftigen ermöglichen. Dabei schreiten oft andere den Kranken belastende Zustände unaufhaltsam fort, wie z.B. die Ausbildung von schmerzhaften Muskelschrumpfungen (Kontrakturen).

Einige Maßnahmen haben allein unterstützende Wirkung (z.B. Haut- und Mundpflege, Stuhlregulierung u.a.) und sollen die Lebensqualität heben und zusätzliche Schäden (z.B. Decubitus) vermeiden; andere sind bereits invasiv, wie das Legen eines Blasenkatheters, sie sind aber allgemein akzeptiert, da sie keines besonderen operativen Aufwandes bedürfen und sie die Pflege erleichtern (hier: z.B. Vermeiden ständigen Einnässens), Beschwerden lindern können (hier: Blasenkrämpfe bei gestörter Entleerung) und Folgeschäden vorbeugen (hier: Störung der Nierenfunktion). Ein positiver Nettoeffekt ist regelhaft vorhanden, da die Nutzen (s.o.) die Eigen-Risiken (z.B. Infektionen) dieser Maßnahmen meist überwiegen.

Der Ausfall einer geregelten Nahrungsaufnahme, sei es durch Schluckstörungen, sei es durch Fehlen zielgerichteten Handelns, sei es durch Lähmung, wird oft durch das Legen von Ernährungssonden (PEG = Perkutane Endoskopische Gastrostomie; meint: Das Legen einer Ernährungssonde in den Magen durch die Haut

unter Kontrolle einer gleichzeitigen Magenspiegelung) behoben. Dabei ist dieser Vorgang keineswegs mit dem Legen eines Blasenkatheters vergleichbar: Es handelt sich tatsächlich um einen operativen Baueingriff, und je nach Technik ist eine Allgemeinnarkose und eine stationärer Krankenhausaufenthalt (meist sind die Patienten nicht mehr in der Lage den Eingriff zu verstehen und mitzuarbeiten) notwendig. Das Legen von Ernährungssonden über ein Gastrostoma (künstlicher Zugang durch die Bauchdecke) hat zwar nur eine eingriffbezogene Komplikationsrate von ca. 2%, dennoch besteht eine erhebliche Kurzzeit-Sterblichkeit (es wird eine 30-Tage-Mortalität von 28% genannt<sup>18</sup>, wobei diese vom Grundleiden und vom Zustand des Patienten abhängt. Die Langzeitkomplikationen liegen zwischen 50% und 70%<sup>19</sup>).

Dabei kann wider Erwarten nicht einmal generell ein positiver Effekt auf die Ernährungssituation des Patienten mit entsprechenden positiven Nebenwirkungen wie der Vermeidung von Decubiti, als bewiesen gelten.

Es gibt daher in der Fachliteratur eine zunehmend kritische Diskussion um das Legen von Magensonden, zumal es sich doch um einen erheblich invasiven Eingriff handelt und nicht um eine einfache pflegerische Maßnahme.

Dabei ist die Frage nach der Lebensqualität des so Ernährten noch gar nicht gestellt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Patienten in den genannten Zuständen,

va. auch Alte, keineswegs bei unzureichender Ernährung an Hunger- und Durstgefühl leiden müssen.

Noch weitergehende Maßnahmen, wie die Langzeitbeatmung oder die chronische Hämodialyse sind sowohl bei Tumorpatienten im Endstadium wie auch in der Endphase der erwähnten neuromuskulär degenerativen Erkrankung sowie der Demenzerkrankungen kein Gegenstand ernsthafter medizinische Handlungsstrategien.

Umfragen und wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die meisten Menschen in unserem Kulturraum für sich selbst die Anlage einer PEG bei Demenz ablehnen.

Dies kann jedoch häufig nicht über ein Patiententestament verhindert werden, da hier Situationen vorausbedacht werden müssen. Dies ist detailliert und treffend häufig nicht möglich. Wirksamer scheint die Vorsorgevollmacht zu sein, die einer eingesetzten Vertrauensperson entsprechenden Handlungsspielraum lässt.

### PALLIATIVE INTERVENTION

Ein weiterer Problembereich ist die Indikationsstellung für medizinische Maßnahmen bei Patienten mit eingeschränkter Lebenserwartung. Hier müssen Abwägungen zwischen Lebensqualität, erreichbarer Lebensdauer und Belastung durch einen Eingriff an sich sowie Belastungen,

die sich aus dem Eingriffsergebnis ergeben, getroffen werden. Es handelt sich einerseits um palliative Maßnahmen (z.B. Metastasen Chirurgie, Anlage eines künstlichen Darmausgangs bei Darmverschluss u.ä.) oder um Maßnahmen zur Behandlung einer mit der Grundkrankheit nicht in Zusammenhang stehenden Störung.

Hier geht es um Wirkungen und Nebenwirkungen medizinischen Handelns und deren Akzeptanz durch Patienten und deren Umfeld. Allerdings wird hier der Patient häufig noch selbst der maßgebliche Entscheidungsträger sein.

### PLANUNGSHILFE

Alle medizinischen und pflegerischen Entscheidungen am Lebensende sollten danach schauen, welche Belastungen sie für den Betroffenen mit sich bringen. Sie müssen sich daran orientieren, ob sich bei fehlender Heilungsaussicht die Lebensqualität erhalten bzw. verbessern lässt. Die absolute Lebensspanne spielt eine eher nachgeordnete Rolle. Das wesentliche Problem ist nicht der Einsatz der Intensivmedizin, sondern der Eintritt der Pflegebedürftigkeit bei Nachlassen oder gar Verschwinden der eigenen Entscheidungsfähigkeit. Diese Zustände sind von der Anzahl der Betroffenen wie von der Zeitdauer der zu regelnden Zustände her bei weitem das größte Problem. Wenn der letzte Lebensabschnitt dem eigenen Willen nach gestaltet werden soll, muss dies erkannt werden. Die eigene

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Einstellung zu Leben und Sterben muss mitgeteilt und sichtbar werden. Zudem ist es oft wichtiger, eine vertraute Person mit der Wahrnehmung der eigenen Interessen rechtzeitig zu betrauen, als jede denkbare Situation am Lebensende durch schriftliche Verfügungen abdecken zu wollen.

Der gewünschte Ausschluss z.B. einer Wiederbelebung kann nur durchgesetzt werden, wenn die Lebenserwartung deutlich verkürzt ist und behandelnden Ärzten und Pflegekräften dieser Wunsch bekannt geworden ist. Hierzu sollte man nach Möglichkeit selber informieren. Wichtiger als Detailfragen sind in der Praxis die innere Schlüssigkeit einer Verfügung und deren Mitteilung.

(Dr. Rüdiger Klän, 21.03.2006)

### D WANN IST STERBEHILFE ERLAUBT?

#### I. EINLEITUNG

Die Frage nach der Zulassung aktiver Sterbehilfe im Sinne einer bewussten, zielgerichteten Tötung eines Schwerstkranken oder unheilbar Kranken wurde in den vergangenen Jahren immer wieder öffentlich gestellt. Hintergrund bildeten meist spektakuläre Fälle, wie der einer an ALS (amyotropher Lateralsklerose, einer unheilbaren Nervenerkrankung, die zu fortschreitender Muskel- und Atemlähmung führt) erkrankten Engländerin, die versuchte, ihren Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ge-

richtlich legitimieren zu lassen. Die Patientin starb vor Abschluss des Gerichtsverfahrens an den Folgen ihrer Erkrankung.

Die politischen Parteien in Deutschland standen dem Thema der aktiven Sterbehilfe lange Zeit nahezu einhellig ablehnend gegenüber. Hintergrund hierfür war wohl in erster Linie das Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten, dem ca. 100.000 geistig oder psychisch kranke Menschen zum Opfer fielen. Gesetzesänderungen in den Niederlanden und in Belgien haben die Diskussion jedoch auch in Deutschland erneut angestoßen. Beide Länder haben in den vergangenen Jahren die aktive Sterbehilfe gesetzlich zugelassen. In der Schweiz wird derzeit über ärztlich assistierten Selbstmord gestritten. Diese Entwicklungen habe bei uns Wirkung gezeigt – umso mehr als hierzulande (außer für die aktive Sterbehilfe) klare gesetzliche Regelungen bisher fehlen. Aber auch wenn ein entsprechendes Gesetz erlassen werden sollte, werden viele Fragen offen und weite Bereiche – wie bisher – dem Ermessensspielraum der Justiz überlassen bleiben.

Die Rechtsprechung hat bisher in manchen Fällen eher zur Verwirrung als zur Klärung der rechtlichen Situation beigetragen. Die Gerichte der unteren Instanzen haben nicht immer einheitlich entschieden und selbst die Urteile des Bundesgerichtshofes sind umstritten und teil-

weise widersprüchlich. Der von der Vorgängerregierung vorgelegte Gesetzesentwurf, der hier Klarheit schaffen sollte, erwies sich als politisch und gesellschaftlich nicht konsensfähig und wurde nicht weiterverfolgt. Ob eine neuerliche Gesetzesinitiative hier Klarheit schaffen wird, ist derzeit nicht absehbar.

### II. WAS IST STERBEHILFE?

Bei der Frage, wann und unter welchen Voraussetzungen Sterbehilfe erlaubt ist, sind vier Fallgruppen zu unterscheiden:

#### 1. Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung eines Menschen oder die Beschleunigung des Todesintritts. Bittet der Kranke ausdrücklich um seine Tötung, so wird derjenige, der ihn aufgrund dessen tötet, wegen **Tötung auf Verlangen** bestraft (§ 216 Strafgesetzbuch). Fehlt es an einem ausdrücklichen und ernsthaften Verlangen des Getöteten, kommt eine Strafbarkeit wegen **Totschlags** (§§212, 213 StGB) oder wegen Mordes (§211 StGB; wie beispielsweise bei den Tötungen im Rahmen des NS-Euthanasie-Programms) in Betracht. Diese Fälle der **aktiven Sterbehilfe** sind also stets strafbar.

#### 2. Indirekte Sterbehilfe

Unter indirekter Sterbehilfe wird die Schmerzlinderung mit lebensverkürzender Wirkung als Nebenfolge bezeichnet. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat aus-

drücklich anerkannt, dass ein Arzt einem Kranken in der letzten Phase seines Lebens schmerzstillende Medikamente auch dann verabreichen darf, wenn diese als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können.

#### 3. Passive Sterbehilfe

Ergibt die medizinische Prognose zur vollen ärztlichen Gewissheit, dass eine ursächliche Leidensbekämpfung nicht möglich ist, so braucht der Arzt eine solche nicht zu beginnen und ist auch nicht verpflichtet, in den natürlichen Ablauf der Dinge weiter durch lebensverlängernde Maßnahmen einzugreifen, **sofern dies dem Patientenwillen entspricht**. Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen wie z.B. Beatmung, Bluttransfusionen oder künstliche Ernährung ist also für den Arzt **straffrei**, wenn – so die bisherige Rechtslage – das Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen hat.

Diese Einschränkung hat in der Praxis wiederholt zu Unklarheiten geführt. Denn ein entscheidungsfähiger Patient kann selbstverständlich jederzeit jede denkbare Behandlung ablehnen und zwar auch dann, wenn sein Grundleiden keineswegs zwangsläufig tödlich verläuft. Er muss sich – auch bei noch so guten Heilungschancen – keiner Therapie unterziehen. Ist der Patient jedoch zum Zeitpunkt der anstehenden Entscheidung über eine

Therapie nicht mehr selber entscheidungsfähig, so hat der BGH in einem Beschluss aus dem Jahre 2003<sup>20</sup> entschieden, dass ein Behandlungsabbruch nur dann zulässig ist, wenn das Grundleiden unumkehrbar ist und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird. Vorher müsse jedoch – so der Bundesgerichtshof – eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eingeholt werden. Dies sollte nach dem äußerst umstrittenen Beschluss auch dann gelten, wenn der Patient in einer Patientenverfügung eine anderweitige Festlegung getroffen hat (in diesem Fall hatte der Patient bestimmt, bei irreversibler Gehirnschädigung die künstliche Ernährung einzustellen). Eine neuere Entscheidung aus dem Jahr 2005<sup>21</sup> zeigt dagegen eine etwas liberalere Tendenz. Nach diesem Beschluss soll eine Entscheidung des Vormundschaftsgerichts nur dann erforderlich sein, wenn zwischen dem behandelnden Arzt und dem Vertreter (Betreuer oder Bevollmächtigter) des entscheidungsunfähigen Patienten Uneinigkeit über einen Abbruch der medizinischen Behandlung besteht.

#### 4. Mitwirkung am Selbstmord

Die Selbsttötung ist nach deutschem Recht straflos. Deshalb wird auch derjenige nicht bestraft, der zu einem freiverantwortlichen Suizid anstiftet oder Beihilfe leistet.

Allerdings kann schon das bloße Geschehenlassen des Suizids strafbar sein, wenn

sich ein Kranker selbst tötet, der – beispielsweise wegen psychiatrischer Befunde – den Entschluss zum Selbstmord nicht freiverantwortlich fassen konnte. Derjenige, der eine sog. Garantenpflicht hat (also eine besondere Verpflichtung gegenüber dem Getöteten, beispielsweise wegen enger persönlicher Bindung, Verwandtschaft oder als Arzt), kann sich der **Tötung durch Unterlassen** strafbar machen (§§ 212, 213 StGB); wer nicht Garant ist, kann wegen **Unterlassener Hilfeleistung** (§ 323 c StGB) belangt werden.

Nach der Rechtsprechung besteht aber auch bei einem freiverantwortlichen Selbsttötungsversuch von dem Zeitpunkt an, wo der Suizident handlungsunfähig wird, die Pflicht, ihn zu retten. Ein Arzt muss also eingreifen, wenn er seinen Patienten, der eine Überdosis Schlaftabletten eingenommen hat, bewusstlos auffindet und noch die Möglichkeit zur Rettung besteht.

### III. FALLBEISPIELE

#### 1. Aktive Sterbehilfe

##### 1.1. Tötung auf Verlangen

Der 54-jährige M. leidet seit 8 Jahren an amyotropher Lateralsklerose. Die unheilbare Nervenerkrankung führt zu fortschreitender Muskel- und Atemlähmung. Seit einem halben Jahr kann M. nur noch den Kopf bewegen. Der gut informierte und klar denkende M. weiß: Bald wird er wahrscheinlich ersticken. Deshalb bittet er

seinen Arzt mehrfach um eine todbringende Spritze. Sein Wunsch findet Gehör. Der Arzt injiziert ihm ein tödliches Gift. Wenige Minuten später ist M. tot.

*In Deutschland hätte sich der Arzt strafbar gemacht. Aktive Sterbehilfe ist nach § 216 des Strafgesetzbuches (StGB) verboten. Der Strafrahmen für diese „milde“ Form des Totschlags (milde, weil das Opfer um die Tötung gebeten hat) liegt zwischen 6 Monaten und fünf Jahren Gefängnis, im Falle einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von bis zu 2 Jahren ist auch eine Bewährungsstrafe möglich.) In Europa ist aktive Sterbehilfe nur in den Niederlanden und in Belgien unter strengen Auflagen erlaubt. Nach offiziellen Angaben starben in den Niederlanden im Jahr 2003 1815 Patienten auf diese Weise.*

##### 1.2. Mitleidstötung im Krankenhaus

Eine Krankenschwester versorgt eine 72-jährige, bettlägerige Patientin. Die Patientin hat mehrere Schlaganfälle erlitten und ist halbseitig gelähmt. Doch die lebenslustige Frau äußert nie, dass sie sterben möchte. Nach einem weiteren Schlaganfall und anschließender Wiederbelebung liegt sie nun seit drei Wochen im Koma. Die Krankenschwester kann „dieses Leiden nicht länger mit ansehen“ und gibt ihr eine tödliche Dosis Kaliumchlorid in die Infusion. Eine Stunde später ist die Patientin tot.

*Vor Gericht müsste sich die Krankenschwester wegen Totschlags (§ 212 StGB) oder wegen Mordes (§ 211 StGB) verantworten. Eine mildere Bestrafung wegen Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe, § 216 StGB) käme nicht in Betracht. Die Patientin hat vor ihrer Bewusstlosigkeit weder erklärt noch angedeutet, dass sie getötet werden wolle, sollte sie in diese Lage kommen. Die Einwilligung der Patientin in die Tötung fehlt also – und das ist für die Frage, ob ein Tötungsdelikt als aktive Sterbehilfe zu qualifizieren ist, entscheidend.*

#### 2. Indirekte Sterbehilfe

##### 2.1. Tod als Nebenwirkung einer Behandlung mit Einwilligung des Patienten

Der 46-jährige S. leidet an fortgeschrittenem Kehlkopfkrebs. Ihn quälen starke Schmerzen, Atemnot und Vernichtungsängste. Der Tumor hat den Hals bis zur Halsschlagader infiltrierte. S. droht an einer chronischen Sickerblutung zu sterben. Die Ärzte raten zur Gabe von hochdosiertem Morphium, S. willigt ein. Nach Anhängen des Tropfs wird er ruhiger, atmet langsamer, fällt in einen Dämmerzustand und stirbt zwei Tage später.

*Die Ärzte haben den sterbenden S. „terminal sediert“: Morphium beseitigte seine Schmerzen, Atemnot und Unruhe, führte aber auch zu einer verminderten Atmung und damit möglicherweise zu einem schnelleren Tod. Die Ärzte haben*

*legal* gehandelt, auch wenn sein Tod durch die Gabe von Morphium beschleunigt worden ist. Denn sie nahmen den Tod nur in Kauf, beabsichtigten ihn aber nicht. Die Grenzziehung zwischen Absicht und Inkaufnahme mag im Einzelfall fließend sein. Manch ein Arzt mag angesichts schier unerträglichen Leidens durchaus auch hoffen, dass die Gabe des symptomlindernden Medikaments zu einem schnelleren Tod führt. Entscheidend ist, dass die Gabe von Morphium hier medizinisch sinnvoll (nämlich geeignet zur Bekämpfung der Leiden des Patienten) war und dass dies auch das erste Ziel der Behandlung war: Das Medikament sollte die Leiden lindern.

## 2.2. Tod als Nebenwirkung einer Behandlung, Patient ist bewusstlos

Nach einem Motorradunfall liegt ein 44-jähriger im künstlichen Koma. Im Krankenhaus zieht er sich eine Lungenentzündung zu. Diese führt zu einer Sepsis. Mehrere Organsysteme drohen zu versagen. Die Ärzte müssen starke Antibiotika einsetzen. Sie wissen, dass dies die ebenfalls verletzte und durch die Sepsis weiter geschädigten Nieren des Patienten belastet. Der Therapieversuch scheitert: Das Multiorganversagen schreitet fort, der Patient stirbt letztlich an Nierenversagen.

*Wie im vorangegangenen Beispiel bekämpfte die Behandlung hier nicht nur die Symptome, sondern barg das Risiko,*

*das Leben des Patienten zu verkürzen. Die Ärzte haben auch in diesem Fall rechtmäßig gehandelt. Denn die Behandlung war medizinisch indiziert. Der Patient war zwar bewusstlos, alles spricht aber dafür, dass die Behandlung in seinem Sinne war.*

## 2.3. Tod als Nebenwirkung einer Behandlung gegen den Widerspruch des Patienten

Ein Gebärmuttertumor hat sich überall im Körper einer 34-jährigen ausgebreitet. Die Patientin liegt im Sterben. Um ihre Schmerzen zu lindern, wollen die Ärzte hochwirksame Schmerzmittel geben. Die Patientin lehnt ab. Sie wolle nicht „wegdämmern“, sondern „klar im Kopf“ bleiben und die verbleibende Zeit mit ihrer Familie verbringen. Die Ärzte geben ihr dennoch unbemerkt Morphium, weil sie das für medizinisch richtig halten. Die Frau verliert langsam das Bewusstsein und stirbt wenig später.

*Wie in Fall 2.1. haben die Ärzte die Frau „terminal sediert“ und dabei als Nebenwirkung ihren schnelleren Tod in Kauf genommen. Doch anders als in dem oben zitierten Fall lehnte die Patientin die Behandlung ausdrücklich ab. Deshalb haben sich die Ärzte der Körperverletzung (§ 223 StGB) strafbar gemacht. Gegen den Willen des Patienten dürfen Ärzte nicht behandeln. Dies gilt ausnahmslos für alle Maßnahmen, auch für solche, die medizinisch sinnvoll sind.*

## 3. Passive Sterbehilfe

### 3.1. Begrenzung oder Nichtaufnahme einer Behandlung, weil der Patient es so wünscht

Der 29-jährige J. stürzt mit dem Fahrrad und wird ins Krankenhaus eingeliefert. Diagnose: mehrere Rippenbrüche, Nierenriss, Schädelbasisfraktur. Um die inneren Blutungen zu stoppen müssen die Ärzte sofort operieren. J. lehnt die Operation und die Gabe von Bluttransfusionen aus religiösen Gründen ab. Es sei den Menschen nicht gegeben, „Gottes Werk zu verändern“. Nach einer halben Stunde ist J. verblutet.

*Lebensverlängernde Behandlungen abzubrechen oder sie gar nicht erst aufzunehmen ist zulässig, wenn der Patient dies will. Das gilt auch dann, wenn wie im Fall J. die Behandlung medizinisch sehr sinnvoll und auch erfolversprechend ist. Es wäre den Ärzten sogar verboten gewesen, J. gegen seinen Willen zu behandeln. Das Recht eines Patienten, eine Behandlung abzulehnen – und mag sie auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einer vollständigen Heilung führen – ist Ausdruck seines Selbstbestimmungsrechts, seines Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 2 Grundgesetz) und letztlich seiner Menschenwürde (Art. 1 GG).*

### 3.2. Begrenzung oder Nichtaufnahme einer Behandlung gemäß Patientenverfügung

Ein 69-jähriger erleidet im November 2000 einen Herzinfarkt, der zu einem hypoxischen Hirnschaden führt. Seitdem liegt er im Wachkoma und wird über eine Magensonde ernährt. Der Sohn des Patienten, der zugleich sein gesetzlicher Betreuer ist, verlangt die Einstellung der Ernährung. Er verweist auf eine Patientenverfügung seines Vaters, in der dieser festlegt, im Falle „irreversibler Bewusstlosigkeit“ und „schwerer Dauerschäden des Gehirns“ nicht mehr ernährt werden zu wollen. Der Patient stirbt schließlich.

*Mit diesem Fall befasste sich der Bundesgerichtshof im März 2003. Er entschied: Bei bewusstlosen Patienten müssen medizinisch sinnvolle, lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies dem zuvor geäußerten Willen des Patienten entspricht. Eine mögliche Dokumentation des Patientenwillens ist die Patientenverfügung, die der Vertreter des Patienten durchsetzen soll. Der BGH legte zudem fest, dass das „Grundleiden“ einen „irreversiblen tödlichen Verlauf“ genommen haben muss und im Falle eines Konflikts zwischen Arzt und Betreuer über den Willen des Patienten das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden müsse. Beides ist heftig umstritten.*

### 3.3. Begrenzung oder Nichtaufnahme einer Behandlung gemäß mutmaßlichem Willen

1990 erleidet die 70-jährige E. einen Herzstillstand. Sie wird wieder belebt und trägt einen irreversiblen Hirnschaden davon. E. ist nicht mehr ansprechbar und wird mit einer Magensonde ernährt. Ihre Vitalfunktionen bleiben stabil. Ihr Sohn und ihr Arzt wollen 1993 die künstliche Ernährung einstellen lassen. Seine Mutter, sagt der Sohn später, habe früher geäußert, sie wolle nicht als Schwerstpflegefall enden. Das Pflegepersonal weigert sich. Der Fall durchläuft die Instanzen. Frau E. stirbt im Dezember 1993 an einem Lungenödem.

1994 entschied der BGH, dass ein Behandlungsabbruch auch in einem solchen Fall **zulässig sein kann**. Dieser Fall ähnelt dem vorangegangenen Fall. Unterschied: Es gab keine Patientenverfügung, deshalb musste der mutmaßliche Wille der Patientin ermittelt werden. Aber wie? Nach dem Gerichtsurteil kommt es auf „frühere mündliche und schriftliche Äußerungen“, „religiöse Überzeugungen“ und „persönliche Wertvorstellungen“ an. Führe das nicht zu einem Ergebnis, „so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen“. Wie der mutmaßliche Willen zu ermitteln ist, ist umstritten. Im Fall E. entschied das Landgericht Kempten, dass der Behandlungsab-

bruch dem mutmaßlichen Willen der Patientin entsprochen hätte.

### 3.4. Begrenzung oder Nichtaufnahme einer Behandlung gegen den Patientenwillen

Vor drei Jahren bekam H. die niederschmetternde Diagnose: Lungenkrebs. Seitdem hat sich sein Zustand verschlechtert. Eine Lungenoperation konnte ihn nicht heilen. Der Tumor hat in das Gehirn, die Leber und die Knochen gestreut. H. verlangt eine weitere Operation an der Lunge. Die Ärzte verweigern dies. Angesichts von H.'s Zustand ist ihr Therapieziel nicht mehr die Heilung, sondern die Symptomlinderung. Einen weiteren Eingriff halten sie für nicht mehr indiziert.

Tatsächlich dürfen die Ärzte eine Behandlung ablehnen oder abbrechen, wenn sie diese für nicht (mehr) sinnvoll halten. Kein Arzt kann dann zu einer Behandlung gezwungen werden – der Wille des Patienten spielt dabei – strenggenommen – keine Rolle. Anders herum gilt aber: Ist eine Behandlung medizinisch indiziert und verlangt der Patient nach ihr, dann müssen die Ärzte behandeln.

### 4. Mitwirkung am Selbstmord Beihilfe zum Selbstmord: der Hackethal-Fall

1984 besorgt der Arzt Julius Hackethal Zyankali für seine Patientin Hermy Eckert. Die Frau leidet an Tumoren im Gesicht und

in der Oberkieferhöhle. Eckert hat schwere Gesichtsschmerzen und kann kaum noch essen. Ihre Krankheit hält man für unheilbar. Mehrfach äußert sie den Wunsch zu sterben. Hackethal stellt Eckert das Gift zur Verfügung. Sie nimmt es ein und stirbt.

Hackethal wird angeklagt, aber **nicht verurteilt**. Der Arzt, entscheidet das Gericht, habe Eckert bei ihrem Selbstmord nur geholfen. Die frei verantwortete Tat habe sie selbst begangen. Weder Selbstmord noch die Beihilfe zum Selbstmord sind in Deutschland strafbar. Doch die heutige Rechtslage ist verworren. Ärztlich assistierter Suizid bleibt keineswegs immer straflos. Ein Arzt dürfte u. U. einem Selbstmörder den Giftbecher reichen, aber sobald dieser das Bewusstsein verliert, müsste er ihm wieder helfen. Ärzte können sich, je nach Situation, eines Tötungsdelikts oder unterlassener Hilfeleistung strafbar machen. Standeswidrig handeln sie nach der Auffassung der Bundesärztekammer in jedem Fall.

(Uta Lehmann, 10.03.2006)

## E PATIENTENRECHTE – PATIENTENVERFÜGUNG, VORSORGEVOLLMACHT UND BETREUUNGSVERFÜGUNG

### I. PROBLEMSTELLUNG

In seiner Erzählung „Die Scheintoten“ beschreibt E.A. Poe die im 19. Jahrhundert offenbar verbreitete und nicht unbegründete Angst davor, lebendig begraben zu werden. Heute fürchten sich die Menschen vor einem Scheinleben.<sup>22</sup> Die großen medizinischen Fortschritte der vergangenen Jahrzehnte und die zunehmende Bedeutung von Medizintechnik haben auch ihre Schattenseiten. Angesichts der vielfältigen Möglichkeiten der modernen Medizin wird es immer schwieriger, die Grenzen für den sinnvollen Einsatz dieser Errungenschaften wahrzunehmen und zu akzeptieren. Viele Menschen haben deshalb Angst davor, in der Endphase ihres Lebens, in der sie selber ihre Wünsche möglicherweise nicht mehr artikulieren können, gegen ihren Willen durch Einsatz der so genannten „Apparatemedizin“ am Leben erhalten zu werden. Sie fürchten, auf diese Weise künstlich in einem Körper gefangen gehalten zu werden, den das Bewusstsein schon längst verlassen hat. Eine beängstigende Vorstellung für unsere Gesellschaft, in der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit einen hohen Stellenwert genießen.

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

### II. DIE BEDEUTUNG DER WILLENSFÄHIGKEIT DES PATIENTEN

#### 1. Der willensfähige Patient

Solange ein Patient willensfähig ist, **entscheidet er grundsätzlich allein** über Art und Umfang seiner ärztlichen Behandlung. Der behandelnde Arzt ist zur umfassenden Aufklärung und Beratung über Möglichkeiten, Risiken und Chancen einer Behandlung verpflichtet. Die Entscheidung darüber, ob überhaupt eine ärztliche Behandlung durchgeführt wird und wenn ja, welche, liegt aber allein bei dem Patienten.

Grundsätzlich ist jede ärztliche Maßnahme ein **Eingriff in die körperliche Integrität** des Patienten und wird in strafrechtlicher Hinsicht als Körperverletzung angesehen. Sie ist nur dann gerechtfertigt und bleibt daher straflos, wenn der umfassend informierte Patient ihr **zustimmt**. Dies gilt selbst für lebenserhaltende Maßnahmen.<sup>23</sup> Ein schwer nierenkranker Patient kann daher die lebensnotwendige Dialyse verweigern, auch wenn dies seinen sicheren Tod bedeutet. Ebenso kann ein Patient die Einstellung der künstlichen Beatmung verlangen. Auch die künstliche Ernährung eines Patienten über eine so genannte PEG-Sonde (eine Ernährungssonde, die direkt durch die Bauchdecke in den Magen gelegt wird) ist nur solange zulässig, wie dieser damit einverstanden ist. Das bedeutet, dass ein Patient, der in der Hoffnung auf baldige Besserung seines

Zustandes seine Zustimmung zur Versorgung mit einer PEG-Sonde erteilt hat, dadurch für die Zukunft nicht gebunden ist.<sup>24</sup> Verbessert sich seine gesundheitliche Situation nicht oder hat er es sich aus welchen Gründen auch immer anders überlegt, kann er jederzeit die Entfernung der Sonde und die Einstellung der künstlichen Ernährung fordern. Das gleiche gilt für einen Patienten, bei dem ein bösartiger Tumor festgestellt wurde. Auch wenn seine Chancen auf Heilung noch so gut stehen, muss er sich nicht operieren lassen. Er muss weder einer Chemotherapie zustimmen noch einer Bestrahlung. Aber auch wenn er einer Therapie zunächst zugestimmt hat, **kann er jederzeit deren Abbruch verlangen**.

Allerdings hat auch die Entscheidungsbefugnis des Patienten ihre Grenzen: Zwar bedarf jede medizinische Maßnahme der Zustimmung des Patienten. Dies bedeutet jedoch nicht umgekehrt, dass der behandelnde Arzt verpflichtet ist, jedem Behandlungswunsch des Patienten nachzukommen. Er ist hierzu nur insoweit verpflichtet, als die gewünschte Behandlung medizinisch sinnvoll, also indiziert ist.<sup>25</sup> Die Patientenautonomie dient also dazu, ungewollte Behandlungen abzuwehren, begründet aber keinen Anspruch auf eine bestimmte ärztliche Behandlung. Daher kann ein Arzt beispielsweise eine von einem krebserkrankten Patienten gewünschte Operation oder Chemotherapie ablehnen, wenn diese Maßnahmen aus

medizinischer Sicht nicht sinnvoll erscheinen.

#### 2. Der willensunfähige Patient

Die Fähigkeit eines Patienten, Entscheidungen zu treffen und diese zu artikulieren, ist in rechtlicher Hinsicht von großer Bedeutung. Muss ein nicht ansprechbarer Patient ärztlich behandelt werden, stellen sich zunächst zwei Fragen: Nämlich erstens, **wer entscheidet über Art und Umfang** der ärztlichen Behandlung und zweitens, **auf welcher Grundlage werden diese Entscheidungen getroffen**.

##### 2.1. Entscheidungen in Notfällen

Wird eine nicht ansprechbare Person als Notfall in die Klinik eingeliefert, ist die rechtliche Situation relativ unproblematisch: Der **Arzt entscheidet** darüber, welche medizinischen Maßnahmen eingeleitet werden.

Dies gilt grundsätzlich auch dann, wenn der Ehepartner oder ein volljähriges Kind den Patienten begleitet. **Angehörige** oder andere dem Patienten nahe stehenden Personen **werden nicht automatisch** mit dessen Unfähigkeit, seinen eigenen Willen zu äußern, **zu dessen gesetzlichem Vertreter**. Hierzu bedarf es vielmehr eines gerichtlichen Beschlusses, durch den eine bestimmte Person, ein sog. Betreuer, als Vertreter für den Patienten eingesetzt wird. Da in Notfällen für eine solche gerichtliche Bestellung keine Zeit bleibt, kann nur der Arzt entscheiden. Dabei hat

er den mutmaßlichen Willen des Patienten zugrunde zu legen. Er muss sich also fragen, was der Patient, wenn er denn seinen Willen äußern könnte, gewollt hätte. Da in Notfällen weder für lange Überlegungen noch für ausführliche Gespräche mit Angehörigen die Möglichkeit besteht, wird der Arzt **im Zweifel alles tun, um das Leben des Patienten zu retten und ihn bestmöglich medizinisch zu versorgen**. Dabei gibt es natürlich auch Situationen, in denen sich der Arzt gegen eine Ausschöpfung aller medizinischen Möglichkeiten entscheiden kann: Erleidet beispielsweise ein 97-jähriger, austerapiertes Krebskranker, dem bereits ein Lungenflügel entfernt wurde und der eine schwere Lungenentzündung hat, einen Unfall, bei dem er sich einen Schädelbasisbruch mit massiven Hirnquetschungen zuzieht, wird sich der Arzt wahrscheinlich gegen eine Maximaltherapie entscheiden.

Anders dagegen bei einer 21-jährigen Frau, die sich die gleiche Schädelverletzung bei einem Motorradunfall zugezogen hat. Grundsätzlich gilt jedoch für Notfallsituationen, dass der Arzt als mutmaßlichen Willen des Patienten eine Entscheidung für das Leben unterstellen und auf dieser Grundlage die notwendigen medizinischen Maßnahmen einleiten wird. Auch bei Notfällen gibt es jedoch **Konstellationen, in denen nicht in jedem Fall der Arzt entscheidet**: Zunächst gilt dies für **Minderjährige**. Kinder, die das siebente

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind geschäftsunfähig. Minderjährige, die das siebente, nicht aber das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind beschränkt geschäftsfähig. Gesetzlicher Vertreter Minderjähriger sind die Eltern. Im Rahmen ihrer elterlichen Sorge haben sie über die ärztliche Behandlung ihres Kindes zu entscheiden, wobei sie je nach Alter und Reife die Interessen und Wünsche des Kindes zu berücksichtigen haben. Für eine Notfallsituation bedeutet dies folgendes: Wird ein sechsjähriges Kind schwer verletzt in die Klinik eingeliefert, muss der behandelnde Arzt vor einem Eingriff grundsätzlich die **Zustimmung der das Kind begleitenden Eltern** einholen. Sind die Eltern aber nicht erreichbar und bedarf es einer schnellen Entscheidung, kann diese – wie auch bei einem Erwachsenen – von dem behandelnden Arzt getroffen werden.

Eine Besonderheit bilden die Fälle, in denen **Eltern die Zustimmung zu lebensnotwendigen ärztlichen Maßnahmen für ihr Kind verweigern**. Hier ist zu klären, ob die verweigte Zustimmung einen Sorgerechtsmissbrauch darstellt. Das ist dann der Fall, wenn die Entscheidung der Eltern nicht dem Wohl des Kindes dient. Dann nämlich kann die notwendige Zustimmung durch eine gerichtliche Entscheidung ersetzt werden. Handelt es sich um einen Notfall, kann wiederum der Arzt ohne Zustimmung der Eltern die notwendigen medizinischen Maßnahmen vorneh-

men, die dann nachträglich durch das Gericht genehmigt werden. Zur Klarstellung: Lehnen Eltern beispielsweise bei einem ansonsten gesunden Kind die Zustimmung zur Operation des unmittelbar vor dem Durchbruch stehenden Blinddarms ab, so wird es sich in der Regel um einen Sorgerechtsmissbrauch handeln. Anders stellt sich die Situation dagegen bei einem krebserkrankten Kind im Endstadium dar, das mit einer schweren Lungenentzündung eingeliefert wird. Hier kann es durchaus dem Wohl des Kindes entsprechen, den Infekt nicht mehr mit allen Mitteln zu bekämpfen. Im Zweifel handelt es sich hier um eine Situation, in der die Eltern besser als jeder Mediziner beurteilen können, was ihrem Kind noch zugemutet werden soll.

Die zweite Konstellation, in der der behandelnde Arzt über notfallmedizinische Maßnahmen nicht ohne weiteres alleine entscheiden darf, ist die, in der der Patient bereits durch einen von dem Patienten zuvor persönlich bevollmächtigten Vertreter (**Vorsorgebevollmächtigter**) oder einem gerichtlich bestellten Vertreter (**Betreuer**) vertreten wird. Es sind dies Fälle, in denen der Patient schon vor der jetzt akuten Notfallsituation nicht mehr selber über seine Angelegenheiten entscheiden konnte, beispielsweise weil er geistig schwer behindert ist oder unter Altersdemenz leidet. In diesen Fällen ist bereits ein Vertreter für den Patienten vorhanden. Hier gilt dann im Wesentlichen das gleiche wie bei Min-

derjährigen: Ist der Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter anwesend, bedarf es für jede medizinische Maßnahme seiner Zustimmung. Ist der Vertreter nicht bekannt oder nicht erreichbar, entscheidet wiederum der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen im Interesse des Patienten.

### 2.2. Entscheidungen über nicht akute medizinische Maßnahmen

Auch außerhalb von Notfallsituationen gibt es viele Fälle, in denen eine Person medizinisch behandelt werden muss, die nicht in der Lage ist, ihren Willen zu äußern. Ob dies nun die 80-jährige an Alzheimer leidende Patientin ist, die an einer Grippe erkrankt ist, der 20-jährige Patient, der nach einem Autounfall seit drei Monaten im Wachkoma liegt und nun eine Mandelentzündung hat oder der geistig schwer behinderte 40-jährige Mann, der sich einen komplizierten Splitterbruch eines Unterschenkels zugezogen hat. In all diesen Fällen muss entschieden werden, ob und welche medizinische Behandlung eingeleitet oder abgebrochen wird und es stellt sich wieder die Frage, wer diese Entscheidung auf welcher Grundlage treffen soll.

Dauert die Unfähigkeit eines Menschen, einen eigenen Willen zu bilden und/oder diesen zu äußern länger an, muss eine **andere Person als Vertreter** eingesetzt werden. Dies kann zum einen ein vom Vormundschaftsgericht eingesetzter **Betreuer** sein. Als Betreuer kann das Gericht

Angehörige oder andere dem Betroffenen nahe stehenden Personen einsetzen. Bei geistig behinderten Erwachsenen sind es häufig die Eltern, bei alten, unter Demenz leidenden Menschen oft ein Kind oder der Ehepartner. Findet sich kein geeigneter Angehöriger, kann das Gericht aber auch eine völlig fremde Person, einen sog. Berufsbetreuer<sup>26</sup> bestellen. Ist ein Betreuer bestellt, entscheidet dieser als gesetzlicher Vertreter für den Patienten. Gegenüber Arzt und Pflegepersonal hat der Betreuer die gleichen Rechte wie ein entscheidungsfähiger Patient. Durch seine Bestellung zum Betreuer tritt er quasi in die Rechte des Betreuten ein und übt diese im Außenverhältnis zu Ärzten und Pflegepersonal aus. Über die Art und Weise, wie der Betreuer seine Betreuungsfunktion ausübt, ist er Ärzten und Pflegern keine Rechenschaft schuldig. Sie können ihm in seine Entscheidungen nicht hineinreden.<sup>27</sup>

Trotzdem ist der Betreuer in seinen Entscheidungen nicht frei: Im Verhältnis zu dem Betreuten – hier also dem Patienten – ist er verpflichtet, dessen **wirklichen oder mutmaßlichen Willen umzusetzen**.<sup>28</sup> Woher soll aber der Betreuer wissen, was der wirkliche oder mutmaßliche Wille des Betreuten ist? Der Betreute kann sich zu seiner Situation nicht mehr äußern. Hat der jetzt Betreute nicht zu einem früheren Zeitpunkt für den Fall seiner Willens- bzw. Äußerungsunfähigkeit Vorsorge getroffen und seine Vorstellungen schriftlich in einer sog. **Patientenverfügung** niedergelegt, ist

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

es für den Betreuer sehr schwierig, Entscheidungen zu treffen. Wird der Ehepartner zum Betreuer bestellt, wird er die Vorstellungen und Überzeugungen seines Ehepartners vielleicht so gut kennen, dass er tatsächlich in seinem Sinne entscheiden kann. Handelt es sich bei dem Betreuer um einen anderen Angehörigen, mag er sich vielleicht noch an **Gespräche mit dem Betreuten** erinnern, in denen dieser etwas über seine Vorstellungen geäußert hat. Gleichwohl bleiben solche Äußerungen eine äußerst fragwürdige Grundlage für Entscheidungen darüber, ob und wann beispielsweise die künstliche Ernährung eines Komapatienten abgebrochen werden soll. Wie durchdacht war das, was der jetzt Betreute damals gesagt hat? Wie schnell sagt ein kerngesunder 20-jähriger Sportler, wenn er von dem schweren Auto-unfall eines Bekannten erfährt, der nun querschnittsgelähmt ist, „dann lieber gleich tot, so ein Leben ist doch nicht mehr lebenswert.“ Ob er dies als selbst Betroffener immer noch so sehen würde, ist fraglich.

Aber selbst wenn die frühen Äußerungen des nunmehr Betreuten nicht nur spontan in einer emotional aufgeheizten Diskussion hingeworfene Sätze, sondern fundierte Überlegungen waren, wie zuverlässig ist die **Erinnerung des Betreuers** an dieses Gespräch? Und wenn er selbst nicht beteiligt war, wie zuverlässig ist die Erinnerung der nachträglich befragten Angehörigen und Bekannten? Schildern

zwei Augenzeugen unabhängig voneinander eine von ihnen beobachtete Begebenheit, kommen oftmals zwei sehr unterschiedliche Geschichten dabei heraus. Keiner der beiden Augenzeugen muss dabei lügen. Vielmehr nimmt jeder Mensch meist nur das aus seinem subjektiven Blickwinkel Wesentliche wahr.

Dem Betreuer kann die Unabhängigkeit im Verhältnis zum medizinischen Personal einerseits und die Verpflichtung zum Betreuten andererseits dann eine **schwere Verantwortung** aufbürden, wenn der vermutete Wille des Betreuten und die medizinisch indizierte Maßnahme auseinander fallen: Das ist dann der Fall, wenn der Betreuer glaubt, der Betreute würde, wenn er sich denn noch äußern könnte, eine ärztlicherseits empfohlene, lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahme ablehnen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes<sup>29</sup> kann sich der Betreuer in einem solchen Fall zwar gegen den Rat der Ärzte entscheiden und eine medizinisch lebensnotwendige Maßnahme für den Patienten ablehnen.

Er bedarf hierfür jedoch der **Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht**. Das Vormundschaftsgericht hat dann die Aufgabe zu prüfen, ob die Entscheidung des Betreuers, die notwendige medizinische Behandlung abzulehnen, dem (wirklichen oder mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht. Damit hat nun das Gericht die schwierige Frage nach dem Patientenwillen zu klären. Es steht dabei,

soweit keine schriftlichen Erklärungen vorhanden sind, wiederum vor der bereits oben dargestellten Schwierigkeit, die Zuverlässigkeit von Aussagen Dritter über die Lebenseinstellung des Patienten, seine ethischen Werte und eventuelle konkrete Äußerungen zu seinen Wünschen im Falle seiner Entscheidungsunfähigkeit zu beurteilen.

Für den nicht (mehr) willens- oder äußerungsfähigen Patienten bedeutet dies, dass die **Entscheidung über sein weiteres Leben oder sein Sterben im Wesentlichen fremdbestimmt** ist. Auch wenn Grundlage der Entscheidung über diese Frage rechtlich sein Wille ist, sind es andere, die diesen ermitteln und interpretieren. Damit stellt sich die Frage, welche rechtlichen Möglichkeiten für einen entscheidungsfähigen Menschen bestehen, für seine mögliche spätere Entscheidungsunfähigkeit Vorsorge zu treffen. Wie kann sichergestellt werden, dass seine Vorstellungen von einem lebenswerten Leben und würdigen Sterben auch tatsächlich beachtet werden?

### III. RECHTLICHE MÖGLICHKEITEN

Es gibt drei rechtliche Instrumente, die es ermöglichen, für den späteren Fall einer Entscheidungsunfähigkeit Vorsorge zu treffen: **Patientenverfügung, Betreuungsvorfügung** und **Vorsorgevollmacht**.

In einer Patientenverfügung kann der Ver-

fasser für den Fall seiner späteren Entscheidungs- oder Äußerungsunfähigkeit bestimmen, welchen medizinischen Maßnahmen er zustimmt und welche er untersagt. Betreuungs- und Vorsorgevollmachten dienen dem Zweck selbst zu bestimmen, wer im Falle der eigenen Entscheidungs- oder Äußerungsunfähigkeit für einen entscheiden soll. Sie unterscheiden sich insofern, als der Vorsorgebevollmächtigte – anders als der Betreuer – grundsätzlich nicht der Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht unterliegt.

Zur Klarstellung: Diese drei rechtlichen Instrumente ermöglichen es, in gewissem Rahmen im Voraus darüber zu entscheiden, **was** medizinisch unternommen wird und **wer** über die jeweilige medizinische Maßnahme entscheidet. Einzelne oder in Kombination können sie deshalb einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dem tatsächlichen Willen des nunmehr entscheidungsunfähigen Patienten Geltung zu verschaffen. Eine **Gewähr für die Selbstbestimmung** eines Menschen bis zu seinem Lebensende sind sie gleichwohl **nicht** und können es auch nicht sein. Zum einen ist die rechtliche Bedeutung der Patientenverfügung nach wie vor nicht eindeutig geklärt. Zum anderen sind aber auch nicht alle möglichen medizinischen Entscheidungen vorhersehbar und im Voraus regelbar. Auch kann niemand sicher voraussehen, ob er das, was er heute als gesunder Mensch für richtig hält und schriftlich festlegt nicht völlig anders

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

beurteilen wird, wenn er dann tatsächlich erkrankt. Schließlich gibt es auch keine Gewähr dafür, dass eine Person, der jemand heute vertraut und die er deshalb als zukünftigen Bevollmächtigten oder Betreuer einsetzt, diese Verantwortung später wahrnehmen kann und will und auch in der Lage ist, den tatsächlichen Willen des Betreuten zu ergründen.

*Im Einzelnen:*

### 1. Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung erklärt eine Person schriftlich, dass sie die **Vornahme medizinischer Maßnahmen wünscht oder untersagt**, falls es später einmal zu einer Beeinträchtigung der Willens- und Äußerungsfähigkeit kommen sollte. Der Verfasser kann sich in der Verfügung darüber äußern, ob und welche medizinische Behandlung er insbesondere bei einer aussichtslosen Erkrankung wünscht, ob er beispielsweise Wiederbelebungsversuchen zustimmt oder diese ablehnt. Er kann auch bestimmen, dass im Falle schwerster Hirnschädigungen oder des Ausfalls lebenswichtiger Körperfunktionen eine intensivmedizinische Behandlung und eine künstliche Ernährung unterbleiben sollen. Der Verfasser kann also in der Verfügung hinsichtlich einer ärztlichen Behandlung all das bestimmen, was er bestimmen könnte, wenn er zum Zeitpunkt der anstehenden medizinischen Maßnahme seinen Willen äußern könnte. Die **Grenzen** seiner Verfügungsbefugnis

bildet einerseits die **medizinische Indikation**. Auch eine Patientenverfügung kann einen Arzt nicht verpflichten, medizinisch nicht sinnvolle Behandlungen durchzuführen. Außerdem wird die Verfügungsbefugnis durch die **rechtliche Zulässigkeit** der gewünschten medizinischen Maßnahme begrenzt. Das bedeutet: In einer Patientenverfügung kann nicht wirksam aktive Sterbehilfe verlangt werden, weil aktive Sterbehilfe in Deutschland nach der derzeitigen Rechtslage verboten ist.<sup>30</sup>

Wenn der Verfasser einer Patientenverfügung dies gleichwohl in seine Verfügung hineingeschrieben hat, ist die entsprechende Regelung (nicht die gesamte Patientenverfügung) unwirksam.

Aber wie verbindlich sind die rechtlich zulässigen Bestimmungen einer Patientenverfügung? Kann sich der Verfasser sicher sein, dass sich Ärzte, Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter daran halten und seinen niedergelegten Willen zuverlässig umsetzen?

Diese Frage, nämlich ob und in welchem Umfang eine Patientenverfügung gegenüber Arzt und Betreuer/Bevollmächtigten rechtliche **Bindungswirkung** entfaltet, ist leider nicht eindeutig zu beantworten. Die Patientenverfügung ist bislang gesetzlich nicht gesondert geregelt.<sup>31</sup> Deshalb sind es die Gerichte, die die für die derzeitige Rechtslage entscheidenden Kriterien für die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen entwickelt haben. Das Problem

bei diesem Richterrecht (im Gegensatz zu Gesetzesrecht) besteht darin, dass die Gerichte anhand eines Einzelfalles Entscheidungskriterien entwickeln. Diese können, je nach Besetzung des Gerichts und Besonderheit des zu entscheidenden Falles sehr unterschiedlich ausfallen. Das wiederum führt zu einer **unübersichtlichen Rechtslage** und trifft auch auf den Bereich der Patientenverfügung zu:

Im Grundsatz sind sich die Gerichte darüber einig, dass eine Patientenverfügung **verbindlich** ist.<sup>32</sup> Der Bundesgerichtshof hat in der zitierten Entscheidung aus dem Jahr 2003 ausdrücklich betont, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus der Menschenwürde folgt. Aus diesem Grunde müssten – so das Gericht – lebenserhaltende Maßnahmen einschließlich einer künstlichen Ernährung des Patienten unterbleiben, „wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht“.<sup>33</sup> Gleichzeitig hat der Bundesgerichtshof jedoch in derselben Entscheidung die Wirksamkeit von Patientenverfügungen – im Verhältnis zu der Entscheidungskompetenz eines willenfähigen Patienten – ganz erheblich eingeschränkt: Ein Behandlungsabbruch selbst bei irreversibel tödlichem Verlauf soll nämlich nur dann zulässig sein, wenn zuvor eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eingeholt wurde.<sup>34</sup> Die bislang neueste Entscheidung des Bundesgerichtshofes<sup>35</sup> zu diesem Themenkreis weist dagegen in ei-

ne andere Richtung. Nach diesem Beschluss soll eine Entscheidung des Vormundschaftsgerichts nur dann erforderlich sein, wenn der behandelnde Arzt eine lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahme für medizinisch geboten oder vertretbar erachtet und sie deshalb „anbietet“, der Betreuer dieses Angebot aber ablehnt. Die Einzelheiten der verschiedenen Entscheidungen des Bundesgerichtshofes, ihre Hintergründe und jeweilige Bedeutung für die Praxis zu erörtern, würde hier den Rahmen sprengen. Eine solche Erörterung führt auch nicht weiter, da mangels eindeutiger gesetzlicher Regelungen eine endgültige Klarheit nicht zu gewinnen ist.

Für jemanden, der sich jetzt Gedanken über eine Vorsorge für den Fall seiner späteren Entscheidungsunfähigkeit macht, ist vielmehr die Feststellung wichtig, dass eine **Patientenverfügung verbindlich ist, soweit ihr Inhalt rechtlich zulässig ist** (keine aktive Sterbehilfe) **und die aktuell in Frage stehende Entscheidung** (beispielsweise über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung der künstlichen Ernährung) **von dem Inhalt der Patientenverfügung gedeckt ist**.

Damit ist auch schon das Hauptproblem der Patientenverfügung angesprochen, dass nämlich nicht jede nur denkbare Erkrankung mit allen eventuell auftretenden Komplikationen oder auch positiven Entwicklungen im Zusammenhang mit der

dann bestehenden Lebenssituation eines Menschen vorhersehbar ist. Ob und in welchem Umfang ein Mensch bereit und körperlich in der Lage ist, beispielsweise eine extrem belastende Krebstherapie auf sich zu nehmen, hängt nicht nur von seinem Alter ab. Hat der Patient kleine Kinder, ist die Bereitschaft, alle medizinischen Möglichkeiten auch für eine nur begrenzte Lebenszeitverlängerung auszuschnöpfen, möglicherweise größer als bei einem Alleinstehenden. Ein rüstiger, glücklich verheirateter 70-Jähriger, der seinen Ruhestand genießt, kann einen sehr viel stärkeren Lebenswillen haben als eine depressive 40-Jährige. Eine Patientenverfügung wird daher nicht ohne Verallgemeinerungen auskommen. Um die ganze Vielfalt möglicher Erkrankungen, Krankheitsstadien und medizinischer Maßnahmen abzudecken, müssen diese unter **Oberbegriffen** (beispielsweise *Hirnabbauprozess, unmittelbare Sterbephase oder lebenserhaltende Maßnahmen*) zusammengefasst werden. Ob die in der Patientenverfügung allgemein umschriebene Situation dann tatsächlich auf die konkrete Situation, in der die Patientenverfügung nun relevant wird, zutrifft, wird daher in vielen Fällen eine Frage der Interpretation und Auslegung der Verfügung sein. Das Ergebnis der Auslegung hängt nicht nur wesentlich von der inhaltlichen Qualität der Patientenverfügung ab, sondern auch von der Person, die diese Auslegung vornimmt. Dies ist neben den behandelnden Ärzten in erster Linie der

gerichtlich bestellte Betreuer oder eine von dem nunmehr entscheidungsunfähigen Patienten vorab für diese Situation Bevollmächtigter.

Das bedeutet: Eine Patientenverfügung ist eine sinnvolle Möglichkeit, Dritten (also Ärzten und Vertretern des Verfügenden) mitzuteilen, ob und in welchem Umfang eine schwerwiegende Erkrankung des Verfügenden medizinisch behandelt werden soll. Genauso wichtig, wenn nicht noch wichtiger ist es jedoch, die Person zu bestimmen, die den Verfügenden im Falle seiner Willensunfähigkeit vertritt. Es ist daher sinnvoll, zusätzlich zu einer Patientenverfügung hierfür Bestimmungen in Form einer Betreuungs- oder Vorsorgevollmacht zu treffen.

## 2. Betreuungsvollmacht und Vorsorgevollmacht

Wie bereits eingangs dargestellt, ermöglichen es Betreuungs- und die Vorsorgevollmacht selber frühzeitig zu bestimmen, wer im Falle der eigenen Willens- und Entscheidungsunfähigkeit für einen handeln und entscheiden soll. Die Bedeutung dieser rechtlichen Instrumentarien beschränkt sich dabei nicht nur auf die Auslegung einer Patientenverfügung. Die Person des Betreuers oder Bevollmächtigten spielt noch eine viel größere Rolle, wenn keine Patientenverfügung vorhanden ist, oder aber eine vorhandene Patientenverfügung auf die konkrete Situation keine Anwendung findet, weil sie keine entspre-

chende Regelung enthält. In diesen Fällen, in denen der tatsächliche Wille des Patienten nicht bekannt und nicht ermittelbar ist, ist es Aufgabe des Betreuers/Bevollmächtigten, dessen mutmaßlichen Willen zu ergründen. Wie gut einem Bevollmächtigten das gelingt, hängt nicht nur von seiner Persönlichkeit, sondern auch davon ab, wie gut er den Patienten und dessen Werte und Lebenseinstellung kennt.

**Ob eine Betreuungs- oder eine Vorsorgevollmacht sinnvoll ist, ist – kurz gesagt – eine Frage des Vertrauens:**

Gibt es eine Person, der Sie vollständig vertrauen, dann ist es sinnvoll, diese Person als **Vorsorgebevollmächtigten** einzusetzen. Vertrauen bedeutet in diesem Fall nicht nur, dass die Person Ihre besonderen Lebensumstände und persönlichen Wertvorstellungen kennt, sondern dass sie diese auch respektiert. Ein Bevollmächtigter muss bereit und in der Lage sein, die Vorstellungen und Wünsche des Vollmachtgebers eigenverantwortlich, möglicherweise auch gegen den Willen und die Vorstellungen anderer Angehöriger, Freunde, der betreuenden Ärzte und des Pflegepersonals, zu vertreten und durchzusetzen. Es ist daher sinnvoll, den gewünschten Bevollmächtigten bereits bei der Abfassung der Vollmacht mit einzubeziehen und mögliche Konfliktsituationen anzusprechen.

Der Vollmachtgeber überträgt seine Rechte (für den Fall, dass er sie selber nicht mehr wahrnehmen kann) auf den Bevollmächtigten. Der Vorsorgebevollmächtigte tritt dann in die Rechte des Vollmachtgebers (des Patienten) ein und übt diese wie eigene Rechte aus. Er unterliegt – im Gegensatz zu dem Betreuer – grundsätzlich keiner gerichtlichen Kontrolle. Nur für außergewöhnliche Entscheidungen, wie die über eine medizinische Maßnahme, die lebensbedrohlich ist (komplizierte Herzoperation) oder bei der mit einem dauernden Gesundheitsschaden (Amputation) zu rechnen ist und bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung, Anbringung von Bettgittern, Fixierung im Bett) benötigt er eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In allen anderen Fällen, insbesondere wenn es um die Ablehnung einer – möglicherweise lebensrettenden oder lebensverlängernden – medizinischen Maßnahme geht, braucht der Bevollmächtigte keine gerichtliche Genehmigung. Das Gericht wird sich nur dann einschalten, wenn ihm (etwa durch medizinisches Personal oder Angehörige) Umstände bekannt werden, die auf einen Missbrauch der Vollmacht hindeuten. Es kann dann beispielsweise einen Kontrollbetreuer einsetzen. Der Vorteil der Vorsorgevollmacht gegenüber der Betreuungsvollmacht besteht in erster Linie in der größeren Entscheidungsfreiheit und Flexibilität des Bevollmächtigten. Ein verantwortungsvoller Bevollmächtigter wird

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

wichtige Entscheidungen im Sinne des Vollmachtgebers treffen, ohne hierfür bürokratische Hürden, wie eine gerichtliche Genehmigung, überwinden zu müssen. Er ist auch nicht darauf angewiesen, bei Entscheidungen über eine medizinische Maßnahme oder deren Abbruch einen Konsens mit den behandelnden Ärzten herbeizuführen. Gleichzeitig bedeuten das Recht und die Pflicht, für einen anderen Menschen über Maß und Grenzen medizinischer Behandlungen – und damit u.U. über dessen Weiterleben oder Sterben – zu entscheiden eine große Verantwortung und eine schwere Bürde für den Bevollmächtigten.

Gibt es in Ihrem Familien- oder Freundeskreis niemandem, dem Sie zutrauen, Ihre Vorstellungen und Wünsche in dieser Weise verantwortungsvoll und konsequent umzusetzen, bietet sich eine **Betreuungsverfügung** an. Sie enthält die Bestimmung, wer im Bedarfsfall als Betreuer eingesetzt werden soll. Natürlich setzt auch sie voraus, dass Sie dem gewünschten Betreuer vertrauen und davon überzeugt sind, dass er seine Entscheidungskompetenz in Ihrem Sinne ausübt. Eine Betreuungsverfügung kann auch festlegen, welcher Angehörige, Freund oder Bekannte keinesfalls mit der Betreuung beauftragt werden soll.

Ein **Betreuer** verfügt über einen im Gesetz festgelegten, klar umgrenzten Aufgabenbereich. Er kann je nach Umfang der Hilfs-

bedürftigkeit des Betreuten für einen oder mehrere Aufgabenbereiche eingesetzt werden. Es können auch unterschiedliche Personen für die einzelnen Bereiche bestimmt werden (beispielsweise die Ehefrau für Gesundheitsangelegenheiten und der Sohn für Vermögensangelegenheiten). Der Betreuer wird vom Gericht eingesetzt. Existiert eine Betreuungsverfügung, wird die darin benannte Person (sofern sie dazu in der Lage ist) von dem Gericht als Betreuer eingesetzt. Anders als der Vorsorgebevollmächtigte unterliegt der Betreuer einer strengen **Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht**.

Er ist verpflichtet, dem Gericht in regelmäßigen Abständen Rechenschaft über seine Tätigkeit abzulegen. Diese gerichtliche Kontrolle, die gegen einen Missbrauch der Betreuerrechte schützen soll, geht einher mit einer gewissen Schwerfälligkeit der Entscheidungsprozesse in wichtigen Angelegenheiten und einem nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand für den Betreuer.

Gleichzeitig bedeutet sie aber für den Betreuer, dass er die Verantwortung bei schwerwiegenden Entscheidungen nicht alleine zu tragen hat. Gerade in Familien, in denen innerhalb der engsten Angehörigen des nunmehr Willensunfähigen sehr unterschiedliche Lebenseinstellungen herrschen oder in denen es ernsthafte Familienstreitigkeiten gibt, kann die gerichtliche Kontrolle für den betreuenden Angehörigen eine Hilfe und Entlastung bedeuten.

Wie bereits oben angesprochen können weder Patientenverfügung noch Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung die Selbstbestimmung eines Patienten bis in die letzte Phase seines Lebens garantieren. Bei vielen Menschen, die am Ende ihres Lebens nicht mehr in der Lage sind, einen eigenen Willen zu bilden oder diesen zu artikulieren, werden andere für sie entscheiden müssen. Damit aber diese anderen Menschen die notwendigen Entscheidungen so weit wie nur irgend möglich im Sinne des nunmehr willensunfähigen Patienten treffen, sind die drei genannten rechtlichen Instrumente eine große Hilfe: Die wahrscheinlich **größte Bedeutung** kommt dabei der **Vorsorgevollmacht** zu. Sie gibt der bevollmächtigten Vertrauensperson ein großes Maß an Unabhängigkeit und Entscheidungsbefugnissen, die diese im Sinne des Patienten ausüben kann. Existiert zudem eine **Patientenverfügung** kann der Bevollmächtigte die darin enthaltenen Bestimmungen in den meisten Fällen ohne bürokratischen Aufwand umsetzen. Soweit eine Situation eintritt, die nicht speziell in der Patientenverfügung geregelt ist, bietet diese gleichwohl eine Orientierung für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten. Gibt es im persönlichen Umfeld des Verfügenden niemanden, dem er vollständig vertraut, ist es in jedem Fall sinnvoll, im Wege einer **Betreuungsverfügung** auf die Bestellung des künftigen Betreuers Einfluss zu nehmen. Auch hier ist eine Kombination mit einer **Patientenverfü-**

**gung** zu empfehlen, an die der Betreuer (wie selbstverständlich auch der Vorsorgebevollmächtigte) gebunden ist.

### IV. ZUSAMMENFASSUNG UND PRAKTISCHE HINWEISE

Danach ist eine **Vorsorgevollmacht für jedermann sinnvoll**. Jeder Mensch kann in die Situation kommen, in der er selber keine Entscheidungen mehr treffen kann. Da es nach deutschem Recht keine automatische Stellvertretung durch Ehepartner oder andere Angehörige gibt, ist die Vorsorgevollmacht ein geeignetes Mittel, um die Person des Stellvertreters selber zu bestimmen. Als Vorsorgebevollmächtigter sollte jedoch nur eine **Vertrauensperson** eingesetzt werden. **Fehlt** es an einer solchen **Vertrauensperson** ist die **Betreuungsverfügung** das geeignete Mittel, um über die Person des Stellvertreters selber zu entscheiden. Eine **Patientenverfügung** ist dann sinnvoll, wenn jemand eine **Therapiebegrenzung** oder aber eine **Auschöpfung aller Therapiemöglichkeiten** auch dann wünscht, wenn eine Heilung nicht mehr möglich erscheint oder die Heilungschancen gering sind. Unabhängig davon kann eine Patientenverfügung für einen Vorsorgebevollmächtigten oder Betreuer eine große Hilfe sein, weil sie die persönlichen Wünsche und Vorstellungen des nunmehr Entscheidungsunfähigen dokumentiert.

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Für jemanden, der nun eine Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung verfassen möchte, bieten sich verschiedene Möglichkeiten an:

### 1. Individuelle Verfügungen

Zum einen besteht die Möglichkeit, einen auf das Gebiet der Patientenverfügung spezialisierten Rechtsanwalt (häufig sind dies Anwälte, die auf Erbrecht spezialisiert sind) aufzusuchen und diesen zu beauftragen, die gewünschten Verfügungen auszuarbeiten. Vorteilhaft an dieser Vorgehensweise ist die individuelle und persönliche Beratung durch den Anwalt.

### 2. Verfügungsformulare und Textbausteine

Als Alternative dazu bieten die Kirchen und eine Vielzahl von privaten Organisationen und staatlichen Institutionen Formulare für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung an. Dabei handelte sich zum Teil um Formulare, in denen der Aussteller vorformulierte Bestimmungen ankreuzen. Insbesondere über das Internet werden außerdem Textbausteine angeboten, die der Verfasser individuell kombinieren und zusammenstellen kann. Diese Textbausteine beinhalten zwar eine große Auswahl unterschiedlicher Regelungsmöglichkeiten. Für einen medizinischen und juristischen Laien dürfte es jedoch schwierig sein, die rechtlichen und praktischen Konsequenzen der vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten zu überschauen. Die praktika-

blere Lösung bieten daher die Formulare, in denen der Verfasser die von ihm gewünschten Bestimmungen ankreuzt.

Aus den derzeit über 180 verschiedenen Formularen soll an dieser Stelle eines herausgegriffen werden, das sich durch seine klaren inhaltlichen Bestimmungen und seinen besonders übersichtlichen Informationsteil auszeichnet: Es ist dies die von dem **Bayerischen Staatsministerium der Justiz** herausgegebene Broschüre **„Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“**.<sup>36</sup> Sie enthält neben Vordrucken für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung einen Fragenkatalog, in dem alle wichtigen im Zusammenhang mit den Verfügungen auftauchenden Fragen beantwortet werden. Hervorzuheben ist dabei neben der sehr übersichtlichen Gestaltung, dass alle Fragen klar und für jedermann verständlich beantwortet werden.

In diesem Zusammenhang noch eine Bemerkung zu der von der Deutschen Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Rat der EKD herausgegebenen **Christlichen Patientenverfügung**: Der Anwendungsbereich dieser Verfügung ist sehr eng gefasst: Der erste Satz der Verfügung lautet: *„Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, verfüge ich: An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen festgestellt wird,*

*dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Sterben nur verlängern würde.“* Damit betrifft diese Verfügung nur die letzte Sterbephase, eine Phase also, in der jede lebensverlängernde Maßnahme ohnehin schlechte Medizin<sup>37</sup> wäre. Sie enthält damit nicht mehr als die Bestätigung dessen, was ohnehin selbstverständlich sein sollte. Auf die Situation eines Wachkomapatienten trifft die Verfügung ebenso wenig zu wie auf die Situation eines dementen Menschen oder eines Patienten mit schwersten irreversiblen Hirnschäden – ohne dass diese ansonsten lebensbedrohliche Erkrankungen hätten.

Für jemanden, der auch in diesen Fällen und nicht nur in der unmittelbaren Sterbephase eine Begrenzung der medizinischen Behandlung wünscht, ist die christliche Patientenverfügung daher **nicht geeignet**. Die in der Broschüre außerdem abgedruckten Formulare einer Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht enthalten alle juristisch wichtigen Bestimmungen und können daher uneingeschränkt empfohlen werden.

Abschließend sei auf drei Punkte hingewiesen, die für alle Patientenverfügungen von Bedeutung sind:

- Vor der Abfassung einer Patientenverfügung sollte ein ausführliches **Beratungsgespräch mit dem Hausarzt** (oder einem anderen Arzt) stehen. Er kann nicht nur die einzelnen in den Verfügungsformularen enthaltenen Bestim-

mungen noch einmal erläutern, sondern auch auf Besonderheiten hinweisen, die sich möglicherweise aus dem individuellen Gesundheitszustand des Verfassers ergeben. Darüber hinaus dient ein solches Gespräch auch als Beleg dafür, dass sich der Verfasser mit dem Inhalt und den Konsequenzen der Verfügung intensiv auseinandergesetzt hat. Der **Arzt** sollte außerdem am Ende der Patientenverfügung **mit Datum und Unterschrift bestätigen, dass ein Beratungsgespräch stattgefunden hat und dass der Verfasser zu diesem Zeitpunkt im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte war**. Damit kann späteren Auseinandersetzungen über diese Frage vorgebeugt werden.

- Die meisten Patientenverfügungen enthalten die Empfehlung, die Verfügung regelmäßig durch eine erneute Unterschrift zu bestätigen (so auch die oben angesprochene). Diese Empfehlung ist nicht ohne Risiko: Bestätigt der Verfasser in drei aufeinander folgenden Jahren durch erneute Unterschrift jeweils im Januar die Aktualität der Verfügung und vergisst er dies im vierten Jahr, so kann daraus der Schluss gezogen werden, dass die Verfügung nicht mehr seinem derzeitigen Willen entspricht, also keine Gültigkeit haben soll. Auch wenn er in mehr oder weniger unregelmäßigen Abständen unterschreibt, besteht die Gefahr, dass der Abstand einmal etwas länger ausfällt und damit Zweifel

an der Aktualität des dokumentierten Willens begründet werden. Vor diesem Hintergrund ist zu bedenken, ob nicht ein **ausdrücklicher Hinweis** darauf, **das die Verfügung weder in regelmäßigen noch in unregelmäßigen Abständen erneut unterschrieben wird, sinnvoll ist**. Ein solcher Passus könnte beispielsweise folgendermaßen lauten: *„Ich habe die Verfügung nach reiflicher Überlegung und ausführlichen Gesprächen mit ... (Familienangehörigen, Freunden, Rechtsanwalt, Arzt) verfasst. Sie dokumentiert meinen aktuellen Willen. Ich werde dies **nicht** durch erneute Unterschriften, weder regelmäßig noch unregelmäßig, erneut bestätigen. Sollte ich meinen in der Verfügung dokumentierten Willen ändern, werde ich die Verfügung vernichten oder entsprechende Änderungen einfügen.“*

- Viele Formulare sehen Raum für eine freie Darstellung der persönlichen Werte und der Lebenseinstellung des Verfügenden vor. Eine solche **Zusammenfassung der für das eigene Leben wichtigen Überzeugungen ist sinnvoll**. Sie kann eine wertvolle Hilfe bei der Auslegung der Verfügung sein. Tritt eine Situation ein, zu der die Verfügung keine ausdrückliche Regelung enthält, bietet sie Anhaltspunkte für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens.

## V. INFORMATIONSMATERIAL UND MUSTERFORMULARE

- „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz, Verlag C. H. Beck, 9. Aufl., Sept. 2005, (3,90 €), ISBN 3-406-54052-X, zu beziehen über den Buchhandel oder das Internet unter [beck.shop.de](http://beck.shop.de)
- Matthias Winkler, Vorsorgevollmachten, Verlag C. H. Beck, 2. Aufl. 2005, (14,90 €)
- T. Klie, J.-C. Student, Die Patientenverfügung, ISBN 3-451-05044-78
- Formulierungshilfe Patientenverfügung des Bundesjustizministeriums, [www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de)

(Uta Lehmann, 10.03.2006)

## F PALLIATIVVERSORGUNG UND HOSPIZARBEIT

### I. EINFÜHRUNG

In unserer Gesellschaft greift zunehmend die Angst um sich, vereinsamt, unter sinnlosem Leiden und ohne Kontrolle über die Rahmensituation zu versterben. Manche Menschen möchten dem durch rechtliche Voraussetzungen vorbeugen. Anderen scheint nur eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) eine ausreichende Garantie zu sein, selbstbestimmtes Leben durch ein selbstbestimmtes Sterben zu vollenden.

Bei allen Kontroversen um die aktive Sterbehilfe besteht jedoch meistens Einigkeit darüber, dass es das Beste wäre, nach Möglichkeit Rahmenbedingungen zu gewährleisten, die den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe gar nicht erst entstehen lassen.

Dies ist es, was Palliativversorgung (der Grundbegriff „palliativ care“ geht über die übliche deutsche Übersetzung „Palliativmedizin“ eigentlich weit hinaus) und Hospizarbeit erreichen wollen.

### II. PALLIATIVVERSORGUNG

Palliativversorgung findet in verschiedenen Bereichen statt:

1. der Symptomkontrolle bzw. medizinischen Komponente: Schmerzlinderung, Behebung körperlicher Beschwerden wie Atemnot, Übelkeit usw.
2. der sozialen Komponente: Sterben sollte in möglichst vertrauter Umgebung, d.h. wenn der Wunsch danach besteht möglichst zu Hause und in Gegenwart vertrauter Menschen ermöglicht werden
3. der psychischen Komponente: es soll ermöglicht werden, wichtig erscheinende Dinge abzuschließen, zu Ende zu bringen
4. der seelischen/religiösen Komponente: der Sterbende soll in seiner Suche nach dem Sinn seines Lebens bzw. Sterbens unterstützt werden ohne ihn zu bevormunden. Das bedeutet vor allem, aushalten zu können, wenn der Sterbende

frühere Überzeugungen in Frage stellt, ohne voreilige Antworten zu geben oder davonzulaufen.<sup>38</sup>

Ganz wichtig ist es zu wissen, dass die heutige Medizin bei nahezu allen Schmerzzuständen in der Lage ist, die körperliche Komponente des Schmerzes erträglich zu gestalten. Hierbei kann in Extremfällen die Hinzuziehung eines Schmerzspezialisten erforderlich sein. Genauso wichtig ist es aber, dass der erlebte Schmerz nur zu einem geringeren Anteil körperlich bedingt ist. Der größere Anteil des Schmerzes ist durch die psychischen, spirituellen und andre Begleitumstände bedingt: Gelingt es, diese Nöte zu beheben, wird auch der körperlich empfundene Schmerz deutlich gelindert.<sup>39</sup>

### III. HOSPIZARBEIT

Unter Hospiz versteht man heute ein Konzept der Fürsorge für sterbende Menschen und ihre Angehörigen, das die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen ganz ins Zentrum stellt. Geleistet wird diese Arbeit durch Hauptamtliche unterschiedlicher Berufsgruppen (insbesondere durch Pflegekräfte, Ärzte und Sozialarbeiter) sowie durch freiwillige Helferinnen und Helfer. Letztere tragen in besonderem Maße dazu bei, das „normale“ Leben in die Sterbesituation zu integrieren und umgekehrt. Wichtigste Aufgabe ist die Behandlung von körperlichen und seelischen Beschwerden (s.o.). Hospize haben nicht das Ziel, den Sterbeprozess zu verzögern oder

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

zu beschleunigen. Die Nachsorge für die Angehörigen in der Zeit der Trauer ist integraler Bestandteil der Arbeit. Wichtigstes Ziel der Hospizarbeit ist es, den Menschen ein Sterben zu Hause zu ermöglichen. Falls dieses nicht mehr möglich ist, gibt es auch stationäre Hospizangebote.<sup>40</sup>

Das erste moderne (stationäre) Hospiz nach dieser Idee wurde 1967 in London gegründet. In Deutschland kam der Hospizgedanke erst in den 70er Jahren auf und führte 1986 zur Gründung des ersten stationären Hospizes in Aachen und parallel der ersten ambulanten Arbeitsgruppe in Hannover.<sup>41</sup>

Die ambulanten Hospizdienste stellen idealerweise eine psychosoziale Begleitung betroffener Familien zur Verfügung (einschließlich einer 24-Stunden-Rufbereitschaft) mit sorgfältiger Beachtung des körperlichen Befindens und der Fähigkeit, fachkundige Hilfe für die palliativmedizinische Betreuung hinzuzuziehen. Bei ambulanten Diensten, die dieses Niveau nicht erreichen, spricht man von Hospiz-Initiativen. Es gibt auch ambulante Palliativ-Care-Teams, die palliative Pflege oder eine Palliative-Care-Beratung anbieten. Stationäre Hospiz-Einrichtungen sind entweder Pflegeeinrichtungen ohne Anbindung an eine größere Institution oder Palliativstationen, die fest in eine Klinik eingebunden sind. Bisher kaum in Deutschland vorhanden sind die teilstationären Hospize, die entweder als Tageshospize oder als Nachthospize Sterbende zu be-

stimmt, für diese notwendigen Zeiten aufnehmen, um auf diese Weise eine dauerhafte Einweisung zu vermeiden.<sup>42</sup>

Die Finanzierung der stationären Hospize erfolgt als Mischfinanzierung aus Krankenkassen, Pflegekassen und 10% Eigenanteil, der vor allem durch ehrenamtliche Arbeit und Spenden gedeckt wird. Für ambulante Hospizdienste ist ein Zuschuss der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen, der jedoch aufgrund bestimmter Auflagen (z.B. mindestens 15 ehrenamtliche Mitarbeiter) insbesondere für kleinere Initiativen nicht zugänglich ist.<sup>43</sup> Im ambulanten Bereich wird in Deutschland noch der größte Entwicklungsbedarf gesehen.

Sterbebegleitung bietet auch immer die Gefahr, eigene Vorstellung vom Sterben anstelle der des Sterbenden in den Vordergrund zu rücken. Hospize sind sich dieser Gefahr bewusst und versuchen ihr durch besondere Schulung der Mitarbeiter zu begegnen: „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hospizen sollten in ganz besonderer Weise um die eigenen Ängste angesichts von Sterben, Tod und Trauer wissen. Sie werden deshalb darin geübt, diese eigenen Ängste angesichts derjenigen von Sterbenden nicht zu verdrängen, sondern mit der nötigen Wachheit wahrzunehmen. Sie wissen, dass diese Fähigkeit zur Bewältigung eigener Ängste ihnen nicht in den Schoß fällt, sondern immer wieder auf neuen, kreativen Wegen erworben werden muss. Hierbei soll Bildungsarbeit sie unterstützen.“<sup>44</sup>

### IV. EINSTELLUNG DER HOSPIZ-BEWEGUNG ZU WEITEREN STRATEGIEN ZUR BEWÄLTIGUNG DER LETZTEN LEBENSPHASE

#### 1. Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Wenn wir an das Ziel einer Patientenverfügung als Vorsorge für das Lebensende denken, haben wir meistens konkrete Situationen, z.B. einen Schlaganfall oder was wir sonst besonders fürchten, vor Augen. Aber wie viele der Varianten des Lebens und der Krankheit, die uns treffen können, lassen sich wirklich in unseren Überlegungen vorwegnehmen? Und haben wir wirklich vor einer möglichen Erkrankung dieselben Vorstellungen, wie sie sich in der Erkrankungssituation entwickeln würden?<sup>45</sup>

Möglicherweise liegt der größte Wert einer Patientenverfügung nicht in ihrer rechtlichen Wirkung sondern darin, dass ich dadurch gezwungen bin, mir selbst über meine Wünsche und Vorstellungen bezogen auf mein Lebensende Klarheit zu gewinnen. Dies kann in einem ersten Schritt am besten über die eigene Formulierung, nicht über die Orientierung an Vordruckten geschehen. Über diese Vorstellungen sollte dann auch unbedingt das Gespräch gesucht werden: Einerseits mit dem Hausarzt, der auf diese Weise Einblick in die eigenen Wünsche gewinnt und umgekehrt vielleicht auch wertvolle Hinweise auf individuell bedrohende Erkrankungen geben kann. Andererseits mit Personen des eigenen Vertrauens, Verwandte

oder enge Freunde. Dies ist wichtig, damit diese Personen später einmal für einen eintreten und ggf. auch entscheiden können. An den Auseinandersetzungen in diesen Gesprächen haben die eigenen Vorstellungen die Chance zu reifen und konkrete Gestalt zu gewinnen. Welche juristische Form ich dann letztlich für meine Verfügung wähle, ist wieder ein eigenes Thema. Rechtliche Vorsorge kann jedoch die soziale Vorsorge nicht ersetzen. In Phasen der Abhängigkeit, in schwerer Krankheit und im Sterben ist man auf soziale Unterstützung angewiesen, auf Menschen, die für einen eintreten, die ggf. eine Vorsorgeverfügung zur Geltung bringen oder sonst einen Beitrag dazu leisten, dass ich verstanden werde, dass ich mich verstanden fühle oder man mich zu verstehen sucht. Es ist bekannt, dass sich Menschen besonders in Krisensituationen neue Sichtweisen erschließen. Schwere Krankheit und Sterben gehören zu den größten vorstellbaren Krisensituationen. Aus diesem Grund wird von Vertretern der Hospizarbeit auch eher die Vorsorgevollmacht der Patientenverfügung vorgezogen – wenn sich auch sicher beide ergänzen können. Ein Mensch, dem ich besonders am Herzen liege, mit dem ich wesentliche Wertvorstellungen über Leben und Sterben teile und der bereit ist, mich in einem Krankheits- und Sterbeprozess zu begleiten, ist wahrscheinlich der beste Garant dafür, dass im Ernstfall auch wirklich meinen aktuellen Wünschen Rechnung getragen wird.<sup>46</sup>

## 2. Aktive Sterbehilfe

Oberflächlich gesehen scheinen sich Palliativversorgung und aktive Sterbehilfe nicht auszuschließen. Es wird immer Situationen geben, in denen Menschen trotz palliativer Versorgung nach aktiver Sterbehilfe verlangen.

Der Legalisierung aktiver Sterbehilfe stehen trotzdem gewichtige Argumente entgegen.

1. Nach aller Erfahrung hat der Wunsch eines todkranken Menschen „Ich möchte sterben“ am häufigsten die Bedeutung: „Ich fühle mich einsam, ich möchte über das Thema Sterben mit dir ins Gespräch kommen.“ Er ist damit ein Kommunikationsmotiv, das als solches verstanden werden muss.<sup>47</sup>
2. In anderen Fällen bedeutet der Ruf nach aktiver Sterbehilfe – ähnlich wie bei anderen Formen der Suizidalität: „Ich möchte **so** nicht weiterleben.“ Hier ist in erster Linie an Schmerzen zu denken, aber auch an andere körperlich und seelische Belastungen in solch einer Zeit.<sup>48</sup> Der vermeintlich leichtere Weg der aktiven Sterbehilfe kann und wird dazu führen, dass im Einzelfall weniger intensiv nach Lösungsmöglichkeiten für persönliche Krisensituationen gesucht wird.
3. Der Selbsttötung – dem Suizid – steht in aller Regel unser instinktiver Überlebenswille entgegen. Deshalb wird er am ehesten realisierbar, wenn auf unseren Wunsch ein anderer die Tötung

durchführt. Dabei ist es möglicherweise so, dass eine Art „Beziehungs-Automatismus“ einsetzt, der zu wenig Platz für die Abkehr von einem Selbsttötungswunsch in letzter Minute lässt.<sup>49</sup>

Letztere Überlegung deckt sich mit der Beobachtung, dass Menschen, die aktive Sterbehilfe im Ausland in Anspruch nehmen, in der Regel durchaus körperlich in der Lage wären, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen.<sup>50</sup> Ebenfalls kommt es öfters vor, dass sterbenskranken Menschen zwar den dringenden Wunsch äußern, getötet zu werden, aber die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht nutzen.<sup>51</sup>

4. Bei aktiver Sterbehilfe endet die Beziehung zwischen dem Sterbenden und seinem „Helfer“ in einer bestenfalls einvernehmlichen, aber dennoch gewaltsamen Zerstörung. Dies kann erhebliche psychische Folgen für den überlebenden „Helfer“ haben, die letztlich auch eine Gesellschaft, die solches akzeptiert oder sogar billigt, nicht unverändert lassen werden.<sup>52</sup>

## V. DIE SCHWIERIGE FRAGE KÜNSTLICHER ERNÄHRUNG

Bei der Frage nach künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, insbesondere durch das Legen einer Ernährungssonde durch die Bauchdecke (sog. PEG-Sonde)<sup>53</sup>, müssen in der Palliativversorgung drei Situationen unterschieden werden:

### 1. Ernährung am Lebensende

Aus Sicht der Hospizarbeit wird einem Todkranken, der nicht mehr „genügend“ isst oder trinkt, viel zu oft ohne langes Nachdenken und ohne intensive Aufklärung über die ethischen Folgeprobleme eine Ernährungssonde angeboten. Insgesamt lässt sich sagen, dass die Entscheidung, wie Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erfolgen soll, im ausdrücklichen Willen des sterbenden Menschen liegt. Seine Wünsche zu achten, auch wenn uns dies unbequem erscheint, sichert ihm im Sterben seine Würde. Das Austrocknen eines Patienten in diesem Zusammenhang zuzulassen, erfordert freilich ein hohes Maß an pflegerischem Können, um unangenehme Begleiterscheinungen vorzubeugen, und einen besonders sensiblen Umgang mit den Angehörigen.<sup>54</sup> Auch die langsam abnehmende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr bei Patienten, deren Bewusstsein in der letzten Lebensphase eintrübt, halten Vertreter der Hospizarbeit für einen sehr natürlichen Vorgang. Wenn der Patient nicht ausdrücklich etwas anderes zu Zeiten wachen Bewusstseins angeordnet hat, ist davon auszugehen, dass jetzt das Unterlassen jeder forcierten Flüssigkeitszufuhr seinem Willen und Interesse entspricht.<sup>55</sup>

### 2. Ernährung bei bewusstseinsgetriebenen Patienten ohne tödliche Krankheit im engeren Sinne

Die Haltung der Hospizarbeit lebt von dem Gedanken, dass ein Mensch ein Recht darauf hat, am Lebensende (womit jetzt nicht nur die letzten Lebenstage gemeint sind) verantwortliche Entscheidungen für sich und seinen Weg zu treffen. Sie geht davon aus, dass die Äußerungsmöglichkeiten eines Menschen auch bei erheblichen hirnorganischen Beeinträchtigungen noch sinnvoll interpretierbar sind, wenn Menschen liebevoll darauf zu achten vermögen. Als Vorsorge für die Entscheidungen, die in solchen Situationen zu treffen sind, erscheint es auch hier am sinnvollsten, mit vertrauten Menschen wieder und wieder über solche Möglichkeiten schon in gesunden Tagen zu sprechen – ohne an dieser Stelle alle Eventualitäten regeln zu wollen.

Für die Gesellschaft aber lohnt es sich, einmal darüber nachzudenken, welche Werte wir vielleicht verschenken, wenn wir gedankenlos den verwirrten Menschen ins Abseits stellen und den Wert eines Menschen weitgehend an der Leistungsfähigkeit seines Gehirns entscheiden.<sup>56</sup>

### 3. Ernährung bei tiefer Bewusstlosigkeit (z.B. Wachkoma)

Bewusstlosigkeit ist eine Seinsweise unserer menschlichen Existenz, die wir uns per definitionem nicht vorstellen

können. Denn wenn wir bewusstlos sind, hören ja gerade jene Überlegungen, Einstellungen und Wertvorstellungen auf, die unser Wachbewusstsein prägen. Natürlich ist es in einer Gesellschaft, die schon das „Unbewusste“ mit Skepsis betrachtet, kaum vorstellbar, dass Bewusstlosigkeit sinnvoll sein könnte. Es gibt aber eine Reihe von Indizien, die es wenigstens wahrscheinlich machen, dass die Zeit der Bewusstlosigkeit nicht weniger „belebt“ ist als der Wachzustand. Befragungen von Koma- und Wachkoma-Erfahrenen haben ergeben, dass inneres Wahrnehmen und traumartiges Erleben möglich sind. Es handelt sich dabei gewissermaßen um ein „Leben auf einer anderen Frequenz“. Was Menschen offenbar in diesen Zeiten der Bewusstlosigkeit gut tut, das ist, wenn sie die Nähe eines vertrauten Menschen spüren, dessen Zuwendung wahrnehmen.

Dass Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal nach einer langen Zeit der Bewusstlosigkeit eines Kranken und der damit leider oft verbundenen Beziehungslosigkeit zu ihm Zweifel daran kommen, ob die Fortführung der Ernährung „sinnvoll“ ist, erscheint verständlich. Aber gerade in der Bewusstlosigkeit, einer Zeit also, in der übliche Maßstäbe von Zeit und Raum ihren Sinn verlieren, ist die Länge eines „Zustandes“ wohl das untauglichste Argument für eine Handlung. Im Zweifel sollten wir uns stets für das Leben entscheiden

und darüber nachdenken, wie es lebenswert gestaltet werden kann. Dass unsere Kenntnisse hierüber so dünn gesät sind, spricht für die bedauerliche Vernachlässigung dieses Lebensgebietes.<sup>57</sup>

## VI. ZUGANG ZU HOSPIZDIENSTEN

Informationen sowie eine Suche von Hospizdiensten nach Postleitzahlen bieten: [www.hospize.de](http://www.hospize.de) (Internetseite der Deutschen Hospiz Stiftung, Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel: 0231-73 80 730) und [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net) (Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Am Weiherhof 23, 52382 Niederzier, Tel: 02428-802937) Einzelne Hospizeinrichtungen sind auch im telefonischen Branchenverzeichnis („Gelbe Seiten“) eingetragen.

## VII. LITERATUREMPFEHLUNGEN

1. T.Klie, J.-C.-Student. Die Patientenverfügung. ISBN 3-451-05044-7 8
2. J.-C. Student (Hg.). Sterben, Tod und Trauer. ISBN 3-451-28343-3
3. J.-C.-Student. Sterbehilfe und Palliativmedizin. <http://www.hospizstuttgart.de/>

(Dr. Barbara Leube, 04.03.06  
(in Anlehnung an Referat und  
Veröffentlichungen von Prof. J.-C. Student,  
Gesamtleiter des Hospiz Stuttgart))

## G HÄUSLICHE STERBEBEGLEITUNG

### I. SACHDARSTELLUNG

#### 1. Sterben

Sterben ist ein Teil unseres Lebens und der letzte Abschnitt vor Eintritt des Todes. Diese letzten Tage und Stunden muss jeder selbst durchstehen. Die Umstände, die zum Tode führen, variieren in der Regel sehr stark. Dementsprechend kann auch der Ablauf des Sterbens und das Erleben des Sterbens bis zum Eintritt des Todes von Mensch zu Mensch sehr verschieden sein. Das Sterben beginnt, wenn eine Heilung bzw. Genesung nicht mehr erwartet werden kann und das Lebensende bevorsteht. Es kann in zwei Phasen gesehen werden: die eigentliche Sterbephase (Terminalphase) und die Phase, in der sich der bevorstehende Tod manchmal längerfristig ankündigt, wie bei einer unheilbaren Krankheit, die früher oder später direkt zum Tode führt.

Somit variiert auch die Zeitspanne des gesamten Sterbevorganges bis zum tatsächlichen Ableben erheblich. Häufig wird ein Sterbevorgang durch ein plötzlich auftretendes akutes Ereignis wie Kreislaufversagen oder Unfall ausgelöst. Meistens ist damit eine Einlieferung ins Krankenhaus zur schnellen Hilfe und Lebensrettung verbunden. Häufig tritt hierbei der Tod sehr schnell ein. Demgegenüber können unheilbare schwere Krankheiten oft einen länger andauernden Sterbevorgang ver-

ursachen. Manch ein Begnadeter schläft friedlich in den Tod hinein, während ein anderer vielleicht unsägliche Leiden bis zum Ende durchstehen muss.

#### 2. Sterbebegleitung

Unter Sterbebegleitung versteht man, dass Menschen Sterbenden auf ihrem letzten Weg beistehen und sie begleiten. Hierbei soll erreicht werden, dass die Würde des Menschen bis zum letzten Atemzug gewahrt bleibt, wobei HUBER<sup>58</sup> die Achtung der Menschenwürde in diesem Zusammenhang wie folgt sieht: „Der Respekt vor der Würde des Menschen schließt die Achtung seiner Individualität und Unverwechselbarkeit, damit aber auch die Achtung seiner Endlichkeit und Begrenztheit ein. .... Der christliche Glaube tritt für ein Menschenbild ein, das den Menschen ganzheitlich als von Gott geliebte Person wahrnimmt.“ Dieses Verständnis der Menschenwürde motiviert zum liebevollen Umgang mit sterbenden Menschen. Dabei ist es gleichgültig, in welcher Position und Beziehungsform der Begleiter zur sterbenden Person steht, ob die Begleitung im Rahmen einer Berufstätigkeit oder als Familienangehöriger und Freund oder auch ehrenhalber als Helfer erfolgt, und ob der letzte Aufenthalt im Krankenhaus, in einem Pflegeheim oder aber zu Hause stattfindet.

Sterbebegleitung ist nicht zu verwechseln mit der „Betreuung Erwachsener“, bei der man die rechtliche Vertretung von er-

# ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

wachsenen Menschen versteht, die nicht mehr in der Lage sind, wichtige Dinge des täglichen Lebens selbst zu bewältigen (Siehe Kapitel E, S. 33 ff).

## II. STERBEBEGLEITUNG ZU HAUSE

### 1. Voraussetzungen und Anforderungen

Der Wunsch vieler Menschen, zu Hause in vertrauter Umgebung sterben zu dürfen, setzt allerdings voraus, dass auch Menschen da sind, die sie dann begleiten können und die in der Lage sind, die Anliegen der sterbenden Person nach ihrer Vorstellung zu erfüllen. Möglich wird dies am ehesten, wenn Familienmitglieder da sind, die, soweit die Kräfte reichen und etwaige berufliche Verpflichtungen es zeitlich ermöglichen, die notwendig gewordene Pflege und Sterbebegleitung im häuslichen Umfeld übernehmen können.

Beim Beginn einer notwendig gewordenen Sterbebegleitung ist meistens noch nicht absehbar, welcher Pflegeaufwand im weiteren Verlauf der Sterbephase bis zum Eintritt des Todes tatsächlich erforderlich werden wird. Daher ist bei der Übernahme der Betreuung eine möglichst realistische Einschätzung des Pflegeaufwandes, des körperlichen und geistigen Zustandes der sterbenden Person unter Zuhilfenahme von Fachleuten dringend anzuraten. Aber auch der zur Betreuung bereite Mensch sollte entsprechend seines Alters, seiner körperlichen und seelischen Verfassung sein Leistungsvermö-

gen richtig einschätzen, um eine unter Umständen längerfristige Begleitung sachgerecht vorausplanen und organisieren zu können.

### 2. Aufgabenbereiche einer Sterbebegleitung

Bei einer häuslichen Sterbebegleitung sind nachfolgend aufgezeigte Aufgabenbereiche abzudecken:

- Zunächst sind die täglichen **Pflegedienste** zu erfüllen, durch die die elementaren Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst, Hygiene, Wärme und Ruhe zu befriedigen sind. Auch ist im Tagesablauf der richtige Umgang mit Hilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege und die Verabreichung von Medikamenten z.B. zur Schmerzlinderung zu überwachen.
- Einen hohen Stellenwert kommt der **seelischen Begleitung** zu, wobei eine liebevolle Zuwendung bei der zu pflegenden Person Vertrauen schafft. Eine Förderung seiner Selbstwertschätzung unter Beachtung geäußerter Wünsche entspricht der Würde des sterbenden Menschen. Wichtig sind auch Hilfestellungen in seelischer Not wie Angst, Sorge oder Lebensmüdigkeit.
- Hier sollte die **geistliche Versorgung** nicht zu kurz kommen. In Abstimmung mit dem Schutzbefohlenen sollten Pfarrer und Arzt einbezogen werden, um dem Sterbenden Gewissheit, Trost und Zuspruch zuteil werden zu lassen. Regelmäßige Andachten, Gebete und Ge-

sang können Gelassenheit, Zuversicht und innere Ruhe vermitteln.

- **Wirtschaftliche und organisatorische Aufgaben** sind darüber hinaus zu bedenken und im Sinne der sterbenden Person zu erfüllen. Hierzu zählt beispielsweise die Ausrichtung der Beerdigung, Hinweise zum Öffnen eines Testaments, Kontaktaufnahme mit Versicherungen und Banken oder die Benachrichtigung bestimmter Personen wie Arzt, Pfarrer oder anderer Persönlichkeiten. Solche und ähnliche Entscheidungen sind in Abstimmung mit der betroffenen Person und deren nächsten Angehörigen oder aber im Rahmen einer Vorsorgevollmacht zu treffen.

In der häuslichen Sterbebegleitung sind diese Aufgaben keineswegs immer nur allein von der hauptamtlich betreuenden Person zu bewältigen. Wünschenswert ist es, wenn mehrere Personen in die Betreuung eingebunden werden können, um bei Bedarf eine Begleitung rund um die Uhr zu sichern. Im täglichen Pflegeablauf können durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel z.B. von Gehhilfen, eines verstellbaren Krankenbettes und der Verwendung von Fertiggerichten oder der Bestellung von Essen auf Rädern Erleichterungen in der Pflege und Betreuung erzielt werden.

### 3. Fremddienste und Hilfen zur Unterstützung der Pflege

Für ambulante Pflegedienste stehen heu-

te Sozialstationen zur Verfügung, die sowohl von der öffentlichen Wohlfahrtspflege wie auch von freien Wohlfahrtsverbänden getragen werden. Darüber hinaus gibt es **private Pflegedienste**. Unter **öffentlicher Wohlfahrtspflege** versteht man Dorfhelferinnen und Sozialstationen, die Kommunen für ihre Bürgerinnen und Bürger eingerichtet haben. Wer häusliche oder pflegende Hilfe benötigt, wendet sich also an seine Gemeinde. Telefonnummern sind im örtlichen Telefonbuch zu finden.

**Freie Wohlfahrtsverbände** sind:

- Arbeiterwohlfahrt
- Deutscher Caritasverband, z.B. angeschlossen der Malteser Hilfsdienst
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, z.B. angeschlossen der Arbeiter-Samariter-Bund
- Deutsches Rotes Kreuz
- Diakonisches Werk der EKD, z.B. angeschlossen die Johanniter-Unfallhilfe
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden

Die meisten freien Wohlfahrtsverbände sowie ihre angeschlossenen Institutionen und auch viele Krankenhäuser verfügen über **Sozialstationen**, die in der Regel alle Leistungen anbieten, die ein selbst bestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Sie reichen von der Beratung zur Pflegeplanung und Vermittlung von Hilfsdiensten wie z.B. „Essen auf Rädern“ oder die Installation eines Hausrufes über Einkaufs-, Hol- und Bringdienste bis hin zur hauswirtschaftlichen Versor-

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

gung sowie Betreuung bei Pflegebedürftigkeit. Manchen Sozialstationen sind so genannte Mobile Soziale Hilfsdienste (MSHD) zugeordnet.<sup>59</sup>

Eine wichtige Unterstützung bei der häuslichen Sterbebegleitung können Hospize leisten, soweit sie auf eine ambulante Versorgung Sterbender eingerichtet sind. Dem Hospizwesen und der Palliativmedizin, deren Zielsetzung es ist, Sterbende würdevoll zu begleiten, wurde in der letzten Zeit auch öffentlich eine größere Aufmerksamkeit und Bedeutung beigemessen, so dass in allen Bundesländern mehrere Hospiz- und Palliativstationen vorhanden sind. Man findet Adressen im örtlichen Telefonbuch auf den Gelben Seiten bzw. im Branchenbuch oder im Internet, [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net) bei der „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V. (BAG)“ Geschäftsstelle der BAG Hospiz, Am Weiherhof 23, 52382 Niederzier, Tel. 02428/802 937 (Vgl. auch F, S. 54.)

Die Leistungen der sozialpflegerischen Dienste werden refinanziert durch Krankenkassen, Pflegekassen, Selbstzahler und Sozialhilfe.

Um Unterstützungen durch die Pflegeversicherung zu erhalten, muss ein Antrag an die Pflegekasse gestellt werden. Dann erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachterbesuch. Daraufhin ergeht ein Bescheid über die Ein-

schätzung der Pflegebedürftigkeit und über die angemessene Pflegestufe. Es gibt drei Pflegestufen. Um eine sachgerechte Einstufung zu erreichen, ist es sehr hilfreich, wenn eine genau nachvollziehbare Aufzeichnung der täglichen Aufwendungen an Zeit und Leistungen vorliegt. Im **Anhang** befinden sich ein Musterformular für die Eintragung der täglich erbrachten Leistungen (Tabelle 1) und Tabelle 2, aus der ersichtlich wird, nach welchen Kriterien die Einstufung der angemessenen Pflegestufe vorgenommen wird.

### III. VORSORGEMASSNAHMEN

#### 1. Wie bereitet man sich selbst auf ein angenehmes Sterben vor?

Die meisten Menschen wünschen, wie bereits ausgeführt, die letzten Tage und Stunden ihres Lebens in Begleitung lieb gewordener Menschen, frei von quälenden Schmerzen in vertrauter Umgebung zu verbringen. Somit wird der häuslichen Sterbebegleitung aus der Sicht der Sterbenden ein hoher Stellenwert beigemessen. Um dies zu verwirklichen, ist es wichtig, fürs eigene Lebensende rechtzeitig Vorsorge zu treffen und Angehörige, wie Lebenspartner, Kinder oder sonst vertraute Menschen in die Vorüberlegungen einzubeziehen, um zu klären, welche persönlichen Wünsche im Ernstfall bedacht werden sollten hinsichtlich des letzten Aufenthaltsortes, einer erforderlich werdenden Pflege und der seelischen Begleitung (welche Personen), hinsichtlich einer ärzt-

lichen Versorgung (z.B. Patientenverfügung s. E, S. 40ff), der geistlichen Versorgung (welcher Pfarrer), aber auch hinsichtlich wirtschaftlicher Anliegen (z.B. Erteilen von Vollmachten) und organisatorischer Regelungen (z.B. Beerdigung). Ferner sollte der letzte Wille möglichst in Form eines Testamentes hinterlegt werden und jemand mit der Verwaltung der wirtschaftlichen Dinge handlungsfähig betraut sein.

Die Vorbereitung auf ein menschenwürdiges Sterben sollten Gedanken über die letzten Dinge, über Sterben und Tod nicht verdrängen, sondern sie bewusst zulassen und sie als einen Teil unseres Lebens verstehen. Dies wird leichter, wenn man sich als Christ vergegenwärtigt, dass das Leben mit Christus über den Tod hinaus weitergeht und lediglich der Leib stirbt und vergeht. Um diesen Trost auch im Sterben gegenwärtig zu haben, ist eine rechtzeitige und nachhaltige geistliche Zurüstung hilfreich und tröstlich.

#### 2. Wie bereitet man sich auf eine Sterbebegleitung vor?

Nach STUDENT ist Sterbebegleitung in erster Linie Alltagshandeln, wobei jeder Mensch in dem Sinne zur Sterbebegleitung befähigt ist, indem er zur Kontaktaufnahme, zum Beziehungsaufbau, zu einfühlsamen mitmenschlichem Verhalten befähigt ist. Grundsätzlich sollte auch jeder, der für sich selbst sorgen kann, in der Lage sein, für andere zu sorgen und somit

eine gewisse Voraussetzung für eine Sterbebegleitung mitbringen. Hierzu bedarf es keiner speziellen Ausbildung. Es ist aber ratsam, bei der Übernahme einer Sterbebegleitung seine körperliche und seelische Verfassung richtig einzuschätzen und danach das Maß der zu übernehmenden Aufgaben auszurichten, so dass möglichst noch genügend Freiräume für eigene Entlastungen bleiben. Zur Pflege gehören neben der Nähe auch die Fähigkeit zur Distanz und Fähigkeit zur Selbstreflexion. Gerade dies ist aber in der Pflege engster Angehöriger oft besonders erschwert.

Unabhängig von der grundsätzlichen Befähigung zur Sterbebegleitung sind darüber hinaus ohne Zweifel Fachkenntnisse in der Krankenpflege und im Umgang mit schwerkranken und bettlägerigen Patienten für eine Sterbebegleitung sehr von Nutzen. Sie können helfen, die eigenen Kräfte effizienter einzusetzen. Sie sind andererseits aber nicht unabdingbare Voraussetzung für die Übernahme einer Sterbebegleitung. Wichtiger für die Pflegenden ist es, bei der Durchführung ihrer Pflege auf sachkundige Hilfe zurückgreifen zu können. Hier kann man sich an Sozialstationen kirchlicher, kommunaler oder privater Trägerschaften wenden. Solche sachkundige Hilfe wird benötigt, wenn die pflegenden Menschen Ängste verspüren, Fehler in der Pflege zu begehen oder bei unerträglichen Schmerzen des Kranken hilflos zu sein oder psychisch der Belastung nicht mehr gewachsen zu sein.<sup>60</sup>

## ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Wir Menschen tragen in der Regel einen vitalen Überlebenswillen, wenngleich wir wissen, dass wir eines Tages sterben müssen. „Die Begegnung mit sterbenden und trauernden Menschen ist stets Begegnung mit der eigenen Angst vor dem eigenen Tod. Diese Angst ist offenbar ein typisch menschliches Phänomen und sie ist unabwendbar ... Bei Menschen, die beruflich oder freiwillig sterbende Menschen begleiten, wird immer und immer wieder an diese Angst gerührt ... Das heilsame Hinschauen auf die Angst ist aber ein wesentlicher Schlüssel zu ihrer Bewältigung.“<sup>61</sup>

„Es ist erlösend, zu begreifen, dass angesichts von Leid, Sterben und Tod wir alle nur hilflose Helfer sein können und dürfen. Schlimm und wirklich hilflos sind nur solche Begleiter, die meinen, ihre Hilflosgkeit überspielen oder verstecken zu müssen.“<sup>62</sup>

### 4. Erfahrungen mit der Sterbebegleitung

Die Vielfältigkeit der Sterbensabläufe erlaubt es nicht, allgemein gültige Patentrezepte für die häusliche Sterbebegleitung aufzustellen. Ob z.B. ein alter Mensch nach erfülltem Leben oder eine Person im blühenden Alter oder vielleicht sogar ein Kind unheilbar krank wird und den früher oder später nahenden Tod vor Augen gestellt bekommt, kann bei den Angehörigen und Hinterbliebenen ein unterschiedliches Maß an Trauer auslösen und somit die Sterbebegleitung erheblich beeinflussen. Die Trauer um den Verlust eines ge-

liebten Menschen beginnt in der Regel nicht erst mit dem Eintritt des Todes, sondern vielmehr mit der Nachricht vom zu erwartenden Lebensende, dem Beginn der Sterbephase, wobei häufig die zum Tode führende Ursache wohl erkannt ist, jedoch die Länge der Zeitspanne bis zum Eintritt des Todes ungewiss bleibt. Dies kann zu einer zusätzlichen seelischen Belastung bei der Übernahme einer Sterbebegleitung führen. Die Situation der Pflege, das Erwarten des Sterbens und des Todes kostet oft alle Kräfte. Das Miterleben des Sterbens und die Zeit der Begleitung sind für alle Beteiligten aber auch eine Chance: Man kann Nähe spüren und Sinn finden, und man lernt, sich mit den Grundgegebenheiten des Lebens, zu denen der Tod gehört, auseinanderzusetzen.

Dem Sterbenden kann aus der Annahme des unausweichlichen Endes eine innere Kraft zuwachsen, welche es ihm ermöglicht, die letzte Strecke des Weges innerlich ruhig und gefasst zu durchleben. Manche sprechen sehr ausführlich darüber, was sie nach ihrem Tod von den Zurückgebliebenen erwarten – manchmal sind es nur wenige Gesprächsfetzen. So belastend solche Gespräche für die Angehörigen sein können, helfen sie dem Kranken doch, loszulassen und seinen Widerstand gegen das Sterben aufzugeben.

Wenn bei dem Sterbenden die Durchblutung der lebenswichtigen Organe nicht mehr ausreicht, beginnt der Sterbevor-

gang. Die Sinnesfunktionen versagen, allerdings nicht gleichzeitig, daher sollte man sich an einem Sterbebett so verhalten, als könnte der Sterbende alles hören, sehen und empfinden. Liebe und Zuwendung kann man ihm am besten mit körperlichen Berührungen zuteil werden lassen. Streicheln, Abwischen des Speichels oder des Schweißes, das Benetzen der Lippen oder einfach nur die Hand halten lässt die Verbindung nicht abreißen, wenn Worte den Sterbenden nicht mehr erreichen. Die Unruhe wird geringer, wenn eine vertraute Person am Bett sitzt.

### 5. Schlussbetrachtung

In der häuslichen Sterbebegleitung hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten ein deutlicher Wandel vollzogen. Durch die Veränderungen in der Familienstruktur in Deutschland, dadurch, dass der Anteil an Großfamilien stark zurückgegangen ist und immer mehr Frauen berufstätig wurden, blieb immer weniger Freiraum für eine familiäre Betreuung pflegebedürftiger Menschen und für ein Sterben zu Hause. Parallel dazu nahm die Anzahl der Menschen, die ihren letzten Lebensabschnitt im Krankenhaus oder in einem Pflegeheim verbrachten, deutlich zu. Bei der derzeitigen angespannten Personalsituation im öffentlichen Pflegedienst bleibt aber immer weniger Zeit für individuelle Zuwendungen und für eine angemessene Sterbebegleitung. Erfreulich ist demgegenüber, dass in den letzten Jahren das Hospizwesen und die Palliativ-

medizin für eine stationäre und auch ambulante Sterbebegleitung im Umfang und in der Bedeutung deutlich zugenommen haben. Diese Entwicklung und auch andere Angebote für die häusliche Pflege und Betreuung geben dem Sterben zu Hause in vertrauter Umgebung wieder größere Chancen.

## VI. LITERATUR

## 1. Verzeichnis der Quellen

- Fakten & Tipps (Finanzen, Rechte, Lebensqualität) Pflegedienste Kapitel 10a Akademische Arbeitsgemeinschaft Verlag GmbH A Wolters Kluwer Company Mannheim
- Hintzen, R. 2005, Nichts ist selbstverständlich. Alles ist ein Geschenk. In „Was glauben eigentlich Sie?“ von Doris Michel-Schmidt, Seite 87/88, ISBN 3-429-02667-9
- Huber, Wolfgang, 2003, Vortrag: Diakonisches Profil, Fachtagung im Berliner Haus der Kirche am 17.10.2003, Veranstaltungsdokumentation Diakonisches Profil Teil 1 [www.dikonie-portal.de/Members/Kotnik/Downloads/DiakonischesProfil.pdf/view](http://www.dikonie-portal.de/Members/Kotnik/Downloads/DiakonischesProfil.pdf/view)
- Student, J.-CH., Fünf Thesen zur Fortbildung von Sterbebegleitern, [www.hospiz-ettlingen.de/fortbildung.html](http://www.hospiz-ettlingen.de/fortbildung.html)

## 2. Literaturempfehlung

- Mittig, Oskar, 1994: Sterbende begleiten: Ratschläge und praktische Hilfen – Zuhause sterben, S. 63-92, Stuttgart ISBN 3-89375-266-7
- Woche für das Leben, 2004: Um Gottes Willen für den Menschen – Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens, <http://www.ekd.de/woche/2004/>
- Zwischenbericht der Enquete-Kommission 22.6.2006 „Ethik und Recht der modernen Medizin“ – Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, Deutscher Bundestag 15/5858 Seiten 32, 69 und 70  
(Prof. Dr. Johannes Petersen, 08.03.2006)

## VII. ANHANG

Tab. 2:

Bewertungstabelle nach erforderlichem Leistungsumfang zur Einstufung in die Pflegestufen

Pflegestufe	Eigenschaften	Finanzielle Unterstütz.
Pflegestufe I	• mind. 1x täglich bei mind. 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder der Mobilität	Sachleistung*
Erhebliche Bedürftigkeit	• zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung nötig • wöchentlicher Zeitaufwand der Pflegeperson mind. 1,5 Std./Tag im Durchschnitt	Geldleistung**
Pflegestufe II	• mind. 3x täglich bei der Körperpflege, Ernährung oder der Mobilität	Sachleistung*
Schwerpflege- bedürftig	• zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung nötig • wöchentlicher Zeitaufwand der Pflegeperson mind. 3 Std./Tag im Durchschnitt	Geldleistung**
Pflegestufe III	• jederzeit muss eine Pflegeperson unmittelbar erreichbar sein (Tag und Nacht)	Sachleistung*
Schwerst- pflege- bedürftig	• zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung nötig • wöchentlicher Zeitaufwand der Pflegeperson mind. 5 Std./Tag im Durchschnitt	Geldleistung**

\* Sachleistung = Pflegeeinsätze durch professionelle Pflegekräfte (Sozialstationen oder soziale Dienste)

\*\* Geldleistung = Pflegegeld für pflegende Angehörige, Freunde oder Nachbarn, wenn diese die nötige Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen. Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch kombiniert in Anspruch genommen werden.

Quelle: [www.behinderung.org/pfgesetz.htm](http://www.behinderung.org/pfgesetz.htm)

# ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

Tab. 1: **Pflegetagebuch** (Muster)  
Für jeden Tag muss ein Blatt ausgefüllt werden.

Name des Pflegenden:	Name des Pflegebedürftigen:			
	Datum	Zeitaufwand in Minuten		Art der Hilfe (ankreuzen)
	morgens	mittags	abends	Anleitung oder Beaufsichtigung mit Unterstützung teilweise oder volle Übernahme
<b>Körperpflege</b>				
Waschen				
Baden				
Rasieren				
Kämmen				
Mundpflege				
Blasentleerung				
Darmentleerung				
Intimpflege				
Wechseln Inkontinenzartikel				
Ankleiden				
Auskleiden				
<b>Mobilität</b>				
Aufstehen vom Bett				
Aufstehen vom Rollstuhl				
Zubetbringen				
Lagerung				
Gehen/Bewegen im Haus				
Stehen				
Treppensteigen				
Begleiten zum Arzt				
<b>Ernährung</b>				
mundgerechte Zubereitung				
Essenaufnahme (Reichen)				
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>				
Einkaufen				
Kochen				
Wohnung reinigen				
Spülen				
Wechseln der Wäsche				
Waschen				
Bügeln				
Beheizen der Wohnung				

Quelle: [www.medizininfo.de/pflege/versicherung/tagebuch.shtml](http://www.medizininfo.de/pflege/versicherung/tagebuch.shtml)

# ZUM UMGANG MIT STERBEN UND TOD HEUTE

## VIII. FUSSNOTEN

- <sup>1</sup> Martin Luther, Invokavitpredigten, Taschenausgabe, Bd. 3, S. 86, EVA, Leipzig, 1991
- <sup>2</sup> Martin Luther, Sermon zur Bereitung zum Sterben, zit. in Ev. Erwachsenen Katechismus, Bd. 2, S. 530, Gütersloh<sup>4</sup> 1982
- <sup>3</sup> Vgl. Eibach, Ulrich (1998): Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Eine theologisch-ethische Stellungnahme zu der Euthanasie; Wuppertal; S. 44.
- <sup>4</sup> Im Durchschnitt sterben heute über 75%, in Großstädten bis über 90%, der Menschen in Kranken- und Pflegeinstitutionen. Vgl. Eibach, Ulrich (1998), S. 41.
- <sup>5</sup> Vgl. Schuster, Josef (2003): Der Tod aus theologischer Sicht; S. 36; in: Schumpelick, Volker (Hrsg.) (2003): Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde – Ein deutsch-niederländischer Dialog; Freiburg im Breisgau; S. 35-40
- <sup>6</sup> Säkularisierung zielt auf eine Eliminierung Gottes aus Welt und Alltag sowie auf eine Ersetzung aller religiösen Leitideen durch nichtreligiöse Gesichtspunkte. Die Frage nach dem Grund der Herrschaft wird zugunsten einer Selbstherrschaft des Menschen entschieden. Im Zustand der Säkularität gilt die Diesseitigkeit und Autonomie des Menschen; Gott ist von vornherein ein ausgeschlossener, vergessener Faktor. Vgl. z. B. Bockmühl, Klaus: Säkularismus und christlicher Glaube. Herrschaft Gottes – Selbstherrschaft des Menschen?; Marburg 1985.
- <sup>7</sup> Eine ausführliche Darstellung der Palliativmedizin erfolgt in Kapitel F, S. 48ff.
- <sup>8</sup> Zur Definition der aktiven Sterbehilfe siehe Kapitel D, S. 29 dieser Stellungnahme.
- <sup>9</sup> Vorreiter im Hinblick auf eine legalisierte aktive Sterbehilfe innerhalb der EU sind die Niederlande und Belgien.
- <sup>10</sup> Bundespräsident Rau (in seiner Berliner Rede / im Mai 2001 / „Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß“) erwartete von der aktiven Sterbehilfe als gesellschaftliche Folge, dass Sterbenden eine Rechenschaftspflicht auferlegt wird: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet.“ Zitiert nach Kutzer, Klaus: Aktive und passive Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen, assistierter Suizid; S. 153; in: Schumpelick, Volker (Hrsg.) (2003):
- Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde – Ein deutsch-niederländischer Dialog; Freiburg im Breisgau; S. 144-155.
- <sup>11</sup> Es gibt viele Wege, Druck auszuüben und jemandem zu suggerieren, es sei richtig und anständig, das eigene Ende zu verlangen: Wird z. B. ein schwer pflegebedürftiger Mensch lange gepflegt, vielleicht unter Einsatz der Freizeit und Vernachlässigung eigener Interessen, könnte eine Straffreiheit der Tötung auf Verlangen den Pflegenden dazu verleiten, dem Kranken die Aussichtslosigkeit seiner Situation klarzumachen. Dem Patienten könnte ein schlechtes Gewissen entstehen, dass er die Möglichkeit zu einem selbstbestimmten Sterben noch nicht ergriffen hat, wodurch er den anderen doch entlasten könnte. Er könnte den Eindruck gewinnen, er sei es seiner Umgebung schuldig, angesichts der von ihm verursachten Belastungen die erlösende Willenserklärung abzugeben.
- <sup>12</sup> Todesursachenstatistik des statistischen Bundesamtes unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
- <sup>13</sup> Deutsches Ärzteblatt 95 (30), Juli 1998, S. A - 1861 ff
- <sup>14</sup> Abschätzung nach Daten aus der Drucksache des Deutschen Bundestages 15/4542 vom 16.12.2004 (Antwort der Bundesregierung zu einer Großen Anfrage der Abgeordneten Julia Klöckner, Thomas Rachel, Andreas Storm et al. zur Organspende)
- <sup>15</sup> Grossmann P, Hagel K: Post-traumatic apallic syndrome following head-injury. Part I: clinical characteristics; Disabil Rehabil 18 (1) 1996: 1-20 / Stepan Ch, Haidinger G, Binder H: Prevalence of persistent vegetative state/apallic syndrome in Vienna; Eur J Neurol 11 (7) 2004: 461-6
- <sup>16</sup> Maschmeyer G, Bertschat FL, Moesta KT: Outcome analysis of 189 consecutive cancer patients referred to the intensive care unit as emergencies during a 2-year period; Eur J Cancer (England) 39 (6) 2003: 783-92
- <sup>17</sup> Aus: [www.alzheimerinfo.de](http://www.alzheimerinfo.de)
- <sup>18</sup> Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J, James G, Bolton RP, Willemsse PJ et al: Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy: a worse outcome in patients with dementia; Am J Gastroenterol 95 2000: 1472-5 Dharmarajan TS, Unnikrishnan D, Pitchumoni CS: Percutaneous gastrostomy and outcome in dementia; Am J Gastroenterol 96 (9) 2001: 2556-63
- <sup>19</sup> ebd.
- <sup>20</sup> BGH, Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 2003, 1588
- <sup>21</sup> BGH, NJW 2005, 2385
- <sup>22</sup> so die treffende Formulierung von Wagenitz, Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ), 2005, 669
- <sup>23</sup> Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGHR) Bd. 154, S. 205, 215
- <sup>24</sup> Lipp FamRZ 2004, 317, 318
- <sup>25</sup> BGHR 154, 205, 224, Lipp FamRZ 2004, 317, 319
- <sup>26</sup> Angehörige oder andere dem Betreuten nahe stehende Personen übernehmen diese Aufgabe ehrenamtlich. Sie haben lediglich Anspruch auf Auslagenerstattung. Sog. Berufsbetreuer haben zusätzlich einen Vergütungsanspruch. Die Vergütung ist (ebenso wie die Auslagenerstattung) aus dem Vermögen des Betreuten, bei Mittellosigkeit aus der Staatskasse zu zahlen.
- <sup>27</sup> BGHR 154, 205, 211; BGH, Neue Juristische Wochenschrift (NJW), 2005, 2385
- <sup>28</sup> § 1901 Abs. 2, 3 BGB
- <sup>29</sup> BGH NJW 2003, 1588
- <sup>30</sup> vgl. zum Thema Sterbehilfe Kapitel D, S. 26
- <sup>31</sup> zwar hat das Bundesjustizministerium im November 2004 einen Gesetzesentwurf zum Thema Patientenverfügung vorgelegt, dieser wurde jedoch nach massiver Kritik u.a. der beiden großen christlichen Kirchen nicht weiterverfolgt. Die Parteien einigten sich dann darauf, dass „aus der Mitte des Parlaments“ (also parteiübergreifend) ein neuer Entwurf erarbeitet werden sollte, hierzu ist es aber bislang nicht gekommen.
- <sup>32</sup> Zuletzt BGH NJW 2003, 1588
- <sup>33</sup> BGH a.a.O.
- <sup>34</sup> BGH a.a.O.
- <sup>35</sup> BGH, NJW 2005, 2385
- <sup>36</sup> erschienen im Verlag C. H. Neck, ISBN 3-406-53063-X
- <sup>37</sup> so ein Arzt in einem Vortrag zu diesem Thema
- <sup>38</sup> J.-C. Student (Hg.). Sterben, Tod und Trauer. ISBN 3-451-28343-3, S. 90ff
- <sup>39</sup> J.-C. Student, Referat vor dieser Kommission am 9.4.2005
- <sup>40</sup> T. Klie, J.-C. Student. Die Patientenverfügung. ISBN 3-451-05044-7 8, S. 19
- <sup>41</sup> Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, BT-Drs. 15/5858, S. 29
- <sup>42</sup> J.-C. Student (Hg.). Sterben, Tod und Trauer. ISBN 3-451-28343-3, S. 90ff
- <sup>43</sup> Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, BT-Drs. 15/5858, S. 33
- <sup>44</sup> J.-C. Student, Fünf Thesen zur Fortbildung von SterbebegleiterInnen, [www.hospiz-stuttgart.de](http://www.hospiz-stuttgart.de)
- <sup>45</sup> T. Klie, J.-C. Student, Die Patientenverfügung. ISBN 3-451-05044-7 8, S. 23
- <sup>46</sup> T. Klie, J.-C. Student, Die Patientenverfügung. ISBN 3-451-05044-7 8, S. 144
- <sup>47</sup> ebd., S. 107
- <sup>48</sup> ebd., S. 107
- <sup>49</sup> J.-C. Student. Sterbehilfe und Palliativmedizin. <http://www.hospiz-stuttgart.de>, S. 4
- <sup>50</sup> J.-C. Student, Referat vor dieser Kommission am 9.4.2005
- <sup>51</sup> T. Klie, J.-C. Student. Die Patientenverfügung. ISBN 3-451-05044-7 8, S. 108ff
- <sup>52</sup> zu gesellschaftlichen Auswirkungen aktiver Sterbehilfe s. Beitrag B, S. 16
- <sup>53</sup> siehe Beitrag C, S. 20f.
- <sup>54</sup> T. Klie, J.-C. Student. Die Patientenverfügung. ISBN 3-451-05044-7 8, S. 52f
- <sup>55</sup> ebd., S. 48f
- <sup>56</sup> ebd., S. 87ff
- <sup>57</sup> T. Klie, J.-C. Student. Die Patientenverfügung. ISBN 3-451-05044-7 8, S. 70ff / J.-C. Student (Hg.). Sterben, Tod und Trauer. ISBN 3-451-28343-3, S. 127
- <sup>58</sup> Huber, Wolfgang, 2003, Vortrag: Diakonisches Profil, Fachtagung im Berliner Haus der Kirche am 17.10.2003, Veranstaltungs-Dokumentation Diakonisches Profil Teil 1 [www.diakonie-portal.de/Members/Kotnik/Downloads/DiakonischesProfil.pdf/view](http://www.diakonie-portal.de/Members/Kotnik/Downloads/DiakonischesProfil.pdf/view), S.7ff
- <sup>59</sup> Fakten & Tipps (Finanzen, Rechte, Lebensqualität) Pflegedienste Kapitel 10a, Akademische Arbeitsgemeinschaft Verlag GmbH A Wolters Kluwer Company Mannheim
- <sup>60</sup> Woche für das Leben, 2004: Um Gottes willen für den Menschen – Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens, [www.ekd.de/woche/2004/](http://www.ekd.de/woche/2004/)
- <sup>61</sup> J.-C. Student, Fünf Thesen zur Fortbildung von Sterbebegleitern, [www.hospiz-ettlingen.de/fortbildung.html](http://www.hospiz-ettlingen.de/fortbildung.html), 4. These
- <sup>62</sup> R. Hintzen, 2005, Nichts ist selbstverständlich. Alles ist eine Geschenk. In „Was glauben eigentlich Sie?“ von Doris Michel-Schmidt, S. 87/88, ISBN 3-429-02667-9



## **MITGLIEDER DER ETHIKKOMMISSION:**

---

Dr. Silke Bremer, Möckern  
(Wirtschaftswissenschaft)

---

Dr. Thomas Förster, Erkrath  
(Chemie)

---

Dr. Rüdiger Klän, Gütersloh  
(Medizin)

---

Uta Lehmann, Kelkheim  
(Rechtswissenschaft)

---

Dr. Barbara Leube, Düsseldorf  
(Humangenetik)

---

Prof. Dr. Johannes Petersen,  
Meckenheim (Agrarwissenschaft)

---

Pfarrer Stefan Süß, Guben,  
Vorsitzender (Theologie)

## **POSTANSCHRIFT**

---

Ständige Kommission zur Erarbeitung  
von Stellungnahmen zu aktuellen  
Fragen der Gegenwart  
(Ethikkommission)  
Kirchenbüro der SELK  
Schopenhauerstraße 7  
Postfach 69 04 07  
30613 Hannover  
eMail: selk@selk.de

---

© Gestaltungskonzept/Layout:  
PR-Design & Verlag, Volkmar Schubert  
02333/9899-0 info@presse-design.de