

Sterbebegleitung / Sterbehilfe: Unterscheidungen, Ängste und Positionen

Abschlussarbeit an der Universität des
3. Lebensalters (U3L)

an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt a.M.

im strukturierten Studiengang
„Altern in Wissenschaft und Erfahrung“

erstellt am 29.03.2019

von

Gunther Debusmann

Betreuer:

Dr. Hans Prömper

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Furcht und Angst.....	4
3. Selbstbestimmung	7
4. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht	11
4.1. Sinn und Inhalt einer Patientenverfügung.....	11
4.2. Voraussetzung für eine verbindliche Patientenverfügung.....	12
4.3. Vorsorgevollmacht.....	15
4.4. Betreuungsverfügung.....	16
5. Krankheitsformen.....	16
5.1. Wiederbelebung.....	16
5.2. Künstliche Ernährung.....	17
5.3. Koma und Wachkoma.....	18
5.4. Fortgeschrittene Demenz	19
6. Sterbebegleitung.....	22
6.1. Sterbebegleitung allgemein.....	22
6.2. Zulassen des Sterbens	23
6.3. Palliativmedizin	24
6.4. Strukturen der Sterbebegleitung und Palliativmedizin	25
7. Kommunikation	26
8. Psychosoziale Betreuungen	29
9. Tod / Sterben.....	31
9.1. Tod.....	31
9.2. Sterben.....	33
10. Grundsätze einer guten Versorgung Sterbender.....	35
11. Begleitumstände in der Sterbephase	37
12. Sedierung.....	39
13. Passive und aktive Sterbehilfe.....	40
13.1. Passive Sterbehilfe.....	40
13.2. Aktive Sterbehilfe.....	41
13.2.1. Indirekte Sterbehilfe.....	41
13.2.2. Direkte aktive Sterbehilfe.....	41
13.2.3. Suizid (Selbsttötung).....	42
13.2.4. Sterbefasten	45

13.2.5.	Beihilfe zur Selbsttötung (Assistierter Suizid).....	46
13.2.6.	Recht für unheilbare Kranke auf den Erwerb tödlicher Medikamente	49
13.3.	Stellungnahmen zur Sterbehilfe	50
14.	mögliche Hinderungsgründe bei der Durchsetzung des Patientenwillens.....	54
15.	Fazit	55
	Literaturverzeichnis	57
	Anhang	59

Sterbebegleitung / Sterbehilfe: Unterscheidungen, Ängste und Positionen

1. Einleitung

Motivation für die Abschlussarbeit ist meine Erfahrung, dass bei Gesprächen mit Menschen, auch Studierende der U3L, das Thema Sterben und Tod als unangenehm empfunden wird und sie sich nicht damit beschäftigen wollen. Eine gewisse Tabuisierung ist zu beobachten.

Befürchtungen oder Ängste vor dem Sterben und Tod - dem Auslöschen des eigenen Ichs - scheinen diesen Reaktionen zu Grunde zu liegen. Hinzu kommt die Angst, vor einem qualvollen Sterbeverlauf, einem Ausgeliefertsein durch die lebensverlängernde „Apparatemedizin“, ohne Chance zum Eingreifen und Möglichkeit zur Verkürzung des Sterbeprozesses.¹

„Unsere Angst vor dem Tod resultiert aus der fehlenden Einsicht, dass der Tod natürlich, ja, sogar notwendig ist.“²

In der Arbeit sollen Perspektiven / Möglichkeiten des aktiven Gestaltens der letzten Lebensphase aufgezeigt und auf ihre Machbarkeit hingewiesen werden. Des Weiteren werden die unterschiedlichen Auffassungen verschiedener Gesellschaftsgruppen zur Sterbehilfe aufgezeigt.

Wichtige Aspekte werden in der Arbeit dargestellt, alle zu berücksichtigen würden den Rahmen der Arbeit sprengen.

Das Sterben gehört zum Leben. Die Beschäftigung mit der letzten Lebensphase und dem aktiven Gestalten (z. B. mit einer Patientenverfügung) kann die Befürchtung oder Angst vor dem Sterben erheblich verringern oder sogar überwinden und damit die Lebensqualität verbessert werden. Ich hoffe, mit der Arbeit dazu beitragen zu können.

2. Furcht und Angst

Furcht bezeichnet allgemein „unangenehme Gefühle der Spannung und Betroffenheit angesichts oder in Erwartung konkreter Gefahren- oder Bedrohungsquellen (Gegenstände, Personen, Situationen), von Hinweisen auf eine bevorstehende Konfrontation mit ihnen und

¹ Borasio 2017, S. 9, 10

² Buchmann 2017, S. 54

/oder damit verbundenen Vorstellungen bei gleichzeitiger Anbahnung von Abwehr-, Bewältigungs- oder Vermeidungsverhalten.

Vergleichbare Gefühle ohne konkreten Gegenstands- oder Situationsbezug nennt man **Angst**³ Sie geht auf mehr oder weniger konkrete bzw. realistische Erwartungen oder allgemeine Vorstellungen physischer Gefährdung oder psychischer Bedrohung zurück.⁴

Angstarten:

„Als Charakteristikum der **Todesangst** ist [...] eine subjektiv erlebte aktuelle Bedrohung des eigenen Lebens anzusehen“ (wie z.B.: Passagiere eines abstürzenden Flugzeuges) ⁵

Bei der **Angst vor dem Tod** und oder **Sterben** handelt es sich um eine vorweggenommene Auseinandersetzung mit der Bedrohung des Lebens ohne akute Gefährdung. Sie richtet sich auf einen nicht näher bestimmbar aber erheblich wahrscheinlichen Zeitpunkt ⁶ oder Zeitraum (in Bezug auf das Sterben).

Die Beschäftigung mit dem Tod und Sterben ist logisch unabhängig von der Angst davor. „Eine Person kann häufig an Tod und / oder Sterben denken, ohne gleichzeitig Angst davor zu verspüren. Umgekehrt kann eine Person [...]“ auch bei seltenen Gedanken an Tod und Sterben heftige Angst verspüren.⁷

Angst vor Tod und Sterben ist mehrdimensional. Mehrere Einzelkomponenten können sich dabei überlagern.

Nach meiner Ansicht können die folgenden Ausführungen über die Angstarten auch auf die Furcht übertragen werden.

Das Bewusstwerden der verschiedenen Ursachen und Gründe von Angst kann zu ihrer Bewältigung beitragen.

³ Fröhlich S. 205

⁴ Fröhlich S. 61

⁵ Wittowski S. 76

⁶ Wittowski S. 76

⁷ Wittowski S. 77

Folgenden Einzelkomponenten führt Wittowski auf⁸:

Aspekte der Angst vor Tod und Sterben, Bezug auf		
	die eigene Person	andere (n) Menschen
Sterben	Angst vor dem eigenen Sterben a) Angst vor körperlichem Leiden b) Angst vor Demütigungen c) Angst vor Verlust persönlicher Werte d) Angst vor Einsamkeit	Angst vor dem Sterben anderer Personen j) Angst vor der eigenen Hilflosigkeit angesichts fremden Leidens
Tod	Angst vor dem eigenen Tod e) Angst vor Aufgabe wichtiger Ziele f) Angst vor Folgen des eigenen Todes für die Angehörigen g) Angst vor Bestrafung im Jenseits h) Angst vor dem Unbekannten i) Angst vor Vernichtung des eigenen Körpers	Angst vor dem Tod anderer Personen k) Angst vor Verlust wichtiger Bezugspersonen l) Angst vor Toten

„Vier Aspekte der Angst vor Tod und Sterben in Anlehnung an COLLET & Lester (1969)“⁹

Bezug auf die eigene Person

Angst vor dem eigenen Sterben

- a) Angst vor körperlichem Leiden, die vornehmlich die Schmerzen während des Sterbeprozesses, den Ausfall eines Organs und Verstümmelung (z.B. Amputation) betrifft.
- b) Angst vor Demütigung, die sich bezieht auf die Begleitumstände des Sterbeprozesses oder das nicht Gewachsen zu sein, mit der Aussicht der Vernichtung der eigenen

⁸ Wittowski S. 78 - 81

⁹ Wittowski S. 80 zitierend Collett

Existenz umgehen zu können (zum Feigling zu werden). „Dieser Aspekt ist unabhängig von der Betreuungssituation“¹⁰.

- c) Angst vor Verlust persönlicher Werte durch extreme Abhängigkeit von Pflegern und Angehörigen sowie Nicht-Beteiligung an wichtigen Entscheidungen.
- d) Angst vor Einsamkeit.

Angst vor dem eigenen Tod

- e) Angst vor Aufgabe wichtiger Ziele, wie Teilnahme an Familienfeiern und Jubiläen, sowie Vollendung eines Werkes und Erledigung von politischen oder gesellschaftlichen Aufgaben.
- f) Angst vor Folgen des eigenen Todes für die Angehörigen, die sich auf sozial-emotionale Auswirkungen und wirtschaftliche Konsequenzen richten können.
- g) Angst vor Bestrafung im Jenseits, die an ein Jenseits („jüngstes Gericht“) glaubende Personen betreffen können.
- h) Angst vor dem Unbekannten, die primär Personen betreffen kann, die nicht an ein Weiterleben glauben.
- i) Angst vor Vernichtung des eigenen Körpers.

Bezug auf andere (n) Menschen

Angst vor dem Sterben anderer Personen

- j) Angst vor der eigenen Hilflosigkeit angesichts fremden Leidens, die sich auf die Hilflosigkeit (mehr oder weniger) bezieht, physisches und psychisches Leiden mitansehen zu müssen.

Angst vor dem Tod anderer Personen

- k) Angst vor Verlust wichtiger Bezugspersonen
- l) Angst vor Toten bzw. Merkmalen eines Leichnams

3. Selbstbestimmung

Selbstbestimmung bedeutet, über sich selbst bestimmen und unabhängig entscheiden zu können zu können. Sie ist ein zentrales Element der menschlichen Würde.¹¹

Die menschliche Würde ist durch das Grundgesetz (GG) geschützt: GG Artikel 1 lautet:

¹⁰ Wittowski S. 79

¹¹ de Ridder 2017, S. 14

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Die Menschenwürde gilt für jeden Menschen, unabhängig vom sozialen Status, seinen Leistungen und der Fähigkeit, sinnhaft zu handeln. Sie gilt z.B. auch für Neugeborene, Behinderte und Komatöse.¹²

„Die freie, selbstbestimmte, tätige Entfaltung der Persönlichkeit wird durch GG Art. 2 Abs. 1 umfassend gewährleistet.“¹³

GG Artikel 2 gewährt die Persönlichkeitsrechte und Freiheitsrechte.

- Absatz 1: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“
- Absatz 2: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

Die allgemeine Handlungsfreiheit, das Recht tun und lassen, was man will, ist im umfassenden Sinne geschützt.¹⁴

Die Handlungsfreiheit umfasst u.a.:

- Die freie Arztwahl und die freie Wahl der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel in Zusammenarbeit mit dem Arzt und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung¹⁵
- Die Selbstbestimmung über medizinische Behandlungen¹⁶

GG Art. 2 schützt das Selbstbestimmungsrecht nicht nur über das Leben und die körperliche Integrität und Krankheit sondern auch die selbstbestimmte Entscheidung für den Tod. Auch die Selbsttötung (Suizid) genießt grundrechtlichen Schutz.

Eine Zwangsernährung trotz eigenverantwortlich begründeter Nahrungsverweigerung ist ein unzulässiger Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Sie ist es auch dann, wenn die Nahrungsverweigerung letztlich zum Tode führt.¹⁷

Im Krankheitsfall ist für die Ausübung der Selbstbestimmung die ärztliche Aufklärung über den Gesundheitszustand und die Handlungsoptionen unabdingbar. Sie ermöglicht die Bildung des für die Einwilligung in medizinische Maßnahmen erforderlichen Willens. „Wird ein Patient im beschriebenen Sinne aufgeklärt, ist von der Selbstbestimmung über die

¹² BeckOK, GG Art. 1 Rn. 3

¹³ BeckOK, GG Art. 1 Rn. 12.1

¹⁴ BeckOK, GG Art. 2 Rn. 1, 3

¹⁵ BeckOK, GG Art. 2 Rn. 6

¹⁶ BeckOK, GG Art. 2 Rn. 42

¹⁷ BeckOK, GG Art. 2 Rn. 63

eigene Leiblichkeit auch eine «unvernünftige» Entscheidung umfasst.“ Kein Patient muss sich - auch bei eindeutiger medizinischer Indikation - gegen seinen Willen behandeln lassen, „[...] der Arzt, der dies dennoch täte, machte sich uU sogar strafbar. Es besteht also auch die Freiheit zur Krankheit.“¹⁸ Der Wille des Patienten ist letztendlich ausschlaggebend und bindend für den Arzt.¹⁹

Es bleibt auch bei der Autonomie des Patienten zu entscheiden, ob eine indizierte medizinische Maßnahme fortgesetzt, unterlassen, oder abgebrochen wird. „Eine solche Entscheidung kann auch auf einer entsprechenden Patientenverfügung beruhen.“²⁰

Moralisch angezeigt ist die Aufforderung an den Patienten, vor seiner ggf. unumkehrbaren Entscheidung, den offenen Dialog und den Austausch mit kompetenten Menschen (z.B. Ärzten und Nahestehenden) aktiv zu suchen.²¹

Dies setzt nach meiner Meinung voraus, dass der Patient darauf vertrauen kann, dass seiner Entscheidung nach Möglichkeit (im gesetzlichen, medizinisch und finanziell machbaren Rahmen) gefolgt wird, auch wenn die Dialogpartner persönlich andere Entscheidungen getroffen hätten (z.B. aus religiösen Gründen).

Im Laufe des Lebens ändern sich Wünsche und Präferenzen. Dies ist jedoch kein Grund für eine Rechtfertigung ärztlichen Paternalismus (Bevormundung). Selbstbestimmung verwirklicht sich darin, das eigene Leben nach eigenen Einsichten zu gestalten, auch wenn sich diese im Laufe der Zeit ändern.²²

Aus religiösen Gründen votiert die (**katholische**) Deutsche Bischofskonferenz gegen die Selbstbestimmung, sein Leben durch Suizid zu beenden. Begründet wird dies, dass das menschliche Leben von Gott geschenkt ist und daher der Mensch keine Verfügungsgewalt über sein Leben haben kann. „In Würde stirbt, wer anerkennt, dass sein Leben als solches unverfügbar ist.“²³

Auch die **Evangelische** Kirche in Deutschland (EKD) grenzt die Selbstbestimmung ein, wenn sie den Kirchenpräsident der evangelischen Kirche in Hessen und Nassau Herrn Volker Jung in der Schrift „Kirchen gegen aktive Sterbehilfe“ sagen lässt „nach christlichem

¹⁸ BeckOK, GG Art. 2 Rn. 63a

¹⁹ de Ridder 2017, S. 17

²⁰ BeckOK, GG Art. 2 Rn. 63h

²¹ de Ridder 2017, S. 18

²² de Ridder 2017, S. 19

²³ Deutsche Bischofskonferenz: 2019

Verständnis bleibe das Leben ein unverfügbares Geschenk und habe höchsten Respekt verdient.“²⁴

Der katholische Theologe Hans Küng sieht auch im Sterben ein weites Selbstbestimmungsrecht: Ein elementarer Grundsatz ist, dass dem Menschen ein Selbstbestimmungsrecht im Sterben zukommt.²⁵ Für ihn ist das Leben eine Gabe des Schöpfer-Gottes. Zugleich ist das Leben „[...] eine gottgegebene Aufgabe des Menschen, die er möglichst bis zur letzten Phase seines Lebens selbstverantwortlich wahrzunehmen hat [...]“.²⁶

Der Zentralrat der **Muslime** in Deutschland grenzt aus religiösen Gründen die Selbstbestimmung im Hinblick auf den Suizid ein,²⁷ da Allah „ [...] dem Menschen das Leben als Leihgabe und die Gesundheit als Geschenk und anvertrautes Gut gegeben“ hat.²⁸

Nach Auffassung der **Humanistischen Union** soll Grund als auch Grenze der Sterbehilfe das Selbstbestimmungsrecht sein. „Der Sterbewillige übt mit dem Verlangen nach der Tötung sein Selbstbestimmungsrecht aus.“²⁹ Mit dem Zulassen der Sterbehilfe bei Verlangen des Sterbewilligen unterliegt auch der Suizid dem Selbstbestimmungsrecht.

Es muss sich um ein ernstliches Verlangen handeln. „An der Ernsthaftigkeit des Verlangens fehlt es in aller Regel bei kindlichen oder jugendlichen Unreifen oder Berauschten sowie bei geistig Erkrankten oder Personen, die an vorübergehenden Depressionszuständen leiden.“³⁰

Menschen, die keinen vernünftigen Gebrauch von ihrer Freiheit zur Selbstbestimmung machen können, wie z.B. Schwersthirnverletzte, psychiatrisch Kranke oder demente Menschen, steht das Recht zu, „[...] wie ein selbstbestimmungsfähiges Wesen respektiert und behandelt zu werden.“ Sie sind „[...] darauf angewiesen, dass andere ihre Selbstbestimmung und ihre berechtigten Interessen wahrnehmen und gegebenenfalls durchsetzen.“³¹

Bei Menschen mit selbstbestimmter Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeit findet die Grenze der Selbstbestimmung dort, wo die Selbstbestimmung anderer beschnitten wird.³²

²⁴ EKD 2014

²⁵ Küng 2017, S. 67

²⁶ Küng 2017, S. 9

²⁷ Zentralrat der Muslime 2013, S. 12

²⁸ Zentralrat der Muslime 2013, S. 1

²⁹ Humanistische Union 2011, S. 15

³⁰ Humanistische Union 2011, S. 15, 16: wörtliches Zitat übernommen von: Wessels/Hettinger: Strafrecht BT 1 Rn. 156

³¹ de Ridder 2017, S. 14

³² de Ridder 2017, S. 14, 15; und GG Art. 2 Abs. 1

Selbstbestimmung kann und darf nicht absolut verstanden werden, sie unterliegt sozialen Dimensionen, Einwirkungen gesellschaftlicher und politischer Kräfte.³³

Das Recht, eine verbindliche Vorausverfügung (wirksame Patientenverfügung) auch unaufgeklärt oder unter falschen Voraussetzungen zu treffen, fällt auch unter das Selbstbestimmungsrecht.³⁴

Ein Sonderfall ist die **Zwangsbehandlung** auch gegen den Willen des Betroffenen nach BGB § 1906 und § 1906a. Sie ist nur zulässig, wenn auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Patienten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt bzw. die Notwendigkeit der Unterbringung oder ärztliche Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Sie ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig.

(Die einzelnen rechtlichen und medizinischen Aspekte, Bedingungen und Abgrenzungen sind komplex. Sie zu beschreiben würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, zumal sie nicht auf die hier besprochenen Sterbenden (im Endstadium) zutreffen.)

4. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht

4.1. Sinn und Inhalt einer Patientenverfügung

Zur Vorsorge für das Lebensende ist eine Patientenverfügung dringend angeraten. Sie nimmt etwas von dem Schrecken des Sterbens, hilft den Prozess des Sterbens zu erleichtern und kann den Weg zu mehr Menschlichkeit und Zuwendung am Lebensende ebnen. In gesunden Tagen, insbesondere im Zustand beginnender chronischer und fortschreitender Krankheit ist es sinnvoll, sich über das Lebensende und dessen Gestaltung Gedanken zu machen.³⁵

Mit ihr kann man für den Fall vorsorgen, dass der eigene Wille durchgesetzt und das Selbstbestimmungsrecht respektiert werden, auch wenn man krankheitsbedingt nicht mehr einsichts- und entscheidungsfähig ist. Mit einer im Voraus erstellten Patientenverfügung kann man bestimmen, ob z.B. eine lebensverlängernde Maßnahme nach dem erklärten eigenen Willen trotz ärztlicher Indikation unterlassen werden muss.³⁶

³³ de Ridder 2017, S. 15

³⁴ de Ridder 2017, S. 16

³⁵ de Ridder 2017, S. 26

³⁶ Stiftung Warentest 2019 S. 58

Nach Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 1901a Abs. 3 liegt keine Reichweitenbeschränkung vor. Er lautet:

„Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.“ (Die Absätze 1 und 2 betreffen die Patientenverfügung und die Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens des Kranken.)

Der zulässige Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen ist nicht an eine Grunderkrankung mit einem irreversibel tödlichen Verlauf gebunden. Dies begründet der BGH³⁷ mit dem verfassungsrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrecht. Eine verbotene Festlegung auf Tötung auf Verlangen (vgl. Strafgesetzbuch (StGB) § 216) und der Wunsch nach kommerzieller Hilfe bei der Selbsttötung (vgl. StGB § 217) in einer Patientenverfügung bleiben trotz BGB § 1901a Abs. 3 weiterhin unwirksam.³⁸

Zur Bildung einer eigenen Wertvorstellung zu Leben, Sterben und Tod können folgende Gedanken beitragen:³⁹

- **Erfahrungen:** Kennen Sie Angehörige und Freunde, die schon einmal lebensgefährlich erkrankt sind? Welche guten oder schlechten Erfahrungen und Erinnerungen haben sie beim Erleben des Todes und der Sterbebegleitung eines nahestehenden Menschen gehabt? „Was hätten Sie sich genauso oder anders gewünscht?“
- **Krankheit:** Wie ist der Umgang mit eigener Krankheit, Schmerzen, Behinderungen und Schicksalsschlägen? „Gibt es in Ihrem Umfeld Menschen, die verwirrt, geistig oder körperlich behindert sind?“ Welche Zuwendung oder Pflege würden Sie sich in dieser Situation wünschen? Würden Sie die Hilfe anderer akzeptieren? Sind für den Todesfall Vorkehrungen getroffen?
- **Glauben:** Welchen Stellenwert haben Glaube, Religion und Religiosität für Sie? „Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?“

4.2. Voraussetzung für eine verbindliche Patientenverfügung

Nach BGB „§ 1901a Patientenverfügung“ ist eine Patientenverfügung definiert in Abs. 1:

„Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen

³⁷ BGH vom 17.09.2014: BGHZ 202, 226; zitiert bei BeckOK, BGB § 1901a Rn. 34

³⁸ BeckOK, BGB § 1901a Rn. 34

³⁹ Stiftung Warentest 2019 S. 58, 59

oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.“

Die Patientenverfügung muss schriftlich erfolgen, darf aber jederzeit formlos (z.B. mündlich oder nicht sprachlicher Mitteilung wie Kopfschütteln) widerrufen werden.⁴⁰

BGB § 1901a Abs. 5:

„Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.“

Um den Anforderungen des Bundesgerichtshofs (BGH) zu genügen, ist es empfehlenswert für eine Patientenverfügung Formulierungsmuster z.B. des Justizministeriums zu nehmen⁴¹. Empfehlenswert sind auch die Formulare von Stiftung Warentest, die am PC ausgefüllt und in denen bei jedem Punkt Ausfüllungshinweise aufgerufen werden können.

In ihr kann auch der Organspende zugestimmt oder sie auch abgelehnt werden.⁴²

In besonderen Fällen, wie bei einem implantierten Cardioverter bzw. Defibrillator bedarf es eine situationsangepasste Ergänzung der Patientenverfügung, die angibt, unter welchen Bedingungen eine das Leben verlängernde Schockfunktion des Gerätes in der Sterbephase ausgeschaltet werden soll.⁴³

Auch ist es empfehlenswert in einem Schreiben die ethischen oder religiösen Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen festzuhalten.

Der Patientenwille unterliegt keinem Formzwang. Glaubhaft und begründet vorgebrachte im Voraus geäußerte Behandlungswünsche eines aktuell willensunfähigen Patienten sind rechtlich verbindlich.⁴⁴

Der Arzt ist unmittelbar an eine ihm bekannte valide, ausreichend differenzierte Patientenverfügung gebunden, ohne dass ein Bevollmächtigter eingeschaltet werden muss.⁴⁵

⁴⁰ de Ridder 2017, S. 32

⁴¹ BeckOK, BGB § 1901a Rn. 11, 12

⁴² Formular Patientenverfügung, Internet: www.test.de/formulare-vorsorgeset

⁴³ BeckOK, BGB § 1901a Rn. 15

⁴⁴ de Ridder 2017, S. 31

⁴⁵ de Ridder 2017, S. 31

BGB § 1901a Abs. 2:

„Liegt keine Patientenverfügung vor, oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt.

Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.“

Die konkrete ärztliche Maßnahme sollte nicht alleine dem behandelnden Arzt überlassen werden, da in den seltensten Fällen eine Patientenverfügung so eindeutig sein wird. Beteiligt sollte daher ein Vertreter des Patienten werden. Der Vertreter hat nur den Patientenwillen zu ermitteln und durchzusetzen.⁴⁶

Nach BGB § 1904 Abs. 4 ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichts notwendig, wenn zwischen Arzt und Betreuer (oder Bevollmächtigten gemäß Abs. 5) kein Einvernehmen besteht.

Die Patientenverfügung sollte jedoch mit den Bevollmächtigten und Betreuern besprochen werden, damit sie besser verstehen und ggf. interpretieren können, was gewollt ist. Der Wille des Betroffenen der Patientenverfügung ist maßgebend, auch wenn der Bevollmächtigte oder Betreuer anderer Meinung sind. Kann der Bevollmächtigte oder der Betreuer die Meinung des Betroffenen nicht mit seinem Gewissen vereinbaren, sollte er nicht als Bevollmächtigter oder Betreuer eingesetzt werden. Niemand sollte gegen sein Gewissen handeln müssen.

Eine fachkundige Beratung ist nicht Bedingung für die Gültigkeit.⁴⁷

Empfehlenswert ist es jedoch, die Patientenverfügung mit seinem Hausarzt zu besprechen, die Beratung dokumentieren (im Formular⁴⁸ enthalten) zu lassen und zusätzlich eine Kopie in die Patientenakte des Hausarztes zu nehmen. Damit wird dokumentiert, dass man bei vollem Verstand und sich der Bedeutung der getroffenen Willensentscheidung bewusst war. Außerdem weiß der Arzt u.a., wer berechtigt ist, Informationen über die Krankheiten des Patienten zu erhalten.

⁴⁶ BeckOK, BGB § 1901a Rn. 28

⁴⁷ BeckOK, BGB § 1901a Rn. 21, 22

⁴⁸ siehe Punkt 9 des Stiftung Warentest- Formulars; www.test.de/formulare-vorsorgeset

Die Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung kann auch mit einem Notar oder Rechtsanwalt erstellt werden. Die Dokumente können auch in das Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer online unter „[www.vorsorgeregister](http://www.vorsorgeregister.de)“ hinterlegt werden.

Die Patientenverfügung sollte in gewissen Zeitabständen durch erneute Unterschrift aktualisiert werden (in den Formularen vorgesehen). Damit wird sie wieder bekräftigt.

4.3. Vorsorgevollmacht

Mittels Vorsorgevollmacht kann ein Vertreter (Bevollmächtigter) die Durchsetzung eigener Wünsche und Interessen wahrnehmen. Sie kann auch schon nicht erst am Lebensende sondern auch schon bei alters- oder krankheitsbedingter Beschwerlichkeit eines Behördengangs oder vergleichbarer Einschränkungen notwendig sein, obwohl geistige Fähigkeiten erhalten sind. Der Vertretene muss nicht willensunfähig sein. Sie ist schriftlich, am besten unter Verwendung von Formularvordrucken abzufassen, damit keine Fehler entstehen.⁴⁹

Die Vertretung kann geregelt werden über z.B.:⁵⁰

- Gesundheit: Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht,
- Pflege: Vertretung gegenüber Pflegern und Pflegeeinrichtungen,
- Freiheitsbeschränkung: wie z.B. Fixierungen und Ruhigstellung mit Medikamenten,
- Wohnung und Aufenthalt: (z.B. Mietvertrag, Heimvertrag),
- Behörden: einschließlich Finanzämter, Justiz (Gerichte),
- Kommunikation: Briefempfang, Telefon, Internet
- Versicherungen: Wahrnehmen der Rechte und Pflichten,
- Banken und Sparkassen: Konten Depots (Hinweis: die Banken verlangen oft die Vollmacht auf eigenen Formularen)
- Vermögen: Vermögensverwaltung, Schenkungen

Voraussetzung für die Erteilung der Vollmacht ist ein wechselseitiges Vertrauen zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigten. Der Bevollmächtigte ist unabhängig von seinen eigenen Vorstellungen Vollstrecker des Willens des Vollmachtgebers. Die Vollmacht gilt ab dem Zeitpunkt der Aushändigung, daher soll sie vom Vollmachtgeber aufbewahrt und nur bei Bedarf an den Bevollmächtigten herausgegeben werden. Die Vollmacht hat Vorrang vor der Einsetzung eines gerichtlichen Betreuers. Angehörige sind ohne Vollmacht nicht vertretungsberechtigt, daher müssen sie bevollmächtigt werden, wenn es gewünscht ist. In einem

⁴⁹ de Ridder 2017, S. 32

⁵⁰ Formular Vorsorgevollmacht, Internet: www.test.de/formulare-vorsorgesetz

getrennten Dokument ist bei mehreren Bevollmächtigten die Rangfolge ihres Einsatzes festzulegen.⁵¹

4.4. Betreuungsverfügung⁵²

Eine Betreuungsverfügung dient der zusätzlichen Sicherheit, wenn keine Vorsorgevollmacht erteilt wurde oder bei einer Vorsorgevollmacht der Bevollmächtigte verstorben ist oder selbst unter Betreuung steht. In der Betreuungsverfügung wird festgelegt, wen oder wen nicht das Gericht im Betreuungsverfahren als Betreuer einsetzen sollte.

Das Betreuungsverfahren ist ein formales gesetzliches Verfahren. Bestellt wird ein Betreuer, wenn der Betreute die Übersicht über sein Leben verliert wie z.B. Verwirrtheit, Demenz oder psychische Krankheit.

Eine Betreuungsverfügung allein (ohne Vorsorgevollmacht) unter Nennung einer bekannten Person kann sinnvoll sein, wenn das Vermögen einen gewissen Umfang hat und man keine Vertrauenspersonen hat. Durch das Gericht ist eine Kontrolle des Betreuers gewährleistet.

Die Betreuungsverfügung ist schriftlich zu verfassen. Ein Formular kann von Stiftung Warentest⁵³ heruntergeladen werden. Da das Original im Falle der Betreuung beim Betreuungsgericht eingereicht werden muss, empfiehlt es sich, das Original dem Betreuer auszuhändigen.

5. Krankheitsformen

5.1. Wiederbelebung

Voraussetzung für eine Wiederbelebung ist, dass das Herz seinen Funktion eingestellt hat und damit auch ein Kreislaufstillstand eingetreten ist. Dem Herzstillstand folgt unmittelbar der Atemstillstand, so dass von Herz-Lungen-Wiederbelebung gesprochen wird.

Der Blutdruck sinkt sofort gegen null und es erfolgt keine Sauerstoffversorgung der Organe, insbesondere des Gehirns. Das sauerstoffempfindlichste Gehirn verfügt nur über eine sehr geringe Toleranz gegenüber der Blutzufuhr.

„Innerhalb von 15 Sekunden kommt es daher zum Bewusstseinsverlust, nach einer Minute weiten sich die Pupillen und erstarren, die Atmung wird schnappend und kommt zum

⁵¹ de Ridder 2017, S. 32 - 34

⁵² Stiftung Warentest 2016 S. 42, 43, 51

⁵³ Formular Betreuungsverfügung, Internet: www.test.de/formulare-vorsorgesetz

Stillstand. Nach vier bis sechs Minuten ohne Sauerstoffversorgung sind die Energiereserven der Gehirnzellen erschöpft und ihre rasch zunehmende Schädigung mündet schließlich in das Erlöschen der Hirnfunktion und letztlich in den Hirntod.“

Erfolgt die Wiederbelebung erst sehr spät (nach 10 bis 20 Minuten) kann es zu mehr oder weniger schweren neurologischen Dauerschäden kommen. Ein stillstehendes Herz kann je nach Alter, Begleiterkrankungen und Umgebungsbedingungen auch nach 20 bis 30 Minuten wieder zu schlagen beginnen.⁵⁴

Zu den Basismaßnahmen der Wiederbelebung gehören - neben Feststellung des Herz-Kreislaufs-Stillstands und der Alarmierung eines Rettungsdienstes – vor allem die Herzdruckmassage (das Blut enthält für circa 8 Minuten genügend Sauerstoff) und die Beatmung.

Die erweiterten Wiederbelebungsmaßnahmen führen Rettungsdienste und Ärzte durch. Sie betreffen den Einsatz eines Defibrillators, der über Stromstöße das Herz wieder rhythmisiert, und die Beatmung mit Hilfsmitteln u.a. durch eine Intubation (Einführen eines Beatmungsschlauchs in die Luftröhre).⁵⁵

Manche Kardiologen lehnen die Defibrillation durch Laien ab, da die Handhabung des Geräts wertvolle Zeit kostet. Die Erfolgsrate der außerhalb des Krankenhauses stattgefundenen Wiederbelebungsmaßnahmen sind niedrig (auf dem Land unter 5%, in manche Städten 30%). Davon bleiben 80% bewusstlos. Sie versterben im weiteren Verlauf oder überleben mit schweren neurologischen Schäden bei lebenslanger Pflegebedürftigkeit. Die Erfolgsaussichten einer Wiederbelebung sind nur bei erfolgten Basismaßnahmen innerhalb von 4 Minuten und erweiterten Belebungsmaßnahmen innerhalb von 8 Minuten gut.⁵⁶

Der Wiederbelebung kann in einer Patientenverfügung untersagt werden.⁵⁷

Damit wird eine Weiterbehandlung nach erfolgten Wiederbelebungsmaßnahmen mit Gehirnschäden unterbunden, die z.B. aufgrund einer akuten Situation »auf der Straße« stattfand.⁵⁸

5.2. Künstliche Ernährung

Die Nahrungsaufnahme des Menschen erfolgt nicht nur aus biologischen Gründen, sondern hat auch soziale Komponenten. Die krankheitsbedingte oder willentliche Nahrungsverweigerung im Sterbeprozess ist daher nur schwer von seiner Umgebung zu akzeptieren.

⁵⁴ de Ridder 2017, S. 81, 82

⁵⁵ de Ridder 2017, S. 83, 84

⁵⁶ de Ridder 2017, S. 85, 86

⁵⁷ Formular Patientenverfügung, Internet: www.test.de/formulare-vorsorgeset

⁵⁸ de Ridder 2017, S. 88

Man will den Sterbenden nicht verhungern oder verdursten lassen. Dem liegt ein Trugschluss zugrunde:

- Das Durstgefühl bemisst sich allein durch die Feuchtigkeit der Mundschleimhaut.
- Die allmählich im Sterbeprozess versiegende Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bewirkt eine Dämpfung des Bewusstseins, Schmerzminderung und Angstlösung. Diese Effekte sind erwünscht.
- Mit schwindender Nahrungsaufnahme signalisiert der Sterbende sein «Loslassen» vom Leben und seinen Abschied aus der Gemeinschaft.⁵⁹

Eine künstliche Ernährung z.B. über Transfusionen direkt in die Blutbahn oder über eine PEG-Sonde ist im Sterbeprozess nicht angezeigt. Bei einer PEG-Sonde wird perkutan (P) durch die Haut, endoskopisch (E) über eine Magenspiegelung und per Gastroskopie (G) mittels Schnitt durch die Magenwand die Sonde angelegt.⁶⁰

In einer Patientenverfügung kann eine künstliche Ernährung im Sterbeprozess verboten werden.⁶¹ (Siehe auch Kapitel Sterbefasten)

5.3. Koma und Wachkoma

Unter **Koma** versteht man medizinisch eine mindestens eine Stunde dauernden Bewusstlosigkeit, die einer tiefen Narkose gleich kommt und aus dem der Bewusstlose durch äußere Reize nicht zu erwecken ist. Die Ursachen können unterschiedlich sein und im Verlauf von Krankheiten auftreten. Es gibt kurzfristige und umkehrbare Komaformen.

Das **Wachkoma** „(vegetativer Status, Apallisches Syndrom)“ - auch Syndrom reaktionsloser Wachheit (SRM) genannt - ist eine unumkehrbare Form des Komats. „Es ist die Folge schwerster Hirnschädigungen und bezeichnet den Zustand andauernder Bewusstlosigkeit bei erhaltenem Schlaf-Wach-Rhythmus, jedoch kompletter Kontaktunfähigkeit.“ Vereinzelt erlangen Patienten bei guter Pflege und künstlicher Ernährung nach Jahren einen Zustand mit minimalem Bewusstsein, auch Syndrom minimalen Bewusstseins (SMB) genannt.⁶²

Wachheit und Bewusstsein fallen beim Wachkoma auseinander. Sie sind autonome Leistungen des Gehirns.

Wachheit ist mit (selbst-) bewusstem Gewahrwerden normalerweise verbunden.

„Bewusstsein hingegen umfasst die Fähigkeit, Erfahrungen und Erlebnisse unterschiedlichster Art zu haben. [...] Bewusstsein ist allerdings nicht eine einheitliche und

⁵⁹ de Ridder 2017, S. 93

⁶⁰ de Ridder 2017, S. 95 - 97

⁶¹ Formular Patientenverfügung, Internet: www.test.de/formulare-vorsorgesetz

⁶² de Ridder 2017, S. 103 -105

unteilbare Leistung.“ Durch eine Hirnschädigung kann z. B. das Erinnerungsvermögen eingeschränkt sein.

Bisher gibt es noch keine sichere Methoden, die Möglichkeit eines Bewusstseinsrestes auszuschließen, daher ist es in einem sehr unwahrscheinlichen Fall möglich, dass einige extrem einfach strukturierte Bewusstseinsinhalte einschließlich Schmerzempfinden erhalten bleiben können.⁶³

Ursachen des Wachkomas können akute Hirnschädigungen (z.B. durch Unfall, Gewalt, Sauerstoffmangel, lang anhaltende Unterzuckerung, Kohlenmonoxid, Psychopharmaka Schlaganfall und Hirnbluten) sein.⁶⁴

Die Chancen auf Wiederherstellung des Bewusstseins fallen mit der Dauer (ab einem halben Jahr) des Komas und hängen von der Art des Komas ab.⁶⁵

Nach der Rechtsprechung darf ein Patient bei einem Wachkoma jede ärztliche Behandlung ablehnen. Der Wille oder mutmaßliche Wille des Patienten ist zu beachten.⁶⁶

In einer Patientenverfügung kann dieser Wille festgelegt werden.⁶⁷

5.4. Fortgeschrittene Demenz

Demenz ist eine mit dem Alter zunehmende und zumeist fortschreitende Krankheitserscheinung, die mit dem Verlust intellektueller Fähigkeiten einhergeht.

„Sie umfassen Gedächtnis- und Erinnerungsvermögen, sprachlichen Ausdruck, koordiniertes Handeln, Orientierungsvermögen in Raum und Zeit, das Vermögen, Objekte zu erkennen und abstrakt zu denken: Die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen und die Arbeitsfähigkeit des betroffenen Menschen werden fortschreitend beeinträchtigt und erlöschen schließlich vollständig. Im Vollbild einer dementiellen Erkrankung verliert der Kranke letztlich seine Unabhängigkeit und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung.“⁶⁸

Eine effektive Behandlung der Ursachen und des Fortschreitens der Erkrankung ist gegenwärtig nicht möglich. Der Tod tritt nicht in direkter Folge der Demenz ein, sondern durch unausweichliche Folgeerscheinungen (z.B. Lungenentzündung). Das Finalstadium der

⁶³ de Ridder 2017, S. 108, 109

⁶⁴ de Ridder 2017, S. 111

⁶⁵ de Ridder 2017, S. 116, 117

⁶⁶ de Ridder 2017, S. 126, 127

⁶⁷ Formular Patientenverfügung, Internet: www.test.de/formulare-vorsorgesetz

⁶⁸ de Ridder 2017, S. 130

Demenz kann mit hoher Sicherheit diagnostiziert und die restliche Lebenszeit mit großer Wahrscheinlichkeit vorausgesagt werden.

Demenzkrankungen sind eine der Hauptanwendungen für eine psychosoziale und palliative Versorgung und Behandlung. Deren Qualität ist von hoher Bedeutung in den Spätstadien.⁶⁹

Die Demenz hat kein einheitliches Krankheitsbild. Ihr können verschiedene Krankheiten zu Grunde liegen, wie Krankheiten des zentralen Nervensystems oder andere Krankheiten, die sich darauf auswirken. Teils sind sie heilbar (reversibel) zum größeren Teil jedoch unheilbar (irreversibel). „Zu den Erkrankungen, die mit dementiellen Symptomen einhergehen gehen können und potentiell umkehrbar sind, gehören beispielsweise Kopfverletzungen, Stoffwechselerkrankungen, Infektionen des zentralen Nervensystems, [...]“, Vergiftungen, Medikamentennebenwirkungen, Zustände nach Wiederbelebungen oder psychiatrische Krankheitsbilder. Zu den unumkehrbaren Demenzkrankungen gehören die mit Hirnabbauprozesse einhergehenden neurodegenerativen Erkrankungen wie Alzheimersche und Parkinson'schen Erkrankung sowie Frontalhirndemenz.⁷⁰

Die wichtigsten Risikofaktoren neben hohem Alter und genetischer Vorbelastung sind:

„Arteriosklerose, Bluthochdruck, Diabetes, erhöhte Blutfettwerte und Übergewicht. Nachgewiesen ist zudem der negative Einfluss von Bewegungsmangel, Rauchen und ein Defizit an bestimmten B-Vitaminen. Auch Depression stellt einen Risikofaktor dar.“

Einen gewissen Schutz vor Demenzkrankungen bieten geistige Anstrengungen und Herausforderungen, soziale Vernetzung und Engagement, körperliche Bewegung, mäßiger Alkoholkonsum und auch mediterrane Diät.

Eine wirksame Behandlung, die den Verlauf der Krankheit verzögert oder gar heilt, gibt es noch nicht.⁷¹

Menschen mit Demenz können sich alle Krankheiten zuziehen. Häufiger treten besonders im Spätstadium auf:

- neurologische Komplikationen wie Parkinsonismus, Krampfanfälle Muskelzucken, Schlaganfälle,
- Infektionen z.B.. der Harnwege, des Darmtraktes, der Atemwege (z.B. durch Verschlucken), Haut und Unterhaut und Lungenentzündung, letztere führt zu 60% zum Tod,

⁶⁹ de Ridder 2017, S. 131

⁷⁰ de Ridder 2017, S. 133, 134

⁷¹ de Ridder 2017, S. 134, 135

- Mangelernährungen durch verminderte Nahrungsaufnahme, Appetitminderung und höherem Energiebedarf in Folge von Ruhelosigkeit und erhöhter Muskelanspannung,
- Rippenbrüche wegen häufiger Stürze und Druckgeschwüre wegen Bewegungsmangel.⁷²

Bei fortgeschrittener Demenz bringt eine künstliche Ernährung, z.B. über eine Ernährungs-sonde, keinerlei Gewinn. Sie fördert vielmehr Infektionen und verhindert den natürlichen Sterbeprozess. Sie sollte daher unterlassen werden.⁷³

Demenz steigert das **Schmerzempfinden**. Verhaltensauffälligkeiten wie Aggression oder Unruhe sind als Ausdruck von Schmerzen zu deuten. Sie sollten ursächlich mit Schmerzmitteln bekämpft werden. Psychopharmaka helfen nicht, da sie das Schmerzempfinden nicht mindern.⁷⁴

Die häufigsten Ursachen von Schmerzen sind chronische Erkrankungen wie z.B. Gelenkerkrankungen, Osteoporose oder Krebserkrankung. Die Patienten sollten sorgfältig beobachtet und die Zeichen eines Unwohlseins richtig eingeschätzt werden.

Gegen häufig auftretende Verstopfungen sollten Abführmittel und eine an Schlackenstoffe reiche Diät gegeben werden. Durch häufiges Wenden des bettlägerigen Patienten sollen Druckgeschwüren vorgebeugt werden.⁷⁵

Psychiatrische Symptome können körperliche oder umgebungsbedingte Ursachen haben. Oft liegen sie in misslungener Interaktion zwischen Kranken und Pflegern oder Arzt bzw. nicht selten in dem dementiellen Prozess.

Beim **Widerstand** gegen Behandlung und Versorgung, oft aggressiv, verstehen die Patienten die Notwendigkeit nicht, versorgt zu werden. Sie wehren sich z.B. gebadet oder ins Bett gebracht zu werden. Vorgebeugt werden kann durch Herstellen einer angenehmen Umgebung wie Vermeidung von Lärm, Raumtemperatur, leise Musik, angenehme Gerüche und anderem. Zusätzlich sollte Hunger und Durst gestillt sein.

Unruhezustände und Apathie treten oft beim selben Patienten auf. Gute Vorgehensweise sind Sinn- und gehaltvolle Aktivitäten kognitiver wie körperlicher Art.

Der fortschreitende Hirnabbauprozess schränkt zunehmend die Selbstbestimmungs- und Einwilligungsfähigkeit ein. Im fortgeschrittenen Stadium geht die sprachliche Kommunikation zurück. Die nonverbale Kommunikation und Beobachtungen sind wichtig, um Symptomfreiheit und Lebenszufriedenheit so lange und so weit wie möglich zu gewährleisten.

⁷² de Ridder 2017, S. 140 - 142

⁷³ de Ridder 2017, S. 142

⁷⁴ Thöns 2018, S. 113, 114

⁷⁵ de Ridder 2017, S. 143

Es kann zu unlösbaren Konflikten zwischen Selbstbestimmung des Kranken und der Pflicht zur Fürsorge, Hilfeleistung und Gefahrenabwehr kommen, die z.B. die persönliche Freiheit berühren. „Autonomie unter Demenzbedingungen ist [...] nicht als etwas Absolutes zu verstehen, sondern als etwas Relatives oder Graduelles.“⁷⁶

Empfehlenswert ist, seinen Willen in einer Patientenverfügung und ggf. mit der im Anhang abgedruckten Ergänzung zur Demenz vorab festzulegen.

6. Sterbebegleitung

6.1. Sterbebegleitung allgemein⁷⁷

Sterbebegleitung umfasst das ganze Spektrum von:

- Menschlicher Zuwendung und Leidenslinderung,
- Einfühlsame Betreuung, Unterbringung und menschenwürdiger Umgebung,
- Trost und Seelsorge durch Angehörige, Freunde, Pflegekräfte und Ärzte,
- **Palliativmedizinische** Mittel und Maßnahmen, die in der Lage sind, die vielfältigen Symptome Sterbender zu lindern.

Zu den Symptomen zählen:

- Schmerz
- Luftnot, unstillbarer Husten
- Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Verstopfung
- Juckreiz
- Nachlaufendes Bauchwasser
- Psychische Symptome:
 - Angst, Depression,
 - Verwirrtheit, Teilnahmelosigkeit, Ruhe- und Schlaflosigkeit,
 - Sorge um Familie und berufliche Aufgaben
 - Ungelöste spirituelle Fragen.

Palliativbetreuung bezieht die Angehörigen des Patienten und sein soziales Umfeld mit ein.⁷⁸

⁷⁶ de Ridder 2017, S. 143 -146

⁷⁷ de Ridder 2017, S. 41

⁷⁸ de Ridder 2017, S. 52

6.2. Zulassen des Sterbens⁷⁹

„Zulassen des Sterbens ist gleichzusetzen mit der Nichtaufnahme oder der aktiven Beendigung lebensverlängernder und möglicherweise leidensverlängernder Maßnahmen gemäß dem Willen des Patienten.“ Ob und wie lange lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden dürfen, hängt allein vom tatsächlichen (mündlich) ausgesprochenen, mutmaßlichen oder vorausgefügt (z.B. Patientenverfügung) Willen ab.

Zu diesen Maßnahmen gehören z. B.

- Abschalten einer Beatmungsmaschine
- Beendigung einer Nierendialyse
- Einstellung einer künstlichen Ernährung über eine Sonde
- Absetzen oder Nichtvergabe von Arzneimitteln (z.B. Antibiotika, Insulin)

Der Patient stirbt dabei an seiner tödlichen Krankheit.

Der Arzt muss sich an den Willen des Patienten halten. Eine lebensverlängernde Behandlung wäre eine rechtswidrige Körperverletzung.

(Umgekehrt, wenn der Patient leben will, wäre ein Unterlassen von Maßnahmen zur Lebenserhaltung rechtswidrige Tötung.)⁸⁰

Psychologisch gibt es einen Unterschied zwischen dem Initialverzicht auf eine Behandlung und der Beendigung durchgeführter lebenserhaltender Maßnahme. Für alle Mitglieder des Behandlungsteams (Ärzte, Pfleger, Angehörige und Nahestehenden) ist es belastender, schon begonnene lebensverlängernde Maßnahmen zu beenden, da sie mit dem Tod des Patienten und dessen Umständen weiterleben müssen. Dem Team sollte Unterstützung durch Psychologen oder Seelsorger auch nach dem Tod des Patienten angeboten werden. In Gesprächen sollten die Ängste und Sorgen und ggf. Selbstvorwürfe der Teammitglieder aufgearbeitet werden.⁸¹

Auch eine Behandlung mit fehlender medizinischer Indikation ist unzulässig. Unter »medizinischer Indikation« ist eine Entscheidung über die Sinnhaftigkeit einer medizinischen Maßnahme unabhängig vom Patientenwillen gemeint. Nicht indiziert sind medizinische Maßnahmen, die nach dem Stand der Wissenschaft für den Patienten in seiner akuten Situation wirkungslos oder gar schädlich wären (z.B. die Gabe von Flüssigkeit und Sauerstoff in der Sterbephase). Sie dürfen vom Arzt nicht angeordnet werden.⁸²

⁷⁹ de Ridder 2017, S 41, 42

⁸⁰ de Ridder 2017, S 41, 42

⁸¹ Borasio 2017, S. 164, 165

⁸² Borasio 2017, S. 163

6.3. Palliativmedizin⁸³

Nach den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ist Palliativmedizin

„die aktive, ganzheitliche Behandlung und Betreuung von Patienten mit einer weit fortgeschrittenen und weiter voranschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die auf Heilungsversuche (kurative Behandlung) nicht mehr anspricht.

Beherrschung von Schmerzen, Atemnot und Angst sowie Sorge um psychische, soziale und spirituelle Probleme des Kranken stehen im Vordergrund.“⁸⁴

Beim Nahen des Lebensendes macht jeder Mensch die Erfahrung, dass die medizinischen Möglichkeiten erreicht sind. Heilung ist nicht zu erreichen. Umfassende Leidenslinderung bestimmt jetzt das ärztliche und pflegerische Handeln. Hinzu kommt menschliche Zuwendung und Trost.

Die »Apparatemedizin« orientierte sich einseitig an einem technologischem Selbstverständnis und am erkrankte Organ und orientierte sich kaum „am Wohl des Patienten im Sinne seiner psychischen Befindlichkeiten sowie umfassender Beratung, Behandlung und Linderung krankheitsbedingter Nöte, Ängste und Sorgen.“ Sie wurde als inhuman empfunden. Gute Medizin beachtet die Trias: Heilung, Linderung und Zuwendung.⁸⁵

Heilung kann bedeuten, dass die die Krankheit vollständig verschwindet oder auch in einer kurativen Behandlung mündet, die im günstigsten Fall sich an die Lebenserwartung und Lebensqualität eines Gesunden annähert. Beispiele einer kurativen Behandlung sind Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose und viele Krebserkrankungen.⁸⁶

„Medizin kann (und muss) immer etwas tun; wenn nicht mehr im Sinne der Gesundung und Lebensverlängerung, dann im palliativen Sinn umfassender Symptom- und Leidenslinderung.“⁸⁷

Der hohe Versorgungsanspruch der umfassenden Palliativbetreuung verlangt eine hohe kommunikative Kompetenz, Zeit und Einfühlungsvermögen von den Betreuern Schwerstkranker und Sterbender wie „Palliativärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeuten, Psychoonkologen, Seelsorger, insbesondere ehrenamtlich tätigen Mitmenschen [...]“⁸⁸.

⁸³ de Ridder 2017, S 41, 42

⁸⁴ de Ridder 2017, S. 47

⁸⁵ de Ridder 2017, S. 48. 49

⁸⁶ de Ridder 2017, S. 49, 50

⁸⁷ de Ridder 2017, S. 50

⁸⁸ de Ridder 2017, S. 52

6.4. Strukturen der Sterbebegleitung und Palliativmedizin

„Was brauchen die Menschen am Lebensende?“ Die Antwort ist im Wesentlichen Schmerzfreiheit und Geborgenheit. Schmerzfreiheit steht für den Wunsch nach Linderung von Leiden nicht nur im physischen Sinne. Menschen verstehen unter Geborgenheit, integriert in ein soziales System und als Individuum mit seiner Identität und Würde bis zum Tode akzeptiert und respektiert zu sein. Dazu kann auch ein Sich-geborgen-Fühlen in einem transzendierenden Sinnzusammenhang gehören, das religiös beschrieben werden kann, aber nicht muss.

Heute fehlt insbesondere in städtischen Strukturen eine intakte Familienstruktur. Es gibt immer mehr Single-Haushalte. Dies geht einher mit einer sozialen Vereinsamung Hochbetagter, was sich auf die Struktur der Sterbebegleitung auswirkt.⁸⁹

Die wichtigste Säule der Sterbebegleitung bleiben in Deutschland die **Haus-** und **Allgemeinärzte** auch im Hinblick auf die soziale Komponente des Sterbens. Sie garantieren oft eine Kontinuität der Betreuung über Jahre.

Fachärzte hingegen haben eine geringe Ausrichtung auf die ganzheitliche Sichtweise. Sie konzentrieren sich typischer Weise auf das jeweilige Organ.⁹⁰

Ab 2007 besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die »**Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung**« (**SAPV**). „Diese setzen sich zusammen aus Ärzten, Krankenschwestern und Koordinationskräften (das können auch Sozialarbeiter sein).“ Aufgabe eines SAPV-Teams ist die Unterstützung der Hausärzte bei der häuslichen Betreuung von besonders schwer erkrankten Patienten in der letzten Sterbephase. Falls nötig übernehmen sie ganz oder zum Teil die Patientenversorgung und eine Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft. Dadurch werden unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden und es kann der Wunsch, zu Hause zu sterben, realisiert werden.⁹¹

Eine **Palliativstation** ist eine Akutstation innerhalb eines Krankenhauses. Ihre Aufgabe ist die Bewältigung von Krisensituationen unheilbarer Kranker, die durch körperliche Symptome wie z.B. Schmerz, Atemnot aber auch psychosoziale Krisen wie Zusammenbruch des Familiensystems oder existentielle / spirituelle Krisen hervorgerufen sein können.

Mittels eines spezialisierten Teams aus Ärzten, Pflegeern, Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorgern soll in einer Palliativstation die Ursachen der Krise herausgefunden und mit gezielten Interventionen behoben werden, damit der Patient mit gutem Versorgungskonzept

⁸⁹ Borasio 2017, S. 40, 41

⁹⁰ Borasio 2017, S. 41, 42

⁹¹ Borasio 2017, S. 43 - 45

nach Hause oder in stationäre Hospize verlegt werden kann. Alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (ggf. Hightech-Medizin) müssen eingesetzt werden können.⁹²

Vor allem in Krankenhäusern ohne Palliativstation sind **paliativmedizinische Konsiliardienste** wichtig. Sie sollen multiprofessionell mit mindestens einer ärztlichen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Fachkraft besetzt sein. Durch sie „[...] können die Schmerz- und Symptomkontrolle optimiert, unnötige Therapien vermieden und die Wünsche des Patienten für seine letzte Lebensphase ermittelt und respektiert werden.“⁹³

Stationäre Hospize kann man als hochspezialisierte Pflegeheime für Sterbende beschreiben. Sie stehen unter pflegerischer Leitung und haben keine ständige Arztpräsenz. Die ärztliche Betreuung erfolgt durch niedergelassene Ärzte, die Meisten sind Palliativmediziner. „Stationäre Hospize sind oft in Trägerschaft von Hospizvereinen, manchmal auch von Krankenhäusern oder großen Sozialverbänden wie Diakonie und Caritas.“⁹⁴ Weitere Informationen sind im Internet unter www.dhpv.de erhältlich.

Ambulante Hospizdienste versorgen Sterbende ambulant. Größere Hospizvereine haben zum einen fast immer mehrere hauptamtliche Mitarbeiter, wie Palliativpflegekräfte und Palliativ-Sozialarbeiter. Zum anderen werden Ehrenamtliche genau ausgewählt, ausführlich geschult und professionell koordiniert und begleitet. Finanziert werden sie hauptsächlich durch Spenden.⁹⁵

7. Kommunikation

„Kommunikation ist das A und O in jedem Arzt- Patientenverhältnis, nicht nur am Lebensende.“ Viele Ärzte haben im Beruf ein Kommunikationsdefizit. Oft haben sie den Eindruck, alle notwendigen Informationen gegeben zu haben, wenn sie komplizierte medizinische Sachverhalte erläutern, jedoch in einer Fachsprache, die die meisten Patienten nicht verstehen.⁹⁶

Für Patienten ist „[...] eine klare verständliche Sprache, Zeit zum Aufnehmen des Gesagten, ausreichend Gelegenheit für Nachfragen, eine große Fähigkeit zum Zuhören und vor allem die erlebte Empathie des Arztes [...]“ wichtig.⁹⁷

⁹² Borasio 2017, S. 46, 47

⁹³ Borasio 2017, S. 47, 48

⁹⁴ Borasio 2017, S. 48, 49

⁹⁵ Borasio 2017, S. 49,50

⁹⁶ Borasio 2017, S. 57, 58

⁹⁷ Borasio 2017, S. 59

Gut ist es, sich auf das Gespräch vorzubereiten, um Kommunikationsproblem mit dem Arzt zu vermindern, zum einen, weil die Ärzte dafür (noch nicht) ausgebildet wurden, zum anderen, weil diese Gespräche für Ärzte oft belastend sind. Zusätzlich entsteht fast immer der Eindruck des Zeitmangels.

Folgendes sollte bei einem wichtigen Gespräch mit dem behandelnden Arzt beachtet werden, wenn Diagnosemitteilungen, Entscheidungen über weitere Therapie oder Ähnliches anstehen:

- Gesprächsbegleitung einer Vertrauensperson.
- Vorabfestlegung einer Uhrzeit und Dauer des Gesprächs mit dem Arzt.
- Notieren der wichtigsten Fragen auf einer Liste.
- Stattfinden des Gesprächs in einem getrennten ruhigen Raum.
- Bitte an den Arzt zur Vermeidung einer Störung, sein Funkgerät abzugeben.
- Selbst beginnen, dem Arzt zu erzählen, was sie schon wissen, denken oder vermuten.
- Sprechen über Ängste, Hoffnungen und Befürchtungen. Sie helfen dem Arzt, sie kennen und verstehen zu lernen.
- Sofort nachfragen, wenn etwas nicht verstanden, "wenn nötig, mehrfach, bis sie wirklich alles verstanden haben".
- Notizen machen und aufheben.
- Bitte an den Arzt, „Ihnen alle Alternativen zu der von ihm vorgeschlagenen Behandlungsstrategie zu erläutern“, insbesondere zur wissenschaftlichen Basis seines Therapievorschlags (ggf. Studien oder Leitlinien).
- Fragen bei fortgeschrittener lebensbedrohlicher Erkrankung, „ob eine rein palliativmedizinische Behandlung auch eine gute Alternative sein könnte, sogar mit Hinblick auf das Ziel der Lebensverlängerung“.
- Fragen nach nichtmedizinischen Hilfen z.B. Selbsthilfegruppen, Psychotherapeuten, Hospizdiensten.
- Vereinbaren eines konkreten Folgegesprächs.

Erfüllt der Arzt diese Punkte, kann man ihm einen großen Vertrauenszuschuss entgegenbringen.⁹⁸

Die wichtigste Möglichkeit, Fürsorge des Arztes in der Praxis auszuüben, liegt in der ärztlichen Aufklärung. Fürsorge ist nicht Paternalismus (Bevormundung). Sie nimmt nicht die Entscheidung des Patienten ab sondern hilft ihm, die für seine aktuelle Lebenssituation angemessene Entscheidung zu treffen. Die Entscheidung muss nicht gemeinhin vernünftig

⁹⁸ Borasio 2017, S.122 -124

sein, sie kann auch als nachteilig und gar selbstschädigend empfunden werden. Aus Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen sind sie zu beachten und zu befolgen.⁹⁹

Eine **multiprofessionelle Kommunikation** wäre wünschenswert. Dabei werden alle Aspekte des Gesundheitszustandes von einem gemeinsamen Team aus gleichberechtigten Ärzten, Pflegern, Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorger betrachtet und besprochen. Das verbessert den Informationsfluss und das Gefühl von Patienten und Familien, in ihrer Ganzheit als Menschen akzeptiert zu werden.¹⁰⁰

Bei eingeschränkter Bewusstseinslage ist die **nonverbale Kommunikation** sehr wichtig. „Bei Demenzpatienten hat die Forschung, hier vor allem die Pflegeforschung, schon lange festgestellt, dass zwar höhere Hirnleistungen wie Gedächtnis und Sprache massiv beeinträchtigt sind, - die Fähigkeit zu emotionalem Ausdruck und nonverbaler Kommunikation ist dafür eher noch gesteigert. [...] Die Kommunikation läuft nur anders ab, aber nicht minder intensiv. Daher sollten sich Ärzte und Pflegende (*auch Angehörige*) immer so verhalten, als ob der Patient alles verstünde [...].“¹⁰¹

Die **Kommunikation innerhalb der Familie** kann problematisch sein, wenn Partner sich gegenseitig was vormachen, um den anderen Partner vermeintlich zu schützen. Die Meinung, es sei besser für meinen Partner, nichts zu wissen, daher verheimliche ich es ihm, wird alltäglich beobachtet. Echte Kommunikation kann jedoch nur entstehen, wenn dieses Schweigen gebrochen wird.

Das größte Hindernis für eine gute Kommunikation ist Angst, gefolgt von Schuldgefühlen. Alle Mitglieder des Betreuungsteams sollten daher auf familiäre Kommunikationsprobleme achten.¹⁰²

Nach Meinung des Verfassers sollten vertraute Familienmitglieder und Freunde offen über die Situation, Probleme und Wünsche des Kranken und der Eigenen reden. Dies ist manchmal sehr schwierig und belastend, führt aber am Ende zu mehr Entlastung. Das Wissen über den Willen und die Wünsche des Kranken kann auch zur Trauerbewältigung beitragen.

⁹⁹ Borasio 2017, S. 60, 61

¹⁰⁰ Borasio 2017, S. 63, 64

¹⁰¹ Borasio 2017, S. 65; *Schrägschrift: Anmerkung des Verfassers*

¹⁰² Borasio 2017, S. 67, 68

8. Psychosoziale Betreuungen

„Schwere Erkrankungen belasten nicht nur den Körper sondern auch die Seele“. Geschulte Psychologen oder Psychotherapeuten können zur Krankheitsbewältigung beim Patienten und der Familie helfen, wenn sie unter der Belastung zusammenbrechen bzw. zusammenzuberechen drohen. Die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe ist kein Eingeständnis einer psychischen Krankheit.

Anpassungsschwierigkeiten und gedrückte Stimmung sind normal, angesichts schwerer körperlicher Erkrankungen. Die Angehörigen sollten sich die Zeit nehmen, sich darum zu kümmern. Eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens wirkt sich auch auf den Kranken positiv aus. Wenn wegen zu großer Überlastung der pflegenden Angehörigen der Kranke in ein Pflegeheim muss, erleben die Angehörigen dies nicht selten als persönliches Versagen, was die seelische Belastung noch steigert.

Bei der Suche nach Psychologen oder Psychotherapeuten können z.B. Ärzte, Sozialstationen, Kirchen oder Hospizvereine Hilfestellung geben.¹⁰³

Angehörige und Nahestehende können dem Sterbenden folgende Annehmlichkeiten zu Gute kommen lassen:,,

- Häufige Besuche, im Patientenraum wohnen, ggfs. das Bett teilen,
- Vertraute Gerüche, Lieblingsduft (Parfüm) verbreiten; Lieblingspeise geben,
- Abwechslung durch vorsichtige Lagewechsel,
- Durchbewegen der Gelenke,
- Geborgenheit durch begrenzend Lagerungen («Nestlagerung»),
- Fersenhalten, Fuß- und Bauchmassage,
- Handauflegen an Schulter, Kopf, Nacken,
- Halten eines geliebten Gegenstandes,
- Streicheln von Tieren im Bett,
- Erzählen, Vorlesen, Gesang, leises Vorspielen der Lieblingsmusik,
- Alltagsgeräusche (Zimmertür offen stehen lassen),
- Gedämpftes Licht, vertraute Bilder/Fotos,
- Luftveränderung (»frische Luft«), Ausflug auf den Balkon oder in den Garten.

In solchen Fällen ist weniger oft mehr.“¹⁰⁴

Ebenso hinzukommen Maßnahmen wie Mundpflege (siehe unten).

¹⁰³ Borasio 2017, S. 81 - 83

¹⁰⁴ Thöns 2018, S. 183

Für die **soziale Arbeit** sind wesentlich der systematische Blick und die Ressourcenorientierung. Durch den systematischen Blick sehen die Sozialarbeiter den Kranken nie isoliert sondern in seinem sozialen Umfeld und haben die Betreuungsnotwendigkeiten beider im Blick. Das Wohlbefinden des Kranken und der Angehörigen sind eng miteinander verknüpft.

„Ressourcenorientierung bedeutet im Prinzip nichts anderes als Hilfe zur Selbsthilfe.“ Schwerkranken und Angehörigen fällt es in der emotionalen Ausnahmesituation schwer, eigene Stärken und vorhandene Hilfsmöglichkeiten (z.B. Freunde oder Verwandte) in Anspruch zu nehmen. Sozialarbeiter können helfen diese Ressourcen aufzuspüren und nutzbar zu machen.

Des Weiteren können sie beim Umgang mit Behörden und bei der Beschaffung von Hilfsmitteln unterstützen.¹⁰⁵

Trauerbegleitung und Trauerarbeit finden schon vor dem Tod beim Patienten und der Familie statt. Sie beginnt, wie die Palliativbetreuung, im Grunde mit der Mitteilung über eine tödliche Krankheit. Die Trauer des Kranken erstreckt sich durch eine Serie von Verlusten körperlicher, geistiger und psychischer Art. Der Verlust der Unabhängigkeit ist für viele Menschen schwer zu verkraften und löst manchmal Wünsche nach Lebensverkürzung aus. Nach dem Tod ist die stetige Unterstützung durch andere Verwandte oder gute Freunde wichtig. Sie sollten sich nicht durch die manchmal abweisende Haltung der Trauernden abhalten lassen.¹⁰⁶

Die **spirituelle Begleitung** kann z.B. durch den Krankenhausseelsorger, Arzt oder Pflorgeteam erfolgen.¹⁰⁷

Spiritualität kann nicht eindeutig definiert werden. Der Arbeitskreis Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin schlug 2006 folgende Definition vor:

„Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existentiellen Bedrohungen zu begegnen versucht.“

Die Spiritualität ist höchstpersönlich und hat etwas mit dem Lebenssinn zu tun.¹⁰⁸

Auch ein Zugang zur **Meditation** kann Einzelnen dafür empfänglichen Menschen helfen. Bei allen großen spirituellen Traditionen ist es wichtig, den Tod ins Leben zu integrieren.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Borasio 2017, S. 83 -85

¹⁰⁶ Borasio 2017, S. 86, 87

¹⁰⁷ Borasio 2017, S. 93 - 97

¹⁰⁸ Borasio 2017, S. 90

¹⁰⁹ Borasio 2017, S. 105-107

9. Tod / Sterben

9.1. Tod

Der Tod ist das „Ende des Lebens eines Individuums“ Er wird „medizinisch beschrieben als irreversibler Hirnfunktionsausfall [...] oder sichere Todeszeichen nach irreversiblen Funktionsverlust des Atmungs-, Kreislauf- und Zentralnervensystems (z. B. Totenflecke) [...] Mit dem Tod endet die Rechtsfähigkeit des Menschen.“¹¹⁰

Die wirkliche Verursachung des Todes eines Gesamtorganismus und der Eintrittszeitpunkt sind kaum untersucht. Dies wäre sehr hilfreich für Ärzte (*auch für Pfleger, Sterbenden und nahen Angehörigen*). Der Mensch stirbt nicht auf einmal, sondern einzelne Organe schränken ihre Funktion zeitlich unterschiedlich ein und stellen später ihre Funktion ein. Grundsätzlich kann der Verlust eines jeden lebenswichtigen Organs (Herz, Lunge, Leber, Niere und Gehirn) zum Tode führen.¹¹¹

Im Folgenden werden einzelne Todesursachen nach Borasio dargestellt.¹¹²

Herz-Kreislauf-Tod: Die meisten Sterbevorgänge haben ihre Ursache in einer chronischen Herzinsuffizienz (Pumpschwäche). Die Symptome sterbender Herzpatienten ähneln in vielem denen von Krebspatienten. Schmerzen und vor allem Atemnot und mit der durch die Herzschwäche bedingten extremen Abgeschlagenheit spielen die größte Rolle.

Lungentod: Atemnot steht im Vordergrund. Für das Ausmaß der Symptombelastung ist die Geschwindigkeit der Verschlechterung der Lungenfunktion entscheidend. „Bei einer rasch auftretenden Atemnot sind hohe Dosen von Medikamenten notwendig, und die gleichzeitig entstehende Angst kann extrem belastend sein. Bei einer chronischen Atemschwäche kommt es meistens zu einem friedlichen Tod im Schlaf [...]“ durch hohe Kohlendioxid-Spiegel im Blut.

Lebertod: Wenn die Leber z.B. durch Tumormetastasen den Körper nicht mehr entgiften kann, sammeln sich Giftstoffe wie etwa Ammoniak und Bilirubin im Blut an. Die dämpfende Wirkung dieser Stoffe auf das Gehirn lassen den Patienten in einen Dämmerzustand und schließlich Leberkoma fallen. Sie sterben in der Regel friedlich. Vor dem Leberkoma kann es „auch zu Phasen der Verwirrtheit und Unruhe kommen, die einer speziellen Therapie bedürfen“.

Nierentod: Eine Störung der wichtigen Entgiftungsfunktion und lebensnotwendigen Aufrechterhaltung der korrekten Ionenkonzentrationen (z.B. Natrium, Kalium, Kalzium) der Niere für

¹¹⁰ Pschyrembel 2018

¹¹¹ Borasio 2017, S. 16 -18; *In Schrägschrift: Meinung des Verfassers*

¹¹² Borasio 2017, S. 19 - 21

den Körper kann zu Verwirrtheit, Krampfanfällen und Herzrhythmusstörungen bis hin zum Herzstillstand führen. „ Ansonsten ist der Sterbeverlauf mit finalem Koma ähnlich wie beim Lebertod.“

Gehirntod: Tod durch Gehirnschädigung:

- Einklemmung: z.B. durch Blutung, Gewebeschwellung nach Schlaganfall, Metastasen kommt es zu einer Steigerung des Drucks im Gehirn und Quetschung von Teilen des Gehirns, „was die Hirnfunktionen erlöschen lässt und damit zum Tod führt (sog. Einklemmung). Diese Todesart verläuft relativ schnell und führt rasch zu Bewusstlosigkeit, kann allerdings von Krampfanfällen und Schmerzen begleitet sein.“

- Der fortschreitende Hirnabbauprozess bei Demenzen und anderen neurodegenerativen Krankheiten führt über einen Zeitraum von Jahren dazu, „dass das Hirn nicht mehr in der Lage ist, lebenswichtige Funktionen wie zuletzt Essen und Schlucken korrekt zu steuern. Das hat wegen der Langsamkeit des Prozesses in der Regel einen friedlichen Tod zur Folge, wenn der Sterbeprozess nicht durch unnötige ärztliche Eingriffe gestört wird.“

Der Gehirntod entspricht dem Hirntod (nach de Ridder). „Der Hirntod ist definiert als der unumkehrbare Ausfall der Gesamtfunktion des Gehirns (Großhirn, Stammhirn und Kleinhirn).“ Es ist absolut sicher, dass dieser Mensch „[...] nie wieder das Bewusstsein erlangen wird.“ Durch kontrollierte Beatmung kann dabei die Herz-Kreislauf-Funktion aufrechterhalten werden (z.B. für die Organentnahme). Nach deutschem Recht ist bei eindeutig diagnostiziertem Hirntod die Einstellung aller ärztlichen Bemühungen zum Erhalt des Lebens geboten außer zu Zwecken einer erlaubten Organtransplantation.

Der Hirntod ist nicht gleich dem Gesamttod des menschlichen Organismus, der als Erlöschen der Funktion jeder Zelle des menschlichen Körpers definiert ist. Der Prozess kann sich Tage hinziehen.¹¹³

Der Hirntod ist Voraussetzung bei der Organspende für die Organentnahme¹¹⁴. Er kann sicher diagnostiziert werden.¹¹⁵

Sind die Möglichkeiten der Hirntodfeststellung nicht gegeben (z.B. Außerhalb des Krankenhauses) wird der Tod, „wie bisher durch den unumkehrbaren Stillstand des Herzens, des Kreislaufs und der Atmung festgestellt.“¹¹⁶

¹¹³ de Ridder 2017, S. 165

¹¹⁴ de Ridder 2017, S. 171

¹¹⁵ de Ridder 2017, S. 169

¹¹⁶ de Ridder 2010, S. 52

Angesichts unterschiedlicher Kulturen, Weltanschauungen, Religionen, Philosophien und individuellen Verständnissen gibt es keine einheitlichen Auffassungen von der leiblich-seelisch-geistigen Natur des Menschen und der Frage, wann ein Mensch tot ist.

Auch die um die Mitte des 20. Jahrhundert einsetzende revolutionäre Entwicklung der Medizintechnologie und Intensivmedizin hat zur Mehrdeutigkeit des Todesbegriffes beigetragen. Trotzdem ist ein „[...] einheitliches, gesellschaftlich von möglichst vielen Menschen getragenes verbindliches Todesverständnis zu entwickeln und damit Leben und Tod möglichst eindeutig voneinander abzugrenzen [...]“. Ein den Tod feststellender Arzt muss „[...] wissen, wann der Tod eingetreten ist, da mit Todeseintritt (Todesfeststellung) jede Behandlungsverpflichtung entfällt.“¹¹⁷

Hinzu kommen die unterschiedlichen Auffassungen von einem Leben nach dem Tode.¹¹⁸

9.2. Sterben

Sterben ist das „Enden des Lebens mit langsamem oder abruptem Erlöschen der lebenserhaltenden Körperfunktionen. Am Ende dieses Prozesses steht der Tod als Zusammenbruch integrierender Organsysteme.“¹¹⁹

Den Sterbeprozess kann man nicht definieren, da der Sterbevorgang mit einem differenzierten fortschreitenden Geschehen zu tun hat, der oft medizinisch beeinflusst wird (z.B. künstliche Ernährung und Beatmung). Eine klare Grenze des Beginns gibt es nicht, nur das Ende, der Tod, ist sicher. Nur rückblickend kann man einen ungefähren Zeitraum angeben. Allein der unwiederbringliche Verlust einer Organfunktion, wie z.B. das Gehör, kennzeichnet noch nicht einen Sterbeprozess. Schwerkranke, z.B. mit dementiellen Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen, sind nicht im Sterbeprozess.

In der Medizin beginnt der Sterbeprozess mit dem unaufhaltsamen Versagen elementarer Körperfunktionen und wenn keine medizinische Maßnahme mehr Erfolg verspricht.¹²⁰

Es gibt jedoch Anzeichen des bevorstehenden Lebensendes. Folgende Beobachtungen und Ereignisse sind charakteristisch für den Sterbeprozess mit dem Eintreten des Todes in Tagen:¹²¹

- Es besteht eine fortgeschrittene und nach ärztlichem Urteil weiter fortschreitende Erkrankung mit schlechter Prognose.

¹¹⁷ de Ridder 2017, S. 165, 166

¹¹⁸ Anmerkung des Verfassers

¹¹⁹ Pschyrembel 2016

¹²⁰ de Ridder 2017, S. 150, 151

¹²¹ de Ridder 2017, S. 152

- Der Kranke ist extrem geschwächt, verliert zusehends an Gewicht und ist zunehmend bettlägerig.
- Es besteht Bewusstseinstörung (bis hin zur Bewusstlosigkeit) oder zunehmende Verwirrtheit.
- Der Kranke verliert das Interesse, Speisen und Getränke zu sich zu nehmen.
- Die Atmung wird flacher.
- Das Interesse des Kranken an sich selbst und an der Umgebung schwindet.
- Der Blutdruck sinkt, der Puls wird fadenförmig.
- Der Schluckakt ist erschwert oder unmöglich.
- Die Urinausscheidung lässt nach oder versiegt.
- Es treten lebensbedrohliche Komplikationen auf (zum Beispiel Lungenentzündung, Magenbluten).“

Bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (Todeseintritt innerhalb von 3 Tagen) waren nach einer jüngeren amerikanischen Studie folgend Anzeichen zu beobachten:¹²²

- Fehlende Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall
- Fehlender Lidschluss des Auges
- Rasselnde Atmung
- Verminderte Reaktion auf Ansprache
- Blutung aus dem Magen
- Verstreichen der Nasenlippenfalte
- Überstrecken des Nackens
- Verminderte Reaktion auf visuelle Reize“

Diese Anzeichen wahrzunehmen und zu erkennen ist wichtig, um eine palliative Versorgung einzuleiten und unnötige Behandlungen und Klinikeinweisungen zu vermeiden. Für die Angehörigen ist jetzt ihre Anwesenheit besonders wichtig. Die Fürsorge um den Sterbenden ist besonders gefragt.¹²³

¹²² de Ridder 2017, S. 152, 153

¹²³ de Ridder 2017, S. 151

10. Grundsätze einer guten Versorgung Sterbender

Rechtzeitige Planung einer palliativen Behandlung und Versorgung

Für eine gelingende Sterbephase ist ein vertrauensvolles Miteinander von Patient, Angehörigen, Pflegenden und Ärzten notwendig. Frühzeitig sollten Patient und Angehörige mit ihrem Arzt besprechen, ob sie eine häusliche Betreuung durch einen Palliativarzt und ein Pflegeteam oder einen stationären Hospizplatz wünschen und die Möglichkeiten hierzu prüfen.¹²⁴

Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen

Zwischen Patient, Angehörigen, Pflegekräfte und Arzt sollte frühzeitig offen über den Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen gesprochen werden. Widerstände, Wiederbelebung zu unterlassen, kommen nahezu niemals vom Sterbenden selbst, sondern von manchen Angehörigen, „[...] die im «letzten Moment» nicht «loslassen» können und nach dem Notarzt oder Rettungsdienst rufen.“ Bei allem Verständnis für einen solchen Reflex tut der Versuch einer Wiederbelebung dem Sterben Gewalt an und läuft einem friedlichen Sterben zuwider. „[...] er ist immer auch aussichtslos, weil die Ursachen für das Aussetzen von Herzschlag und Atmung in terminaler Erkrankung bestehen bleiben und nicht zu beheben sind.“

Auch wenn es schwer fällt und Überwindung bedeutet, sollte das Wohl des Patienten, friedlich sterben zu können, (*aus Liebe zu ihm*) bestimmend sein.¹²⁵

Absetzen aller unnötigen Medikamente

„Ein Sterbender benötigt ausschließlich solche Medikamente, die ihn belastende Symptome lindern. Hierzu gehören insbesondere Schmerzmedikamente, Mittel gegen Atemnot, Übelkeit, Angst und Unruhe sowie solche, die Krämpfe (etwa bei bestehendem Hirntumor oder Hirnmetastasen) unterdrücken.“

Alle anderen Arzneimittel haben keinerlei Nutzen für den Sterbenden, „[...] wie zum Beispiel Blutdruck- oder Herzmittel, Wassertabletten (Diuretika), Antibiotika, Blutgerinnungshemmer und Abführmittel [...].¹²⁶

¹²⁴ de Ridder 2017, S. 153

¹²⁵ de Ridder 2017, S. 153, 154; *Schrägschrift: Anmerkung des Verfassers*

¹²⁶ de Ridder 2017, S. 154

Unterlassen aller unnötigen Maßnahmen

„Im Sterbeprozess sind nur solche Maßnahmen sinnvoll, die das Wohlbefinden des Sterbenden aufrechterhalten und ihm einen Nutzen erbringen“ Ein vertraute Atmosphäre, Stimmen, Geräusche (z.B. *auch Musik*) insbesondere beim Sterben zu Hause, sind hilfreich.

Alles was der Sterbende ablehnt oder ihn offensichtlich belasten würde, sollte unterbleiben.

„Seine Pflege sollte auf das Nötigste reduziert werden. Belastende Transporte, Einweisungen ins Krankenhaus, häufiges Umlagern, Abführmaßnahmen und Infusionen dienen [...] eher der Entlastung der Angehörigen und Behandler als dem Sterbenden.“

Strikt sollte sich die Versorgung mit Nahrungsmitteln an den Bedürfnissen des Sterbenden orientieren. Keine Zwangsernährung über Sonden oder Infusionen, sondern stetes Anbieten passierter Kost und kleine Flüssigkeitsmengen sind hilfreich.¹²⁷

Kommunikation mit dem Sterbenden

Angstfreie und mit Offenheit geführte Kommunikation zu pflegen und möglichst lange aufrechtzuerhalten ist entscheidend bedeutend für »gutes Sterben«.

(Das setzt voraus, dass der Sterbende die Gewissheit hat, dass sein Wille nach Möglichkeit durchgeführt wird, auch wenn Nahestehende, Ärzte und Pfleger persönlich anderer Meinung sind.)

Bei der verbalen Kommunikation könnten an den Sterbenden gerichtete Fragen hilfreich sein:

- Wie beurteilst du selbst deinen gegenwärtigen Krankheitszustand?
- Wenn sich dein jetziger Zustand verschlechtert – was soll dann geschehen?
- Welche besonderen Ängste hast du?
- Gibt es etwas, was du unbedingt aussprechen, richtigstellen, bekennen, erklären oder ordnen möchtest? *(Dies könnten z.B. Schuldgefühle, offene Streitigkeiten, selbst erlittene oder Anderen zugefügte seelische Verletzungen aus der Vergangenheit sein)*
- Wenn du dir einen guten Tag vorstellst – wie würdest du ihn gestalten?“

Auch die nonverbale Kommunikation ist wichtig. „Gerade dann, wenn der Sterbende nicht mehr sprechen kann oder will.“ Dazu gehören Berührungen, Ergreifen und Streicheln seiner Hand oder des Gesichts. Dies sind Gesten der Verbundenheit und Zuneigung, die meist wahrgenommen werden. Eine als angenehm erlebte Kommunikation kann auch das Vorlesen von vom Sterbenden geschätzten Bücher und Texten sowie Musizieren von

¹²⁷ De Ridder 2017, S. 154, 155; *Schrägschrift: Anmerkung des Verfassers*

Angehörigen (oder auch Vorspielen von beim Sterbenden geschätzten Musikstücken) darstellen.¹²⁸

11. Begleitumstände in der Sterbephase

Durstlinderung und Mundpflege

Das Durstgefühl eines Sterbenden bemisst sich allein nach der Feuchtigkeit seiner Schleimhäute und nicht nach dem Volumen der Flüssigkeitsmenge im Körper. „Hauptursache für den Durst ist das Austrocknen der Mundschleimhäute durch Atmung bei geöffnetem Mund. Kleinste Flüssigkeitsmengen (Tee oder Fruchtsaft), verabreicht über eine Pipette oder Plastikspritze, reichen zur Durststillung aus. Auch die Gabe von künstlichem Speichel und kleinen Eiswürfeln wird als angenehm empfunden. Häufiges Befeuchten der Mundschleimhäute und das Auswischen des Mundraums mit milden Desinfektionsmitteln beugen zudem oftmals schmerzhaften Pilzinfektionen der Mundhöhle vor.“

Sonden und Infusionen stillen nicht das Durstgefühl und belasten nachteilig Herz und Kreislauf, führen zu vermehrter Sekretbildung in den Atemwegen mit nachfolgendem Husten und Wasseransammlungen in Lunge, Arme und Beine. „Auf diese Weise steigt die Gefahr, dass das Sterben quälend auf unnatürliche Weise verlängert wird.“¹²⁹

Bewusstseinsstörungen, Verwirrtheit und Delir

In den letzten Tagen und Stunden des Lebens Sterbender treten häufig Bewusstseinsstörungen auf, die sich in leichter Ruhelosigkeit, Angst- und Panikattacken bis hin zu aggressiven Verhalten und Wahnvorstellungen (Delir) äußern können. „Unbehandelt sind derartige Zustände nicht nur für den Patienten qualvoll, auch den Angehörigen teilt sich ein Bild des Sterbenden mit, das bleibt und künftig die Erinnerung belastet.“

Ursachen können z.B. körperliche Infektionen und verschiedenen Störungen im Körper, toxische Stoffwechselprodukte und Metastasen sowie psychische Belastungen (Aufbäumen gegen den herannahenden Tod) sein. Zur Bewahrung vor dieser Leidenssituation bedarf es einer vorausschauenden ärztlichen Sedierung (siehe unten).¹³⁰

¹²⁸ de Ridder 2017, S. 155, 156; *Schrägschrift: Anmerkung des Verfassers*

¹²⁹ de Ridder 2017, S. 156, 157

¹³⁰ de Ridder 2017, S. 157, 158

Schmerz

Grundsätzlich nicht unterschiedlich von anderen Patienten ist die Schmerzbehandlung Sterbender. Einige Besonderheiten sind zu beachten. Schmerzen mitzuteilen, kann durch die eingeschränkte Bewusstseinslage vermindert sein. Bisherige opiatfreie Schmerzmedikationen sollten zunächst beibehalten werden. Nicht selten ist die Schmerzmitteltoleranz reduziert, so dass stärkere Mittel eingesetzt werden sollten, wie z.B. Morphin. Schmerzen sind eng mit Unruhe und Angst verknüpft. Der Sterbende braucht daher ausreichend Zuwendung.¹³¹

Nach dem Stufenschema der WHO gibt es 3 Stufen von Schmerzmitteln:

- Stufe 1: Nicht-Opioide (z. B. Paracetamol)
- Stufe 2: Schwache Opioide (z. B. Tramadol), zusätzlich Medikamente der Stufe 1
- Stufe 3: Starke Opioide (z. B. Morphin), zusätzlich Medikamente der Stufe 1

Wegen des bei Schwerstkranken und Sterbenden nicht selten vorkommenden »Durchbruchsschmerzes«, der plötzlich ohne Vorwarnung sehr schmerzhaft aufkommt, ist es zwingend erforderlich, ein rasch wirkendes Schmerzmittel (z. B. Morphin mit einer ein Sechstel der Gesamttagesdosis) beim Patienten bereit zu haben.¹³²

Atemnot, Lungenentzündung, «Todesrasseln»

Atemnot bei Sterbenden hat verschiedene Ursachen, die ärztlich eingeschätzt werden sollten. Was Außenstehende als Atemnot wahrnehmen, muss nicht vom Sterbenden als solche erlebt werden. Umgekehrt sind Atembeschwerden gegebenenfalls für den Außenstehenden nicht zu erkennen. Mit fortschreitender Todesnähe nimmt generell die Atemnot zu und tritt sehr häufig auf. Nicht immer ist sie befriedigend zu lindern.

Verschlimmernde Krankheiten, wie z. B. Verengung der Luftwege, einer Wasseransammlung in Lunge oder Herzbeutel, einer Anämie (Blutarmut) oder Lungenentzündung führen zu Atemnot. Nur in Ausnahmefällen sollten die Ursachen behoben werden wie z.B. Drainage des Rippenfellraums. Eine Lungenentzündung sollte nicht mehr antibiotisch behandelt werden.

Zur Linderung der Atemnot sind die wichtigsten nicht medikamentösen Maßnahmen: körperliche Nähe, beruhigendes Zureden, sorgen für erhöhte Lage des Oberkörpers und zufächelnde Luftzufuhr z. B. mit einem Ventilator. Die Gabe von Sauerstoff ist eher un-

¹³¹ de Ridder 2017, S. 158, 159; mit weiterer Beschreibung von Schmerzmittelgaben.

¹³² Borasio 2017, S. 69, 70

günstig, da sie die Schleimhäute austrocknet und vermehrt zu einem Durstgefühl beiträgt. Nahezu immer besteht weder Sauerstoffmangel noch erhöhter Sauerstoffbedarf.

Keine Atemnot ist das «Todesrasseln». Es entsteht bei bewusstseinsgetrübten oder bewusstlosen Sterbenden im Bereich der oberen Luftwege, da der Husten und Schluckreflex erloschen ist. Hier ist auf erhöhte (Seiten-) Lagerung zu achten. Kissen unter beiden Unterarmen vermindern die Atemarbeit. Absaugmaßnahmen sollten wegen vermehrter Bronchialsekretion unterlassen werden. Scopolaminpflaster vermindern die Sekretproduktion im Bronchialsystem und sind gut mit Morphin kombinierbar.¹³³

Psychische Stadien des Sterbens.

Die Psychiatrieprofessorin Elisabeth Kübler-Ross¹³⁴ hatte bei 2.000 Totkranken beobachtet, dass es mehrere mögliche Stadien des Reagierens auf das Sterben gibt, sofern die Menschen Zeit dazu haben. Die Stadien sind individuell sehr unterschiedlich und laufen nicht immer in derselben Reihenfolge ab. Die Reaktionen sind unabhängig von religiösen Bindungen.

- Phase 1: „Schock und Ungläubigkeit, was Sekunden oder Monate dauern kann.“
- Phase 2: „Zorn, Ärger, Groll und Neid, gezielt oft auf Pflegepersonal oder Angehörige.“ Nehmen diese das ohne Verärgerung hin, erleichtert es den Übergang zur nächsten Phase;
- Phase 3: „dem Verhandeln über Lebensverlängerung, dem dann rasch die Phase 4 folgt.“
- Phase 4: „die Depression über die Ausweglosigkeit. Erst nachher – mit oder ohne fremde Hilfe – kommt die letzte
- Phase 5: die endgültige Hinnahme, die Zustimmung und Ergebung, kurz die Fähigkeit zur Loslösung aus allen Bindungen – Hinweis auf den jetzt bald erfolgenden Tod.“¹³⁵

Die Kenntnis dieser möglichen Phasen erleichtert das Verständnis für den Sterbenden bei Angehörigen und Pflegenden.

12. Sedierung

In der Schlussphase des Sterbeprozesses können in seltenen Fällen plötzlich schwerste Symptomkrisen auftreten, die zu traumatischen Erlebnissen für Sterbende und Angehörige werden können. Oft sind sie wie bei massivem Bluthusten bei einem Lungentumor absehbar.

¹³³ de Ridder 2017, S. 159, 160

¹³⁴ Kübler Ross, zitiert bei Küng 2017, S. 28

¹³⁵ Küng 2017, S. 29

Dringend angeraten ist die offene Aussprache mit dem Arzt, Pflegepersonal und Angehörigen – besser ohne Sterbenden – über das Bereithalten entsprechender sedierender Mittel mit vorbereiteten Injektionsspritzen oder Infusion.

Mögliche Symptomkrisen umfassen unter anderem:¹³⁶

- Schwerste Luftnot bei plötzlicher Lungenembolie, Verschluss der Atemwege oder massiver Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel
- Extremer Schmerz bei Eingeweidedurchbruch, durch Metastasen bedingte spontane Knochenbrüche oder Kompression des Rückenmarks
- Massives Bluterbrechen oder Darmbluten, meist tumorbedingt (Bereithalten dunkler, am besten grüner saugfähiger Handtücher)
- Krämpfe bei Hirntumor oder Hirnmetastasen
- Schwerste Angstzustände und Delirium¹³⁷

Für den wachen Sterbenden kann in seine letzten Stunden die Symptomlast so unerträglich sein, dass er den Wachzustand nicht mehr erdulden will und sich wünscht, tief schlafen zu wollen, um ein bewusstes Erleben zu vermeiden. Die Sedierung kann dann bis zum Tod unausweichlich notwendig sein.

Diese Notwendigkeit kann z.B. bei Krebserkrankungen mit dichten Metastasierungen der Lunge, die anhaltend extreme Luftnot zur Folge hat, gegeben sein.

Auch trotz Ausschöpfung menschlichen und spirituellen Beistands kann schwerstes emotionales oder spirituelles Leid zu unerträglichen Qual werden und dem Sterbenden nicht mehr zugemutet werden.¹³⁶

13. Passive und aktive Sterbehilfe

13.1. Passive Sterbehilfe

De Ridder fasst unter dem Begriff auch die Sterbebegleitung (siehe oben).

Passive Sterbehilfe ist das Zulassen des Todes durch Nichtaufnahme oder aktiver Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen nach dem Willen des Patienten. Allein der tatsächliche (auch mündlich ausgesprochene) Wille, der vorausgefügte oder mutmaßliche Wille ist dafür maßgebend, ob und wie lange lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden dürfen. Es wird nicht unterschieden zwischen den vielen Möglichkeiten der Lebensverlängerung. Die ohne Behandlung zum Tode führende Krankheit folgt ihrem natürlichen Verlauf.¹³⁷

¹³⁶ de Ridder 2017, S. 161, 162

¹³⁷ de Ridder 2017, S. 41, 42

Borasio zählt hierzu auch die fehlende medizinische Indikation.¹³⁸

Der BGH¹³⁹ hat die Begriffe «Unterlassen oder aktives Tun» durch den Begriff »**Behandlungsabbruch**« ersetzt.

13.2. Aktive Sterbehilfe

13.2.1. Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe ist die Durchführung einer Maßnahme, die zur Verkürzung des Lebens führen kann. Die Lebensverkürzung wird billigend in Kauf genommen. Das kann z.B. durch Gabe stark wirkender Arzneimittel (z.B. Morphin) zur Linderung schwerer Atemnot erfolgen. Die Medikamentenvergabe muss tatsächlich zum Tod geführt haben, ansonsten handelt es sich um passive Sterbehilfe.

Allein in der Willensrichtung des Arztes (z.B. erlösender Tod) liegt die Unterscheidung zwischen indirekter Sterbehilfe und gezielter aktiver Sterbehilfe.

Der Arzt ist verpflichtet, in bestimmten Fällen alle Möglichkeiten der Symptominderung auszuschöpfen, wenn in Extremfällen ein unerträglicher Todeskampf mit z.B. schwersten Angstzuständen, Atemnot und Bluterbrechen droht wie z.B. bei metastasierten Lungentumor.¹⁴⁰

Die indirekte Sterbehilfe ist nicht strafbar¹⁴¹.

13.2.2. Direkte aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe ist das gezielte vorsätzliche Töten eines Menschen.

Die Tötungshandlung (z.B. Injektion eines zum Tode führenden Medikaments mit einer Spritze) nimmt der Sterbehilfe-Leistende (Tatherrschaft) und nicht der Suizident vor.

„Ist der tatsächliche Wille der Person nicht zu ermitteln, kann eine Patientenverfügung oder der früher geäußerte Wille hierfür Anhaltspunkte geben. Eine Tötung ohne Vorliegen einer Willensäußerung des Betroffenen wird allgemein nicht als aktive Sterbehilfe, sondern als Totschlag oder Mord aufgefasst.“¹⁴²

Auch das Töten auf Verlangen ist in Deutschland nach StGB § 216 strafbar: „

¹³⁸ Borasio 2017, S. 163

¹³⁹ BGH vom 25.06.2010, Aktenzeichen 2StR 454/09; zitiert bei: Borasio 2017, S. 165

¹⁴⁰ de Ridder 2017, S. 43,44

¹⁴¹ BeckOK, StGB § 216 Rn. 4.1 - 4.4

¹⁴² Wikipedia: Sterbehilfe

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar“

Die gilt auch für die »Gnadentötung« eines nicht rettbaren und schwerverletzten Unfallopfers oder eines unheilbar Schwerstkranken.¹⁴³

Die direkte aktive Sterbehilfe ist in Belgien, Luxemburg und den Niederlanden unter bestimmten Bedingungen zulässig.

In der bundesdeutschen Bevölkerung gibt es eine breite Zustimmung für eine Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe. Z.B. nach einer repräsentativen Befragung der Schwenninger Krankenkasse vom 14.06.2014 sprachen sich 35% «voll», weitere 35% «eher», 18% «weniger» dafür aus und «12%» stimmten dagegen. Dies zeigt, dass es in den komplexen Fragen der Gestaltung des Lebensendes keine einheitliche Ethik gibt.¹⁴⁴

13.2.3. Suizid (Selbsttötung)

Suizid ist die Selbsttötung. Die Tötungshandlung nimmt der Suizident selbst vor (z.B. selbst Ergreifen eines Glases mit einem tödlich wirkenden Mittel und selbst trinken).¹⁴⁵

Sie ist als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts in Deutschland straffrei (siehe oben unter Selbstbestimmungsrecht).

Wenige, aussichtslos kranke, Patienten wünschen sich, über die Umstände ihres Sterbens und den Zeitpunkt ihres Todes selbst zu bestimmen. Gründe können z.B. sein:

- dass sie sich bewusst und noch wachen Verstandes von ihren Nächsten und der Umgebung verabschieden wollen (*und subjektiv ein Leben ohne Bewusstsein auf sich bezogen als unwürdig empfinden*),
- die mit einer Krankheit verbundenen Leiden und Lasten nicht bis zum Ende durchleben wollen,
- es für sich unerträglich erachten, in Abhängigkeit und Kontrollverlust zu geraten, die das Sterben oft begleiten, obwohl ihnen optimale medizinische und pflegerische Hilfen und menschliche Zuwendung angeboten werden.

¹⁴³ BeckOK, StGB § 216 Rn. 2

¹⁴⁴ de Ridder 2017, S. 45, 46

¹⁴⁵ de Ridder 2017, S. 64

Die Suizidwünsche eines aussichtslosen Kranken Patienten können respektabel, nachvollziehbar und plausibel sein. Manche treten mit dem Wunsch an den Arzt, ihm die nötige Beihilfe zu einem würdigen, sicheren und komplikationslosen Tod zu gewähren.¹⁴⁶

„Auch bei optimaler Palliativbetreuung gibt es Menschen, die am Lebensende aus nachvollziehbaren Gründen ihren Todeszeitpunkt selbst bestimmen möchten. Das sich diese Menschen dann bessere Alternativen wünschen als U-Bahn oder Strick, ist verständlich.“¹⁴⁷

Friedlicher Tod kann z.B. durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, Einnahme geeigneter Medikamente oder Verwendung von inerten Gasen herbeigeführt werden.¹⁴⁸

Betroffen sein können Fälle, die eine mehr oder weniger dauernde intensive medizinische Betreuung notwendig machen, wie z.B. Menschen, denen ohne Aussicht auf Heilung bevorsteht, künstlich beatmet zu werden oder mit schwerster neurologischen Beeinträchtigungen wie amyotropher Lateralsklerose (ALS), Wachkoma oder Locked-in-Syndrom noch leben zu müssen.¹⁴⁹

Hans Küng berichtet, dass sein Freund Walter Jens im Stadium der fortgeschrittenen Demenz in einer »lichtvollen Zwischenzeit« den sehr ernsthaften Todeswunsch äußerte. Er antwortete auf die „[...] Frage: »wie geht es Dir mein alter Freund?« mit den Worten: »Schlecht. Es ist schrecklich. Ich möchte sterben.«¹⁵⁰

In Deutschland ist es einem Arzt verboten, aktiv Suizidhilfe zu gewähren (siehe Kapitel assistierter Suizid).

Menschen, die Suizidgedanken wegen psychiatrischen Krankheitsbildern (z.B. Psychosen oder Depressionen) oder akute Lebenskrisen (z.B. Partnerverlust, Arbeitsplatzverlust, (*Versagen bei Ausbildung oder Studium usw.*) haben, sind nicht gemeint, sie bedürfen akuter und fachgerechter psychischer oder psychiatrischer Hilfe, um sie vor dem Suizid zu bewahren.¹⁵¹

Nach Auffassung des Verfassers, kann die Möglichkeit, das Lebensende in bestimmten Situationen selbstbestimmt beenden zu können, die Lebensqualität erhöhen, da die Angst

¹⁴⁶ de Ridder 2017, S. 62, 63; in *Schrägschrift: Meinung des Verfassers*

¹⁴⁷ Borasio 2017, S. 175

¹⁴⁸ Düber 2017, S. 9

¹⁴⁹ de Ridder 2017, S. 59

¹⁵⁰ Küng 2017, S.11

¹⁵¹ de Ridder 2017, S. 63; in *Schrägschrift: Meinung des Verfassers*

vor einem subjektiv empfundenen unwürdigen Lebensende genommen oder zumindest vermindert werden kann. Vor der Umsetzung sollten jedoch andere Möglichkeiten wie z.B. die der Palliativmedizin bedacht werden.

Folgende Gedanken bzw. Fragen sollten Suizidwillige sich stellen:

- Sind sie mit sich selbst wirklich und ernstlich im Gespräch über Ihr Lebensende?
- Haben Sie den Wunsch, Ihr Leben (mit ärztlicher Hilfe) zu beenden umfassend und wohlüberlegt erwogen?
- „Resultiert Ihr Sterbewunsch tatsächlich aus einer Leidenssituation, die allein durch Suizid und nicht auf anderem Weg (zum Beispiel mehr Kommunikation, nachhaltige Symptomlinderung und andere) aufgehoben werden kann?“
- Kommunizieren sie offen mit Nahestehenden über den Suizidgedanken? Vermutlich wird die Einbeziehung vertrauter Menschen in ihre Erwägungen sie gefasster und sicherer machen, auch wenn diese ihre Entscheidung in Frage stellen, gegebenfalls jedoch bereit sind, sie mitzutragen.
- „Erwägen Sie die Option des Sterbefastens, »eine passive Form des Suizids«?“
- Vor dem Suizid sollten sie schriftlich bestätigen, dass sie Ihre Suizidentscheidung wohl überlegt, frei verantwortlich und ohne äußeren Druck getroffen haben. Zusätzlich sollte sie alle bei dem Suizid möglichen Anwesenden von der Garantenstellung schriftlich entlassen. Das bedeutet das Untersagen, ärztliche oder anderweitige Hilfe herbeizurufen, wenn Bewusstlosigkeit eingetreten ist.¹⁵²

Ein Suizid kann für nahe Angehörige und Nahestehende sehr belastend sein. Sie könnten sich Vorwürfe machen und Schuldgefühle haben, weil sie den Suizid nicht verhindert hatten, indem z.B. nicht mit dem Suizidenden darüber gesprochen wurde und andere Alternativen (z. B. Palliativmedizin) nicht aufgezeigt werden konnten. Nach meiner Meinung kann auch das Nicht-Loslassen-Können von einem geliebten Menschen eine Rolle spielen. Vielleicht sollte man sich bewusst sein, dass das subjektive individuelle Wohlbefinden des Suizidenden Vorrang haben sollte. Des Weiteren kann Schuld - z.B. nach christlichem Verständnis - auch vergeben werden, zumal das Handeln oder Unterlassen nicht aus bösen Absichten erfolgte.

Ein vertrauliches Gespräch über dieses Thema setzt meiner Meinung voraus, dass der potentielle Suizident sich darauf verlassen kann, dass seine eventuelle Suizidentscheidung trotz persönlich schwerster Bedenken bzw. Ablehnung (z.B. aus religiösen Gründen) des Nahestehenden respektiert und nicht verhindert wird.

¹⁵² de Ridder 2017, S. 70, 71

Ein weiterer Grund für das Verschweigen einer Suizidabsicht könnte sein, dass er seinen nahestehenden Menschen nicht zur Last fallen möchte. Gegenüber Ärzten könnte die Angst, psychiatrisiert und zwangseingeliefert (z.B. in eine psychiatrische Klinik) zu werden, das Gespräch über den Suizidgedanken verhindern. Auch den Arzt zu schützen könnte ein Motiv sein.¹⁵³

Hans Küng schreibt, dass kein Sterbewilliger seinen Sterbewunsch einem für diesen Wunsch verschlossenen Arzt oder Pfarrer sondern eher der weniger voreingenommenen Krankenschwester offenbaren würde.¹⁵⁴

13.2.4. Sterbefasten

Sterbefasten stellt eine passive Form des Suizids dar. Durch Unterlassen, eine Nahrung aufzunehmen, kann man sich auch einer Lebensbedrohung aussetzen.

Bei durch Alter oder Krankheit bereits hochgradig Geschwächten kommt das nachlassende Bedürfnis nach Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahmen dem Sterbefasteneden entgegen.

Der Sterbeprozess kann sich je nach körperlicher Verfassung über ein bis drei Wochen hinziehen. Das Sterbefasten lässt eine schwerkranken Menschen in aller Regel ruhig angstfrei und schmerzlos in den Tod hineindämmern.

Weitgehend wird das Sterbefasten von Palliativmedizinern akzeptiert. Der Sterbefastende würde auch ohne palliative Begleitung sterben.¹⁵⁵

Das Sterbefasten ist zu trennen von der Zurückweisung der Nahrungsaufnahmen (etwa Verschließen des Mundes) in einer bereits eingetretenen Sterbephase. Ebenfalls ist sie abzugrenzen von der Ablehnung einer künstlichen Ernährung (z.B. PEG-Sondenernährung), die rechtlich eine zustimmungspflichtige Behandlung ist.

Ratsam ist es, das Sterbefasten mit nahen Angehörigen und Nahestehenden ausführlich zu besprechen, weil sie ihn auf dem Weg begleiten und unter Umständen hohe psychische Belastungen auf sich nehmen. Wünschenswert wäre es, wenn diese das Sterbefasten des Sterbewilligen akzeptieren und unterstützen könnten.¹⁵⁶

¹⁵³ Borasio 2017, S. 173

¹⁵⁴ Küng 2017, S. 69

¹⁵⁵ de Ridder 2017, S. 74, 75

¹⁵⁶ de Ridder 2017, S. 76

Auch sollte ein vertrauter Arzt mit einbezogen werden, der das Sterbefasten nicht nur akzeptiert, sondern auch bereit ist, auftretende belastende Symptome palliativ zu begleiten.

Schonend geht man folgendermaßen vor:

- 4 – 7 Tage Einstellung der Nahrungsaufnahme bei zunächst fortgesetzter Flüssigkeitszufuhr. Keine kohlehydrathaltige Getränke, da sie Appetit und Hungergefühle auslösen. Nach wenigen Tagen bis zu einer Woche schwindet das Hungergefühl.
- Zunehmende Einschränkung der Flüssigkeitsabgabe. Nach Ablauf von einer weiteren Woche tritt allmähliches Nierenversagen (Urämie) ein mit der Folge der Trübung und schließlich des Verlustes des Bewusstseins, das in den Tod hinübergleiten lässt.
- Immer sollte ein Glas Wasser oder Tee in Reichweite des Sterbewilligen stehen, um die Möglichkeit zu geben, jederzeit den Entschluss rückgängig zu machen
- Die wichtigste begleitende Maßnahme ist die intensive, Durstgefühl stillende, Mundpflege.
- Andere Symptome wie z.B. Übelkeit, Schmerzen, Unruhe oder Panik sind vom Arzt palliativ zu behandeln.¹⁵⁷

Nach der Entscheidungsunfähigkeit des Patienten müssen der Bevollmächtigte, die Angehörigen und der begleitende Arzt die Verantwortung übernehmen, am besten aufgrund einer Patientenverfügung und Vollmachterteilung an eine Vertrauensperson.

Notwendig aufgrund der unklaren Rechtslage ist es, eine Erklärung zur Entbindung von der Garantenpflicht vorgenommen zu haben.

Nach Auffassung der Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ist das Sterbefasten von Patienten medizinisch zu begleiten keine strafbare Handlung.¹⁵⁸

13.2.5. Beihilfe zur Selbsttötung (Assistierter Suizid)

Der Suizidwillige vollzieht den Akt der Selbsttötung selbst (z.B. selbst Ergreifen eines Glases mit einem tödlich wirkenden Mittel und selbst trinken).¹⁵⁹

Suizidhilfe ist das - auf das ernstliche Verlangen des Suizidwilligen – Fördern, Vermitteln, Beschaffen und Gewähren von Suizidmöglichkeiten - z.B. durch Verfügung stellen und

¹⁵⁷ de Ridder 2017, S. 77

¹⁵⁸ DGP Aktuell 2017

¹⁵⁹ de Ridder 2017, S. 64

Besorgen todbringender Medikamente und Räumlichkeiten. Hierzu kann auch die Anwesenheit des Suizidhelfers gehören.

Die Musterberufsordnung (MBO) der Bundesärztekammer verbietet ärztliche Suizidhilfe. Sie ist nur empfehlend. 10 Landesärztekammern verbieten ihren Ärzten die Suizidbeihilfe, die anderen 7 Landesärztekammern haben keine oder aber liberalere Regelungen.

Die ärztliche Verschreibung von Medikamenten unterliegt der ärztlichen Verschreibungsordnung und der Betäubungsmittelverordnung und bindet sie an bestimmte Indikationen, zu der die Selbsttötung eines Patienten nicht gehört.

Die «**Garantenstellung**» verpflichtet die anwesende Person, lebensrettende Maßnahmen einzuleiten, wenn der Suizident infolge der Einnahme des Suizidmittels bewusstlos wird und damit seine Einwilligungsfähigkeit verloren hat. Die Tatherrschaft geht auf den anderen Anwesenden über. Die Garantenpflicht entfällt dann, wenn vorher der Suizident den Anwesenden von der Garantenpflicht befreit hat. Ein Formulierungsvorschlag zur Modifizierung der Garantenpflicht für den Suizid findet sich im Anhang.¹⁶⁰

In Deutschland ist die geschäftsmäßige Förderung des Suizids nach StGB verboten.

§ 217 StGB Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Es muss eine direkte Selbsttötung handeln. Eine nur mittelbare Tötung ist kein Tatbestand, damit fallen indirekte wie passive Sterbehilfe nicht hierunter.¹⁶¹

Geschäftsmäßigkeit ist eine Tätigkeit, die auf Wiederholung ausgerichtet ist. Gewinnerzielung, wie bei der Gewerbsmäßigkeit, ist nicht erforderlich.¹⁶² Damit sollen auch bei den Sterbehilfeorganisationen die Aktivitäten unterbunden werden.¹⁶³

Durch Gewähren oder Verschaffen einer Gelegenheit werden die äußeren Umstände herbeigeführt, die die Vornahme der Suizidhandlung ermöglichen oder zumindest erleichtern.

¹⁶⁰ de Ridder 2017, S. 64, 65

¹⁶¹ BeckOK, StGB § 217 Rn.19

¹⁶² Sinn 2017, StGB §2017 Rn. 27

¹⁶³ BeckOK, StGB § 217 Rn. 4

Beim Gewähren sind die äußeren Umstände schon vorhanden. Beim Verschaffen müssen die äußeren Umstände noch hergestellt werden.¹⁶⁴

Verschaffen bzw. Gewähren bedeutet das Überlassen des Gifts oder der Räumlichkeiten, das kurz vor dem Suizid erfolgt.¹⁶⁵

Vermitteln einer Gelegenheit ist das konkrete Herstellen des Kontakts zwischen dem Suizidwilligen „[...]“ und der Person, die die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt oder verschafft [...].¹⁶⁶

Es reicht für die Straftat, dass die Absicht des Suizidhelfers sich auf die Förderung der Selbsttötung jedoch nicht auch auf die tatsächliche Durchführung des Suizids bezieht. Der Suizidhelfer kann sich nicht darauf berufen, zwar das tödliche Mittel übergeben zu haben, um ihm die Selbsttötung zu erleichtern, jedoch diese Selbsttötung nicht gewollt zu haben.¹⁶⁷

Die nicht gewerbsmäßige Teilnahme von Angehörigen und nahestehenden Personen ist gemäß StGB § 217 Absatz 2 straffrei. Bei nahestehenden Personen besteht ein auf gewisse Dauer angelegtes zwischenmenschliches Verhältnis, das ähnliche Solidaritätsgefühle wie bei Angehörigen hervorruft. Darunter fallen u.a. Lebens- und langjährige Wohngemeinschaften, enge Freundschaften, Liebesbeziehungen, jedoch nicht z.B. lang behandelnde Ärzte.¹⁶⁸

Z.B. fährt ein Taxifahrer regelmäßig Sterbewillige in die Schweiz zu einem Suizidverein, macht er sich nach StGB § 217 Abs. 2 strafbar, da er geschäftsmäßig und als nicht nahestehende Person handelt. Wäre er ein Angehöriger oder nahestehende Person, wäre er straffrei.¹⁶⁹

In der Schweiz ist die Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid nicht strafbar.¹⁷⁰

Die Durchführung erfolgt in der Schweiz durch Organisationen wie EXIT oder DIGNITAS, nicht durch Ärzte. Sie unterliegen so gut wie keiner staatlichen Kontrolle.¹⁷¹

Die Sterbehilfeorganisationen haben in der Schweiz eine starken Rückhalt in der Bevölkerung. Die wichtigsten Sterbehilfeorganisationen sind Exit Deutsche Schweiz

¹⁶⁴ BeckOK, StGB § 217 Rn. 21

¹⁶⁵ BeckOK, StGB § 217 Rn. 23

¹⁶⁶ BeckOK, StGB § 217 Rn. 26

¹⁶⁷ BeckOK, StGB § 217 Rn. 37

¹⁶⁸ BeckOK, StGB § 217 Rn. 39, 39.1

¹⁶⁹ de Ridder 2017, S. 67

¹⁷⁰ Borasio 2017, S. 172

¹⁷¹ Borasio 2017, S. 174

(www.exit.ch) für Schweizer, Exit A.D.M.D. für die Französisch sprechende Schweiz und Dignitas (www.dignitas.ch) für aus dem Ausland (z.B. Deutschland) anreisende Personen.

Die Bedingungen der Dignitas „[...] für eine Freitodbegleitung sind wie folgt: fatal disease or unendurable pain or unendurable disability (www.dignitas.ch).“¹⁷² (Übersetzt: tödliche Krankheit oder unerträglicher Schmerz oder unerträgliche Behinderung)

13.2.6. Recht für unheilbare Kranke auf den Erwerb tödlicher Medikamente

Der Fall vor dem Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) betraf einer Frau, die unfallbedingt eine vom Hals abwärts fast komplett sensomotorischen Querschnittslähmung hatte. Häufige Krampfanfälle verursachten starke Schmerzen. Nach ärztlicher Einschätzung bestand keine Aussicht auf Besserung. Wegen der von ihr als unerträglich und entwürdigend empfundene Leidenssituation beantragte sie beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), den Erwerb von 15g Natrium-Pentobarbital zu erlauben. Eine risikolose und schmerzfreie Selbsttötung sei damit möglich. Ihren Sterbewunsch habe sie mit der Tochter, dem behandelnden Arzt, einem Psychologen, Pflegepersonal und einem Geistlichen besprochen, die ihre Entscheidung respektierten. Nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ist Pentobarbital ein verschreibungspflichtiges Betäubungsmittel. Ärzte dürften standesrechtlich keine letale Dosis verschreiben, dies sei aber in der Schweiz möglich.¹⁷³

Das BfArM verweigerte die Genehmigung. Die Frau hat sich in Begleitung ihres Ehemannes und ihrer Tochter mit Hilfe eines Sterbehilfevereins in der Schweiz selbst getötet.¹⁷⁴

Das Barbiturat Pentobarbital wird in der Schweiz und den Niederlanden für ein friedliches Sterben von Ärzten und Sterbehilfeorganisationen benutzt, das den Vorstellungen für ein würdiges Sterben sehr nahe kommt.¹⁷⁵

Das Bundesverwaltungsgericht hat in einer Entscheidung vom 02.03.2017 ein Recht zur Genehmigung des Erwerbs von todbringendem Arzneimittel Natrium-Pentobarbital zu Suizidzwecken ausgesprochen, wenn der suizidwillige Erwerber sich wegen einer schweren unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet.

Das Bundesverwaltungsgericht führt aus:

- Ein schwer und unheilbar kranker Mensch hat nach dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus GG Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art.2 Abs.1 auch das Recht, zu

¹⁷² Bosshard 2017, S. 29 - 31

¹⁷³ BVerwG 2017, Rn. 2

¹⁷⁴ BVerwG 2017, Rn. 3

¹⁷⁵ Düber 2017, S. 52

entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll. Voraussetzung ist, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln.¹⁷⁶

- Ein Erwerb eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung ist grundsätzlich nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 BTMG nicht erlaubnisfähig.¹⁷⁷
- Nicht mehr gerechtfertigt im Hinblick auf das GG ist dies und damit die Erlaubnis zu geben, wenn sich der Erwerber in einer extremen Notlage befindet.
- Die extreme Notlage liegt vor, „[...] wenn - erstens - die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können [...] - zweitens - der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen und ihm- drittens - eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht.“¹⁷⁸

Der für die BfArM zuständige Gesundheitsminister Jens Spahn stellt sich gegen dieses Urteil, indem er seine Behörde angewiesen hat, den vorliegenden Anträgen auf Erwerb einer todbringenden Dosis von Betäubungsmitteln nicht zu entsprechen. Die humanistische Union bietet Betroffenen juristische Unterstützung an.¹⁷⁹

13.3. Stellungnahmen zur Sterbehilfe

Die (**katholische**) Deutsche Bischofskonferenz ist überzeugt, dass der Mensch keine volle Verfügungsgewalt über sein Leben hat, da das menschliche Leben von Gott geschenkt ist. „Aus dem Wissen um Gottes Zuwendung und Liebe heraus darf und kann der Mensch auch im Leiden und im Sterben sein Leben bejahen und seinen Tod aus Gottes Hand annehmen. [...] In Würde stirbt, wer anerkennt, dass das Leben als solches unverfügbar ist. [...] Die katholische Kirche spricht sich nachdrücklich gegen alle Formen der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung aus.“

„Der Mensch ist Mensch bis zuletzt. Aus christlicher Sicht soll der Tod eines Menschen nicht künstlich herausgezögert werden, wenn es keine Chance mehr auf Heilung oder erträgliches Leben gibt.“¹⁸⁰

Die indirekte Sterbehilfe und die passive Sterbehilfe sind zulässig. Darüber hinaus wird sich für eine breite palliative Versorgung eingesetzt.

¹⁷⁶ BVerWG 2017, Rn. 24

¹⁷⁷ BVerWG 2017, Rn. 30

¹⁷⁸ BVerWG 2017, Rn. 31

¹⁷⁹ Lüders, Humanistische Union 2019

¹⁸⁰ Deutsch Bischofskonferenz 2019

Die **evangelische** Kirche in Deutschland (EKD) wendet sich grundsätzlich gegen aktive Sterbehilfe. Der Kirchenpräsident der evangelischen Kirche in Hessen und Nassau Herr Volker Jung sagte, dass nach christlichem Verständnis das Leben ein unverfügbares Geschenk bleibe und größten Respekt verdiene. Alle medizinischen Möglichkeiten zur Verhinderung unnötigen Leidens sollten genutzt werden, deshalb unterstütze die Kirche die Hospizbewegung.

In dem Text wird auch der katholische Psychotherapeut Manfred Lütz erwähnt: Menschen, die sterben wollten, müsse man auch sterben lassen. Weder das Töten noch die manipulative Verlängerung des Lebens respektiere die Würde des Menschen.¹⁸¹

Auch Annette Kurschus, Präses der Evangelischen Kirche von Westfalen, findet die Entscheidung des Parlaments für StGB § 217 richtig. „Suizid darf zwar nicht geächtet werden, aber ‘gesellschaftsfähig’ darf er ebenso wenig sein. [...] Allerdings könne es „Situationen geben, in denen ein Mensch für sich selbst keinen anderen Weg sieht, als einem anderen Menschen bei der Selbsttötung zur Seite zu stehen oder ihm gar dabei zu helfen.“ Dann sei es gut, dass weiterhin keine Strafe droht, [...] Eine Entscheidung im Grenzfall kann niemals zu einer ethischen oder rechtlichen Norm oder zu einem Muster erhoben werden.“¹⁸²

Für Suizid und Sterbehilfe in einem sehr eng begrenzten Rahmen wird demnach ein gewisses Verständnis entgegengebracht. Indirekte und passive Sterbehilfe sind erlaubt bzw. geboten.

Der katholische **Theologe Hans Küng** lässt den Suizid, aktive Sterbehilfe und Sterbebegleitung unter besonderen Bedingungen zu, wie z.B. dauerhafte Todessehnsucht, unerträglicher (erlebter) Leidenszustand, Sterbehilfe nur durch den Arzt, Beratungspflicht mit einem anderen Arzt und ggf. nächsten Angehörigen, Protokollpflicht des Arztes zur Vermeidung von Missbräuchen.¹⁸³

Er geht aus von einem „Gott als der Vater der Schwachen, Leidenden, Verlorenen, der dem Menschen Leben spendet und ihn wie eine Mutter umsorgt, der solidarische Bundesgott, der den Menschen, sein Ebenbild, als freien, verantwortlichen Partner haben will!“ Er wendet sich gegen die Spiritualisierung und Mystifizierung des Leidens Todkranker, da er in Jesus den Krankenheiler sieht. Er lehnt ab einen Gott als „[...] unbeschränkter Herr und Besitzer,

¹⁸¹ EKD 2014

¹⁸² EKD 2015

¹⁸³ Küng 2017, S. 66, 67

absoluter Herrscher, Gesetzgeber, Richter und im Grunde auch Henker [...]“ über den Menschen als seinen Knecht.¹⁸⁴

Für einen in der Nachfolge des barmherzigen Jesus stehenden Christen soll keine reine Verbots- und Sanktionsethik maßgebend sein.¹⁸⁵

„Gerade weil der Mensch Mensch ist und als Todkranker (Tod zu erwarten in absehbarer Zeit) oder als Sterbender (Tod in kurzer Zeit zu erwarten) bis zum Ende Mensch bleibt, hat er ein Recht nicht nur auf ein menschenwürdiges Leben, sondern auch auf ein menschenwürdiges Sterben und Abschied nehmen, [...]“. Dieses Recht wird ihm möglicherweise durch die Apparatedizin und Medikamente verwehrt, wenn der Sterbeprozess, der Stunden oder Monate oder Jahre dauern kann, nur noch ein vegetatives Dasein (Dahinvegetieren) mit pharmakologischen »Ruhigstellungen« ist.¹⁸⁶

Wie den Anfang des Menschenlebens so legt Gott auch das das Ende des Menschenlebens in die Verantwortung des Menschen und will nicht, dass wir ihm die Verantwortung zuschieben. „Mit der Freiheit hat Gott dem Menschen auch das Recht zur vollen Selbstbestimmung gegeben. Selbstbestimmung meint nicht Willkür, sondern Gewissensentscheidung!“¹⁸⁷ Gott „[...] hat gerade auch dem sterbenden Menschen die Verantwortung und Gewissensentscheidung für Art und Zeitpunkt seines Todes überlassen.“¹⁸⁸

Hans Küng sieht auch die Gefahr eines Missbrauchs, wenn sozialer Druck auf Patienten ausgeübt wird, endlich mit ihrem Leben Schluss und Jüngeren damit Platz zu machen. Allen makabren Erbschleichereien von Verwandten und profitorientierten Sterbenachhilfen von Krankenkassen muss ein gesetzlicher Riegel vorgeschoben werden.¹⁸⁹

Nach Meinung des Verfassers ist eine demokratische Gesellschaft mit Meinungsfreiheit ein Garant für die Verhinderung oder zumindest Eindämmung von Missbräuchen.

Der Zentralrat der **Muslime** schreibt:

„Alle Gelehrten und anerkannten Gutachten der islamischen Fatwa Gremien der verschiedenen muslimischen Rechtsschulen (Sunniten und Schiiten) lehnen die aktive direkte oder indirekte Sterbehilfe sowie die Selbsttötung und die ärztliche Beihilfe zum Suizid strikt ab.“¹⁹⁰

¹⁸⁴ Küng 2017, S. 56

¹⁸⁵ Küng 2017, S. 59

¹⁸⁶ Küng 2017, S. 57

¹⁸⁷ Küng 2017, S. 61

¹⁸⁸ Küng 2017, S. 72

¹⁸⁹ Küng 2017, S. 66

¹⁹⁰ Zentralrat der Muslime 2013, S. 12

In der Palliativmedizin wird eine gute und menschliche Alternative zur direkten aktiven Sterbehilfe gesehen.¹⁹¹

Die **Humanistische Union** ist für eine aktive Sterbehilfe, wenn ein ausdrückliches Verlangen des Getöteten vorliegt.

Der Gesetzentwurf 2011 der Humanistischen Union lautet:¹⁹²

„Gesetzentwurf zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts kranker und sterbewilliger Menschen [...]

§ 216 StGB wird wie folgt geändert:

§ 216 Sterbehilfe

(1) Sofern dies dem Willen des Betroffenen entspricht, sind Handlungen nicht rechtswidrig in Fällen

1. des Unterlassens oder Beendens einer lebenserhaltenden Maßnahme oder

2. der Anwendung einer medizinisch angezeigten leidmindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt.

(2) Nicht rechtswidrig ist die Tötung eines anderen Menschen auf Grund seines ausdrücklichen und ernstlichen Verlangens.“

Vorausgesetzt wird ein ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen des Sterbewilligen. Mit dem Verlangen des Sterbewilligen übt er sein Selbstbestimmungsrecht aus.

Politisch bestand im Gesetzgebungsprozess 2015 für den StGB § 217 eine große Bandbreite von Meinungen:

- Vom Verbot jeglicher Beihilfe zum Suizid (Gruppenantrag Sensburg, CDU und Dörflinger, CDU)
- bis zu einer Straflosigkeit der Suizidhilfe unter der strikten Bedingung eines Erstberatungsmonopols für Ärzte (Gruppenantrag Künast, Die Grünen und Sitte, Die Linke.)¹⁹³

¹⁹¹ Zentralrat der Muslime 2013, S. 11

¹⁹² Humanistische Union 2011, S. 6

¹⁹³ Wikipedia: Sterbehilfe 2019

14. mögliche Hinderungsgründe bei der Durchsetzung des Patientenwillens

Der Arzt muss den **Patientenwillen kennen**. Jeder fünfte Arzt auf einer Intensivstation kannte nicht den Willen seines Patienten.¹⁹⁴

Aus **ethischen oder religiösen Gründen** eines Arztes, Krankenhauses oder Pflegeheimes werden oft bestimmte lebensverkürzenden Behandlungen nicht durchgeführt. Dies könnte insbesondere bei strengreligiösen, z.B. christlich oder muslimisch geprägten, Personen, Krankenhäusern oder Pflegeheimen der Fall sein.

Es ist ratsam, die Einstellung zu bestimmten Behandlungsmöglichkeiten mit dem Arzt, dem Krankenhaus oder Pflegeheim zu besprechen (Siehe dazu oben Stellungnahmen zur Sterbehilfe). Dies kann zwar zu einer Belastung des Patienten- Arzt- Verhältnisses führen; es sollte jedoch offen darüber gesprochen werden. Zum Vertrauensverhältnis gehört auch Offenheit. Zumindest sollte der Arzt bzw. das Krankenhaus bzw. das Pflegeheim die gewünschten Maßnahmen durchführen bzw. durchführen lassen, auch wenn der Arzt bzw. das Krankenhaus bzw. das Pflegeheim moralische oder religiöse Bedenken hat. Ist das ihnen nicht zumutbar, sollte man sie nicht in Anspruch nehmen bzw. wechseln. Ein Arzt sollte nicht gegen sein Gewissen handeln müssen.

Auch aus **finanziellen Gründen** können Sterbende durch sinnlosen Einsatz ausgefeilter Medizintechnik am Sterben gehindert werden, indem möglichst viele und aufwendige Eingriffe durchgeführt werden.¹⁹⁵

Nicht nur die Gesundheit, sondern auch das Sterben ist für viele Firmen und Institutionen ein lukratives Geschäftsfeld. Z.B. gibt es exorbitant teure Medikamente, die jedoch das Leben im Schnitt nur wenige Wochen bis Monate verlängern.¹⁹⁶

„[...] Privatpatienten scheinen Maßnahmen im Zuge der Übertherapie in besonderem Maße ausgesetzt zu sein, erst recht, wenn es ans Sterben geht.“¹⁹⁷

Empfehlenswert ist vom Patienten oder Angehörigen ggf. eine unabhängige Zweitmeinung zu einer Diagnose¹⁹⁸ und kritischen Eingriffen oder kostspieligen Therapieverfahren¹⁹⁹ einzuholen.

¹⁹⁴ Thöns 2018, S. 9 zitierend Cohen

¹⁹⁵ Thöns 2018, S. 2 („Zu diesem Buch“)

¹⁹⁶ Buchmann 2017, S. 30, 31

¹⁹⁷ Thöns 2018, S. 245

¹⁹⁸ Thöns 2018, S. 16

Frühzeitige Palliativversorgung sollte in die Betrachtung einbezogen werden.²⁰⁰

Thöns äußert, dass die Mehrheit der Ärzteschaft korrekt handelt und sich menschlich und empathisch für ihre Patienten einsetzt. Aber es gibt auch eine nicht zu unterschätzende Zahl von Medizinerinnen, die vornehmlich an den eigenen Vorteil denken.²⁰¹

15. Fazit

Über das würdevolle eigene Sterben nachzudenken, befreit von der Angst vor einem unwürdigen und möglicherweise qualvollen Sterben und erhöht damit die Lebensqualität. Der Tod gehört zum Leben. Man sollte sich klar werden, was man individuell als würdig ansieht, welche Möglichkeiten der Umsetzung des eigenen Willens bestehen, wie sie gestaltet werden können und welche Art von Sterbehilfe man in Anspruch nehmen möchte.

Wie wir sterben und wie wir in den Sterbeprozess eingreifen wollen, ist eine höchst persönliche Ansicht und Einstellung. Es gibt unterschiedliche und gegensätzliche Auffassungen, die z.B. von der persönlichen Situation, Kultur, Erziehung und religiösen Auffassung bestimmt sind. Daher muss jeder für sich selbst entscheiden, welchen Weg er gehen und welche Maßnahmen er ergreifen will.

Zur Durchsetzung seines Willens, insbesondere für einen künftig möglichen Zustand der Willenslosigkeit, ist es dringend geraten, seinen Wünschen entsprechende Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und / oder eine Betreuungsverfügung zu erstellen und zu hinterlegen. Die Wünsche sind mit den Bevollmächtigten und Betreuer eingehend zu besprechen und zu erläutern, damit diese die Wünsche genauer kennen, ggf. in bisher nicht bekannte Situationen richtig interpretieren und sie auch gegen Widerstände besser durchsetzen können.

Zu den Bevollmächtigten und Betreuern muss ein sehr großes Vertrauensverhältnis bestehen.

Offene und vertrauensvolle Kommunikation mit Angehörigen, Nahestehenden, Ärzten und Pflegekräften sollten geführt werden. Die Anderen sollten auch mitteilen, ob sie den Wünschen entsprechend handeln werden, auch wenn sie anderer Ansicht sind. Falls diese gegen den eigenen Willen handeln würden, müssen andere Ärzte und Pfleger gesucht werden.

¹⁹⁹ Thöns 2018, S. 25

²⁰⁰ Thöns 2018, S. 179

²⁰¹ Thöns 2018, S. 257, 258

Für Nahestehende kann das Wissen über den Willen und Wünsche des Betroffenen und seine Gründe hierfür zur besseren Trauerbewältigung beitragen.

Dem geäußerten Willen des Patienten muss rechtlich auch gefolgt werden, wenn er nicht der Lebensverlängerung dient oder gar zum Schaden des Kranken führt.

Rechtzeitig sollte zum Beginn der Sterbephase palliative Betreuung in Anspruch genommen werden. Dazu gehört auch die psychologische und seelische Unterstützung des Kranken, Angehörigen und Nahestehenden.

Ich hoffe, mit meiner Ausführung zur Verminderung der Angst vor dem Sterben beigetragen zu haben. Ich ermuntere die Leser, die sich noch nicht mit diesem Thema befasst haben, zur Überwindung der eigenen Angst und etwas gegen die eigene Trägheit zu tun. Sie werden mit einer besseren Lebensqualität belohnt werden!

Literaturverzeichnis

- BeckOK BGB/Müller-Engels, 48. Ed. 1.8.2018, BGB § 1901a Rn. ...
- BeckOK Grundgesetz/Hillgruber, 39. Ed. 15.11.2018, GG Art. 1 Rn. ...
- BeckOK Grundgesetz/Lang, 39. Ed. 15.11.2018, GG Art. 2 Rn. ...
- BeckOK StGB/Eschelbach, 39. Ed. 1.8.2018, StGB § 216
- BeckOK StGB/Oglakcioglu, 39. Ed. 1.8.2018, StGB § 217
- Borasio, Gian Domenico, Über das Sterben, München, 6. Auflage 2017
- Bosshard, Georg: Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklung, empirische Befunde, in G.D. Borasio et al. (Hrsg.), Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft, Veröffentlichung des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universität Heidelberg und Mannheim, Band 46. Berlin Heidelberg 2017
- Buchmann, Knud Eike: Sterben und Tod Gelassen und angstfrei mit dem Lebensende umgehen. Berlin Heidelberg 2017
- Cohen, S; Sprung, C; Sjøkvist, et al: Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. Intensive Care Med 2005; 31: 1215 – 1221; zitiert von Thöns 2018, S.9
- Collett, Lora J., & D. Lester (1969): The fear of death and the fear of dying. Journal of Psychology 72, 179-181; zitiert von Wittowski 1990, S. 80
- de Ridder, Michael: Abschied vom Leben, Von der Patientenverfügung bis zur Palliativmedizin Ein Leitfaden. München 1. Auflage 2017
- de Ridder, Michael: Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. München 2010
- Deutsche Bischofskonferenz: Sterben in Würde. www.dbk.de/themen/sterben-in-wuerde, abgerufen 09.02.2019
- DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: DGP Aktuell 2017 - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) unterstreicht: § 2017 ist keine Gefahr für die Palliativversorgung!. www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell-2017/deutsche-gesellschaft-fuer-palliativmedizin-betont-217-ist-keine-gefahr-fuer-die-palliativversorgung.html
- Düber, Jessika: Selbstbestimmt Sterben - Handreichung für einen rationalen Suizid. Luxembourg 1. Ausgabe Januar 2017 (Amazon Media)
- EKD Evangelische Kirche in Deutschland: Kirchen gegen aktive Sterbehilfe. 09.05.2014 NEWS, www.ekd.de/news_2014_05_09_2_jung_sterbehilfe.htm, abgerufen 09.02.2019

- Evangelische Kirche: Selbsttötung darf keine normale Option werden. 06.11.2015
www.evangelisch.de/inhalte/128135/06-11-2015/evangelische-kirche-begruesst-aus-fuer-sterbehilfe-vereine. 2015, abgerufen am 09.02.2019
- Humanistische Union : Selbstbestimmung am Lebensende. Gesetzentwurf zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe. Berlin 2011
- Kübler-Ross, Elisabeth: On Death and Dying, New York 1969; dt.: Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1972, zitiert bei Küng 2017, S. 28
- Küng Hans; Jens Walter: Menschenwürdig sterben, ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München November 4. Auflage 2017
- Lüders, Sven: Gesundheitsminister Spahn missbraucht sein Ministeramt – Humanistische Union bietet Betroffenen juristische Unterstützung. www.humanistische-union.de/themen/bioethik/sterbehilfe/detail/back/sterbehilfe/artide/gesundheitsminister-spahn-missbraucht-sein-ministeramt-humanistische-union-bietet-betroffenen-juri/ , abgerufen am 05.03.2019
- Pschyrembel online: Stichwörter: Tod: Autor/letzter Bearbeiter Schäfer, Klaus. Stand 07.2018; Sterben Autor / letzter Bearbeiter: Pschyrembel Redaktion. Stand 04.2016); <https://www.pschyrembel.de>, abgerufen am 27.01.2019
- Sinn § 217 StGB: in Wolter, SK-StGB, Band IV. 9. Auflage 2017
- Stiftung Warentest: Das Vorsorge-Set, Patientenverfügung Testament Betreuungsverfügung Vorsorgevollmacht. Berlin 4.Auflage 2019
- Stiftung Warentest: Formulare Vorsorgesetz. www.test.de/formulare-vorsorgesetz
- Thöns, Matthias: Patient ohne Verfügung, Das Geschäft mit dem Lebensende. München Oktober 2018
- Wessels / Hettinger; Strafrecht BT 1, Rn. 156; zitiert von Humanistische Union 2011
- Wikipedia: Sterbehilfe. <https://de.wikipedia.org/wiki/Sterbehilfe>, abgerufen am 28.03.2019
- Wittowski, Joachim: Psychologie des Todes. Darmstadt 1990
- Zentralrat der Muslime: Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus Islamischer Sicht, Köln .2013, www.iisev.de/wissensportal/artikel/sterbehilfe-bzw-sterbebegleitung-und-palliative-care-aus-islamischer-sicht, abgerufen am 23.03.2019

Anhang

Autorenverzeichnis (Auswahl)²⁰²

Borasio, Gian Domenico:

Mediziner, Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne und Leiter der Palliative Care-Abteilung am Universitätsspital Lausanne

Bosshard, Georg:

Leitender Arzt Longterm, Klinik für Geriatrie, Universitäts Spital Zürich

Buchmann, Knud Eike:

Lehrer, Diplom-Psychologe, Diplom-Pädagoge, Psychologischer Psychotherapeut

de Ridder, Michael:

Chefarzt der Rettungsstelle eines Berliner Krankenhauses, Geschäftsführer von Vivantes Hospiz

Küng, Hans:

Katholischer Theologe, bis 1996 Theologieprofessor an der Eberhard Karls Universität, Tübingen, Gründer der Stiftung Weltethos

Thöns, Matthias:

Anästhesist, Palliativmediziner, stellvertretender Sprecher der Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Wittowski, Joachim:

Diplom-Psychologe

²⁰² aus den Büchern, Wikipedia, Internet

Internetadressen²⁰³

Palliativmedizin und Hospiz

Patienteninformationsportal: www.patienten-information.de

www.palliativportal.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP): www.dgpalliativmedizin.de

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: www.dhpv.de

www.wegweiser-hospiz-und-palliativmedizin.de

Dignitas, Schweiz: www.dignitas.ch

Spezielle Krankheitsbilder

Deutsche Krebshilfe: www.krebshilfe.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: www.deutsche-alzheimer.de

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM): www.dgm.org und

www.lateralsklerose.info

Künstliche Ernährung

www.uniklinikum-muenchen.de (-> künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung)

Spirituelle Hilfe

www.spiritualcare.de

Evangelische Kirche Deutschlands: www.ekd.de

Deutsche Bischofskonferenz: www.dbk.de

Alternative Vordrucke zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, die die gesetzlichen Vorgaben erfüllen:

www.test.de/formulare-versorgungsset

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV): www.bmjv.de

(-> Publikationen • Patientenverfügung)

Humanistischer Verband Deutschlands: www.patientenverfuegung.de

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben: www.dghs.de/service/ihre-patientenverfuegung.html

Christliche Patientenverfügung der Caritas:

...www.dbk-shop.de/media/files_public/weenxmrrf/DBK_62o.pdf

Bundesnotarkammer Vorsorgeregister: www.vorsorgeregister.de

²⁰³ Teilweise aus de Ridder 2017, Anhang S. 202, 203

Textzusatz zur Patientenverfügung für die Regelung bei schleichender Demenz, Alzheimer-Krankheit oder vergleichbarer gesundheitlicher Entwicklungen.²⁰⁵

Sollte ich an einer langsam schleichenden zunehmenden Erkrankung des Gehirns wie z.B. Altersdemenz oder Alzheimer-Krankheit leiden, so verfüge ich, dass auf keinen Fall jemals eine künstliche Ernährung über eine Magensonde, sei es durch die Nase oder die Bauchdecke, ebenso keinerlei künstliche Ernährung über die Venen stattfinden darf. Ich weiß, dass ich dann an mangelnder Flüssigkeitszufuhr entsprechend dem natürlichen Gang dieser Krankheit versterben werde. Dies ist mein Wunsch. Ich will in einem solchen Fall keine Verlängerung dieser ansonsten womöglich extrem langsam zum Tode führenden Krankheiten durch künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit. Solange ich über den Löffel ernährt werden kann, also beim Füttern mitwirke, soll dies geschehen. Eine mangelnde Mitwirkung, sei es aus Protest oder sei es unbewusst, darf keinesfalls künstlich ersetzt werden.

Im Falle einer hinzutretenden Erkrankung (Interkurrenterkrankung), an der ich ohne Heilbehandlung sterben könnte, verbiete ich jede medizinische Behandlung, die die Bekämpfung der Krankheit (z.B. Antibiotika bei Lungenentzündung) zum Ziel hat. Ich will dann nur palliativ behandelt und gepflegt werden, damit ich an dieser "willkommenen Erlösung" sterben kann ohne leiden müssen. In einem solchen Fall darf eine **mir** gegebenenfalls noch mögliche natürliche Nahrungsaufnahme durch normales Essen und Trinken auf keinen Fall als Wille oder Zustimmung zur medizinischen Behandlung zur Heilung einer ansonsten potentiell tödlich verlaufenden Interkurrenterkrankung interpretiert werden!

Sollte ich in einem Krankheitszustand, wie ich ihn soeben geschildert habe (Demenz oder vergleichbare Erkrankungen) von selber oder auf Befragung meine soeben festgelegte Patientenverfügung widerrufen, so verlange ich, dass durch das Gutachten eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie festgestellt wird, dass ich die notwendige Einsicht für diesen Widerruf **sicher** noch habe. Sollte dies **nicht sicher** sein, so hat es bei meiner in dieser Patientenverfügung niedergelegten Entscheidung zu verbleiben.

....., den

Ort

Datum

.....

Unterschrift

Putz • Sessel • Steldinger
Rechtsanwälte- Kanzlei für Medizinrecht
Quagliostro, 7, 81543 München, Tel.: 089 • 65 2007, FAX: 089- 65 99 89
kaniPi(Wputz-medizinrecht.de • www.putz-~!!_1edizl_nrecht.de
Nachdruck oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt (Dez. 2016)

²⁰⁵ de Ridder 2017, Anhang S. 210

Erklärung zur Organspende²⁰⁶

Ich,

(Name. Vorname. Geburtsname)

.....

(Geburtsdatum. Geburtsort, Anschrift)

habe eine Patientenverfügung erstellt. Ich erkläre zugleich meine Bereitschaft, dass nach meinem Tod Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden dürfen.

Es ist mir bewusst, dass erst nach dem Absterben aller Areale meines Gehirns (Gesamthirntod) Organe und Gewebe entnommen werden dürfen. Es ist mir auch bewusst, dass die Organe bei Entnahme so gesund wie möglich sein sollen. Es ist mir bewusst, dass deshalb mitunter auch schon vor der Feststellung des Gesamthirntodes eine künstliche Beatmung oder eine andere sog. organprotektive Therapie mit der möglichen Folge einer kurzfristigen Lebensverlängerung erforderlich ist. Dies widerspricht nicht dem Sinn meiner Patientenverfügung.

Ich bin in diesem Fall einverstanden, dass mein Leben um Stunden oder wenige Tage künstlich verlängert wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Phase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

.....den.....

(Ort. Datum)

.....

(Unterschrift)

PUTZ · SESSEL · STELDINGER
RECHTSANWÄLTE
KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT

Quagltstraße 7 81543 München Telefon: 089/ 65 20 07 Fax: 089/ 65 99 89

kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

Nachdruck oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt! (Dezember 2016)

²⁰⁶ de Ridder 2017, Anhang S. 211

Modifizierung der Garantenpflicht für den Suizid²⁰⁷

Ein Suizident sollte für seinen betreuenden Arzt/Ärztin unbedingt vor der Selbsttötung anwaltliche Beratung suchen und folgende Erklärung handschriftlich verfasst und unterschrieben abgeben:

Erklärung

Ich,

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

erkläre hiermit Folgendes:

Nach reiflicher Überlegung erkläre ich aufgrund meiner gesamten Lebenseinstellung und aufgrund meiner derzeitigen gesundheitlichen Situation folgendes: ich möchte durch Suizid aus dem Leben scheiden.

Ich möchte dabei von dem Arzt / Ärztin

.....
Name des Arztes / Ärztin

in meiner allerletzten Lebensphase palliativ betreut werden.

Dies bedeutet konkret:

In der Phase zwischen Suizid-Handlung und Eintritt des Todes soll Herr / Frau Dr..... mit allen palliativmedizinischen Maßnahmen den Sterbevorgang einerseits zulassen und andererseits bei Bedarf erleichtern, z.B. Angst, Durstgefühl, Schmerzen oder Erbrechen bekämpfen, verhindern oder lindern.

Keinesfalls darf er / sie den Todeseintritt durch irgendeine Maßnahme, sei es durch eine eigene ärztliche Maßnahme oder sei es durch die Benachrichtigung einer anderen Person, wie z.B. eines Notarztes, verhindern. Insofern wird er/ sie aus der Stellung eines Garanten für mein Leben entlassen.

.....
Ort

Datum

Unterschrift

Putz • Sessel • Steldinger- Rechtsanwälte- Kanzlei für Medizmrrecht

Quagliostr. 7, 81543 München. Tel.: 089- 6~2007, FAX: 089-659989

Nachdruck oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt (Dez. 2016)

²⁰⁷ de Ridder 2017, Anhang S. 215