

Am Start das Ziel im Blick haben

Unterrichtsmaterial

Leben und Sterben gehören zusammen

herausgegeben von

Dr. med. Thomas Sitte und Dr. rer. pol. Anja Stöbener

Zweite überarbeitete und aktualisierte Auflage



Am Start das Ziel im Blick haben

Unterrichtsmaterial

Leben und Sterben gehören zusammen

herausgegeben von

Dr. med. Thomas Sitte und Dr. rer. pol. Anja Stöbener
Zweite überarbeitete und aktualisierte Auflage

Impressum

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Dateien sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

Deutscher PalliativVerlag 2021

Copyright Deutsche PalliativStiftung

Am Bahnhof 2
D - 36037 Fulda
0661 48049 797
Info@palliativstiftung.de

Herausgeber: Dr. med. Thomas Sitte,
Dr. rer. pol. Anja Stöbener

Gestaltung der Erstauflage: Dipl. Des. Julian Staubach
Gestaltung der Zweitaufgabe: Wolf-Marcus Haupt

Verantwortliche Endredaktion: Dr. med. Thomas Sitte

Titelbild: www.shutterstock.com (Image ID 1758294776 ASDF_MEDIA)

Rindt-Druck
gedruckt auf zertifiziertem Recycling-Papier

2. Auflage
ISBN: 978-3-944530-53-6

Im Text wird größtenteils aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit die männliche Form bei der Nennung von Personen und Dingen verwendet. Diese schließt selbstverständlich beiderlei Geschlechter ein.

Wir danken dem Hessischen Sozialministerium für die finanzielle Unterstützung bei der Erstellung.

Geschützte Warenzeichen werden nicht immer als solche kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht immer geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.

Trotz intensiver Bemühungen konnten nicht immer alle Rechteinhaber von Fotos und Zitate sicher ermittelt werden. Der Verlag ist für entsprechende Hinweise dankbar.

Foto: Walter Rammner



Dr. med. Thomas Sitte

Jahrgang 1958

**Facharzt für Anästhesiologie,
Palliativmedizin,
Spezielle Schmerztherapie,
Notfallmedizin,
Sportmedizin, Tauchmedizin**

Sitte verfügt über jahrzehntelange Erfahrung in der Palliativversorgung. Er erhielt für seine Arbeit als Palliativmediziner für Kinder und Erwachsene im ambulanten und stationären Bereich zahlreiche Auszeichnungen, u.a. den Deutschen Schmerzpreis 2011, die Landesauszeichnung „Soziales Bürgerengagement“ 2013 und den Palliative Award 2016. Er war maßgeblich beteiligt am Aufbau der ambulanten Versorgungsstrukturen in Deutschland, den Vertragsverhandlungen zur SAPV und war und ist als Experte eingebunden in diverse politische Prozesse, u.a. zum Hospiz- und PalliativGesetz und die Strafrechtsänderung des § 217 StGB. Sitte hat in nahezu allen Bereichen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gearbeitet. Er hat Menschen jeden Alters palliativ im Sterben begleitet vom Frühgeborenen bis zum über 100jährigen und das sowohl zuhause, in Pflegeeinrichtungen wie auch im Krankenhaus, auf der Palliativstation und im Hospiz. Er arbeitet dazu beratend für den Aufbau der Palliativversorgung und ist ehrenamtlicher Mitbegründer und Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung. **Kontakt:** info@doc-sitte.de

Foto: privat



Dr. rer. pol. Anja Stöbener

Jahrgang 1981

**Diplom-Ökonomin
Diplom-Berufspädagogin
Diplom-Handelslehrerin**

Seit 2010 Studienrätin für Wirtschaft und Verwaltung, sowie evangelische Religion an den Beruflichen Schulen am Gradierwerk, Bad Nauheim.
Freie Mitarbeiterin im Vorstand des ökumenischen Arbeitskreises der Religionslehrerinnen und Religionslehrer evangelischer und katholischer Dekanate in der Wetterau.
Davor wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Kassel, Lehrstuhl „Theorie öffentlicher und privater Unternehmen“. Forschungs- und Lehrtätigkeit im Fachgebiet der Industrieökonomik, insbesondere asymmetrische Information, Prinzipal-Agenten-Beziehungen, adverse Selektion, Opportunismusprobleme, signalling and screening, Analyse spieltheoretischer Ansätze, Kognitionspsychologie.
2008 Promotion zum Dr. rer. pol. zum Thema: „Economic and psychological theories to cope with information asymmetries“.
2006 zusammen mit Prof. Hans G. Nutzinger Gewinnerin der wissenschaftlichen Preisfrage des Forschungsinstitutes für Philosophie Hannover zum Thema „Braucht Werterziehung Religion?“.
Kontakt: Anja.Stoebener@mail.de

Vorwort zur ersten Auflage des Hessischen Ministers für Soziales und Integration a. D., Stefan Grüttner

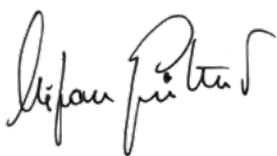
Nichts macht hilfloser, als helfen zu wollen und dies nicht zu können - und nichts hilft mehr gegen diese Hilflosigkeit als das Wissen darum, wo ich Hilfe bekommen kann und wie diese Hilfe aussehen kann.

Professionelle Betreuung und bürgerschaftlich organisierte Angebote, die Angehörige entlasten und die Lebensqualität kranker und sterbender Menschen verbessern können, entstehen dort, wo der Tod und das Sterben nicht ausgegrenzt werden. Dafür ist eine aufgeklärte Gesellschaft zum Thema Leben und Sterben notwendig. Wir brauchen deshalb viele Wege der Aufklärungsarbeit, die an den unterschiedlichen Stellen in unserer Gesellschaft ansetzen.

Eine gute Versorgung am Lebensende braucht eine Haltung, die das Leben und Sterben als Gemeinsamkeit bewertet. Haltungsarbeit ist Bildungsarbeit und braucht Vorbilder für Menschlichkeit. Aus diesem Grund kann das vorliegende Unterrichtsmaterial Lehrenden eine gute Hilfestellung geben, damit das Thema Leben und Sterben dahin rücken kann, wo es hin gehört: in die Mitte unserer Gesellschaft. Das von der Palliativ-Stiftung erarbeitete Unterrichtsmaterial informiert umfassend über das Thema Sterben und Tod und setzt in den Fokus, dass Beides zusammengehört. Eine gute Mischung aus Praxis und Theorie führt Jugendliche und junge Erwachsene sensibel an das Thema heran, damit eine angstfreie Lernatmosphäre und ein breiter Wissenszuwachs entstehen können.

Noch zu wenige Bürgerinnen und Bürger kennen die Möglichkeiten der Leidenslinderung am Lebensende, obwohl sich bereits sehr viel Gutes in der Versorgung und Fürsorge von schwerstkranken und sterbenden Menschen entwickelt hat. Durch die Aufklärung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bietet das vorliegende Unterrichtsmaterial einen weiteren Mosaikstein in der gesellschaftlichen Gesamtentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Das Expertenteam der Deutschen PalliativStiftung hat mit diesem Lehrmaterial echte Pionierarbeit geleistet. Mein Dank gilt denen, die dazu beigetragen haben, ihr Wissen zur Verfügung zu stellen. Ich wünsche allen Lehrenden eine inspirierende Arbeit mit ihren Schülerinnen und Schülern mit dem vorliegenden Material, damit die Diskussionen zum großen Thema „Leben und Sterben“ in die Tiefe gehen können. So rückt das Ziel, in der gesundheitlichen Versorgungsrealität rechtzeitig palliativ zu denken und eine Kultur des Lebens und Sterbens zu etablieren, wieder ein ganzes Stück näher.



Stefan Grüttner

Hessischer Minister für Soziales und Integration a. D.



Vorwort zur zweiten Auflage des Hessischen Ministers für Soziales und Integration, Kai Klose

Liebe Lehrkräfte,

das Expertenteam der Deutschen PalliativStiftung hat mit Unterstützung des Hessischen Ministerium für Soziales und Integration im Jahr 2016 die erste Auflage des Unterrichtsmaterials zur Hospizarbeit und Palliativversorgung veröffentlicht.

Mit diesem Lehrmaterial wurde echte Pionierarbeit geleistet. Mit Blick auf die Diskussionen zum großen Thema „Leben und Sterben“ im schulischen Umfeld hat sich gezeigt, dass die vielfältigen Anregungen der Unterrichtsmaterialien dazu beitragen, dass sich mehr junge Menschen mit dem Thema befassen und eine Auseinandersetzung „mit Tiefgang“ möglich ist.

Nun erscheint vier Jahre danach eine überarbeitete Auflage der Unterrichtsmaterialien. Viel ist in dieser Zeit geschehen. Auch und gerade in hospizlich palliativen Fragen gibt es Neues und die Rahmenbedingungen haben sich teilweise grundlegend geändert.

Am 8. Dezember 2015 ist das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) in Kraft getreten. Es enthält vielfältige Maßnahmen, die die medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgerische Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern und einen flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung fördern. Insbesondere aber auch vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung wird die Auseinandersetzung mit dem Thema „Leben und Sterben“ nochmals wichtiger.

Ich danke deshalb allen, die engagiert dazu beitragen, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass Leben und Sterben eine Einheit bilden und wir Fragen und Themen des Lebensendes nicht an den Rand unseres Lebens verdrängen.



Kai Klose
Hessischer Minister für Soziales und Integration



Vorwort zur ersten Auflage

Liebe Lehrkräfte,

wir freuen uns, Ihnen ein umfangreiches, vielfältiges, informatives, inhaltlich hochwertiges und hoffentlich spannendes Materialpaket zum Themenkomplex Sterben, „Sterbehilfe“, Hospizarbeit und Palliativversorgung anbieten zu können.

Es ist der Deutschen PalliativStiftung und den Autoren ein Anliegen, diese Themen, die häufig noch mit einem Tabu belegt sind, in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken und insbesondere vor dem Hintergrund einer steigenden gesellschaftlichen Befürwortung der aktiven Lebensverkürzung aufzuzeigen, dass durch eine gute Hospizarbeit und Palliativversorgung ein Sterben in Würde ermöglicht werden kann.

Jeder Mensch kann, soll und muss sich letztlich eine eigene Meinung zum Thema „Sterbehilfe“ bilden – unseres Erachtens ist dies jedoch nur dann adäquat möglich, wenn eine angemessene Aufklärung zu Grunde liegt.

Die Materialien können in unterschiedlichen Schulfächern eingesetzt werden. Im Rahmen der Konzeption war es uns wichtig, uns ausdrücklich nicht auf eine bestimmte Schulform oder Jahrgangsstufe zu fokussieren. Wir empfehlen einen Einsatz ab Klasse 9 bis zur Oberstufe.

Der Fokus auf einen möglichst breiten Einsatzrahmen war bei der Konzeption des Materials also Chance und Herausforderung zugleich, immer in dem Wissen, dass es in der Verantwortung der Lehrkraft selbst liegt, kritisch zu sichten, zu prüfen und auszuwählen. Auch hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung geben wir Hinweise, wenn sich unseres Erachtens eine bestimmte Methode oder Sozialform besonders anbietet, wobei wir uns nicht auf eine durchgängige didaktische Konzeption festgelegt haben.

Wir verstehen unsere Unterlagen ausdrücklich als Angebot, welches Sie in der Umsetzung und Gestaltung eines hoch emotionalen, kontroversen und sicherlich nicht leicht zu unterrichtenden Themenkomplexes ganz konkret unterstützen soll – durch Bilder, Sachtexte, Lückentexte, Erfahrungsberichte, Interviews, Meinungen und Standpunkte, Rätsel, Spiele u. a. m. Mit Hilfe des Materialpaketes und Ihren eigenen Anpassungen und Ergänzungen an Ihre jeweilige Lerngruppe lässt sich damit von einer Projektwoche über eine Unterrichtsreihe bis hin zur einzelnen Vertretungsstunde in vielfältiger Weise Unterricht gestalten und Aufklärung betreiben.

In jeglicher Hinsicht ist klar, dass Sie selbst die besten Experten für Ihre Lerngruppe und Ihren Unterricht sind und von daher selbst entscheiden, welches Material Sie –

verändert oder unverändert – einsetzen wollen, an welchen Stellen Sie Dinge verändern, vereinfachen, mit Zusatzklärungen versehen oder im Niveau noch anspruchsvoller gestalten und ergänzen wollen.

Hierbei verstehen wir unser Angebot als etwas sehr dynamisches und werden uns bemühen, die Unterlagen auf dem aktuellen Stand zu halten, sie immer wieder kritisch zu prüfen, zu erweitern und damit kontinuierlich zu verbessern.

Wir freuen uns, wenn wir Sie dabei unterstützen können, mit Ihren Schülerinnen und Schülern über ein solch wichtiges Thema ins Gespräch zu kommen und möchten unser Vorwort mit folgenden Gedanken schließen:

Das Sprechen über Sterben, Tod und Trauer ist sowohl für Unterrichtende als auch für Lernende eine besondere Herausforderung, da es Personen gibt, die bereits tief greifende, teilweise vielleicht sogar traumatische Erfahrungen mit diesen existenziellen Situationen des Lebens gemacht haben. Als Lehrkraft gilt es, hier ein besonderes Fingerspitzengefühl zu haben und diesbezügliche Äußerungen und Auffälligkeiten unbedingt wahr und ernst zu nehmen. Unterricht kann, darf und soll herausfordernd sein – er sollte jedoch nie die Grenzen dessen überschreiten, was ein junger Mensch zu Tragen und zu Bewältigen in der Lage ist. Auch als gut ausgebildete und erfahrene pädagogische Fachkraft sieht man sich vor besondere Herausforderungen gestellt, wenn man einer Vielzahl von Individuen mit unterschiedlichen Lebensgeschichten, als Klassenverband zusammengefasst, gerecht werden will und der Grat zwischen angemessener „Heraus-“ und kontraproduktiver „Über-“forderung ist mitunter sehr schmal. Dennoch sind wir fest davon überzeugt, dass ein konstruktives, Ängste aufgreifendes und Chancen und Lösungen eröffnendes Gespräch über Sterben, Tod und Trauer gelingen kann und einen wichtigen Beitrag zur Förderung von Lebensbewältigungskompetenz darstellt.

In diesem Sinne würden wir uns sehr über Ihre Rückmeldungen, Ihre Erfahrungen im Unterricht und Ihre konstruktive Kritik unter unterricht@palliativstiftung.de freuen.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen



Dr. med. Thomas Sitte



Dr. rer. pol. Anja Stöbener

Vorwort zur zweiten Auflage

Liebe Lehrkräfte,

wir freuen uns sehr, dass uns mit der ersten Auflage des Unterrichtsmaterials Anfang 2017 eine Veröffentlichung gelungen ist, die sich großer Beliebtheit erfreut und sowohl in der Print- als auch in der Onlineversion sehr gut angenommen wird.

Neben den vielen positiven Rückmeldungen aus der Praxis haben wir uns besonders über die Wertschätzung gefreut, die unsere Publikation zusammen mit den „Sarggeschichten“ durch den Gewinn des mit 2.000 Euro dotierten Hessischen Gesundheitspreises – Kategorie Sonderpreis – im November 2017 erfahren hat. Dass wir diesen Preis als Zeichen der Anerkennung unserer Aufklärungsarbeit entgegen nehmen durften, hat uns ermutigt und in unserem Vorhaben bestärkt.

Neben dem Einsatz an Schulen wird der Lehrerordner auch von Hospizinitiativen, Pflegeeinrichtungen und Kirchengemeinden nachgefragt. Der Wirkungskreis ist somit wie erhofft sehr breit und wir hoffen, dass noch mehr Personen und Institutionen zukünftig von diesem Angebot Gebrauch machen werden.

Wenn es um Aufklärung zu den Themen Sterben und Tod geht, geraten Jugendliche und junge Erwachsene nach wie vor noch zu leicht aus dem Fokus – sind sie doch vermeintlich noch weit davon entfernt, selbst Betroffene zu sein.

Die vielfältigen, oft sehr tiefgründigen und reflektierten Gespräche mit Angehörigen dieser Altersgruppe zeichnen hingegen das gegensätzliche Bild eines großen Interesses und einer ernsthaften Auseinandersetzung in Fragen der eigenen Endlichkeit.

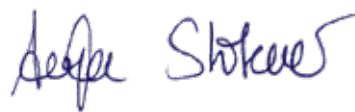
In diesem Sinne hoffen wir, Sie als Verwenderinnen und Verwender des Materials auch mit der zweiten überarbeiteten und aktualisierten Auflage optimal in Ihrer Tätigkeit unterstützen zu können und freuen uns nach wie vor über Ihre konstruktiven Anmerkungen und Rückmeldungen.

Fulda, im November 2020

Die Autoren



Dr. med. Thomas Sitte



Dr. rer. pol. Anja Stöbener

„Sarggeschichten“



Sarggeschichten

Wir drehen Filme um Euch Fragen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer zu beantworten.

Liebe Unterrichtende,

wir möchten Sie gerne auf das multimedia-Angebot von www.sarggeschichten.de hinweisen.

In kurzen Filmen für Kinder, Jugendliche und Erwachsenen geht es um Themen und Fragen rund um Sterben, Tod und Trauer:

- als Impulse und Bildungsangebote für Kitas, Schulen, Jugendclubs, Seniorengruppen und wer immer sonst noch Interesse hat
- als Gedankenanstöße für Zwischendurch und
- als Einstieg für eine systematische Beschäftigung mit dem Thema Abschied und Sterblichkeit.

(Quelle: www.sarggeschichten.de)

Die Filme sind sehr gut für den Einsatz im Unterricht geeignet und finden sich auf der Homepage von www.sarggeschichten.de, auf www.youtube.com.

Viel Erfolg beim kreativen Einsatz dieser Medien und geben Sie uns gerne eine Rückmeldung unter

post@sarggeschichten.de und/oder
unterricht@palliativstiftung.de

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Einstieg in den Unterricht

1.1	Anmerkungen zum Unterrichtseinstieg – didaktische Kurzkommentare	S.1
1.2	Story Cubes	S.3
1.3	Bilder	S.4
1.4	Mindmap	S.9
1.5	Blitzlicht im Sitzen (eine oder mehrere Runden)	S.10
1.6	Blitzlicht mit Bewegung und Ball (eine oder mehrere Runden)	S.11
1.7	Blitzlicht im Stehen mit Knüpfen von Assoziationsnetz (Wolle)	S.12
1.8	Zitate	S.13
1.9	Meinungsbild als Meinungsbarometer	S.24
1.10	Meinungsbild als Umfrage	S.30
1.11	Buchstaben-Verbindungen	S.32
1.12	Pflastermalerei	S.33

Kapitel 2: Texte „Krankheit - Leben - Sterben - Tod“

2.1	Anmerkungen zu den Texten „Krankheit-Leben-Sterben-Tod“ – didaktische Kurzkommentare	S.1
2.2	Diagnose Krebs. Ist jetzt alles vorbei?! – Interview mit Michael Münzmaier	S.2
2.3	Leben mit spinaler Muskelatrophie – Interview mit Marcel Szkucik	S.7
2.4	Sterben und Tod	S.9
2.4.1	Aufgaben zur Bearbeitung des Textes	S.11
2.4.2	Sterben und Tod: Lückentext	S.12
2.4.3	Begriffe für die Lücken (durchmischt)	S.16
2.4.4	Sterben und Tod: Lösungshinweise zum Lückentext	S.17
2.5	Vom Niedergang einer Kultur – von Norbert Blüm	S.20

Kapitel 3: Zuordnung der Begriffe

3.1	Anmerkungen zu den Texten „Sterbehilfe“ – didaktische Kurzkommentare	S.1
3.2	Was ist „Sterbehilfe“?	S.2
3.2.1	Was ist „Sterbehilfe“? (Lösungshinweise)	S.4
3.3	Tötung auf Verlangen – die Rechtslage	S.6
3.3.1	Tötung auf Verlangen – die Rechtslage (Lösungshinweise)	S.8
3.3.2	Tötung auf Verlangen – PRO und CONTRA (Lösungshinweise)	S.10
3.3.3	Auswertung der PRO/CONTRA – Argumente	S.12
3.4	Austausch im Kugellager	S.14
3.5	Debatte in den Niederlanden	S.15
3.5.1	Debatte in den Niederlanden (Lösungshinweise)	S.16
3.6	Tötung auf Verlangen bei Minderjährigen	S.19
3.6.1	Tötung auf Verlangen bei Minderjährigen (Lösungshinweise)	S.21
3.7	Rechtslage der Maßnahmen am Lebensende in Europa – Übersicht	S.23
3.7.1	Rechtslage der Maßnahmen am Lebensende in Europa – Übersicht (Lösungshinweise)	S.24
3.7.2	Rechtslage der Maßnahmen am Lebensende in Europa – Europakarte	S.25
3.8	„Sterbehilfe“: Unterschiedliche religiöse Standpunkte	S.26
3.8.1	„Sterbehilfe“: Unterschiedliche religiöse Standpunkte (Lösungshinweise)	S.28
3.9	Glossar	S.30

Kapitel 4: Hospizarbeit und Palliativversorgung

4.1	Anmerkungen zu den Texten Hospizarbeit und Palliativversorgung – didaktische Kurzkommentare	S.1
4.2	Interview: „Niemand muss verrecken!“	S.2
4.2.1	Arbeitsvorlage Schnipseljagd zum Interview „Niemand muss verrecken!“	S.6
4.3	Palliativversorgung	S.8
4.3.1	Palliativversorgung (Lösungshinweise)	S.16
4.4	Palliative Care around the world – The PAL-LIFE Project	S.17
4.4.1	Palliative Care: What exactly is palliative therapy?	S.19

4.4.2	Soins palliatifs: Qu'est-ce que la thérapie palliative en réalité?	S.21
4.5	Before I die I want to	S.23
4.6	Lückenalternativtext „Hospizbewegung“	S.24
4.6.1	Lückenalternativen zum Text „Hospizbewegung“	S.29
4.6.2	Lösung zum Lückenalternativtext	S.30
4.7	Zu Besuch im Hospiz – Ein Erfahrungsbericht	S.33
4.8	Streitgespräch: „Die Sicht der Dinge...“ E. Baezner, T. Sitte	S.36

Kapitel 5: Statements von Personen, die sich auf unterschiedlichen Ebenen mit Palliativversorgung und Hospizarbeit befassen

5.1	Anmerkungen zu den Statements – didaktische Kurzkommentare	S.1
5.2	Statement Dr. med. Thomas Sitte	S.2
5.3	Statement Holle Redpath	S.3
5.4	Statement Prof. Dr. Lukas Radbruch	S.5
5.5	Statement Dr. Jorge Riera	S.7
5.6	Statement Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (SPD, MdB)	S.9
5.7	Statement Gisela Theis	S.11
5.8	Statement Christina Plath	S.13
5.9	Statement Dr. Sabine Schraut	S.15
5.10	Statement Sabine Becker	S.17
5.11	Statement Christel Deubel	S.19
5.12	Statement Tina Ohl	S.21
5.13	Statement Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz	S.23
5.14	Statement Sarah Benz	S.26
5.15	Statement Elke Hohmann	S.28
5.16	Statement Nikolaus Schneider	S.30

Kapitel 6: Patientenverfügung

6.1	Anmerkungen zu den Texten „Patientenverfügung“ – didaktische Kurzkommentare	S.1
6.2	Ausgangssituation	S.2
6.3	Ausgangssituation (Lösungshinweise)	S.4
6.4	Meine Patientenverfügung	S.7

Kapitel 7: Suizid

7.1	Idee für eine Unterrichtseinheit zum Thema „Suizid“	S.1
7.2	Anlage 1: Aufgabenstellungen	S.5
7.3	Anlage 2: Motto	S.7
7.4	Anlage 3: Pocket-Mutmacher	S.8

Kapitel 8: „Das Beste kommt zum Schluss!“

8.1	Anmerkungen zu den Texten „Das Beste kommt zum Schluss!“ – didaktische Kurzkommentare	S.1
8.2	Begriffszuordnung	S.2
8.3	Begriffszuordnung (Lösungshinweise)	S.5
8.4	Das PalliaMemory	S.8
8.5	Das Pallia-Wörterrätsel	S.12
8.6	Das Pallia-Wörterrätsel (Lösungshinweise)	S.13
8.7	Multiple Choice Weltreise	S.14
8.8	Multiple Choice Weltreise (Lösungshinweise)	S.17
8.9	Palliativ-Profi-Test	S.20
8.10	Palliativ-Profi-Test (Lösungshinweise)	S.23
8.11	HelpCard	S.25
8.12	FAQ's zum Thema „Sterben und Tod“	S.26
8.13	Lyrik-Werkstatt: Jedes Wort zählt!	S.30
8.14	Die Deutsche PalliativStiftung	S.32
8.15	Hilfreiche Kontaktadressen	S.45

Die Deutsche PalliativStiftung bedankt sich von ganzem Herzen bei den vielen Helfern und Unterstützern, damit ein solches Projekt so zügig umgesetzt werden konnte. Dies ist natürlich allen voran das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, insbesondere Elke Kiltz und die Menschen aus der Versorgungspraxis, Betroffene, Experten die mit eigenen Texten und Antworten mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben.

Sabine Becker, Friedberg/Hessen

Sarah Benz, Berlin

Christel Deubel, Friedberg/Hessen

Sebastian Gröbe, Kassel

Elke Hohmann, Fulda

Prof. Dr. Karl Lauterbach, Berlin

Michael Münzmaier, Friedberg/Hessen

Tina Ohl, Friedberg/Hessen

Christina Plath, Göttingen

Katherine Pettus, Houston

Prof. Dr. Lukas Radbruch, Bonn

Holle Redpath, Fulda

Dr. Jorge Riera, Marburg

Gerhard Röhrig, Wölfersheim

Nikolaus Schneider, Berlin

Dr. Sabine Schraut, Niedernhausen

Prof. Dr. Carsten Schütz, Fulda

Marcel Szkucik, Borken

Gisela Theis, Bad Nauheim

Kapitel 1

Einstieg in den Unterricht

1.1 Anmerkungen zum Unterrichtseinstieg – didaktische Kurzkommentare

Story Cubes	Eignet sich für Gruppen bis zu vier Personen, verfolgt einen assoziativen Ansatz: Das jeweilige Symbol auf dem Würfel mit dem Thema „Sterben und Tod“ in Verbindung bringen.
Bildbetrachtung	Im Klassenverband mit Whiteboard oder OHP. Unterschiedliche Darstellungen thematisieren, Aussagen und Details erkennen.
Mindmap	Entwerfen einer Gedankenlandkarte, auf die im späteren Verlauf der Einheit immer wieder zurück gegriffen werden kann. Gestalterische Elemente ausdrücklich erwünscht! Alleine oder in Partnerarbeit.
Blitzlicht im Sitzen	Eignet sich bei knappem Zeitbudget, ein bis drei Runden sind möglich.
Blitzlicht mit Bewegung und Ball bzw. Wolle	Wie Blitzlicht im Sitzen, aber ergänzt um das Element der Bewegung bzw. des Assoziationsnetzes und Betonung des Gemeinschaftlichen. Daher auch gut geeignet in „unruhigen“ Klassen um a) Bewegungsdrang abzubauen (Ball) oder b) Konzentration aufzubauen (Netz)
Zitate	Können an unterschiedlichen Stellen im Klassenraum ausgelegt werden, SuS stellen sich zu dem Zitat, das sie am meisten anspricht. Option, einen eigenen Spruch einzubringen mit der „ICH“ - Gedankenwolke. Ins Gespräch kommen, weshalb genau dieser Spruch gewählt wurde.
Meinungsbild als Meinungsbarometer	Zeigt als Meinungsbarometer Einstellungen und Haltungen zum Thema auf. Einzelne Fragen können im Ermessen der Lehrkraft hinzugefügt oder weggelassen werden. SuS positionieren sich gemäß ihres Denkens, kommen über unterschiedliche Ansichten ins Gespräch.
Meinungsbild als Umfrage	s. o., als Einzelarbeit mit Möglichkeit der Auswertung i. S. einer Klassenumfrage. Ergebnisse können dann gedankenleitend für weitere inhaltliche Entscheidungen und Diskussionsschwerpunkte genommen werden.
Buchstaben-Verbindungen	Ähnlich dem Mindmap, allerdings sind hier durch die Anfangsbuchstaben bereits Vorgaben vorhanden. Lässt sich ohne viel Aufwand unkompliziert einsetzen.

Pflastermalerei	Unkonventionelle Möglichkeit, Gedanken zum Thema kreativ zum Ausdruck zu bringen bspw. mit Kreide. Fläche muss vorhanden sein, Aufsichtspflicht und Wettergegebenheiten beachten! Schafft zudem Öffentlichkeit!
Allgemein	Die unterschiedlichen Varianten des Einstiegs können grundsätzlich in unterschiedlicher Weise miteinander kombiniert werden. Auf ein Blitzlicht kann z. B. eine Bildbeschreibung und ein Meinungsbarometer folgen.

1.2 Story Cubes



1.3 Bilder



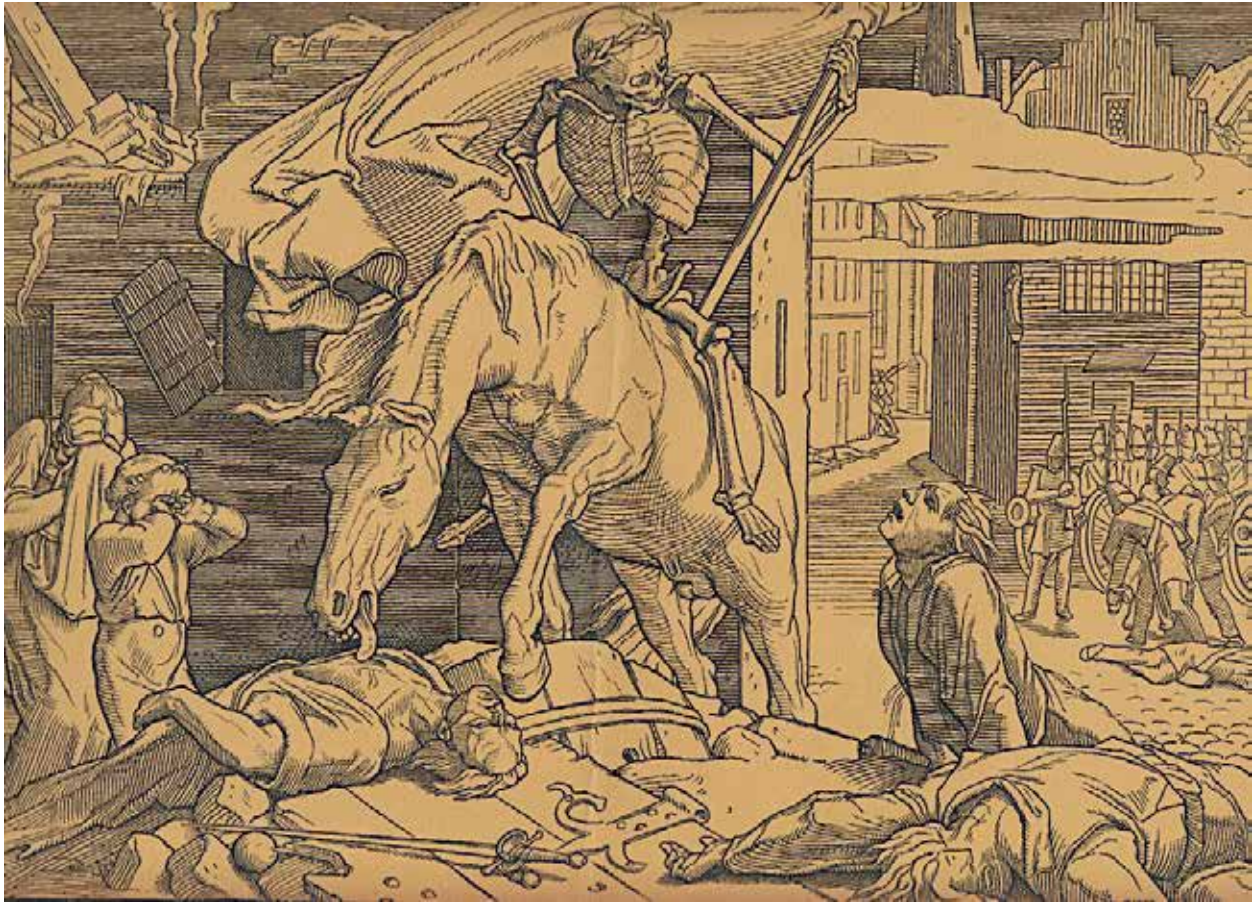
https://de.wikipedia.org/wiki/Nahtoderfahrung#/media/File:Ascent_of_the_Blessed.jpg

Hieronymus Bosch: „Aufstieg in das himmlische Paradies“



https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/65/Alfred_Rethel_Der_Tod_als_Freund.jpg

„Der Tod als Freund“, Alfred Rethel 1851



https://de.wikipedia.org/wiki/Alfred_Rethel#/media/File:Alfred_Rethel_Totentanz_Blatt_6.jpg

„Auch ein Totentanz“, Alfred Rethel 1849

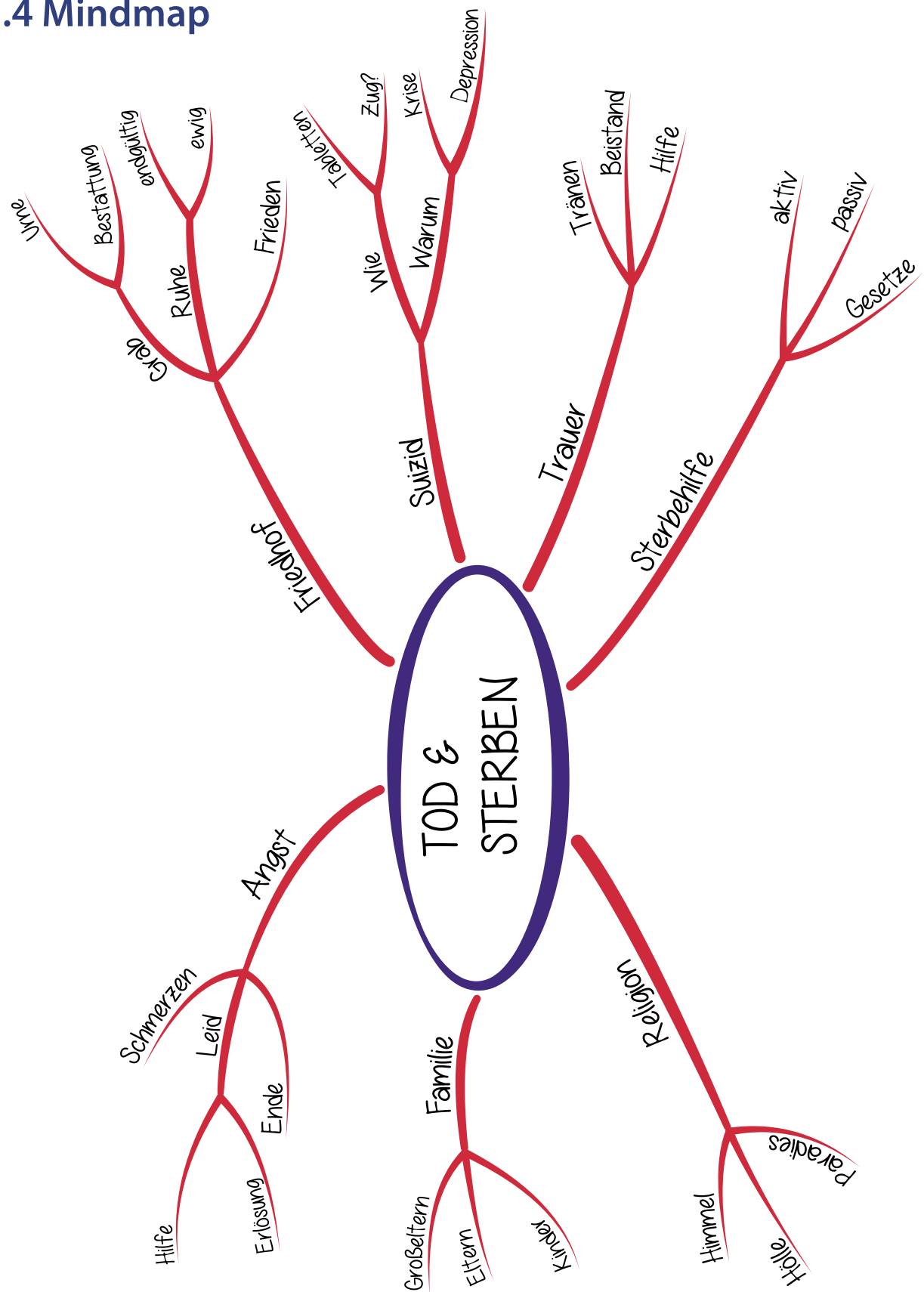
Kundenservice ...



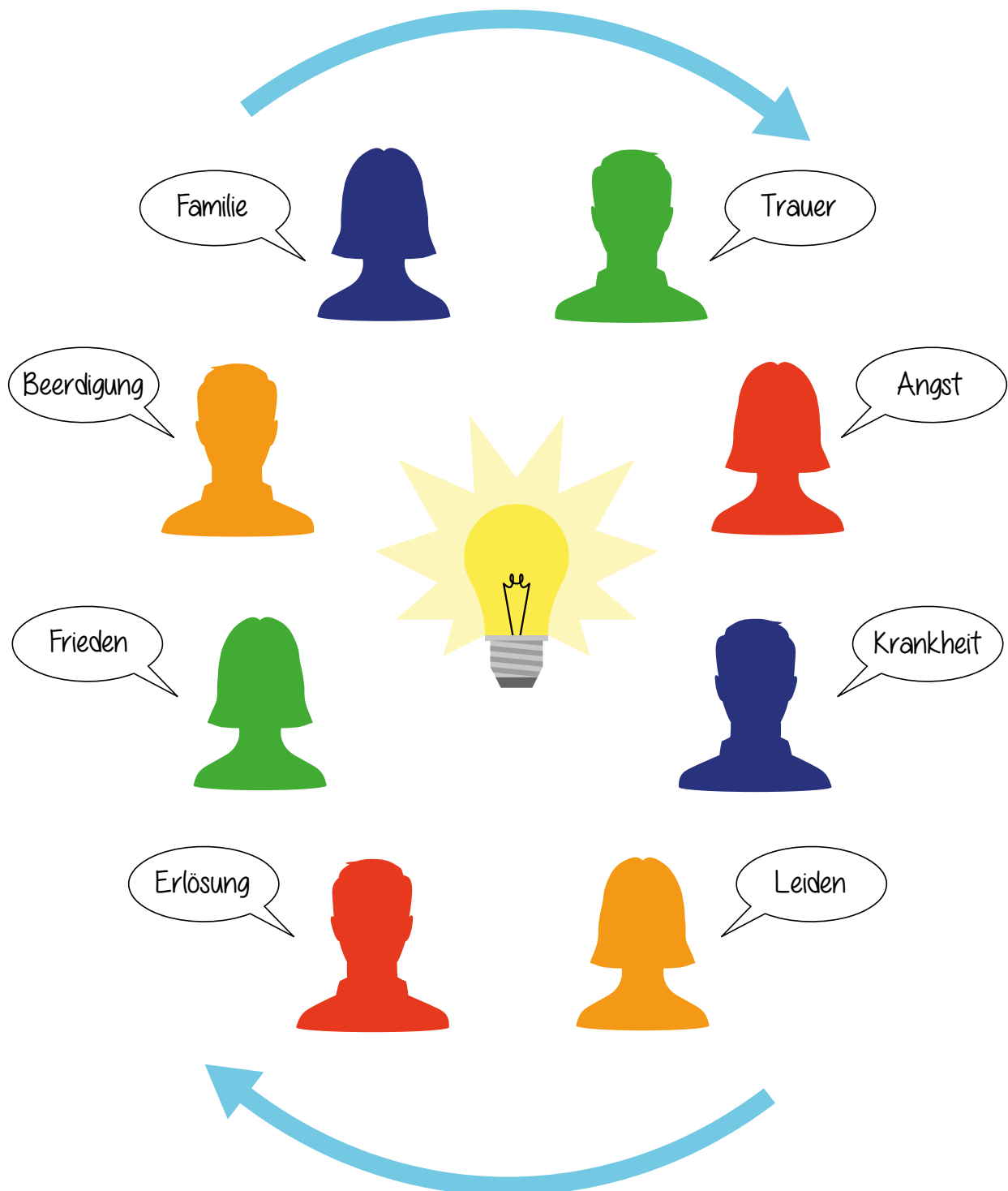


www.palliativkalender.de

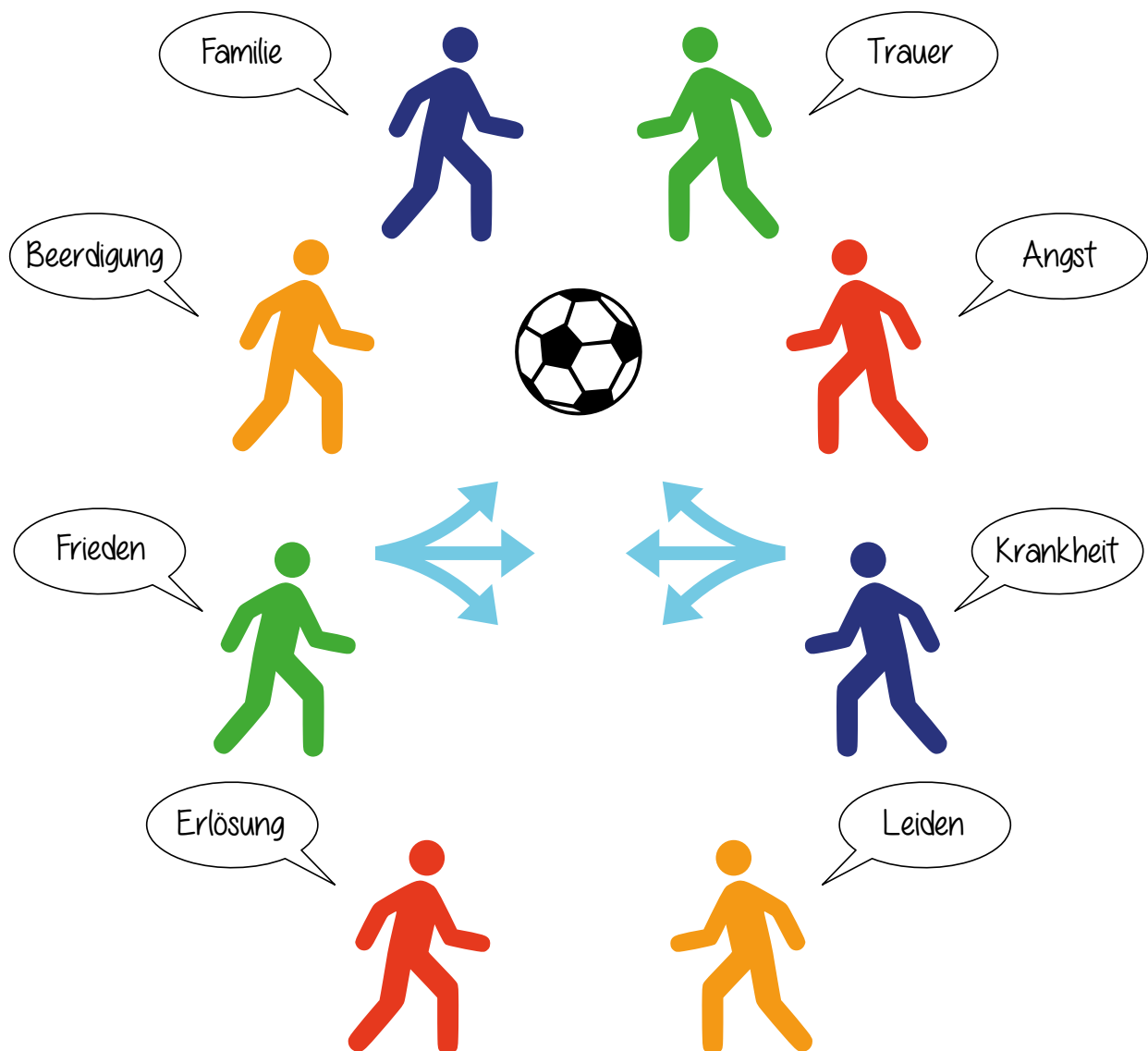
1.4 Mindmap



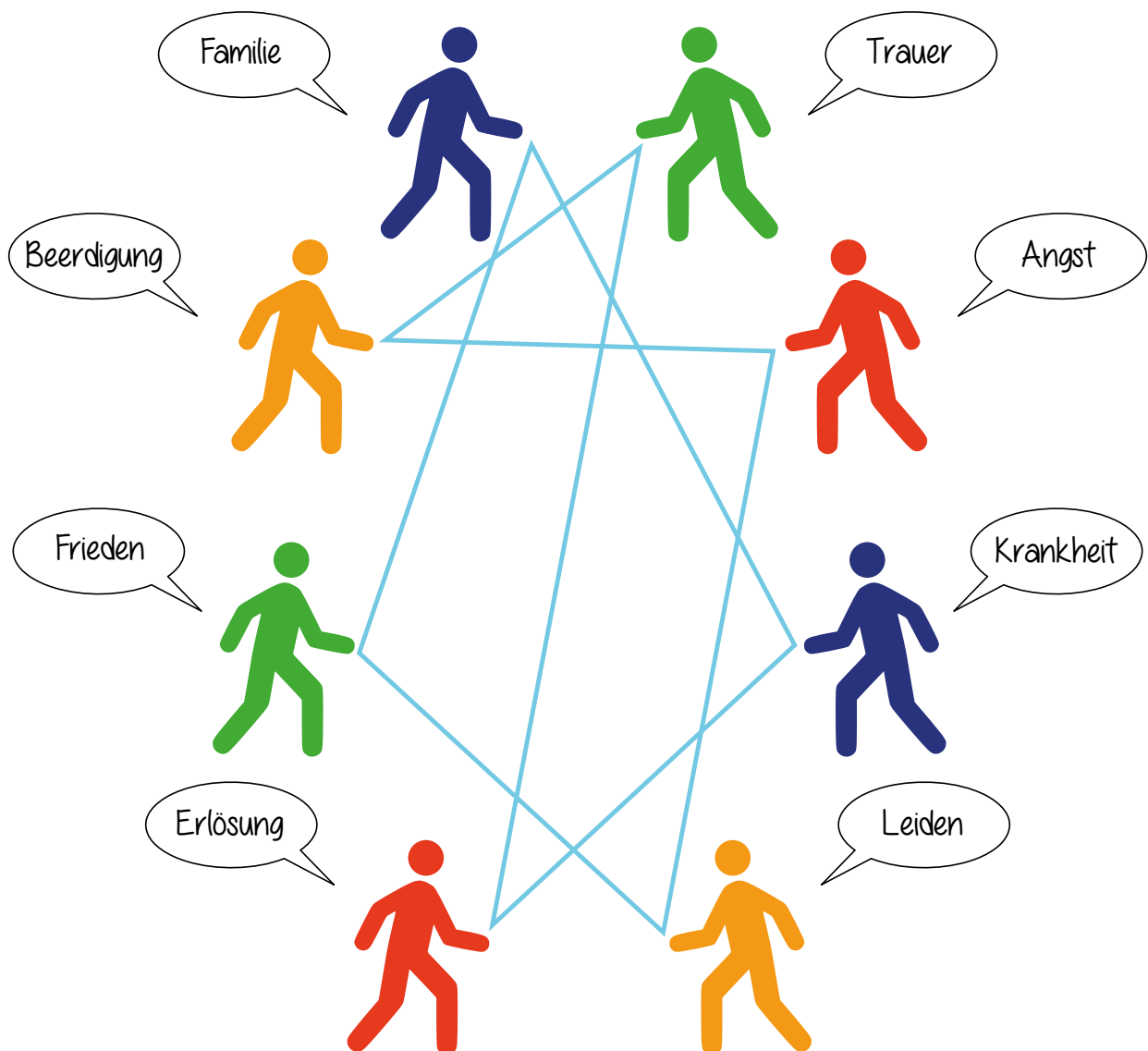
1.5 Blitzlicht im Sitzen (eine oder mehrere Runden)



1.6 Blitzlicht mit Bewegung und Ball (eine oder mehrere Runden)



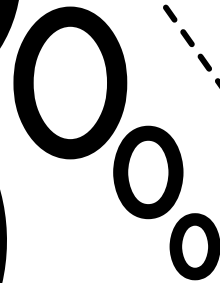
1.7 Blitzlicht im Stehen mit Knüpfen von Assoziationsnetz (Wolle)



1.8 Zitate

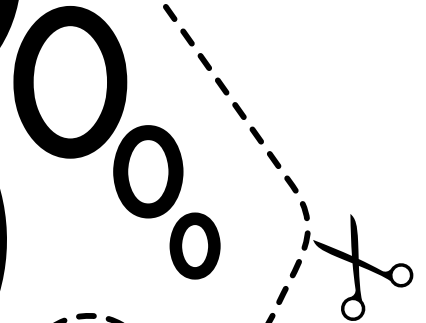
Jener letzte Tag,
vor dem Du zurück schreckst,
ist der Geburtstag
der Ewigkeit.

Seneca



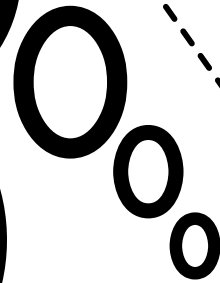
Unter jedem
Grabstein liegt eine
Weltgeschichte.

H. Heine



Nichts ist
gewisser als der Tod,
nichts ungewisser
als seine Stunde.

Anselm v. Canterbury



Der Tod lächelt uns
alle an. Das Einzige,
was man machen kann,
ist zurücklächeln.

Marcus Aurelius

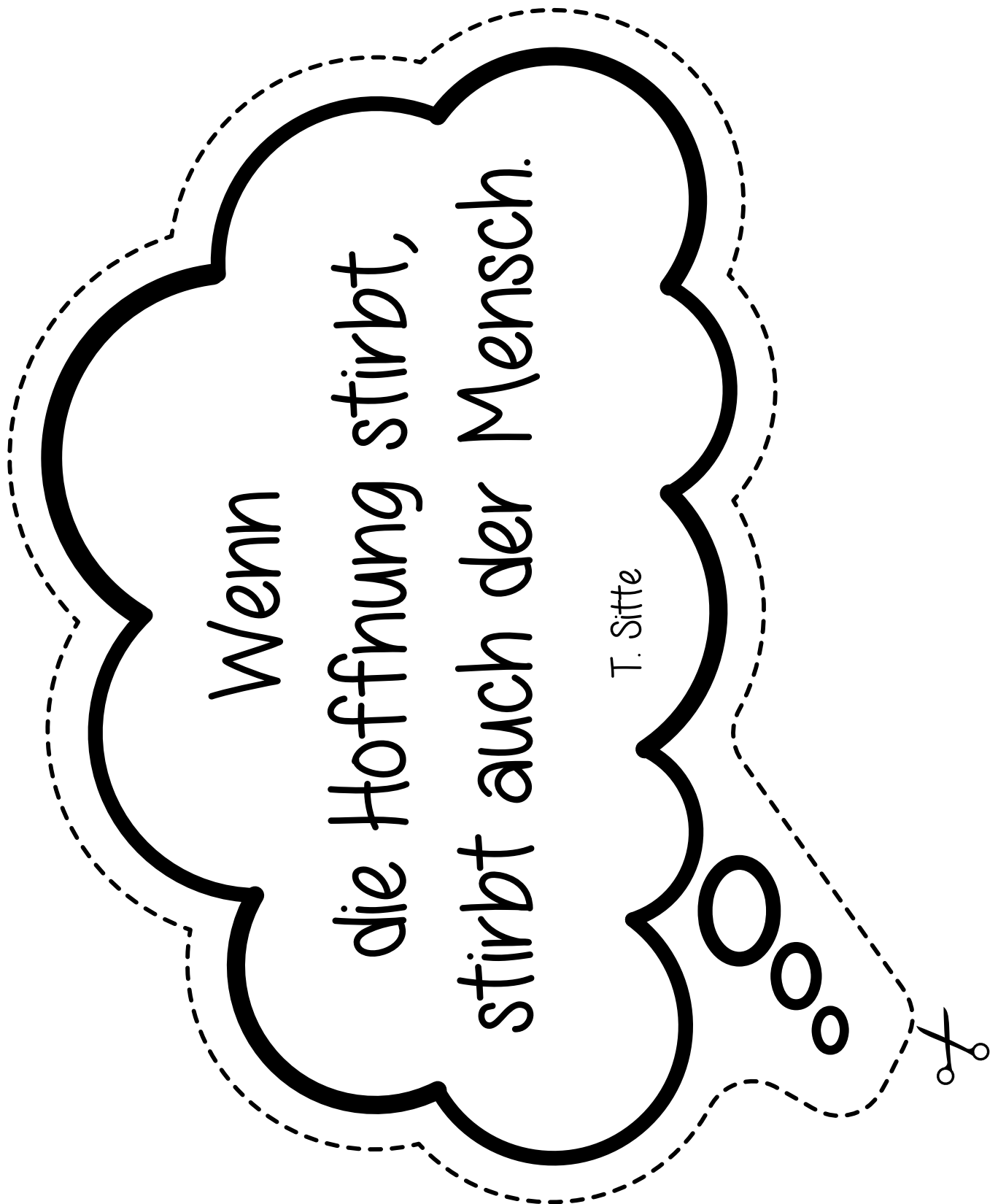
Die Erinnerung ist
das einzige Paradies,
aus dem wir nicht vertrieben
werden können.

Jean Paul

Wäre der Tod nicht,
würde keiner
das Leben schätzen.

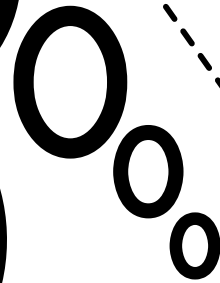
J. Boßhart





Nicht der Tod,
sondern das Sterben
beunruhigt mich.

Montaigne

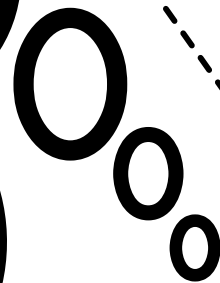


Ein jegliches
hat seine Zeit.

Leben hat seine Zeit.

Sterben hat seine Zeit.

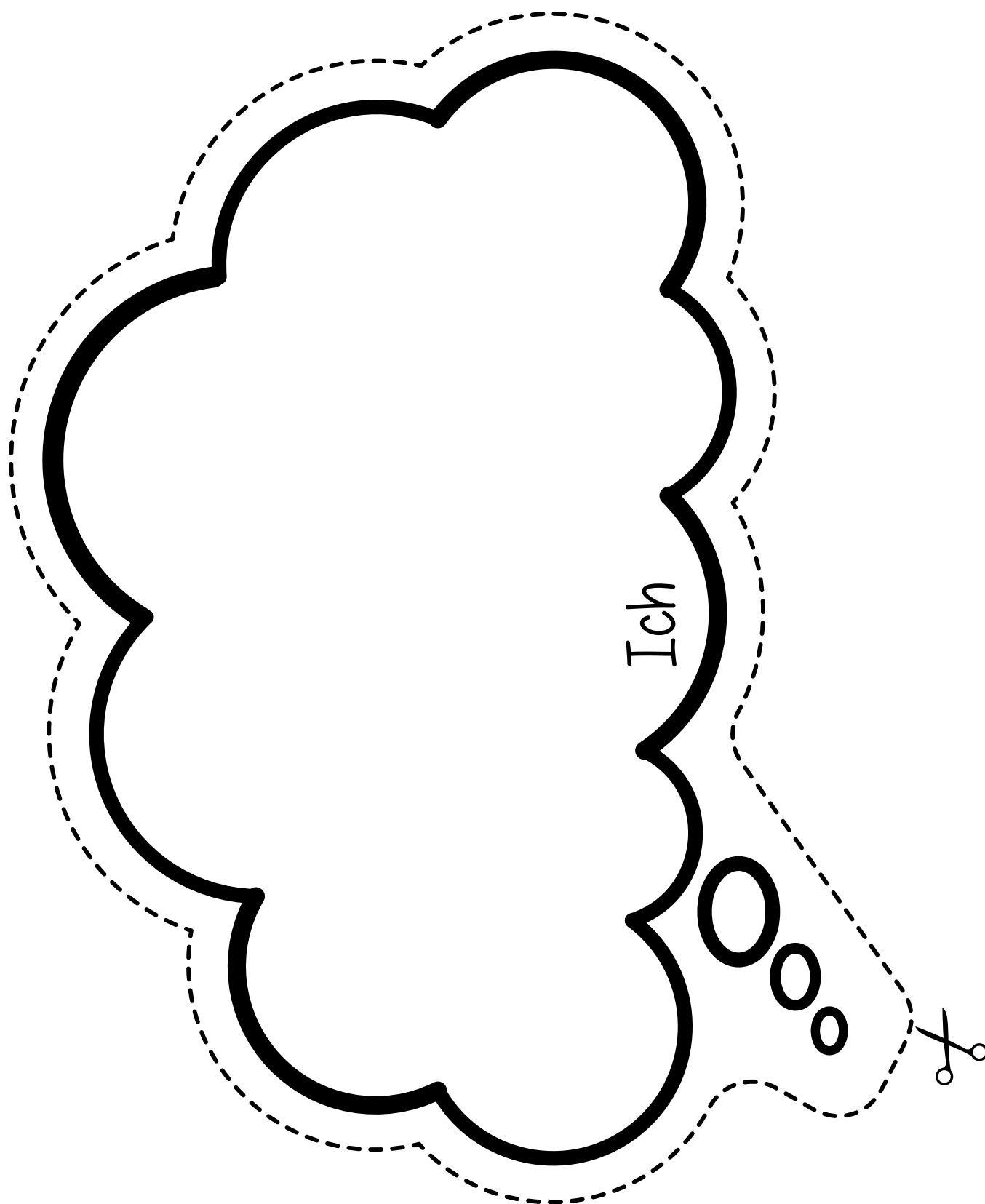
Prediger Kap. I



Gott spricht:

Fürchte dich nicht, denn ich
habe dich erlöst; ich habe
dich bei deinem Namen gerufen,
du bist mein.

Jesaja 43,1



1.9 Meinungsbild als Meinungsbarometer

Nr.	Frage
1	Es ist mir unangenehm, über das Thema „Sterben und Tod“ nachzudenken.
2	Bei mir in Familie und Freundeskreis wird offen über das Thema gesprochen.
3	Ich hatte in den letzten fünf Jahren persönlich mit diesem Thema zu tun (z. B. Tod eines Angehörigen).
4	Ich habe Angst vor meinem eigenen Tod.
5	Ich habe Angst vor meinem eigenen Sterben.
6	Aktive Sterbehilfe bedeutet, dass das Leben eines schwer kranken Menschen bewusst durch andere beendet wird, z. B. verabreicht jemand zum Töten Medikamente. Findest Du, aktive Sterbehilfe sollte in Deutschland erlaubt werden?
7	Beihilfe zur Selbsttötung bedeutet, man unterstützt einen erwachsenen, zurechnungsfähigen Menschen dabei, sich selbst das Leben zu nehmen, z. B. indem man ihm Medikamente verschafft und bereitstellt, die er dann einnimmt. Findest Du, diese Beihilfe zur Selbsttötung sollte in Deutschland erlaubt bleiben?
8	Stell Dir vor, Dein/e Lebenspartner/in, Deine Eltern bzw. Dein/e beste/r Freund/in wäre schwer erkrankt, wollte sterben und bittet Dich um Unterstützung bei der Selbsttötung. Du solltest z. B. das entsprechende Medikament zur Selbsttötung beschaffen und trinkfertig (z. B. Glas mit Strohhalm) bereitstellen. Würdest Du diese Bitte erfüllen?
9	Weißt Du, was mit dem Begriff „Palliativmedizin“ gemeint ist?
10	Weißt Du, was ein „Hospiz“ ist?
Fragen mit religiösem/weltanschaulichem Bezug	
11	Ich glaube an ein Leben nach dem Tod.
12	Ich glaube, dass ich nach meinem Tod bei Gott sein werde (Christentum/Islam/z. T. Judentum).
13	Mir ist wichtig, dass ich in meinen Nachkommen (Kindern, Enkeln) weiterleben werde (Judentum).
14	Ich glaube an eine Wiedergeburt (Buddhismus/Hinduismus).

TRIFFT VOLL UND

TRIEFER UND

TRIEF THE UND

TRIFFT NICHT UND

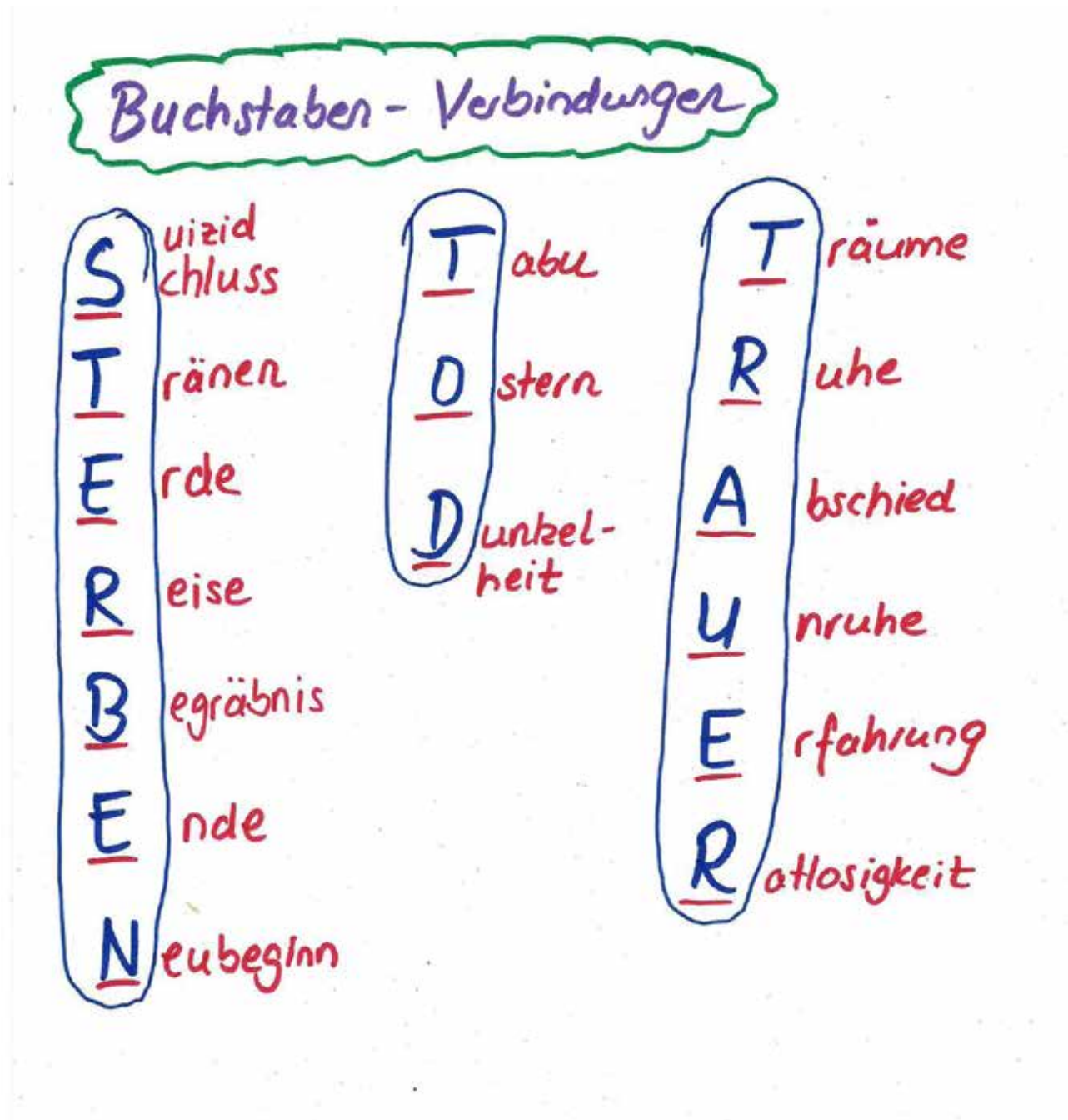
**KEIN
ANGEBOT**

1.10 Meinungsbild als Umfrage

Nr.	Frage	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	keine Angabe
1	Es ist mir unangenehm, über das Thema „Sterben und Tod“ nachzudenken.					
2	Bei mir in Familie und Freundeskreis wird offen über das Thema gesprochen.					
3	Ich hatte in den letzten fünf Jahren persönlich mit diesem Thema zu tun (z. B. Tod eines Angehörigen).					
4	Ich habe Angst vor meinem eigenen Tod.					
5	Ich habe Angst vor meinem eigenen Sterben.					
6	Aktive Sterbehilfe bedeutet, dass das Leben eines schwer kranken Menschen bewusst durch andere beendet wird, z. B. verabreicht jemand zum Töten Medikamente. Findest Du, aktive Sterbehilfe sollte in Deutschland erlaubt werden?					
7	Beihilfe zur Selbsttötung bedeutet, man unterstützt einen erwachsenen, zurechnungsfähigen Menschen dabei, sich selbst das Leben zu nehmen, z. B. indem man ihm Medikamente verschafft und bereitstellt, die er dann einnimmt. Findest Du, diese Beihilfe zur Selbsttötung sollte in Deutschland erlaubt bleiben?					

Nr.	Frage	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	keine Angabe
8	Stell Dir vor, Dein/e Lebenspartner/in, Deine Eltern bzw. Dein/e beste/r Freund/in wäre schwer erkrankt, wollte sterben und bittet Dich um Unterstützung bei der Selbsttötung. Du solltest z. B. das entsprechende Medikament zur Selbsttötung beschaffen und trinkfertig (z. B. Glas mit Strohhalm) bereitstellen. Würdest Du diese Bitte erfüllen?					
9	Weißt Du, was mit dem Begriff „Palliativmedizin“ gemeint ist?					
10	Weißt Du, was ein „Hospiz“ ist?					
Fragen mit religiösem/weltanschaulichem Bezug						
11	Ich glaube an ein Leben nach dem Tod.					
12	Ich glaube, dass ich nach meinem Tod bei Gott sein werde (Christentum/Islam/z. T. Judentum).					
13	Mir ist wichtig, dass ich in meinen Nachkommen (Kindern, Enkeln) weiterleben werde (Judentum).					
14	Ich glaube an eine Wiedergeburt (Buddhismus/Hinduismus).					

1.11 Buchstaben-Verbindungen



1.12 Pflastermalerei



https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/68/Straßenmaler_Fußgängerzone_Stuttgart.JPG

Kapitel 2

Texte: Krankheit - Leben - Sterben - Tod

2.1 Anmerkungen zu den Texten „Krankheit-Leben-Sterben-Tod“ – didaktische Kurzkommentare

Diagnose Krebs - Interview	Soll aufzeigen, dass eine solche Diagnose nicht nur ältere, sondern auch jüngere Menschen treffen und das Leben nachhaltig beeinflussen kann. An Hand der biographischen Schilderungen wird deutlich, dass der Kampf gegen die Krankheit mühsam und beschwerlich ist, es sich aber lohnt, einen „Plan B“ zu haben und doch für eine Heilung zu kämpfen. Ein weiteres Interview beschreibt das Leben eines jungen Mannes mit spinaler Muskelatrophie.
Text „Sterben und Tod“	Gibt einen Überblick über die Präterminal/Terminal/Finalphase und erste Einblicke in die Rolle der SAPV. Kann als Text mit Aufgabenstellungen und/oder als Lückentext eingesetzt werden.
Text „Vom Niedergang einer Kultur“ (N. Blüm)	Zeigt beispielhaft auf, dass Sterben und Tod aus der heutigen Gesellschaft weitgehend verdrängt und in Krankenhäuser „ausgelagert“ werden. Bietet vielfältige Anhaltspunkte, um mit SuS über die gesellschaftliche Situation ins Gespräch zu kommen und eigene Einstellungen und Denkmuster zu hinterfragen.
Allgemein	Die Texte können einzeln oder nacheinander in unterschiedlicher Weise bearbeitet werden. Die Materialsammlung wird im Lauf der Zeit aktualisiert und ergänzt.

2.2 Diagnose Krebs. Ist jetzt alles vorbei?! – Interview mit Michael Münzmaier



Bild vom Standesamt 3 Tage vor der Diagnose

Zur Person: Michael Münzmaier (* 1988), verheiratet mit Desiree, ist Jugendpastor in der evangelischen Stadtmission in Friedberg (Hessen). Im Jahr 2015 bekam er die Diagnose „Krebs“. Wie er damit umgegangen ist und welche Erfahrungen er gemacht hat, schildert er in dem folgenden Interview.

1. Wie hast Du bemerkt, dass Du an Krebs erkrankt bist?

Den Krebs direkt habe ich lange gar nicht bemerkt, obwohl er schon da war. Aber die Auswirkungen mehrerer Metastasen (das sind Absiedelungen des „Haupttumores“ an anderen Stellen im Körper) waren für mich schon einige Zeit vor der Diagnose sichtbar. Los ging es damit, dass ich plötzlich immer wieder mit Rückenschmerzen zu kämpfen hatte. Da ich aber beruflich viel sitze und zu der Zeit eine alte Matratze hatte, dachten ich und mein Arzt lange, dass das die Ursachen für meine Rückenschmerzen sind. Plötzlich wur-



Bild nach dem ersten Chemozyklus

de ich dann krank und hatte immer stärkere Bauchschmerzen. Nachdem die Bauchschmerzen über eine Woche anhielten, machte mein Hausarzt einen Ultraschall des Bauches. Dort sah er Dinge im Ultraschall, die nicht in meinen Bauch gehörten. Seine Vermutung war zuerst eine Entzündung im Bauch oder vom Darm her und deshalb schickte er mich ins Krankenhaus zur weiteren Abklärung. Dort wurde ich gründlich untersucht. Der Arzt entdeckte dann dabei einen mehrere Zentimeter großen Tumor im Hoden (tastbar).

2. Was waren Deine ersten Gedanken nach der Diagnose?

Je länger die Untersuchungen gingen, desto genauer wurden die Diagnosen und desto dramatischer auch die Krankheit an der ich litt. Dementsprechend veränderten sich auch meine Gedanken alle paar Stunden entsprechend der Diagnosen. Zuerst war die Vermutung meines Hausarztes eine Bauch- oder Darmentzündung. Das trug ich noch mit relativer Gelassenheit. Im Krankenhaus sagte mir dann der Arzt, dass er einen Tumor im Hoden vermutet. Der Facharzt (Urologe), der diese Diagnose bestätigte, sagte mir aber sofort, dass er sehr wahrscheinlich gutartig ist und ich direkt am nächsten Tag eine OP vor mir habe, in der der Tumor entfernt wird. Außerdem sagte er, dass eine 98% Heilungschance für mich besteht und ich in spätestens 4 Wochen wieder normal arbeiten kann.

Diese Diagnose war natürlich ein kleiner erster Schock, aber da die Heilungsaussichten sehr gut waren, konnte ich noch ganz gut damit umgehen. Einige Stunden später nachdem auch mein Blut und verschiedene Tumormarker (zeigen an, wie stark der Tumor/Krebs im Körper schon vorangeschritten ist) untersucht waren, suchte mich der Arzt nochmal in meinem Krankenzimmer auf. Inzwischen war auch meine Frau bei mir. Er sagte, dass die weiteren Ergebnisse leider sehr schlecht ausgefallen sind und der Krebs deutlich weiter vorangeschritten ist als gedacht. Von den Klassifikationen/Gruppen, in die man die Heilungschancen und den Fortschritt des Tumors einteilt, bin ich in der schlechtesten gelandet, die es für meinen Krebs gibt. Das bedeutet, dass auch meine Heilungschancen deutlich schlechter sind als gedacht und sofort am nächsten oder übernächsten Tag mit Chemotherapie begonnen wird. Das zu hören war für uns beide dann ein echter Schock. Wir kamen uns vor wie im falschen Film. Wenige Tage zuvor hatten wir geheiratet und von einem tollen Leben zusammen geträumt und jetzt das. Als der Arzt ging, haben wir einfach nur zusammen geweint.

3. Wie sahen deine Heilungschancen aus?

Die genauen Heilungschancen erfuhr ich durch einen mehrseitigen Diagnosebogen des Arztes. Als Abschlussbeurteilung meiner Heilungschancen stand dort, dass ich in der „Poor Prognosis Group“ bin (Gruppe mit schlechter Heilungserwartung) und eine Heilungschance von 50% besteht. Auch stand dort, dass die gesamte Behandlung mindestens ein halbes Jahr gehen wird. Die Frage, die mich dann und in den nächsten Tagen beschäftigt hatte, war: Zu welcher Hälfte gehöre ich? Gehöre ich zu der Hälfte, die hier nicht mehr gesund aus dem Krankenhaus herauskommt und hier irgendwann stirbt oder gehöre ich zu der Hälfte, die wieder gesund wird?

4. Wie ging es nach der Stellung der Diagnose weiter?

Nach der Stellung der Diagnose wurden am nächsten Tag viele weitere Untersuchungen gemacht, um mehr Infos über den Krebs zu bekommen und meinen Gesundheitszustand einzuschätzen. Ich musste ins CT, MRT, Herzuntersuchung wurden gemacht etc. Am Tag darauf ging es auch schon sofort mit der Chemotherapie los. Ich wurde an verschiedene Schläuche angeschlossen, durch die aggressive Medikamente in meinen Blutkreislauf liefen, die den Krebs abtöten sollten.

Insgesamt erwarteten mich vier Chemozyklen, die jeweils drei Wochen dauerten. Ich war immer fünf Tage am Stück stationär im Krankenhaus. An diesen Tagen bekam ich von morgens bis abends Chemotherapie. Am sechsten Tag durfte ich nach Hause und musste am Tag acht und Tag dreizehn ambulant ins Krankenhaus, um nochmals eine Chemotherapie verabreicht zu bekommen. Die restlichen Tage waren „Pausentage“, in denen der Körper regenerieren sollte.

5. Was hast Du im Verlauf Deiner Therapie als besonders belastend empfunden?

Das anstrengendste während der Therapie war sicherlich die dauernde Unsicherheit darüber, ob man wieder gesund wird oder nicht. Die Therapie war bei mir immer wieder ein auf und ab. Anfangs hat die Therapie gut angeschlagen und die Zwischenergebnisse waren sehr gut. Dann gab es wieder unerwartete Komplikationen und kritische Werte. Ich habe versucht, das so gut wie möglich auszublenden und ganz im hier und jetzt zu leben und das Leben zu genießen. Aber immer wieder gab es Momente, in denen man nachts aufwacht und sich fragt: Werde ich wieder gesund? Ich hatte zu diesem Zeitpunkt ein sehr glückliches Leben mit vielen tiefen Freundschaften und Beziehungen - umso schmerzhafter waren dann die Momente in denen einem bewusst wird: Vielleicht endet mein Leben bald. Außerdem hatte ich natürlich

auch mit den Nebenwirkungen der Chemo zu kämpfen. Bei mir waren das v.a. Haarausfall, Übelkeit und ein erhöhtes Schlafbedürfnis. V.a. die Übelkeit und das Erbrechen wurden je länger die Therapie dauerte immer stärker und anstrengender. Es gab Tage, da hat es mich alle paar Minuten gewürgt. Da es mir oft auch im Krankenhaus während den Chemotherapien übel war, beginnt man mit der Zeit eine echte Abneigung gegenüber dem Krankenhaus und v.a. den Gerüchen und dem Essen dort zu entwickeln. Am Ende wurde mir schon übel, wenn ich das Krankenhausessen mittags gerochen habe. Deshalb war ich immer froh, wenn ich wieder nach Hause konnte. Aber insgesamt war das alles doch relativ gut auszuhalten, da ich wusste, dass die Therapie wichtig ist und die ganzen Nebenwirkungen nach Ende einer erfolgreichen Therapie schnell wieder aufhören werden.

6. Was hat Dir besonders geholfen und Dich gestützt?

Was für viele Außenstehende nicht immer nachvollziehbar war: Trotz aller Schwere gab es während der Krankheitszeit immer noch auch viele schöne Momente. Ich habe Zeit mit Freunden verbracht, viel gelacht, das Eheleben genossen, gelesen. Ich habe das Leben während dieser Zeit nicht nur als „traurig“ und „schwer“ empfunden. Am wichtigsten war es so viel Rückhalt von Freunden und Familie zu erleben. Einige alte Freunde und Geschwister sind, nachdem die Diagnose kam, spontan einige hundert Kilometer gefahren, um mich zu besuchen. Das hat mich sehr berührt. Auch habe ich es immer genossen, über „normale“ Themen zu reden und zu diskutieren und sich nicht nur mit der Krankheit zu beschäftigen. Die Musik war für mich auch ein hilfreicher Zugang um die Situation zu verarbeiten. Ein Freund schickte uns das Lied: „Great Reward“ von Tim Timmons. Ein Lied, das er selbst während seiner Krebserkrankung schrieb und ein Gebet an Gott sein soll, dass seine Gedanken und Gefühle ausdrückt. Dieses Lied haben wir oft gehört und es hat uns sehr berührt. Auch der Glaube an einen guten Gott, das Wissen in seiner Hand zu sein und die Hoffnung auf ein ewiges Leben nach dem Tod hat uns sehr geholfen. Es hat uns die Perspektive gegeben, dass auch wenn dieses Leben schön ist und ich gerne noch lange leben möchte, dieses Leben nicht alles ist, was es gibt, sondern für Christen das Beste erst noch kommt.

7. Hast Du Dir manchmal die Frage gestellt: „Warum gerade ich?“

Da ich weiß, dass es auf diese Frage nur schwer eine Antwort gibt und sie auch nicht weiterhilft, habe ich versucht mir Fragen nach dem „Warum“ oder „Wozu“ nicht zu stellen. Stattdessen habe ich versucht Gott, der alles in seiner Hand hält und souverän ist, zu vertrauen. Während ich krank war, ging es mir damit auch relativ gut und ich hatte oft einen großen Frieden im Herzen trotz aller Unsicherheit.

8. Was hast Du während der Zeit Deiner Krankheit über Dich selbst gelernt?

Ich habe gelernt, wie schön und wichtig es ist, tiefe Beziehungen und Freundschaften zu haben, die mit einem gemeinsam durch so eine Zeit gehen und an meiner Seite sind. Auch habe ich mir im Anschluss an meine Krankheit nochmal intensiv viele Fragen über das Leben gestellt. Was macht ein gutes Leben aus? Wofür lohnt es sich wirklich zu leben? Was kommt nach dem Tod? Gibt es Wahrheit und welche Religion ist wahr?

9. Gab es einen Punkt, an dem Du einfach nicht mehr weiterleben konntest oder wolltest?

Ganz im Gegenteil, ich hatte vor meiner Krankheit ein sehr glückliches Leben, einen sehr erfüllenden Beruf und viele tolle Beziehungen. Deshalb hatte ich immer einen großen Wunsch wieder gesund zu werden und noch viele Jahre zu leben. In der Nacht nach

meiner Diagnose musste ich an so viele in meinem Leben wichtige Menschen denken, von denen ich mich sehr geliebt gefühlt habe und die mir immer eine große Sehnsucht nach Leben gegeben haben.

10. Kannst Du verstehen, wenn es Menschen gibt, die im Licht einer solchen Diagnose und der belastenden Therapie darüber nachdenken, ihrem Leben ein Ende zu setzen?

Bei mir persönlich war das Gegenteil der Fall. Ich kann aber gut verstehen, dass v.a. wenn die Krankheit immer weiter voranschreitet, nicht mehr heilbar ist und Menschen immer mehr mit den Auswirkungen der Therapie und den Schmerzen der Krankheit zu kämpfen haben, sie darüber nachdenken, ihr Leben zu beenden.

11. Wie sieht Dein Leben heute aus?

Nachdem ich nach 5 Monaten Therapie und einer größeren Operation die gute Nachricht bekam, dass der Krebs besiegt ist, war ich mehrere Wochen auf einer Reha. Anschließend begann mein beruflicher Wiedereinstieg. Heute, ein halbes Jahr später, arbeite ich wieder voll, bin kräftemäßig aber noch nicht wieder ganz auf meinem Pensum von vor der Erkrankung. Ich bin noch weniger belastbar und werde schneller müde. Aber auch das wird sich mit der Zeit geben. Ich muss jetzt alle sechs Monate zur Nachuntersuchung um zu prüfen, ob der Krebs nicht wieder zurückgekommen ist. Die Rückfallwahrscheinlichkeit ist aber sehr gering (5%), weshalb ich recht entspannt bin.

12. Welchen „Rat“ bzw. welche Ermutigung kannst Du Menschen in einer ähnlichen Situation, wie der, die Du erlebt hast, geben?

Ich bin sehr zurückhaltend Rat zu geben, wie man mit so einer Situation umgehen soll, weil ich erlebt habe, dass jeder Mensch mit so einer Situation anders umgeht und andere Bedürfnisse hat.

Grundsätzlich habe ich erlebt, dass es eine große Hilfe ist, wenn man tiefe Beziehungen hat, die einen durch so eine Zeit begleiten. Dabei sind es keine großen Worte die man braucht, sondern einfach kleine Gesten und praktische Hilfe. Außerdem ist es hilfreich, wenn man sich schon vor einer Erkrankung die großen Fragen des Lebens gestellt und beantwortet hat wie: Woher komme ich? Warum bin ich hier? Was ist der Sinn des Lebens? Was erwartet mich nach dem Tod? Das sind alles Fragen, die man sich in einer Krankheit nochmal intensiv stellt und es ist deshalb gut, wenn man schon vorher darüber nachgedacht und für sich Antworten gefunden hat.

Arbeitsauftrag

1. Lest das Interview mit verteilten Rollen.
2. Im Folgenden findet Ihr unterschiedliche Begriffe. Sucht fünf Begriffe aus, die Ihr am stärksten mit dem Interview in Verbindung bringt und begründet Eure Auswahl.

Angst, Hoffnung, Traurigkeit, Glaube, Chancen, Schock, Ungewissheit, Tapferkeit, Liebe, Loslassen, Halt, Normalität, Gott, Frieden, Lebensmut, Alltag, Warum?, Therapie, Antworten, Sehnsucht, Wahrheit, Gelassenheit, Optimismus.

Den Begriff	...verbinde ich mit folgender Stelle im Interview...	...und habe ihn aus diesem Grund ausgewählt.

3. Hat Euch ein Begriff gefehlt? Wenn ja, welcher und warum?
4. Welche Frage(n) hättet Ihr persönlich noch an Michi Münzmaier?

2.3 Leben mit spinaler Muskelatrophie – Interview mit Marcel Szkucik

Frage 1: Hallo Marcel, kannst Du Dich uns in einigen Worten vorstellen? Was sind Deine Hobbies und Interessen?

Hallo, mein Name ist Marcel und ich bin 27 Jahre alt. Meine Interessen und Hobbies liegen zumeist in Musik und Literatur, aber auch in Natur und Umwelt. Im Alter von 18 Jahren konnte ich einen Schulabschluss erlangen. Seitdem setze ich mir selbst immer wieder Ziele, um mich in meiner Person weiter entwickeln zu können. Ich unterhalte mich gerne und bin ein sehr kontaktfreudiger Mensch.

Frage 2: Von welcher Erkrankung bist Du betroffen und wie wirkt sie sich konkret aus?

Ich lebe mit der Erkrankung Spinale Muskelatrophie. Es handelt sich hierbei um eine progressive (fortschreitende) Erkrankung. Die Spinale Muskelatrophie wirkt sich negativ auf meine motorischen Nervenzellen aus und führt zu einem stetigen Muskelabbau. Im Alter von ca. 3 Jahren musste ich tracheotomiert und zeitweise künstlich beatmet werden. (Anmerkung: Eine Tracheotomie ist ein operativ geschaffener Zugang zur Luftröhre. Er wird zur Sicherung der Atemwege in speziellen Situationen durchgeführt, vor allem bei Patienten, die über längere Zeit beatmet werden müssen). Seit 2003 brauche ich eine permanente 24-Stunden-Beatmung. Zehn Jahre später kam dann noch die künstliche Ernährung hinzu, da auch meine Schluckmuskulatur nachgelassen hatte. Seit einigen Jahren gibt es diverse, neue Behandlungsmethoden, welche ich baldmöglichst in Anspruch nehmen möchte.

Frage 3: Wie alt warst Du, als die Erkrankung bei Dir bemerkt wurde?

Als die Erkrankung bemerkt wurde, war ich circa 2 Jahre alt.

Frage 4: Wie sieht der Alltag für Dich aus?

Seit meiner Geburt bin ich auf allumfassende Hilfe angewiesen. Das bedeutet, dass ich Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, bei der Mobilisation in den Rollstuhl, bei dem Aufbau von Kommunikationsmitteln (Laptop), und bei alltagspraktischen Aufgaben wie z.B. postalischen Wegen benötige. Ohne diese Hilfe könnte ich meinen Alltag nicht bewältigen.

Frage 5: Was gibt Dir Mut und Hoffnung, wenn Du mal niedergeschlagen bist?

Mut und Hoffnung geben mir vor allem meine Freunde, aber auch in der Musik finde ich Kraft.

Frage 6: Was sollte sich Deiner Meinung nach in unserer Gesellschaft verändern, um die Situation von Menschen mit Handicaps zu verbessern?

In der Gesellschaft sollte sich einiges verändern. Meistens werde ich von den Leuten nicht gleichberechtigt behandelt. Viele reduzieren mich auf mein äußeres Erscheinungsbild, wel-

ches durch meine Erkrankung geprägt ist und trauen mir nichts zu. Zumeist habe ich dann das Gefühl, dass ich nicht dazugehöre und „dumm“ bin und nichts kann. Hier sollte man das Potenzial und die Fähigkeiten individuell fördern können und das Bildungssystem sollte überarbeitet werden. Außerdem sollte das Thema Inklusion ernst genommen werden, da es eng mit der Menschenwürde verbunden ist.

Lieber Marcel, herzlichen Dank für dieses Interview!



Arbeitsaufträge:

1. Marcel Skucik ist an Spinaler Muskelatrophie erkrankt. Die Spinale Muskelatrophie ist eine seltene Krankheit, gilt noch als die häufigste genetische Todesursache bei Säuglingen und Kleinkindern. Recherchiert, was man generell unter „seltenen Erkrankungen“ versteht und welche Besonderheiten und Herausforderungen mit diesen Krankheiten verbunden sind. (Tipp: z. B. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html>)
2. Im Interview wird beschrieben, dass eine Vielzahl alltäglicher Handlungen nur noch mit Hilfe möglich ist. a) Erstelle eine Liste mit den alltäglichen Handlungen, die Du alleine und selbstbestimmt ausführen kannst. Welche Aktivität würde Dir am meisten fehlen, wenn Du sie nicht mehr ausführen könntest? b) Bei welchen Aktivitäten würde es Dir schwer fallen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wo würde es Dir vielleicht nicht so viel ausmachen?
3. Im Text ist die Rede von Vorurteilen seitens der Mitmenschen. a) Hast Du selbst schon erlebt, dass Dir mit einem Vorurteil begegnet wurde? b) Wo bist Du selbst schon mit Vorurteilen auf andere zugegangen?
4. Zum Abschluss des Interviews fällt der Begriff „Inklusion“. Recherchiere, was dieser Begriff bedeutet und welche Möglichkeiten sich bieten, Inklusion z. B. an Schulen konkret umzusetzen.

2.4 Sterben und Tod

Sterben und Tod sind untrennbar miteinander verbunden und gehören zum Leben dazu. Grundsätzlich lässt sich sagen: In dem Moment, wo Leben entsteht, also mit der Zeugung eines Lebewesens, beginnt auch das Sterben. Das klingt im ersten Moment ungewöhnlich, da einem normalerweise spontan Begriffe wie „Krankheit“, „Alter“ oder „Verfall“ einfallen, wenn man über das Sterben nachdenkt.

Auch wenn das Sterben ein ständiger Lebensbegleiter ist, gibt es aus medizinischer Sicht bestimmte Anzeichen, wenn es zum Lebensende hin wirklich ernst wird. Die Bundesärztekammer bezeichnet Sterbende als Kranke oder Verletzte, bei denen wichtige Lebensfunktionen irreversibel (d. h. unumkehrbar) versagen, sodass in absehbarer Zeit der Todeseintritt zu erwarten ist.

Bei Menschen, die bereits über einen längeren Zeitraum schwer erkrankt sind und bei denen es wahrscheinlich ist, dass sie an dieser Krankheit sterben werden, unterscheidet man noch einmal grob drei Phasen, die allerdings auf Grund individueller Voraussetzungen und Krankheitsverläufe bei jedem Menschen unterschiedlich beginnen und enden und teils erheblichen Schwankungen unterliegen.

In allen Phasen gilt, dass der Wille des Patienten an erster Stelle steht und sowohl von den Ärzten als auch von den Angehörigen respektiert werden muss. Hierzu gehört auch der Wunsch der meisten Menschen, nicht in einem Krankenhaus oder Pflegeheim, sondern zu Hause sterben zu können. Dies lässt sich jedoch oft nur verwirklichen, wenn die medizinische Betreuung durch ein ambulantes Palliativteam (= SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) gewährleistet ist und wenn es Angehörige gibt, die sich um die Person kümmern (heutzutage durchaus ein Problem!). Sind keine Angehörigen vorhanden, sollte man über die Möglichkeit nachdenken, seine letzte Lebensphase in einem Hospiz oder Pflegeheim zu verbringen.

Die erste Phase des Sterbens bezeichnet man als Präterminalphase. Sie ereignet sich Wochen bis Monate vor dem Tod. Der Patient ist zunehmend müde und hat ein großes Ruhebedürfnis. Alltägliche Aktivitäten fallen zunehmend schwerer und laufen langsamer ab. Auch der Appetit lässt nach, was mit Gewichtsverlust einhergeht. In dieser Phase werden kurative (=heilende) Therapien nach und nach eingestellt und das Therapieziel ändert sich in Richtung Beschwerdelinderung und Schmerzbehandlung (=Palliativversorgung).

Die zweite Phase nennt man Terminalphase. Sie kann ebenfalls Wochen bis Monate andauern. Die Bewegungsaktivität des Patienten nimmt ab und er verbringt viel Zeit im Bett. Zunehmend benötigt er Pflege und Unterstützung. Die Konzentrationsfähigkeit und das Interesse an der Umgebung lassen nach, genau wie das Verlangen nach Essen und Trinken. Schmerzen, Angst, Atemnot und Übelkeit können verstärkt auftreten. Viele dieser Symptome lassen sich palliativmedizinisch gut in den Griff bekommen, trotzdem kann es sein, dass der Patient mitunter verzweifelt ist und am Liebsten sofort sterben möchte. Nicht nur eine gute Palliativversorgung, sondern auch die Fürsorge und Liebe der Familie kann ihm Kraft für die letzten Tage geben. Wenn es gar nicht anders geht und der Patient es so wünscht, kann er auch mit Hilfe von bestimmten Medikamenten für einen gewünschten Zeitraum, auch bis hin zum Tod, schlafen gelegt werden. Der Fachbegriff hierfür heißt „palliative Sedierung“.

Die letzte Phase heißt Finalphase. Sie ist gekennzeichnet vom Versagen bestimmter Organe wie Leber, Niere oder Lunge. Der Patient ist enorm schläfrig und verweigert i. d. R. die Nahrungsaufnahme. Auch ohne Flüssigkeit tritt Durstgefühl kaum auf, möglicher Durst kann durch gute Mundpflege gestillt werden. Die Atmung verändert sich, sie kann z. B. stockend oder rasselnd werden. Die Muskeln werden kraftlos, die Haut wird bleich und das Gesicht fällt ein, wodurch Nase und Kinn spitzer hervortreten. Es kann zu Frieren oder Schwitzen kommen, der Puls wird schwächer und der Blutdruck nimmt ab. Manchmal treten auch Verwirrheitszustände auf und die Wahrnehmungsfähigkeit ist stark eingeschränkt. Auch Angstzustände und Unruhe sind typische Phänomene in dieser letzten Phase.

Nun muss sehr verantwortungsvoll seitens der Ärzte und Angehörigen entschieden werden, welche Maßnahmen im Sinne des Patienten noch gewünscht und noch sinnvoll sind und welche Medikamente noch gegeben werden sollen. Es ist wichtig, dass das Palliativteam rund um die Uhr erreichbar ist und dem Sterbenden und den Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite stehen kann. Was der Sterbende jetzt unbedingt benötigt, ist menschlicher Beistand, liebevolle Fürsorge und die Gewissheit, nicht alleine gelassen zu werden. Oft funktioniert das Gehör noch sehr gut bis zum Schluss. Und auch, wenn der Patient vielleicht nicht mehr in Form einer gesprochenen Antwort reagieren kann, wird es ihm gut tun, vertraute Stimmen und positive Worte zu hören. Gleiches gilt für Hautkontakt und Berührungen wie das Halten der Hand.

Auch wenn in einem Haus gerade gestorben wird, so wird zum gleichen Zeitpunkt dort auch gelebt! Das heißt für die Angehörigen, dass nicht alles mit Trauermiene stattfinden muss, sondern dass weiterhin geredet, gelacht, gestritten, geweint und sich gefreut werden darf. Das endgültige Finale des Lebens ist schließlich der Tod, der endgültige Verlust sämtlicher Lebensfunktionen. Mit dem Tod wird das Leben letztgültig be- und vollendet. Die vorangehende Zeit des Sterbens kann weitestgehend gut und friedlich verlaufen, Sterben kann aber auch schwer, schmerzhaft und mühsam sein. Wie der eigene Weg aussehen wird, kann kein gesunder, noch nicht direkt betroffener Mensch vorausahnen.

Quellen für diesen Text:

1. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.
In: Deutsches Ärzteblatt 108/7 2011, S. 346-348, abrufbar unter:
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf
2. Thöns, Matthias; Sitte, Thomas: Repetitorium Palliativmedizin. Springer-Verlag Heidelberg. 2. Auflage 2016.
3. Sitte, Thomas: Vorsorge und Begleitung für das Lebensende. Springer-Verlag Heidelberg 2015.

2.4.1 Aufgaben zur Bearbeitung des Textes

1. Lies den Text aufmerksam durch.

Unterstreiche mit **GRÜN** Inhalte, die Du vorher noch nicht wusstest und durch den Text neu gelernt hast.

Unterstreiche mit **BLAU** Inhalte, die Dich besonders interessieren, zu denen Du gerne mehr erfahren würdest.

Unterstreiche mit **ROT** Inhalte, die Du nicht verstehst oder denen Du widersprichst.

2. Vergleiche Deine „Farbverteilung“ mit der Deiner/s Tischnachbarn/Tischnachbarin. Wo habt Ihr Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede?

3. Stelle die Sterbephasen übersichtlich als Diagramm dar:

The diagram template consists of a central rectangular box at the top. Below it, three large blue arrows point downwards to three separate vertical rectangular boxes. Each of these three boxes is divided into two sections: the top section is labeled 'Name der Phase:' and the bottom section is labeled 'Merkmale:'. This structure is intended for students to draw and label the five stages of death.

4. Hausaufgabe:

Suche Dir a) von Deinen **BLAUEN** Sachverhalten und b) von deinen **ROTEN** Sachverhalten denjenigen heraus, der Dich am meisten interessiert bzw. beschäftigt und versuche ihn z. B. mit Hilfe einer Internetrecherche zu klären.

Bereite Dich darauf vor, Deinen Mitschülerinnen und Mitschülern Deine Ergebnisse mitzuteilen.

2.4.2 Sterben und Tod: Lückentext

Sterben und Tod sind untrennbar miteinander verbunden und gehören zum _____ dazu. Grundsätzlich lässt sich sagen: In dem Moment, wo Leben entsteht, also mit der _____ eines Lebewesens, beginnt auch das Sterben. Das klingt im ersten Moment ungewöhnlich, da einem normalerweise spontan Begriffe wie „_____“, „_____“ oder „_____“ einfallen, wenn man über das Sterben nachdenkt. Auch wenn das Sterben ein ständiger _____ ist, gibt es aus medizinischer Sicht bestimmte _____, wenn es zum Lebensende hin wirklich ernst wird. Die Bundesärztekammer bezeichnet Sterbende als Kranke oder Verletzte, bei denen wichtige Lebensfunktionen irreversibel (d. h. _____) versagen, sodass in absehbarer Zeit der _____ zu erwarten ist.

Bei Menschen, die bereits über einen längeren _____ schwer erkrankt sind und bei denen es wahrscheinlich ist, dass sie an dieser Krankheit sterben werden, unterscheidet man noch einmal grob drei Phasen, die allerdings auf Grund individueller _____ und _____ bei jedem Menschen unterschiedlich beginnen und enden und teils erheblichen _____ unterliegen.

In allen Phasen gilt, dass der _____ des Patienten an erster Stelle steht und sowohl von den _____ als auch von den _____ respektiert werden muss. Hierzu gehört auch der Wunsch der meisten Menschen, nicht in einem _____ oder _____, sondern zu Hause sterben zu können.

Dies lässt sich jedoch oft nur verwirklichen, wenn die medizinische Betreuung durch ein ambulantes _____ (= SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) gewährleistet ist und wenn es Angehörige gibt, die sich um die Person kümmern (heutzutage durchaus ein _____!). Sind keine Angehörigen vorhanden, sollte man über die Möglichkeit nachdenken, seine letzte Lebensphase in einem _____ oder Pflegeheim zu verbringen.

Die erste Phase des Sterbens bezeichnet man als _____. Sie ereignet sich Wochen bis Monate vor dem Tod. Der Patient ist zunehmend müde und hat ein großes _____. Alltägliche _____ fallen zunehmend schwerer und laufen langsamer ab. Auch der Appetit lässt nach, was mit _____ einhergeht. In dieser Phase werden kurative (= _____) Therapien nach und nach eingestellt und das _____ ändert sich in Richtung Beschwerdelinderung und Schmerzbehandlung (= _____).

Die zweite Phase nennt man _____. Sie kann ebenfalls Wochen bis Monate andauern. Die _____ des Patienten nimmt ab und er verbringt viel Zeit im Bett. Zunehmend benötigt er _____ und Unterstützung. Die Konzentrationsfähigkeit und das _____ an der Umgebung lassen nach, genau wie das Verlangen nach Essen und _____. Schmerzen, Angst, _____ und _____ können verstärkt auftreten. Viele dieser Symptome lassen sich _____ gut in den Griff bekommen,

trotzdem kann es sein, dass der Patient mitunter verzweifelt ist und am Liebsten sofort _____ möchte. Nicht nur eine gute Palliativversorgung, sondern auch die _____ und Liebe der Familie kann ihm Kraft für die letzten Tage geben.

Wenn es gar nicht anders geht und der Patient es so wünscht, kann er auch mit Hilfe von bestimmten _____ für einen gewünschten Zeitraum, auch bis hin zum Tod, schlafen gelegt werden. Der Fachbegriff hierfür heißt „_____“.

Die letzte Phase heißt _____. Sie ist gekennzeichnet vom Versagen bestimmter Organe wie _____, _____ oder _____. Der Patient ist enorm schläfrig und verweigert i. d. R. die _____. Auch ohne Flüssigkeit tritt _____ kaum auf, möglicher Durst kann durch gute _____ gestillt werden. Die Atmung verändert sich, sie kann z. B. stockend oder _____ werden.

Die _____ werden kraftlos, die Haut wird _____ und das Gesicht fällt ein, wodurch _____ und _____ spitzer hervortreten. Es kann zu Frieren oder _____ kommen, der _____ wird schwächer und der _____ nimmt ab. Manchmal treten auch Verwirrtheitszustände auf und die _____ ist stark eingeschränkt. Auch Angstzustände und _____ sind typische Phänomene in dieser letzten Phase.

Nun muss sehr verantwortungsvoll seitens der Ärzte und Angehörigen entschieden werden, welche _____ im Sinne des Patienten noch gewünscht und noch sinnvoll sind und welche Medikamente noch gegeben werden sollen. Es ist wichtig, dass _____

das _____ rund um die Uhr erreichbar ist und dem _____ und den Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite stehen kann. Was der Sterbende jetzt unbedingt benötigt, ist menschlicher _____, liebevolle _____ und die _____, nicht alleine gelassen zu werden. Oft funktioniert das _____ noch sehr gut bis zum Schluss. Und auch, wenn der Patient vielleicht nicht mehr in Form einer gesprochenen _____ reagieren kann, wird es ihm gut tun, vertraute _____ und positive _____ zu hören. Gleiches gilt für _____ und Berührungen wie das Halten der _____.

Auch wenn in einem Haus gerade gestorben wird, so wird zum gleichen _____ dort auch gelebt! Das heißt für die Angehörigen, dass nicht alles mit _____ stattfinden muss, sondern dass weiterhin geredet, gelacht, gestritten, geweint und sich gefreut werden darf. Das endgültige _____ des Lebens ist schließlich der Tod, der endgültige _____ sämtlicher Lebensfunktionen. Mit dem Tod wird das Leben letztgültig be- und vollendet. Die vorangehende Zeit des Sterbens kann weitestgehend gut und friedlich verlaufen, Sterben kann aber auch schwer, schmerzhaft und mühsam sein. Wie der eigene _____ aussehen wird, kann kein gesunder, noch nicht direkt betroffener Mensch vorausahnen.

Quellen für diesen Text:

1. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 108/7 2011, S. 346-348, abrufbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf
2. Thöns, Matthias; Sitte, Thomas: Repetitorium Palliativmedizin. Springer-Verlag Heidelberg. 2. Auflage 2016.
3. Sitte, Thomas: Vorsorge und Begleitung für das Lebensende. Springer-Verlag Heidelberg 2015.

2.4.3 Begriffe für die Lücken (durchmischt)

Gewichtsverlust, Weg, Niere, Finale, Beistand, Muskeln, Nase, Antwort, Hautkontakt, Angehörigen, Mundpflege, Palliativteam, Bewegungsaktivität, Leber, Medikamenten, sterben, Atemnot, Kinn, Zeitpunkt, bleich, Finalphase, rasselnd, Gewissheit, Sterbenden, Wahrnehmungsfähigkeit, Blutdruck, Krankheitsverläufe, Palliativteam, Lebensbegleiter, Verlust, Worte, Unruhe, Interesse, Pflegeheim, Ärzten, Problem, Trinken, Fürsorge, Palliativversorgung, Trauermiene, Nahrungsaufnahme, Ruhebedürfnis, palliativmedizinisch, Todeseintritt, Pflege, Maßnahmen, palliative Sedierung, Wille, Krankheit, Präterminalphase, heilende, Voraussetzungen, Fürsorge, Lunge, Alter, Aktivitäten, Puls, Durstgefühl, Schwankungen, Krankenhaus, unumkehrbar, Zeitraum, Zeugung, Schwitzen, Leben, Verfall, Hospiz, Anzeichen, Therapieziel, Terminalphase, Übelkeit, Gehör, Stimmen, Hand.

2.4.4 Sterben und Tod: Lösungshinweise zum Lückentext

Sterben und Tod sind untrennbar miteinander verbunden und gehören zum **Leben** dazu. Grundsätzlich lässt sich sagen: In dem Moment, wo Leben entsteht, also mit der **Zeugung** eines Lebewesens, beginnt auch das Sterben. Das klingt im ersten Moment ungewöhnlich, da einem normalerweise spontan Begriffe wie „**Krankheit**“, „**Alter**“ oder „**Verfall**“ einfallen, wenn man über das Sterben nachdenkt.

Auch wenn das Sterben ein ständiger **Lebensbegleiter** ist, gibt es aus medizinischer Sicht bestimmte **Anzeichen**, wenn es zum Lebensende hin wirklich ernst wird. Die Bundesärztekammer bezeichnet Sterbende als Kranke oder Verletzte, bei denen wichtige Lebensfunktionen irreversibel (d. h. **unumkehrbar**) versagen, sodass in absehbarer Zeit der **Todeseintritt** zu erwarten ist.

Bei Menschen, die bereits über einen längeren **Zeitraum** schwer erkrankt sind und bei denen es wahrscheinlich ist, dass sie an dieser Krankheit sterben werden, unterscheidet man noch einmal grob drei Phasen, die allerdings auf Grund individueller **Voraussetzungen** und **Krankheitsverläufe** bei jedem Menschen unterschiedlich beginnen und enden und teils erheblichen **Schwankungen** unterliegen.

In allen Phasen gilt, dass der **Wille** des Patienten an erster Stelle steht und sowohl von den **Ärzten** als auch von den **Angehörigen** respektiert werden muss. Hierzu gehört auch der Wunsch der meisten Menschen, nicht in einem **Krankenhaus** oder **Pflegeheim**, sondern zu Hause sterben zu können. Dies lässt sich jedoch oft nur verwirklichen, wenn die medizinische Betreuung durch ein ambulantest **Palliativteam** (= SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) gewährleistet ist und wenn es Angehörige gibt, die sich um die Person kümmern (heutzutage durchaus ein **Problem!**). Sind keine Angehörigen vorhanden, sollte man über die Möglichkeit nachdenken, seine letzte Lebensphase in einem **Hospiz** oder Pflegeheim zu verbringen.

Die erste Phase des Sterbens bezeichnet man als **Präterminalphase**. Sie ereignet sich Wochen bis Monate vor dem Tod. Der Patient ist zunehmend müde und hat ein großes **Ruhebedürfnis**. Alltägliche **Aktivitäten** fallen zunehmend schwerer und laufen langsamer ab. Auch der Appetit lässt nach, was mit **Gewichtsverlust** einhergeht. In dieser Phase werden kurative (= **heilende**) Therapien nach und nach eingestellt und das **Therapieziel** ändert sich in Richtung Beschwerdelinderung und Schmerzbehandlung (= **Palliativversorgung**).

Die zweite Phase nennt man **Terminalphase**. Sie kann ebenfalls Wochen bis Monate andauern. Die **Bewegungsaktivität** des Patienten nimmt ab und er verbringt viel Zeit im Bett. Zunehmend benötigt er **Pflege** und Unterstützung. Die Konzentrationsfähigkeit und das **Interesse** an der Umgebung lassen nach, genau wie das Verlangen nach Essen und **Trinken**. Schmerzen, Angst, **Atemnot** und **Übelkeit** können verstärkt auftreten. Viele dieser Symptome lassen sich **palliativmedizinisch** gut in den Griff bekommen, trotzdem kann es sein, dass der Patient mitunter verzweifelt ist und am Liebsten sofort **sterben** möchte. Nicht nur eine gute Palliativversorgung, sondern auch die **Fürsorge** und Liebe der Familie kann ihm Kraft für die letzten Tage geben. Wenn es gar nicht anders geht und der Patient es so wünscht, kann er auch mit Hilfe von bestimmten **Medikamenten** für einen gewünschten Zeitraum, auch bis hin zum Tod, schlafen gelegt werden. Der Fachbegriff hierfür heißt „**palliative Sedierung**“.

Die letzte Phase heißt **Finalphase**. Sie ist gekennzeichnet vom Versagen bestimmter Organe wie **Leber**, **Niere** oder **Lunge**. Der Patient ist enorm schläfrig und verweigert i. d. R. die **Nahrungsaufnahme**. Auch ohne Flüssigkeit tritt **Durstgefühl** kaum auf, möglicher Durst kann durch gute **Mundpflege** gestillt werden. Die Atmung verändert sich, sie kann z.B. stockend oder **rassele**nd werden. Die **Muskeln** werden kraftlos, die Haut wird **bleich** und das Gesicht fällt ein, wodurch **Nase** und **Kinn** spitzer hervortreten. Es kann zu Frieren oder **Schwitzen** kommen, der **Puls** wird schwächer und der **Blutdruck** nimmt ab. Manchmal treten

Anregungen für den Unterricht

auch Verwirrheitszustände auf und die **Wahrnehmungsfähigkeit** ist stark eingeschränkt. Auch Angstzustände und **Unruhe** sind typische Phänomene in dieser letzten Phase.

Nun muss sehr verantwortungsvoll seitens der Ärzte und Angehörigen entschieden werden, welche **Maßnahmen** im Sinne des Patienten noch gewünscht und noch sinnvoll sind und welche Medikamente noch gegeben werden sollen. Es ist wichtig, dass das **Palliativteam** rund um die Uhr erreichbar ist und dem **Sterbenden** und den Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite stehen kann. Was der Sterbende jetzt unbedingt benötigt, ist menschlicher **Beistand**, liebevolle **Fürsorge** und die **Gewissheit**, nicht alleine gelassen zu werden. Oft funktioniert das **Gehör** noch sehr gut bis zum Schluss. Und auch, wenn der Patient vielleicht nicht mehr in Form einer gesprochenen **Antwort** reagieren kann, wird es ihm gut tun, vertraute **Stimmen** und positive **Worte** zu hören. Gleiches gilt für **Hautkontakt** und Berührungen wie das Halten der **Hand**.

Auch wenn in einem Haus gerade gestorben wird, so wird zum gleichen **Zeitpunkt** dort auch gelebt! Das heißt für die Angehörigen, dass nicht alles mit **Trauermiene** stattfinden muss, sondern dass weiterhin geredet, gelacht, gestritten, geweint und sich gefreut werden darf. Das endgültige **Finale** des Lebens ist schließlich der Tod, der endgültige **Verlust** sämtlicher Lebensfunktionen. Mit dem Tod wird das Leben letztgültig be- und vollendet. Die vorangehende Zeit des Sterbens kann weitestgehend gut und friedlich verlaufen, Sterben kann aber auch schwer, schmerzhaft und mühsam sein. Wie der eigene **Weg** aussehen wird, kann kein gesunder, noch nicht direkt betroffener Mensch vorausahnen.

Quellen für diesen Text:

1. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 108/7 2011, S. 346-348, abrufbar unter:
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf
2. Thöns, Matthias; Sitte, Thomas: Repetitorium Palliativmedizin. Springer-Verlag Heidelberg. 2. Auflage 2016.
3. Sitte, Thomas: Vorsorge und Begleitung für das Lebensende. Springer-Verlag Heidelberg 2015.

2.5 Vom Niedergang einer Kultur¹ - von Norbert Blüm

Ich kenne viele Tote. Den Tod kenne ich nicht. Niemand, der lebt, kennt ihn. Auch die moderne Gesellschaft verdrängt den Tod aus dem Gedächtnis, hält Krankheit lediglich für einen zu reparierenden Störfall und organisiert Gesellschaft als Spielfeld der Lustmaximierung. Der Playboy ist der neue Heilige. In einer solchen Gesellschaft muss Leid auf jeden Fall und unter allen Umständen vermieden, notfalls auch versteckt werden. Und so bemühen wir uns krampfhaft, den Tod aus dem Leben zu drängen.

Sterbende werden ins Krankenhaus ausgelagert und auf Intensivstationen zwischen Drähten und Schläuchen isoliert. Die Intensivstation und das einsame Krankenhaus-Sterbezimmer sind die bevorzugten Orte für Todesstunden. In den erbärmlichsten Hütten lateinamerikanischer Armenviertel, in den Blechbaracken Südostasiens habe ich niemanden so geschäftsmäßig einsam sterben sehen wie in den Technologiezentren westlicher Gesundheitsindustrien. Das Verlangen nach dem unsterblichen Leben treibt die Medizin in einen heillosen Wettkampf mit dem Tod. Die moderne Medizin feiert erstaunliche Triumphe. Tote werden reanimiert. Todkranke gerettet. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich hierzulande innerhalb von 100 Jahren fast verdoppelt. Wer wollte die Triumphe der Medizin bestreiten?

Die Steigerung der Lebenserwartung ist jedoch noch kein Sieg über den Tod. Sie ist lediglich Spielverlängerung. Aber auch die Nachspielzeit hat ein Ende, so wie jedes hinausgeschobene Ende auch ein Ende ist. Vielleicht gelingt es den Gen-Manipulateuren sogar noch, das sterbliche Leben in ein unsterbliches zu verwandeln. Der Tod ist das Finale des Lebens. Ohne Tod verliert das Leben Sinn, und ohne Lebenssinn wird der Tod belanglos.

„Gretel, es war alles gut“, waren die letzten von der Anstrengung ums Atemholen unterbrochenen Worte meines Vaters zu meiner an seinem Kopfende kauernenden Mutter. Auf ihrem eigenen Sterbebett fragte meine Mutter den etwas ratlosen alten Pfarrer: „Herr Pfarrer, ist Sterben schwer?“ Wahrheitsgemäß antwortete dieser: „Frau Blüm, ich weiß es doch auch nicht. Ich hab's doch auch noch nicht gemacht“, und fügte nach einer Pause hinzu: Aber wenn man so fromm ist wie Sie, muss es doch leichter sein.“ „Na gut“, antwortete sie, „dann will ich's mal probieren.“

1. Lest den Text und fasst die Hauptaussage in 4 - 5 Sätzen zusammen.
2. Was meint Norbert Blüm mit seiner Aussage „Der Playboy ist der neue Heilige“?
3. Was ist mit „geschäftsmäßig einsamem Sterben“ gemeint?
4. Beschreibt den Wettkampf mit dem Tod.
5. Seid Ihr der gleichen Meinung wie Norbert Blüm, wenn er schreibt „Ohne Tod verliert das Leben Sinn“?
6. Erläutert, weshalb der Pfarrer denkt, dass Frommen das Sterben leichter fallen könnte (letzter Abschnitt des Textes).
7. Beschreibt, wie Ihr Euch Euer eigenes Sterben wünscht.

¹ Artikel erschienen in: Zeitschrift „Cicero“, Ausgabe November 2004, Text gekürzt und leicht abgeändert

Kapitel 3

Zuordnung der Begriffe

3.1 Anmerkungen zu den Texten „Sterbehilfe“ – didaktische Kurzkommentare

Arbeitsblatt „Was ist Sterbehilfe“ (Lösungshinweise vorhanden)	Zielt darauf ab, die wesentlichen Begriffe in der Diskussion einzuführen und voneinander zu unterscheiden. Sensibilisiert für die Problematik des Begriffes „Sterbehilfe“, sowie „Selbstmord“, da über Sprache bewusst oder unbewusst Werthaltungen vermittelt werden.
Arbeitsblätter „Tötung auf Verlangen“ (Lösungshinweise vorhanden)	Stellen die Rechtslage zur Tötung auf Verlangen in den Niederlanden allgemein dar und problematisieren die Spezialfälle TAV bei psychiatrischer Erkrankung und bei Minderjährigen. Die SuS unterziehen die Kriterien einer eigenen Überprüfung, setzen sich mit dem PRO und CONTRA der TAV auseinander und sollen zu einer reflektierten, eigenen Haltung kommen, über die im Klassenverband diskutiert wird.
Arbeitsblatt „Rechtslage der Maßnahmen am Lebensende“ (Lösungshinweise vorhanden)	Gibt eine Übersicht, wie die unterschiedlichen Arten von „Sterbehilfe“ rechtlich in Europa geregelt sind. Kann zur Ergebnissicherung in der Tabelle festgehalten und im Rahmen einer Lernkontrolle als Spiel in Gruppen mit bis zu 3-4 Personen mit Europakarte und Halmakegeln (von der Lehrkraft separat zu besorgen) abgefragt werden.
Arbeitsblatt „Unterschiedliche religiöse Standpunkte“ (Lösungshinweise vorhanden)	Stellt die Sicht auf das Thema „Sterbehilfe“ aus Perspektive des Islam, des Christentums, sowie des Judentums dar. Die SuS erarbeiten Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Ansichten und reflektieren ihren eigenen Standpunkt.
Allgemein	Es ist sinnvoll, im Rahmen dieser Einheit mit dem „Glossar für die Diskussion zur Suizidassistentz“ der Deutschen PalliativStiftung (dort erhältlich bzw. als Download verfügbar) zu arbeiten, da dieses Glossar auf einer DIN A4-Seite alle relevanten Begriffe im Zusammenhang mit dem Thema „Sterbehilfe“ anschaulich darstellt.

3.2 Was ist „Sterbehilfe“?

In der gesellschaftlichen Diskussion werden unter „Sterbehilfe“ sehr unterschiedliche Formen der Lebensverkürzung verstanden. Versucht, die Begriffe und Erklärungen richtig zuzuordnen:

Indirekte Sterbehilfe

Beendigung oder Nicht-Beginn lebensverlängernder Maßnahmen wie z. B. künstliche Ernährung oder Beatmung (auch: Sterbenzulassen).

Suizidassistenz

Aktiver Eingriff in den Lebensprozess auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, um ein Leben zu beenden.

Passive Sterbehilfe

Beihilfe zur Selbsttötung: Man unterstützt einen entscheidungsfähigen Menschen dabei, sich selbst das Leben zu nehmen.

Tötung auf Verlangen

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

Frage:

1. Beschreibt den entscheidenden Unterschied zwischen „Tötung auf Verlangen“ und anderen Varianten der Sterbehilfe.



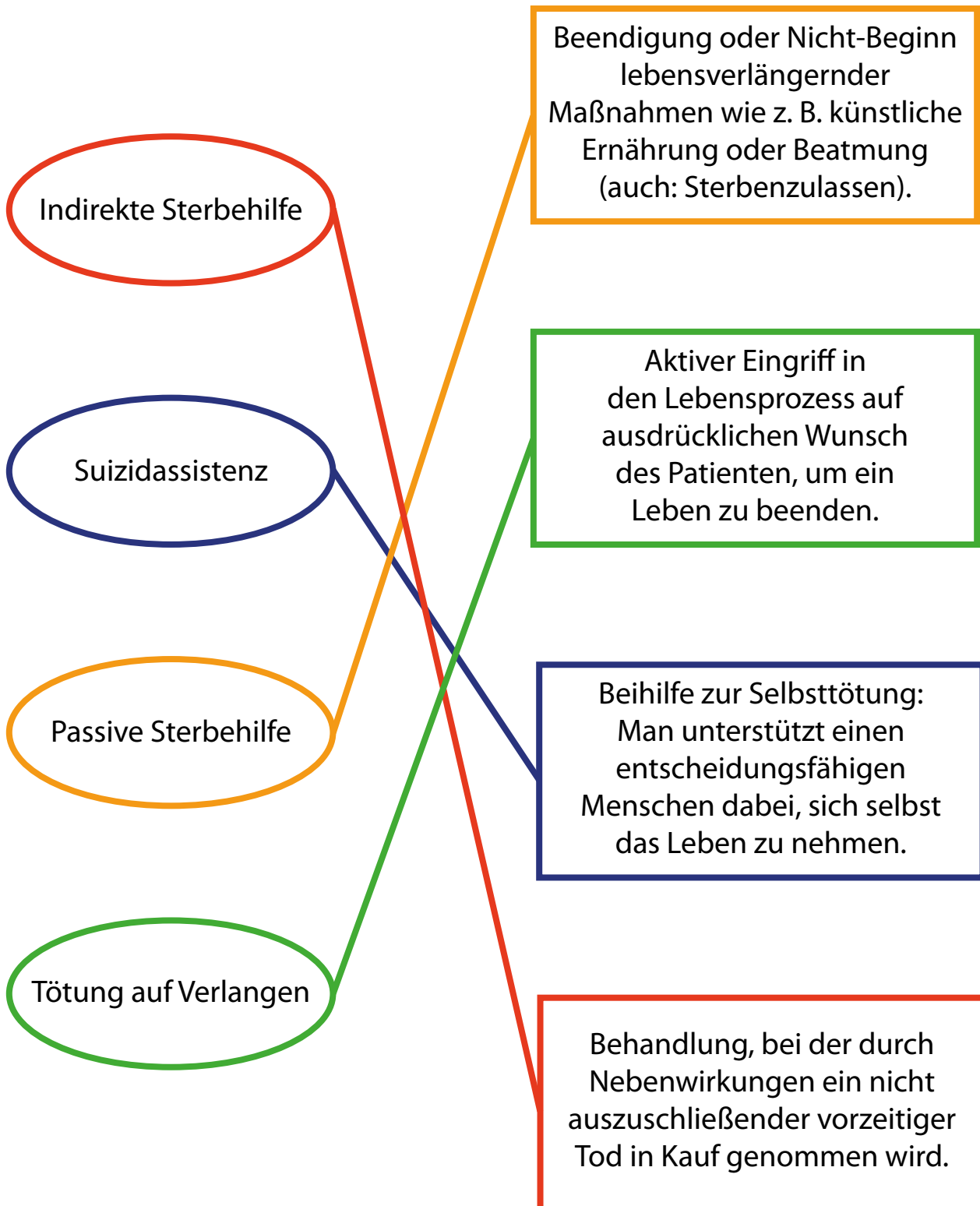
Denkanstoß: Grundsätzlich ist der Begriff „Sterbehilfe“ problematisch! Auch die Person, die bei einem Sterbenden am Bett sitzt und dessen Hand hält, leistet eine „Hilfe zum Sterben“ in Form von Sterbebegleitung. Es gibt weitere problematische Begriffe in dieser Debatte. So sind auch die Worte „Selbstmord“ und „Freitod“ als Varianten für den Begriff „Selbsttötung“ ungünstig gewählt.

A. Recherchiert im „Glossar“ der Deutschen PalliativStiftung, weshalb die Begriffe „Selbstmord“ und „Freitod“ besser durch den Begriff „Selbsttötung“ ersetzt werden sollten.

B. Überlegt, ob Ihr in Eurem eigenen Sprachgebrauch zukünftig das Wort „Selbstmord“ vermeiden wollt. Warum/warum nicht?

3.2.1 Was ist „Sterbehilfe“? (Lösungshinweise)

In der gesellschaftlichen Diskussion werden unter „Sterbehilfe“ sehr unterschiedliche Formen der Lebensverkürzung verstanden. Versucht, die Begriffe und Erklärungen richtig zuzuordnen:



Arbeitsaufträge:

1. Beschreibt den entscheidenden Unterschied zwischen „Tötung auf Verlangen“ und anderen Varianten der Sterbehilfe.

Musterlösung: Tötung auf Verlangen beschreibt eine Variante der Sterbehilfe, bei der das Leben **aktiv** von Seiten eines Dritten beendet wird, z. B. durch das Geben einer Injektion. Der Eingriff findet also **von außen** statt.

Bei der Suizidassistentz liegt die **Tatherrschaft** beim Patienten selbst. Er bekommt die Mittel bereitgestellt, beim eigentlichen Geschehen (z. B. Trinken eines „Medikamentencocktails“) ist er aber selbst verantwortlich und selbst handelnd.

Bei der passiven Sterbehilfe **unterlässt** man bestimmte lebensverlängernde Maßnahmen, beschleunigt den Tod aber nicht künstlich, sondern lässt durch das Unterlassen der Maßnahme(n) das Sterben zu. Auch das Abschalten eines Beatmungsgerätes, was auf den ersten Blick als „aktive“ Tat erscheint, zählt zur passiven Sterbehilfe, denn es ist ja so, dass man eine künstliche Lebensverlängerung nicht weiterführt. Bei der indirekten Sterbehilfe geht es gar nicht um Lebensverkürzung, sondern um **Schmerzlinderung** und **Symptomkontrolle**. Man nimmt lediglich in Kauf, dass der Patient schneller sterben könnte, wenn dies durch eine unerwünschte Wirkung der Behandlung der Fall sein sollte.

Fazit: Die Tötung auf Verlangen/aktive Sterbehilfe ist die einzige Form, in der **von außen, aktiv und gezielt** ein Leben beendet wird. Es ist die schärfste Form der Sterbehilfe und ist aus diesem Grund auch in fast allen Ländern der Welt verboten.

A. Recherchiert im „Glossar“ der Deutschen PalliativStiftung, weshalb die Begriffe „Selbstmord“ und „Freitod“ besser durch den Begriff „Selbsttötung“ ersetzt werden sollten.

Musterlösung: siehe Glossar der DPS

B. Überlegt, ob Ihr in Eurem eigenen Sprachgebrauch zukünftig das Wort „Selbstmord“ vermeiden wollt. Warum/warum nicht?

Musterlösung: Schülerindividuelle Antworten

3.3 Tötung auf Verlangen – die Rechtslage

Eine Tötung auf Verlangen ist in Deutschland strafbar (§ 216 StGB). Das gleiche, absolute Verbot gilt auch in der Schweiz (dort § 113 StGB der Schweiz analog Totschlag) und lediglich in Belgien, den Niederlanden und Luxemburg („Benelux“-Staaten), ist es zwar verboten, unter bestimmten Bedingungen jedoch straffrei und damit erlaubt. Diese Euthanasie (= griechisch für „schöner Tod“) wird dort von Ärzten mit Medikamenteninjektionen in einem offiziellen Umfang praktiziert, der auf die Bevölkerung Deutschlands hochgerechnet gut 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche.

Quelle: vgl. http://scidok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2016/6462/pdf/Dissertation_Thomas_Sitte.docx.pdf, S. 18

Damit der tötende Arzt straffrei dem schriftlich niedergelegten oder mündlich ausgesprochenem Wunsch nach Sterbehilfe entsprechen darf, muss er gemäß den nachfolgenden Sorgfaltskriterien handeln:

1. Er muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.
2. Er muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung besteht und der Patient unerträglich leidet.
3. Er muss den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben.
4. Er muss mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt.
5. Er muss mindestens einen anderen, unabhängigen Kollegen (= Konsiliararzt) zu Rate ziehen, welcher den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der Punkte 1. bis 4. Stellung nimmt.
6. Er muss die Tötung oder die Hilfe zur Selbsttötung fachgerecht durchführen.

Arzt und Leichenbeschauer melden die Tötung an eine regionale Kontrollkommission, der auch die Erklärung des unabhängigen Konsiliararztes zugeht. Die Kontrollkommission muss jede einzelne Tötung auf Einhaltung der Sorgfaltskriterien überprüfen. Gelangt sie zu der Überzeugung, dass der Arzt sorgfältig gehandelt hat, greift der Strafausschließungsgrund und der Arzt wird nicht strafrechtlich verfolgt. Der Kontrollkommission gehören sechs Mitglieder, hierunter mindestens ein Arzt, ein Jurist und ein Ethiker an. Kein Arzt ist in Holland verpflichtet, aktive Sterbehilfe durchzuführen. Medizinische Hilfskräfte dürfen selber keine Tötungshandlungen durchführen und sind ebenfalls nicht verpflichtet, an einer Tötungshandlung mitzuwirken. Entgegen den Erwartungen haben sich seit der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Holland die Anzahl der Tötungen nicht stabilisiert, sondern sie sind in den letzten Jahren (2002 bis 2017) kontinuierlich angestiegen.

http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-Holland.html
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62197>

Arbeitsaufträge

1. Tötung auf Verlangen wird in den Benelux-Staaten als Euthanasie (= „schöner Tod“) bezeichnet.
 - a) Überlegt, ob Ihr den Begriff „schöner Tod“ im Zusammenhang mit Tötung auf Verlangen passend findet.
 - b) Tauscht Euch darüber aus, was Ihr Euch unter einem „schönen Tod“ vorstellt.
2. Geht noch einmal genau die Sorgfaltskriterien für die Tötung auf Verlangen durch.
 - a) Welches Kriterium findet Ihr am Wichtigsten?
 - b) Welches Kriterium findet Ihr am schwierigsten zu erfüllen bzw. zu überprüfen?
 - c) Würdet Ihr ein weiteres Kriterium zu den bestehenden hinzufügen?
3. Welche Unlogik ergibt sich aus der Tatsache, dass die Tötung erst nach ihrem Vollzug von der Kontrollkommission überprüft wird?
4. Überlegt Gründe, weshalb die Tötung auf Verlangen in den Benelux-Staaten von immer mehr Menschen in Anspruch genommen wird.
5. Nehmt begründet Stellung, ob Ihr als Arzt/Ärztin eine Tötung auf Verlangen durchführen würdet.

3.3.1 Tötung auf Verlangen – die Rechtslage (Lösungshinweise)

1. Tötung auf Verlangen wird in den Benelux-Staaten als Euthanasie (= „schöner Tod“) bezeichnet.
 - a) Überlegt, ob Ihr den Begriff „schöner Tod“ im Zusammenhang mit Tötung auf Verlangen passend findet.
 - b) Tauscht Euch darüber aus, was Ihr Euch unter einem „schönen Tod“ vorstellt.

Musterlösung: *Schülerindividuelle Antworten*

2. Geht noch einmal genau die Sorgfaltskriterien für die Tötung auf Verlangen durch.
 - a) Welches Kriterium findet Ihr am Wichtigsten?
 - b) Welches Kriterium findet Ihr am schwierigsten zu erfüllen bzw. zu überprüfen?
 - c) Würdet Ihr ein weiteres Kriterium zu den bestehenden hinzufügen?

Musterlösung: *Schülerindividuelle Antworten*

3. Welche Unlogik ergibt sich aus der Tatsache, dass die Tötung erst nach ihrem Vollzug von der Kontrollkommission überprüft wird?

Musterlösung: *Unlogik: Wenn die Kommission Unregelmäßigkeiten feststellt, ist die Tötung bereits vollzogen. Sie kann nicht mehr rückgängig gemacht werden, da der Patient bereits gestorben ist – d. h. der Patient hat im Prinzip nichts mehr davon, dass sein Fall im Nachhinein analysiert wird.*

4. Überlegt Gründe, weshalb die Tötung auf Verlangen in den Benelux-Staaten von immer mehr Menschen in Anspruch genommen wird.

Musterlösung:

- a. Durch die „Etablierung“ und gesetzliche Legitimierung dieser Form der Lebensbeendigung fallen möglicherweise Hemmungen und moralische



Anregungen für den Unterricht

Skrupel, diese in Anspruch zu nehmen („Dammbruchargument“).

b. Demografischer Wandel: Immer mehr ältere Menschen, immer mehr (altersbedingte) Krankheiten und Krebserkrankungen.

c. Abnehmende innerfamiliäre Betreuungsstrukturen für alte/ranke Menschen.

d. Immer stärkere Tendenz nach individueller Autonomie in westlichen Industriegesellschaften nach dem Motto: „Mein Lebensende gehört mir!“

e. Wunsch nach umfassender Kontrolle und „Planung“ des Lebens von Geburt bis Tod.

f. Allgemein liberale Haltung in den Benelux-Staaten, wenn es um Fragen der Selbstbestimmung am Lebensbeginn (Abtreibungsregelungen, Stammzellenforschung) und am Lebensende (Sterbehilfe) geht. Auch einhergehend mit immer stärkerer Säkularisierung, abnehmender kirchlicher Bindung und abnehmendem Einfluss der christlichen Kirchen im gesamtgesellschaftlichen Kontext (Gegenbeispiel dazu: Polen/Irland). Merke: Diejenigen Länder mit strengen Regelungen für einen Schwangerschaftsabbruch haben auch tendenziell strengere Regelungen beim Thema „Sterbehilfe“.

5. Nehmt begründet Stellung, ob Ihr als Arzt/Ärztin eine Tötung auf Verlangen durchführen würdet.

Musterlösung: *Schülerindividuelle Antworten*

3.3.2 Tötung auf Verlangen – PRO und CONTRA (Lösungshinweise)

Kein separates Arbeitsblatt dazu, da nur eine einzige Aufgabenstellung:

Informiert Euch mit Hilfe des Glossars der Deutschen PalliativStiftung, was man unter „Tötung auf Verlangen“ (oft auch als „Aktive Sterbehilfe“ bezeichnet) versteht. Sammelt danach PRO und CONTRA Argumente für diese Form der aktiven Lebensverkürzung.

Lösungshinweise:

vielfältige im Internet, z. B. auf Seiten wie <http://www.schulstoff.net/sterbehilfe~pro~contra~argumente~ethik-59.htm> oder auch www.rpi-virtuell.net

PRO: Was spricht FÜR eine Tötung auf Verlangen

- *Schweres Leid kann beendet werden*
- *Die heutige Medizin hat die Möglichkeiten, einen schnellen Tod zu ermöglichen*
- *Der Mensch kann selbst entscheiden, wann er sterben will*
- *Das Recht auf Selbstbestimmung kann verwirklicht werden*
- *Man kann sich von seinen Angehörigen verabschieden*
- *Man kann den eigenen Tod „planen“ und Vorkehrungen treffen*
- *Es spart Kosten für eine lange Behandlung und Pflege*
- *Die Krankenkassen werden entlastet*
- *Die Angehörigen müssen das Leid des Patienten nicht mehr aushalten*
- *Es erspart gefährliche und würdelose Suizidversuche*
- *Der Tod kann mit Hilfe von Ärzten (also Fachleuten) „sachgerecht“ herbeigeführt werden*
- *Durch die Einhaltung strenger Regeln und Kriterien kann Missbrauch verhindert werden*
- *„Christliche“ Wertvorstellungen über den unbedingten Schutz des Lebens sollten in einer liberalen Gesellschaft nicht allen Menschen „übergestülpt“ werden*

CONTRA: Was spricht GEGEN eine Tötung auf Verlangen

- *Schweres Leid kann heutzutage durch Palliativversorgung gut gelindert werden*
- *Keine Diagnose ist vollkommen sicher – vielleicht kann sich die gesundheitliche Situation noch wenden*
- *Die Entscheidung ist endgültig und nicht revidierbar*
- *Auch bei „sachgerechter“ Durchführung kann es zu Komplikationen kommen*
- *Nicht alles, was medizinisch „machbar“ ist, sollte auch gemacht werden*
- *Das Leben ist ein Geschenk, man sollte es nicht eigenständig und „vor der Zeit“ beenden*
- *Sterben ist ein natürlicher Prozess, der so wenig wie möglich von außen beeinflusst werden sollte*
- *Belastend für die Angehörigen*
- *Alte, Kranke und Sterbende gehören zur Gesellschaft dazu, sie sollten nicht „beseitigt“ werden*
- *Immer weniger Menschen wären bereit, Sterben als Teil des Lebens zu akzeptieren*
- *Der moralische Druck auf Todkranke, ihrem Leben ein Ende zu setzen, könnte zunehmen*
- *Freiheit und Selbstbestimmung des Menschen haben auch ihre Grenzen, wenn es um existenzielle Dinge geht (geboren werden, geliebt werden, sterben)*
- *Es kann zu einem Gewissenskonflikt für die Ärzte kommen: Es ist nicht die Aufgabe eines Arztes, Leben bewusst zu beenden*
- *Eventuell lassen sich labile Menschen zu einem Sterbewunsch hinreißen (z. B. auch befördert durch mediale Inszenierungen)*
- *Ungute Assoziationen zur Zeit des Nationalsozialismus: Welches Leben ist „lebenswert“? Könnten dann als nächstes Schwerbehinderte „an der Reihe“ sein?*
- ...

3.3.3 Auswertung der PRO/CONTRA – Argumente

Nachdem Ihr unterschiedliche PRO/CONTRA Argumente in Bezug auf die Tötung auf Verlangen gesammelt habt, geht es im Folgenden darum, diese zu sichten, zu sortieren und zu bewerten, um sich schließlich eine eigene Meinung zu bilden.

Diese drei PRO-Argumente wiegen für mich persönlich am Schwersten:

1.

2.

3.

Diese drei CONTRA-Argumente wiegen für mich persönlich am Schwersten:

1.

2.

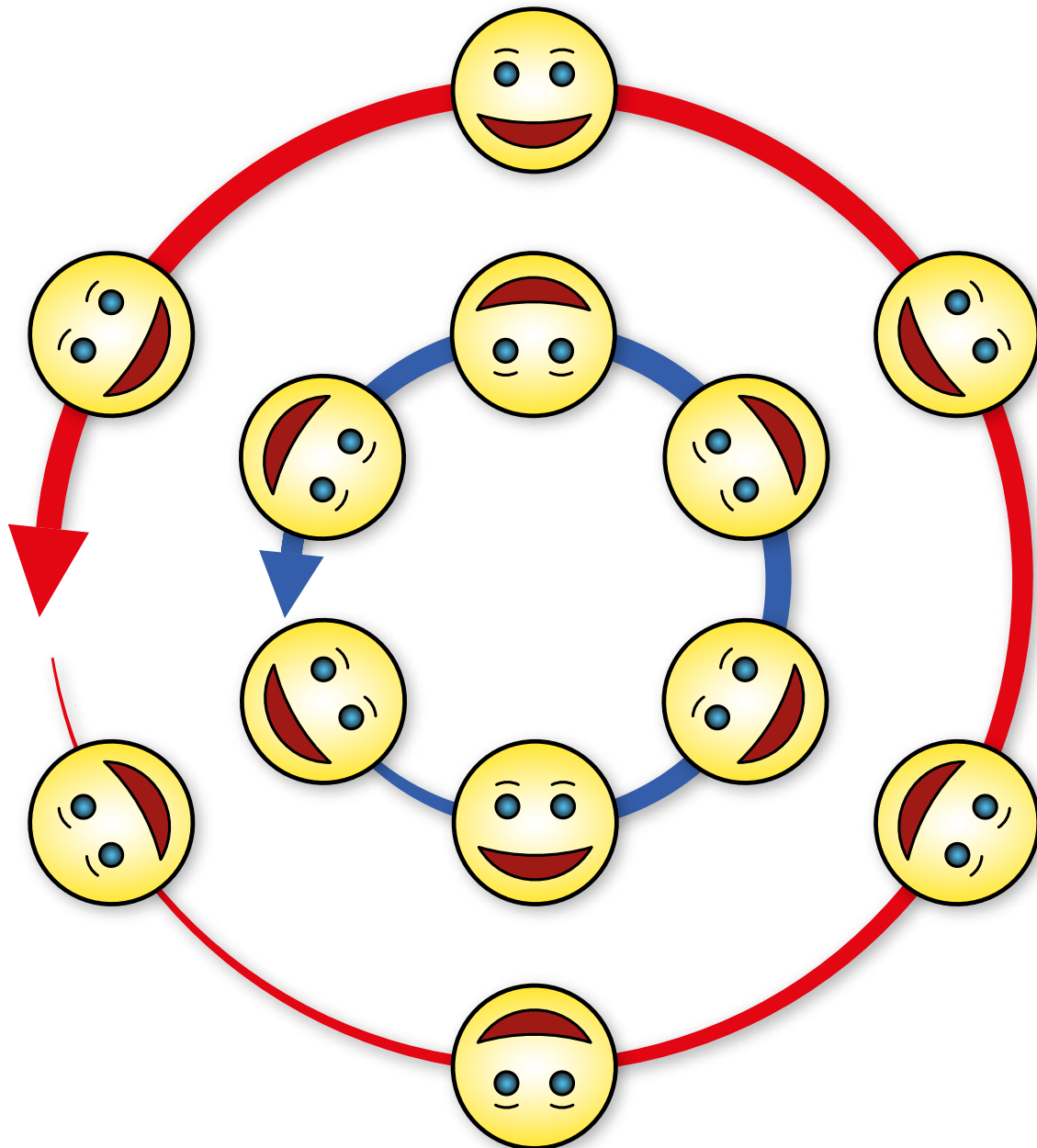
3.

Arbeitsauftrag (eventuell als Hausaufgabe):

Diese Meinung habe ich ganz persönlich zum Thema „Tötung auf Verlangen“

[illegible]

3.4 Austausch im Kugellager

**Kugellagergespräch:**

Meinungsaustausch: Meine/unsere Haltung zu Tötung auf Verlangen

Vorschlag: 3 x weiterrücken

Vorher überlegen, ob der innere oder der äußere Kreis rotiert.

3.5 Debatte in den Niederlanden

Sterbehilfe auch bei psychiatrischer Erkrankung?

Den Haag. Die Niederlande waren vor zwölf Jahren das erste Land der Welt, das die aktive ärztliche Sterbehilfe (= Tötung auf Verlangen) gesetzlich regelte. Doch nun schockt ein Fall von aktiver ärztlicher Sterbehilfe das Land: Eine 35-Jährige Niederländerin, die psychisch krank, körperlich aber völlig gesund war, starb mithilfe eines Arztes. Die 35-Jährige litt an einer Psychose (= schwere psychische Erkrankung). Obwohl sie körperlich völlig gesund war, wollte sie sterben. Doch ihr Hausarzt wollte ihr den Sterbewunsch nicht erfüllen. Er hielt die Frau für heilbar, war zugleich aber davon überzeugt, dass sie unerträglich leidet. (...) Er zog nicht einen, sondern drei weitere (Fach-)Ärzte hinzu, um mit den Kollegen den Fall der 35-jährigen Patientin zu besprechen und zu analysieren. Die anderen drei Ärzte waren und sind Mitglieder der Ärzteorganisation „Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland“ – Unterstützung und Beratung bei Euthanasie in den Niederlanden.“

Zwei der nun insgesamt vier Ärzte, die sich mit dem Fall und dem Sterbehilfeersuchen der psychisch kranken Frau befassten, kamen zu dem Schluss, dass die Krankheit der Frau unheilbar sei. Die beiden anderen Ärzte verneinten das. Unter ihnen war auch der Hausarzt, der die 35-Jährige schon lange behandelte. Er war nach wie vor überzeugt, seine Patientin könnte geheilt werden. Am 19.12.2012 wurde der Frau eine tödliche Injektion zugeführt. Der Hausarzt, der die psychisch kranke Frau von allen vier Ärzten, die sich mit dem Fall befassten, wohl am besten kannte, ging nun an die Öffentlichkeit. Er berichtete der Tageszeitung „Trouw“ von der in seinen Augen sehr fraglichen ärztlichen Sterbehilfe seines Kollegen – nachdem die zuständige „Euthanasie-Kommission“ zu dem Urteil gekommen war, es sei „sorgfältig“ gehandelt worden. (...)

Es ist der erste Fall dieser Art, seit es in den Niederlanden die gesetzliche Sterbehilferegulung für Ärzte gibt. Er ist besonders sensibel und speziell, weil bei psychisch kranken Personen nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind.

Quelle: <http://www.noz.de/deutschland-welt/vermishtes/artikel/442424/sterbehilfeauch-bei-psychischer-erkrankung>, gekürzt und an einigen Stellen sinnwährend abgeändert.

Arbeitsaufträge

- a. Erklärt ganz allgemein, welche Kriterien in den Niederlanden eingehalten werden müssen, damit eine Tötung auf Verlangen durchgeführt werden kann.
- b. Überlegt für den folgenden Fall, welche Rückfragen sich stellen bzw. welche Kriterien eventuell nicht korrekt eingehalten wurden.
- c. Überlegt ganz allgemein, aber auch mit Blick auf den gestellten Fall, was an Tötung auf Verlangen problematisch ist.

3.5.1 Debatte in den Niederlanden (Lösungshinweise)

Arbeitsaufträge

a. Erklärt ganz allgemein, welche Kriterien in den Niederlanden eingehalten werden müssen, damit eine Tötung auf Verlangen durchgeführt werden kann.

Musterlösung:

1. *Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.*
2. *Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung besteht und der Patient unerträglich leidet.*
3. *Der Arzt muss den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben.*
4. *Der Arzt muss mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt.*
5. *Der Arzt muss mindestens einen anderen, unabhängigen Kollegen (=Konsiliararzt) zu Rate ziehen, welcher den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der Punkte 1. bis 4. Stellung nimmt.*
6. *Der Arzt muss die Tötung oder die Hilfe zur Selbsttötung fachgerecht durchführen.*

b. Überlegt für den folgenden Fall, welche Rückfragen sich stellen bzw. welche Kriterien eventuell nicht korrekt eingehalten wurden.

Musterlösung/Gedankensammlung:

1. Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.

A:

- *Zur Freiwilligkeit gibt es keine Angaben, vielleicht hatte die junge Frau das Gefühl, ihrer Umwelt mit ihrer psychischen Erkrankung zur Last zu fallen und vielleicht war sie auch deprimiert, weil sie wahrscheinlich keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen konnte.*
- *Wie „frei“ bzw. „freiwillig“ kann jemand entscheiden, der so schwer psychisch erkrankt ist?*
- *Bei jedem Suizid sind „frei“ und „freiwillig“ philosophisch strittige Kriterien.*
- *Sie fühlte sich vielleicht überflüssig und hatte wenig Freunde.*
- *Stand die Patientin unter Medikamenten/Drogeneinfluss zum Zeitpunkt der Entscheidung?*
- *Die reife Überlegung könnte durch die psychische Erkrankung eingeschränkt gewesen sein.*

2. Der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung besteht und der Patient unerträglich leidet.

A:

- Auch bei psychischen Krankheiten kann es Aussicht auf Besserung geben und da die junge Frau körperlich gesund war, hätte sie gute Chancen gehabt, noch lange zu leben und von zukünftigen Medikamenten und Therapien zu profitieren.
- Daher ist es fraglich, ob es wirklich keine Aussicht auf Besserung (wenn schon nicht komplette Heilung) gab.
- Gibt es eine Vorschrift, dass ausgewiesene Experten für das jeweilige Leid zu beurteilen haben, ob bislang überhaupt angemessene Behandlungsversuche unternommen wurden?
- Könnte mit mehr – auch finanziellem Aufwand – und einer angemessenen psychosozialen Unterstützung das Leid noch gelindert werden?
- Es ist schwierig, von außen zu beurteilen, ab wann ein Leid „unerträglich“ ist. Woher konnte der Arzt wissen, dass es wirklich „unerträglich“ war und dies nicht nur eine „Momentaufnahme“ war?
- Welche Philosophie hat der Arzt der die Tötung durchführte? Welches Berufsverständnis? An welchen Kriterien macht er die „Unerträglichkeit“ eines Leidens fest? Reicht es ihm, dass die Patientin ihm dies gesagt hat? Immerhin war der Hausarzt der Meinung, die Frau könne geheilt werden.

3. Der Arzt muss den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben.

A:

- Ist dies wirklich umfangreich geschehen? Wie viel Zeit haben sich die Ärzte genommen?
- Vielleicht war die Aufklärung nicht genau genug auf die Situation der Frau zugeschnitten.
- Vielleicht war es dem Arzt, der die Tötung durchgeführt hat, auch nicht so wichtig, die Frau zu retten und er hat sich einfach in der Rolle gesehen, ihren Wunsch zu erfüllen und nicht mehr genau nachzufragen.
- Vielleicht wurde auch nicht genau geforscht in welchem Umfeld die Frau lebt, ob sie Familie oder Freunde hatte, die sie hätten unterstützen können.

4. Der Arzt muss mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt.

A:

- S. o.: Ist dies wirklich umfangreich geschehen? Wie viel Zeit haben sich die Ärzte genommen?
- Unklare Kriterien, was man unter eine „annehmbare“ Lösung versteht.
- Man weiß auch nicht, ob genau herausgearbeitet wurde, welche Vorstellungen die Patientin von dem Begriff „Annehmbarkeit“ hatte.
- Vielleicht hätte es für diese Patientin unkonventionelle oder kreative Wege der Problemlösung gegeben, auf die sie von selbst nicht gekommen ist. Es ist unklar, ob darüber mit ihr gesprochen wurde, ob sie den Mut hatte, sich auf neue Strategien der Problemlösung einzulassen.

5. Der Arzt muss mindestens einen anderen, unabhängigen Kollegen (= Konsiliararzt) zu Rate ziehen, welcher den Patienten untersucht und schriftlich zur Einhaltung der Punkte 1. bis 4. Stellung nimmt.

A:

- Wenn die Konsiliarärzte TAV befürworten, wie neutral sind sie in ihrer Einschätzung?
- Hätten andere Konsiliarärzte vielleicht einen anderen Blick auf die Sache gehabt und wären zu einer anderen Einschätzung gekommen?
- Nach welchen Kriterien werden die Konsiliarärzte ausgewählt?
- Wer setzt sich letztlich bei unklaren Entscheidungen durch, wer hat das letzte Wort?

6. Der Arzt muss die Tötung oder die Hilfe zur Selbsttötung fachgerecht durchführen.

A:

- Ob es fachgerecht war, lässt sich von außen nicht beurteilen. Im Ergebnis war die Tötung „erfolgreich“, denn die Frau lebt nicht mehr.

c. Überlegt ganz allgemein, aber auch mit Blick auf den gestellten Fall, was an Tötung auf Verlangen problematisch ist.

Musterlösung/Gedankensammlung:

- Es geht bei TAV um das höchste Gut überhaupt: Das Leben eines Menschen, das vorzeitig beendet werden soll.
- Wie genau werden Sterbewünsche geprüft, wie viel Mühe macht man sich bei der Suche nach Alternativen?
- Von welcher Ideologie/welchen Motiven werden Menschen, die TAV in Anspruch nehmen wollen und Ärzte, die bereit sind, diese durchzuführen, geleitet?
- Welche Außenwirkungen, welchen Effekt haben Fälle wie der der jungen Frau? Können sie dazu führen, dass Menschen mit ähnlichen Erkrankungen dadurch erst Recht „auf den Geschmack“ einer solchen Lösung kommen?
- Wo liegt die Rolle der Angehörigen? Wie geht es ihnen – auch langfristig damit – vor und nach einer Entscheidung für TAV.
- Es bleibt immer die Frage: Hätte es nicht doch eine Alternative gegeben?
- Hätte man den Menschen nicht doch retten können, zumal, wenn er wie im geschilderten Fall, keine körperliche Erkrankung hat. Mit dieser Frage muss man den Rest seines Lebens dann umgehen können. Evtl. Gewissensprobleme.
- Schließlich: TAV ist immer endgültig. Ist das Leben einmal beendet, sind jegliche Chancen und jegliche Hoffnungen, dass sich etwas bessern könnte, vertan.

3.6 Tötung auf Verlangen bei Minderjährigen

Die Lage in den Benelux-Staaten

Die Niederlande, Belgien und Luxemburg sind die bislang einzigen EU-Staaten, die auch Kindern und Jugendlichen das Recht auf aktive Sterbehilfe einräumen. In Luxemburg, das 2009 als drittes Land ein Sterbehilfegesetz erließ, ist dies mit Zustimmung der Eltern ab 16 möglich. In den Niederlanden erstreckt sich dieses Recht seit Inkrafttreten des entsprechenden Gesetzes im April 2002 auf Patienten im Alter zwischen zwölf und achtzehn Jahren. Die Voraussetzungen für das Ausbleiben einer Strafverfolgung des behandelnden Arztes sind hierbei zunächst die gleichen wie bei volljährigen Patienten. Diese Sorgfaltskriterien beinhalten, dass der Arzt

- a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- c) den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert hat,
- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befand, keine angemessene andere Lösung gab,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten a) bis d) bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und
- f) die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.

Zudem muss im Falle des Selbsttötungswunsches eines minderjährigen Patienten eine Einbeziehung der Eltern in verschiedenem Maße erfolgen: Wenn ein Patient im Alter zwischen sechzehn und achtzehn Jahren eine Bitte um Lebensbeendigung vorbringt, kann der Arzt dieser Bitte entsprechen, wenn die Eltern bzw. der Vormund in die Entscheidung einbezogen wurden. Bei Patienten zwischen zwölf und sechzehn Jahren ist hierzu das Einverständnis der Eltern bzw. des Vormunds erforderlich. Belgien ist seit der Gesetzesänderung im Februar 2014 der erste europäische Staat, der für aktive Sterbehilfe keine Altersgrenze mehr vorgibt. Die seit 2002 geltende Regelung, die eine aktive Sterbehilfe für Patienten ab 18 Jahren ermöglicht, wurde hierdurch auf alle Altersklassen ausgeweitet. Die neue Regelung ist jedoch an gewisse Voraussetzungen gebunden. Diese beinhalten die ausdrückliche Bitte des Kindes, die Zustimmung der Eltern, die medizinische Klassifizierung des Leidens des Patienten als „unerträglich“ sowie ein psychologisches Gutachten, das die volle Zurechnungs- und Urteilsfähigkeit des minderjährigen Patienten bestätigt. Darüber hinaus gelten die regulären Bestimmungen aktiver Sterbehilfe.

Quelle: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/sterbehilfe-fuer-minderjaehrige>, gekürzt

Anders als hierzulande, wo es bereits 13 stationäre und 147 ambulante Kinderhospiz-Angebote gibt, kennt Belgien bislang keine Versorgung von todkranken Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen wie Kinderhospizen. (...) Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) bezeichnete das neue belgische Gesetz (...) als „skandalös“ und als „Entscheidung gegen die

Schwächsten in der Gesellschaft“. Die Regelung widerspreche „jeglicher Vorstellung von Mitmenschlichkeit“, sagte DHPV-Geschäftsführer Benno Bolze.

Doch nicht nur hierzulande, auch in Belgien selbst stieß die Gesetzesnovelle auf Kritik. So machten nicht nur Vertreter der christlichen Kirchen Belgiens und anderer Religionsgemeinschaften, sondern auch zahlreiche Kinderärzte gegen den Vorschlag zur Ausweitung der aktiven Sterbehilfe mobil. Allerdings gibt es in ihren Reihen auch Befürworter. In einem offenen Brief hatten im November 2013 16 belgische Kinderärzte die legale Sterbehilfe für Minderjährige gefordert.

Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/155355>, gekürzt

Arbeitsaufträge:

1. Die Kriterien für eine Tötung auf Verlangen bei Kindern und Jugendlichen sind fast gleich mit denen bei Erwachsenen. Findet Ihr das passend?
2. Äußert ein Jugendlicher zwischen 16 und 18 Jahren den Wunsch nach Tötung auf Verlangen, so müssen die Eltern in diese Entscheidung einbezogen werden. Unabhängig der rechtlichen Seite: Was haltet Ihr von dieser Regelung?
3. Im zweiten Teil des Textes wird beschrieben, dass es in Belgien keine Kinderhospiz-Angebote gibt. In Deutschland gibt es solche Einrichtungen und auch ambulante Kinderhospizdienste. Informiert Euch darüber, was das Ziel dieser Einrichtungen/Initiativen ist und was dort für betroffene Kinder und Jugendliche getan wird.
4. Begründet, inwiefern Kinderhospize ein Alternativangebot zum Wunsch zur Tötung auf Verlangen bei Kindern und Jugendlichen darstellen können.
5. Entscheide persönlich, was Du von Tötung auf Verlangen bei Kindern und Jugendlichen hältst und begründe Deinen Standpunkt.



3.6.1 Tötung auf Verlangen bei Minderjährigen (Lösungshinweise)

Arbeitsaufträge:

1. Die Kriterien für eine Tötung auf Verlangen bei Kindern und Jugendlichen sind fast gleich mit denen bei Erwachsenen. Findet Ihr das passend?

Schülerindividuelle Antwort:

Möglicher Einwand: Inwiefern ist es ein Unterschied, ob ein Kind/Jugendlicher oder eine Person von bspw. 80 Jahren, mit „gelebtem Leben“ einen Wunsch nach TAV hat? Können Kinder/Jugendliche die Tragweite ihrer Entscheidung wirklich überblicken? Ist wirklich alles getan worden, um dem Kind/Jugendlichen zu helfen und eine Alternative anzubieten? Aus welcher Situation heraus entscheidet das Kind/der Jugendliche: Eine akute Krise/Schmerzsituation oder ist es wirklich eine lange gehegte Entscheidung? Fühlt sich das Kind/der Jugendliche vielleicht direkt/indirekt gedrängt dazu, weil es/er seiner Familie nicht zur Last fallen will bzw. weil es/er eine tiefe Trauer darüber hat, ein anderes Leben führen zu müssen als Gleichaltrige?

2. Äußert ein Jugendlicher zwischen 16 und 18 Jahren den Wunsch nach Tötung auf Verlangen, so müssen die Eltern in diese Entscheidung einbezogen werden. Unabhängig der rechtlichen Seite: Was haltet Ihr von dieser Regelung?

Schülerindividuelle Antwort:

Mögliche Gedanken: EINERSEITS ist es gut, wenn die Eltern noch Einfluss nehmen können, da das Kind/der Jugendliche noch minderjährig und somit noch nicht unabhängig und vielleicht auch nicht komplett alleine entscheidungsfähig ist. Die Eltern werden ein Leben lang die am direktesten betroffenen Personen sein (noch stärker als Geschwister, Freunde, Verwandte) und deshalb ist ihre Meinung einzubeziehen.

ANDERERSEITS: Kinder/Jugendliche mit schwerer Krankheit sind oft reifer als Gleichaltrige und sie sind diejenigen, die „gegen ihren Willen“ weiterleben müssen. Der Einbezug der Eltern kann zu moralischem Druck in beiden Richtungen führen: Sowohl „das kannst Du uns nicht antun, dass Du sterben willst, wir hängen an Dir“, als auch (meist indirekt) „wir können Dein Leiden nicht länger ertragen und es wäre besser, Du würdest von uns gehen.“

Möglicher Konflikt: Die Pubertät und das beginnende Erwachsenwerden geht einher mit einem Wunsch nach Autonomie, auch als todkranker Jugendlicher will man Dinge alleine entscheiden können und dürfen. Durch den Einbezug der Eltern wird man zurückgestuft auf die Ebene des Kindes, das kann erst Recht zu einer Rebellion i. S. v. „Wenn Ihr dagegen seid, bin ich erst recht dafür!“ führen. Entwicklungspsychologische Aspekte sind unbedingt zu beachten. Im Pubertätsalter erzeugt Druck in die ein oder andere Richtung meist Gegendruck.

Außerdem: Nicht jede Kind-Jugendlichen-Eltern-Beziehung ist durch Liebe, Vertrauen und Fürsorge geprägt. Von der Krankheit unabhängige Konflikte können in unguter Weise in die Entscheidung einfließen.

Weiterer Punkt: Die Eltern sind sicher nicht neutral als Ratgeber. Gerade bei schweren Entscheidungen tut es gut, sich mit Menschen zu beraten, die eine gewisse Distanz aufbringen können.

3. Im zweiten Teil des Textes wird beschrieben, dass es in Belgien keine Kinderhospiz-Angebote gibt. In Deutschland gibt es solche Einrichtungen und auch ambulante Kinderhospizdienste. Informiert Euch darüber, was das Ziel dieser Einrichtungen/Initiativen ist und was dort für betroffene Kinder und Jugendliche getan wird.

Diese Aufgabe eignet sich als Hausaufgabe oder für eine Internetrecherche zum Thema. Die wichtigsten Punkte sollen von den Schülern herausgeschrieben, ausgedruckt, gemarkert werden.

Empfehlenswerte Seiten:

- Deutscher Kinderhospizverein
 - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
 - Deutsche PalliativStiftung
 - Deutscher Hospiz- und Palliativverband
 - Palliativ-Portal
4. Begründet, inwiefern Kinderhospize ein Alternativangebot zum Wunsch zur Tötung auf Verlangen bei Kindern und Jugendlichen darstellen können.

Schülerindividuelle Antwort in Anlehnung an die Ergebnisse der Recherche bei Aufgabe 3.

5. Entscheide persönlich, was Du von Tötung auf Verlangen bei Kindern und Jugendlichen hältst und begründe Deinen Standpunkt.

Schülerindividuelle Antwort

3.7 Rechtslage der Maßnahmen am Lebensende in Europa – Übersicht

	Tötung auf Verlangen „Aktive Sterbehilfe“	Beihilfe zur Selbsttötung „Suizidassistent“	Behandlungsverzicht „Sterbenzulassen“ „Passive Sterbehilfe“	Therapie am Lebensende/ Symptomkontrolle „Indirekte Sterbehilfe“
Belgien				
Schweiz				
Deutschland				
Spanien				
Frankreich				
Großbritannien				
Irland				
Luxemburg				
Niederlande				
Polen				
Schweden				

Autor: Dr. Thomas Sitte, Quelle: http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/PDFs_2015/2015-08-10_PDF_1.1_Dissertation_Lebensverk%C3%BCrzung.docx.pdf, S. 23, gekürzt und sinnwährend geändert

Arbeitsauftrag: Recherchiert die aktuelle Rechtslage und vervollständigt die Tabelle.

3.7.1 Rechtslage der Maßnahmen am Lebensende in Europa – Übersicht (Lösungshinweise)

	Tötung auf Verlangen „Aktive Sterbehilfe“	Beihilfe zur Selbsttötung „Suizidassistentz“	Behandlungsverzicht „Sterbenzulassen“ „Passive Sterbehilfe“	Therapie am Lebensende/ Symptomkontrolle „Indirekte Sterbehilfe“
Belgien	Verboten. Unter Auflagen legal für Erwachsene (seit 2002) für Kinder (seit 2014)	Verboten. Unter Auflagen legal	Legal	Legal
Schweiz	Verboten	Verboten, erlaubt nur nach definierten Vorgaben	Legal	Legal
Deutschland	Verboten	Legal	Legal	Legal
Spanien	Verboten	Verboten	Rechtlich unklar	Legal, aber nur wenn sie medizinisch korrekt durchgeführt wird.
Frankreich	Verboten (gleichgesetzt mit fahrlässiger Tötung, bis zu 5 Jahre Haft)	Verboten	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.
Großbritannien	Verboten (gleichgesetzt mit Mord)	Verboten	Keine näheren Angaben	Legal
Irland	Verboten (bis zu 14 Jahren Haft)	Verboten (bis zu 14 Jahren Haft)	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.	Legal, aber nur wenn eine Schmerzlindeung das primäre Ziel ist.
Luxemburg	Verboten. Unter Auflagen legal für Erwachsene (seit 2009)	Verboten. Unter Auflagen legal	Legal	Legal
Niederlande	Verboten. Unter Auflagen legal für Erwachsene (seit 2002), für Kinder ab 12 Jahren	Verboten.	Legal, gilt als natürlicher Tod	Legal, gilt als natürlicher Tod
Polen	Verboten	Verboten	Verboten	Verboten
Schweden	Verboten	Verboten, legal nur wenn der Helfer Privatperson ist.	Legal	Legal, wenn eine Willensäußerung des Betroffenen oder gültige Patientenverfügung vorliegt.

Autor: Dr. Thomas Sitte, Quelle: http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/PDF/PDFs_2015/2015-08-10_PDF_1.1_Dissertation_Lebensverk%C3%BCrzung.docx.pdf, S. 23, gekürzt und sinnwährend geändert

3.7.2 Rechtslage der Maßnahmen am Lebensende in Europa – Europakarte

Aufgabe: Setzen der Spielfiguren/Halmakegel¹ auf der großen Europakarte für die einzelnen Maßnahmen:



Grün:

Legal bzw.
unter Auflagen
legal, (sonst
verboten)



Gelb:

Rechtlich unklar,
keine näheren
Angaben



Rot:

Verboten



¹ Für diese Einheit benötigen Sie rote, gelbe und grüne Halmakegel in ausreichender Anzahl, sowie Europakarten, die z. B. über die Bundeszentrale für politische Bildung kostenlos bestellbar sind.

3.8 „Sterbehilfe“: Unterschiedliche religiöse Standpunkte

Aus **islamischer Sicht** werden jede Art von Tötung auf Verlangen und von Beihilfe zur Selbsttötung für unheilbar schwerkranke Krebs-, Demenz- oder AIDS-Patienten abgelehnt. Dies gilt sowohl für den selbstbestimmenden Sterbenden als auch auf Verlangen eines Dritten (bei Ärzten und Angehörigen stellt sich auch die Frage, kommt dieser Wunsch nach Tötung auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten oder geschieht es aus Mitleid!). Bei schwerster Krankheit und/oder unheilbarer Erkrankung ist es gestattet, dass Angebote der Unterlassung und Verringerung der Behandlungsmaßnahmen (zum Beispiel bei Medikamenten, eingesetzten Geräten etc.) in Anspruch genommen werden; das entspricht der sogenannten „passiven Sterbehilfe“ oder besser dem „Sterben zulassen“. Der Patient darf also eine mögliche Behandlung, die nicht zur Heilung führt, unterlassen, und eine andere Maßnahme zur Linderung seiner Beschwerden und Symptome, die sog. „Palliativmedizin“ und „Palliative Care“, in Anspruch nehmen. Der Zentralrat der Muslime in Deutschland fordert und begrüßt deswegen die Weiterentwicklung und flächendeckende Verbreitung von Palliativmedizin und Palliative Care.

Aus **christlicher Sicht** werden die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zum Suizid ebenfalls abgelehnt. Wichtig ist es vor allem, einem Menschen in seinen schwachen Zeiten zu helfen und sich sowohl um seine körperlichen als auch um seine religiösen und emotionalen Bedürfnisse zu kümmern. Neben der menschlichen Zuwendung kann und soll vor allem Hilfe in Form von Schmerztherapien und Seelsorge gegeben werden. Dem christlichen Glauben und Menschenbild folgend ist es wichtig, dass ein Mensch in Würde sterben kann. Deshalb ist es auch erlaubt, schmerzlindernde Mittel zu verabreichen. Sowohl die katholische als auch die evangelische Kirche in Deutschland setzen sich dafür ein, dass Menschen an ihren Lebensende in Würde und palliativ gut versorgt sterben können. Der Ausbau palliativer und hospizlicher Versorgung ist den christlichen Kirchen ein zentrales Anliegen. Bei einzelnen Fragen zu konkreten Maßnahmen am Lebensende (wie z. B. freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit) können aber unterschiedliche Ansichten existieren.

Das Leben ist im **Judentum** heilig und sollte so weit es möglich ist geschützt und erhalten werden, weshalb auch die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zum Suizid im Judentum nicht befürwortet werden. Es ist wichtig, dass man einen pflegebedürftigen Menschen respektvoll behandelt, sich gut um ihn kümmert und ihn pflegt. Dies sollte vor allem zu Hause bei der Familie geschehen, jedoch gibt es auch Pflegeheime die in schwierigen Situationen genutzt werden können. Die Verabreichung von Schmerzmitteln, wodurch ein frühzeitiger Tod nicht auszuschließen ist, wird in einzelnen Fällen erlaubt, da auch das Lindern von schwerem Leid ein wichtiges jüdisches Gesetz ist. Der Präsident des Zentralrats der Juden, Dr. Josef Schuster, der auch Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer ist, erklärte dazu:

„Hilfe zur Selbsttötung darf nicht zum Regelangebot von Ärzten oder zur normalen Dienstleistung und damit zur Alternative der Sterbebegleitung werden.“ Er forderte einen Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. „Notwendig ist eine Hilfe beim Sterben und keine Hilfe zum Sterben.“ Dr. Schuster sprach sich gegen eine mögliche Liberalisierung aus: „Schwerkranke und alte Menschen dürfen durch eine so entstehende Angebotsstruktur nicht in den Suizid gedrängt werden.“

Internetquellen: www.kulturtrialog.de/sterbehilfe.html, www.islam.de, www.ekd.de, www.katholisch.de, www.zentralratderjuden.de
Literaturquellen: Sitte, Thomas (Hrsg.): Die Pflegetipps. Palliative Care mit Kommentaren aus muslimischer Sicht. Deutscher Palliativverlag: Fulda 2016.

Arbeitsaufträge:

1. Stellt die gemeinsamen Überzeugungen von Judentum, Christentum und Islam dar, wenn es um das Thema „Sterbehilfe“ geht.
2. Überlegt gemeinsam, weshalb die Übereinstimmungen bei diesem Thema in den drei Religionen so groß sind.
3. Findet eine eigene Position zur Frage nach „Sterbehilfe“: Welcher Haltung könnt Ihr am stärksten zustimmen? Begründet Eure Antwort.
4. Eine zunehmende Anzahl an Menschen in Deutschland sind keiner Kirche zugehörig und bezeichnen sich als konfessionslos. Recherchiert die Einstellungen und Haltungen dieser Gruppe(n) in Bezug auf das Thema „Sterbehilfe“.

3.8.1 „Sterbehilfe“: Unterschiedliche religiöse Standpunkte (Lösungshinweise)

Arbeitsaufträge:

1. Stellt die gemeinsamen Überzeugungen von Judentum, Christentum und Islam dar, wenn es um das Thema „Sterbehilfe“ geht.

Musterlösung

- *Ablehnung von TAV und Beihilfe zum Suizid.*
 - *Überzeugung: Leben ist von Gott geschenkt, soll nicht durch menschliche Hand beendet werden.*
 - *Betonung der Wichtigkeit von menschlichem/seelsorgerlichen/geistlichem Beistand. Kranken/Sterbenden soll respektvoll und hilfsbereit begegnet werden*
 - *Betonung der Wichtigkeit von Palliativversorgung.*
 - *Palliativversorgung/Hospizarbeit wird ausdrücklich begrüßt und gestattet.*
 - *Ablehnung von Maximaltherapie am Lebensende ist ebenfalls gestattet. Bei einzelnen Fragen kann es aber unterschiedliche Meinungen geben.*
2. Überlegt gemeinsam, weshalb die Übereinstimmungen bei diesem Thema in den drei Religionen so groß sind.

Musterlösung

- *Alle drei Religionen sind monotheistische Religionen (= Glauben an EINEN Gott), dieser Gott schenkt Leben und nimmt es wieder.*
 - *Alle drei Religionen haben die gleiche Wurzel (Adam und Eva als Ureltern der Menschen, Abraham als Stammvater, deshalb auch „abrahamitische“ Religionen). Das Leben wird als etwas Heiliges betrachtet, als Geschenk von Gott.*
 - *Das Judentum gilt als die Ursprungsreligion, aus der später das Christentum, noch später der Islam hervorgegangen sind. Auch wenn es vielfältige Unterschiede in den Religionen gibt, z. B. in der Frage, welche Rolle Jesus Christus spielt, sind die Gemeinsamkeiten in anderen zentralen Fragen häufig gleich, so auch, wenn es um „Sterbehilfe“ geht.*
 - *In Konsequenz heißt das, dass die drei Religionen in der Frage nach „Sterbehilfe“ und Palliativversorgung weitestgehend einer Meinung sind und hier gemeinsam etwas bewegen können.*
 - *Fakultative Frage zum Weiterdenken: Woher kommt es, dass sich Gläubige dieser drei Religionen trotz vieler Gemeinsamkeiten hassen und bekriegen? Liegt dies wirklich an der Religion selbst? Welche anderen Erklärungsmodelle gibt es hierfür?*
3. Findet eine eigene Position zur Frage nach „Sterbehilfe“: Welcher Haltung könnt Ihr am stärksten zustimmen? Begründet Eure Antwort.

Schülerindividuelle Antwort

4. Eine zunehmende Anzahl an Menschen in Deutschland sind keiner Kirche zugehörig und bezeichnen sich als konfessionslos. Recherchiert die Einstellungen und Haltungen dieser Gruppe(n) in Bezug auf das Thema „Sterbehilfe“.

Schülerindividuelle Antwort

3.9 Glossar

Glossar für die Diskussion zur SUIZIDASSISTENZ

Deutsche PalliativStiftung
01.11.2016 | www.palliativstiftung.de

Das Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zum Suizid wurde von Experten der PalliativStiftung im Rahmen der Abstimmung zur „Sterbehilfe“ im Deutschen Bundestag als Information für die Bundestagsabgeordneten erstellt und es wird laufend aktualisiert.

„Sterbehilfe“

Eine gesetzliche Differenzierung zwischen der erlaubten Form der **passiven Sterbehilfe** und der nicht erlaubten Form der **aktiven Sterbehilfe** gibt es bislang nicht (erster Ansatz zur Unterscheidung vom BGH 2010). Unklare Definitionen führen zu Fehlgebrauch. Aus hospizlich-palliativer Sicht ist dieser Begriff ein unangemessener Euphemismus und deswegen zu vermeiden. Deshalb in Anführungszeichen.

Patientenwille

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

Der Patientenwille ist für jeden Behandler verbindlich. Problem: Ohne schriftliche Verfügung ist dann der mutmaßliche Wille i. d. R. schwieriger herauszufinden.

Patientenverfügung

Schriftlich oder mündlich nach § 1901a BGB zulässig: Vorausgesetzt der Wille eines Menschen für den Fall, dass dieser seinen Willen zu gegebener Zeit nicht mehr äußern kann, wenn Entscheidungen, z.B. zu indizierten Therapien getroffen werden müssen (§1901a (1) BGB).

Mutmaßlicher Wille

Ist kein Patientenwille eruierbar, muss der mutmaßliche Wille herausgefunden werden, um eine dem – nun mutmaßlichen – Willen des Patienten entsprechende Entscheidung treffen zu können (§1901a (2) BGB).

Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen

Ärztliche Entscheidungen sind eingebettet in juristische, gesellschaftspolitische und ökonomisch normative Bedingungen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nur bei medizinisch und ärztlich indiziertem, kurativem Therapieziel und Einwilligung des Patienten. Es wird ein Behandlungsvorschlag erarbeitet. In der Palliation erlischt diese Verpflichtung.

Therapiezieländerung

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

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

Aktive „Sterbehilfe“ = Tötung auf Verlangen

Aktiver Eingriff in den Lebensprozess um ein Leben zu beenden.

Tötung auf Verlangen ist in Deutschland (auch in der Schweiz) strafbar (§ 216 StGB) und lediglich in den Benelux-Staaten, dort als Euthanasie bezeichnet, unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Euthanasie wird dort von Ärzten mit Medikamenteneinjektion in einem Umfang offiziell praktiziert, der für Deutschland etwa 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche.

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

Passive „Sterbehilfe“, besser: Sterbenzulassen

Medizinisch begleitetes Sterbenlassen sind Unterlassung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen wie künstliche Ernährung und Beatmung, Behandlung mit Antibiotika u. a. m. entsprechend dem Patientenwillen, wobei dem natürlichen Krankheits- oder Sterbeprozess seinen Lauf

gelassen wird. Passive Sterbehilfe ist geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht (wegweisendes BGH-Urteil aus 2010). In Deutschland ist passive Sterbehilfe erlaubt.

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

Indirekte „Sterbehilfe“

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

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

Suizid = Selbsttötung

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

Problem: Freitod (wirklich frei und selbstbestimmt?) oder Selbstmord (Mord = Verwerflichkeitsurteil) sind wertend und deswegen problematisch.

Suizidassistent = Beihilfe zur/Förderung der Selbsttötung

Beihilfe zum Suizid ist strafbar, da Selbsttötungsversuche in Deutschland strafbar sind. Dies gilt für alle Menschen jeder Berufsgruppe. Für Ärzte ist es standesrechtlich teilweise nicht zulässig, sie handeln dennoch strafbar, wenn sie Patienten in Einzelfällen Suizidassistenten leisten.

Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen rücken das Problem der **geschäftsmäßigen** (auf Wiederholung angelegten) Förderung der Beihilfe zur Selbsttötung ins Bewusstsein der Öffentlichkeit. Hier gibt es konträre Standpunkte:

1. Ablehnung jeglicher **geschäftsmäßigen Beihilfe**, also z.B. durch Einzelpersonen oder gemeinnützige Vereine, um die Hemmschwelle für einen Suizid so hoch wie möglich anzusetzen (in Deutschland durchgesetzt seit 03.12.2015 im § 217 StGB).

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

Problem 1: Extremschicksale mit Suizidassistenten als tatsächlich einzig denkbarer Lösung nicht völlig auszuschließen, aber mit exzellenter hospizlich-palliativer Versorgung extremste Einzelfälle.

Problem 2: Suizidassistenten als entlohnte Dienstleistung: Erforderliche Überwachung und Qualitätssicherung?

Sedierung

Beruhigung. Dabei erhält der Patient beruhigende Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, Betäubungsmittel) in einer ausreichenden Dosis, damit er ruhiger wird, leicht

schläft, aber erweck- und ansprechbar bleibt. Eine Sedierung kann bei krankhafter Angst und Unruhe nötig sein (siehe auch palliative Sedierung).

Palliative Sedierung

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

Bei **lege artis** durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle Sterben **nicht beschleunigt**. Die palliative Sedierung kann sehr kurz dauern oder viele Tage erforderlich sein.

Problem 1: vermeintliche Nähe zu aktiver „Sterbehilfe“

Problem 2: Missbrauchspotenzial.

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

Symptomkontrolle

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

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

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

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

Terminale Sedierung

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

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

Aktive Lebensverkürzung

Vorschlag als Sammelbegriff für **Tötung auf Verlangen** und **Suizidbeihilfe** um die Diskussion klarer zu gestalten.

Körperverletzung (am Lebensende)

Hier: Durchführung medizinisch indizierter Maßnahmen gegen den Patientenwillen (siehe dort). Durchführung nicht indizierter Maßnahmen und die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten. Es ist ein Problem der täglichen Praxis. Häufiges, grundsätzlich justiziables Delikt im Rahmen einer Futility („Vergeßlichkeit“, Fehl- oder Überversorgung) am Lebensende, wird in der Regel aber nicht verfolgt, weil es nicht angezeigt wird.

Problem: Behandlung gegen den Patientenwillen (Körperverletzung § 223 StGB).

Kapitel 4

Hospizarbeit und Palliativversorgung

4.1 Anmerkungen zu den Texten Hospizarbeit und Palliativversorgung – didaktische Kurzkommentare

Interview „Niemand muss verrecken.“	Der Palliativmediziner Dr. Thomas Sitte beschreibt, dass Beistand und Schmerzlinderung wirksame Mittel gegen den Wunsch nach TAV sind. In Gruppen kann das Interview mit verschiedenen Fragestellungen bearbeitet und im Klassenverband diskutiert werden.
Arbeitsblatt „Palliativversorgung“ (Lösungshinweise vorhanden)	Gibt einen kurzen Einblick in das Thema Hospizarbeit und Palliativversorgung, übergehend in vertiefende Fragestellungen, die in Einzel/Partner- oder Gruppenarbeit bearbeitet werden können. Besonders geeignet zur Beantwortung sind die Motivkarten, welche unterschiedliche Aspekte von palliative care beschreiben.
Fremdsprachliche Texte	Die Texte in englisch und französisch können im bilingualen und/oder fremdsprachlichen Unterricht eingesetzt werden. Hierzu gehört auch eine sogenannte „Löffelliste“: Bevor ich sterbe, möchte ich noch xyz erleben!
Lückenalternativtext mit Fragen „Die Hospizbewegung“ (Lösungshinweise vorhanden)	Gibt eine Übersicht über unterschiedliche Formen von Hospizarbeit mit Anregungen zur Weiterarbeit. In diesem Rahmen können auch Kontakte zu regionalen Hospizangeboten/Hospizgruppen geknüpft und ggf. externe Experten zu einer Fragerunde eingeladen werden!
Erfahrungsbericht vom Besuch in einem Hospiz	Beschreibt Erwartungen und Erfahrungen bezüglich des Besuchs im Hospiz „Arche Noah“ im hessischen Schmitten-Niederreifenberg.
Streitgespräch	In Form eines Streitgespräches werden unterschiedliche Aspekte der Diskussion beleuchtet. Der Arbeitsauftrag eignet sich eher für Oberstufenklassen und kann z.B. als Haus- oder Projektarbeit eingesetzt werden.
Allgemein	Da viele SuS sich unter Palliativversorgung und Hospizarbeit nur wenig vorstellen können, geht es in dieser Einheit darum, sie mit den wesentlichen Kerngedanken dieser Gebiete vertraut zu machen und zu verdeutlichen, dass es kein „zu Früh“ gibt, um sich mit derlei Fragen auseinanderzusetzen. Des weiteren gilt es aufzuzeigen, dass durch Palliativversorgung ein würdiges Lebensende möglich ist und dass es bei einer guten Symptomkontrolle nicht erforderlich ist, den Wunsch nach TAV zu äußern. Letztlich muss hier aber jede/r Schüler/in zu einem eigenen Urteil kommen. Dies kann jedoch nur sachlich fundiert und angemessen gefällt werden, wenn die maßgeblichen Alternativen bekannt und in Betracht gezogen worden sind.

4.2 Interview: „Niemand muss verrecken!“

Das Bundesverfassungsgericht könnte noch in diesem Jahr ein Gesetz kippen, das eine organisierte Sterbehilfe verbietet. Der Palliativmediziner Thomas Sitte warnt vor einer Liberalisierung. Er ist überzeugt: So gut wie jedes Leid kann gelindert werden. Wer für die Suizidbeihilfe wirbt, spielt mit der Angst der Menschen. Die Fragen stellte Anna Lutz
(...)

PRO: (...) „Mein Tod gehört mir!“ Was haben Sie gegen diese Haltung?

Thomas Sitte: Ich habe nichts gegen den Satz: „Mein Tod gehört mir!“, wenn man dieser Meinung ist. Ich finde aber: Der Staat soll sich nicht zu viel einmischen. Der Tod gehört jedem Einzelnen. Ich kann niemanden dazu zwingen, gesund zu leben. Ich kann niemanden dazu zwingen, sich behandeln zu lassen. Wenn ein Zeuge Jehovas keine Bluttransfusion möchte, dann ist das sein Recht. Ich würde auch den Suizid oder die Beihilfe dazu nicht komplett verbieten. Was die wenigsten wissen: Suizidbeihilfe ist in Deutschland sogar legal. Viele Medikamente, die zum Tod führen können, sind in Apotheken erhältlich. In Deutschland wird gezielt von bestimmten Kräften der Eindruck erweckt, alles sei verboten und man müsse in die Schweiz reisen. Das ist völliger Blödsinn.

Dennoch sind Sie gegen eine organisierte Suizidbeihilfe ...

Thomas Sitte: Wir müssen verhindern, dass Menschen sich den Entschluss, eine Selbsttötung zu begehen, zu leicht machen. Egal, in welche Länder Sie schauen, die Zahlen der sogenannten Brutalsuizide, also durch Erschießen oder Vergiften etwa, werden durch eine organisierte Beihilfe nicht geringer. Aber die Zahl der Selbsttötungen insgesamt nimmt zu.

Sie sprechen davon, dass eine Lobby gezielt Angst schüre, um eine Liberalisierung der Gesetze herbeizuführen. Was und wen meinen Sie damit?

Thomas Sitte: Es gibt da einerseits das sogenannte Right-to-Die-Movement, das gezielt Lobbyarbeit für das Thema macht. Andererseits gibt es Einzelpersonen, die eine geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unterstützen – oft einfach, weil sie schlecht informiert sind. Nehmen Sie Peter Hintze ...

... den an Krebs erkrankten und 2016 verstorbenen CDU-Politiker und evangelischen Pastor.

Thomas Sitte: Er sprach immer öffentlich vom Qualtod. Von einem stinkenden Tumor, der einem Patienten aus dem Hals wächst. Von unerträglichen, nicht behandelbaren Schmerzen und von grausamem Ersticken. Ich sage Ihnen: Nichts ist medizinisch leichter, als Atemnot zu lindern. Man muss nur wissen, wie man es macht. Schmerzen kann man sowieso in den Griff bekommen. 99,999 Prozent dieser ganzen genannten Fälle können wir so behandeln, dass das Leid erträglich wird. Nur leider fehlt in manchen Krankenhäusern das Handwerkszeug dafür und auch das Wissen. Und auch in der Bevölkerung: Über die Möglichkeiten der Palliativmedizin klärt niemand auf. Wenn alle wüssten, was wir echten Experten wissen, bräuhete es keine Debatte um Sterbehilfe. Aber die Realität ist: Im Jahr sterben in Deutschland 900.000 Menschen. Und ein großer Anteil von ihnen leidet massiv.

Und dann kommen Sie als Palliativmediziner und greifen ein?

Thomas Sitte: Hoffentlich. Vor nicht langer Zeit hatte ich einen Patienten, der kam zu mir ins Krankenhaus und wollte eigentlich nur eine Spritze haben, damit er sterben kann. Er hatte unerträgliche Schmerzen, seit Monaten zunehmend, und wurde in den letzten zwei Wochen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung behandelt. Und das sogar unter dem Label Palliativversorgung. Ich habe keine zehn Minuten gebraucht, da waren seine Schmerzen weg. Seine erste Frage war: Wieso haben die das denn nicht vorher gemacht? Sein Sterbewunsch verschwand dennoch nicht. Er hatte

einfach zu lange gelitten. Er hat Wasser und Nahrung verweigert – und ist einige Tage später dadurch gestorben. Ich kenne viele solcher Fälle und leider haben sie gemeinsam, dass ich viel zu spät dazugerufen wurde. Fälle wie dieser zeigen auch: Niemand muss verrecken.

Es fehlt offenbar nicht nur an Aufklärung, sondern auch an Fachpersonal in Krankenhäusern.

Thomas Sitte: Zum einen sorgt die Sterbehilfelobby dafür, dass auch Ärzte in Sorge sind: Es wird der Eindruck erweckt, wer am Ende des Lebens eines Patienten nicht vorsichtig ist, der macht sich wegen Sterbehilfe strafbar. Dabei zeigt das aktuelle Urteil vom Bundesgerichtshof, dass viel mehr beim Sterben Zulassen erlaubt ist, als die meisten wissen. Und: Das Wissen um die Möglichkeiten der Leidenslinderung ohne ein wesentliches Risiko der Lebensverkürzung ist noch nicht so lange vorhanden. Es dauert eben immer zwei bis drei Jahrzehnte, bis sich in der Ärzteschaft Methoden etabliert haben.

Was raten Sie Patienten oder Angehörigen von Patienten, die in einer solchen Situation sind?

Thomas Sitte: Sie sollen jemanden fragen, der sich auskennt. Und wenn dieser Experte sagt, man könne nichts tun, dann ist es wahrscheinlich jemand, der sich nicht gut auskennt. Gut informiert sind in der Regel die Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In Krankenhäusern ist der Zugang zu einer angemessenen Behandlung tendenziell schwieriger als zu Hause, weil da so viele verschiedene Ärzte und Pfleger beteiligt sind, auch wegen der Schichtwechsel.

Wieso weiß davon kaum jemand?

Thomas Sitte: Viele meiner Kollegen, die gut arbeiten, haben kein Interesse daran, auch noch Lobbyarbeit zu machen. Ich finde, da sollten diejenigen ins Feld kommen, die ein ethisches Interesse daran haben, dass das Thema bekannter wird. Die Kirchen zum Beispiel. Stellen Sie sich vor, in allen Kirchgemeinden lägen Informationen zur Palliativmedizin aus. Da könnte doch eine ziemlich große Anzahl von Menschen erreicht werden.

Wo Sie die Kirchen ansprechen ... auch in ihren Reihen gibt es Befürworter einer organisierten Suizidbeihilfe. Etwa Anne Schneider, die Ehefrau des ehemaligen Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, Nikolaus Schneider.

Thomas Sitte: Anne Schneider war in ihrem Urteil fehlgeleitet. Sie ist eine der vielen, die sich haben verunsichern lassen. Ich habe den Kontakt zu ihr gesucht, als sie ihre Meinung öffentlich machte, und sie hat selbst zugegeben, dass sie vieles nicht gewusst hat. Auch zu der Frage, was in Deutschland legal möglich ist und was nicht.

Der Suizid scheint für Sie ein nachvollziehbarer Ausweg aus Leid zu sein. Warum dann nicht einen Schritt weiter gehen und die Sterbenden von einem Experten begleiten lassen, der im Zweifel verhindern kann, dass etwas schiefgeht?

Thomas Sitte: Brutalsuizide und Suizidbeihilfe stehen in keinem Zusammenhang. Es erschießen oder vergiften sich nicht deshalb weniger Menschen, weil eine organisierte Sterbehilfe erlaubt ist. Das ist eine Lüge der Sterbehilfelobby. In der Schweiz gibt es viel mehr Suizide als in Deutschland. Die Menschen, die sich selbst das Leben nehmen, sind andere, als jene, die organisierte Sterbehilfe in Anspruch nehmen. Es ist wirklich erschreckend: In Ländern, die organisierte Suizidbeihilfe einführen, steigen sogar auch die Zahlen der Brutalsuizide. Und: Suizide bei Palliativpatienten sind extrem selten – viel seltener als in der Normalbevölkerung. Dabei hätten sie, wenn sie sich wirklich etwas antun wollten, genug Medikamente dazu zur Verfügung.

Kann das nicht zu noch größerem Leid führen, wenn derjenige das Mittel falsch anwendet?

Thomas Sitte: Da sind wir an einem spannenden Punkt: Todsicher ist die Sache nämlich nur dann,

wenn ein anderer Sie tötet! Suizidassistenten kann fehlschlagen. Wenn Sie also die Gesetze mit diesem Argument so öffnen, dass Beihilfe legal ist, dann müssten Sie konsequenterweise auch die Tötung auf Verlangen legalisieren.

Sie sagen, Sie würden einen Patienten bei schlimmem Leid mild narkotisieren, sodass er schläft. Sie sagen, Sie würden es sogar ihm überlassen, sich mit den eigenen Medikamenten umzubringen. Warum dann nicht die Suizidassistenten?

Thomas Sitte: Das ist eine reine Vorsichtsmaßnahme. Ich weiß, Leiden können wir lindern. Ich weiß, die Patienten haben Angst zu leiden, und kann ihnen sagen: Das müssen Sie nicht. Und ich habe Sorge, dass wir mit der legalen geschäftsmäßigen Beihilfe eine Grenze überschreiten, die den Suizid zum Normalfall erklärt. Denn es ist völlig klar: Wenn ich die Suizidhandlung erleichtere oder sogar das anbiete, was die Patienten eigentlich wollen, nämlich, dass ich sie töte, dann wird die Nachfrage steigen.

Ist es in Ihren Augen eine christliche Haltung, die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe abzulehnen?

Thomas Sitte: Es ist definitiv eine christliche Haltung, aber sie ist nicht exklusiv christlich. Ich denke, andere Religionen, auch Agnostiker sehen es genauso.

Es gibt Christen, die das anders sehen. Anne Schneider und Peter Hintze haben Sie bereits genannt.

Thomas Sitte: Aus der Bibel heraus anders zu argumentieren, halte ich für sehr schwierig. Aus christlicher Sicht ist uns das Leben gegeben. Und das bedeutet nicht, dass es – so wie Anne Schneider sagt – ein Geschenk ist, das ich zurückgeben kann. Wenn ich ein ganz tolles Geschenk von jemandem bekomme, dann ist es doch eine arge Beleidigung für den Schenker, wenn ich es ihm irgendwann wiedergebe. Es beleidigt den Schöpfer. Ich habe aber auch in all der Zeit, in der ich jetzt als Palliativmediziner arbeite, keinen Fall erlebt, wo das nötig gewesen wäre.

Bisher haben wir nur die Patienten in den Blick genommen, die Angst haben vor Schmerzen oder vor qualvollem Ersticken, also körperlichen Symptomen. Was ist mit denen, die sich davor fürchten, ihre Unabhängigkeit zu verlieren oder sogar ihre Würde, weil sie gepflegt, gewaschen, gefüttert werden müssten – und deshalb einen assistierten Suizid wünschen? Was sagen Sie denen?

Thomas Sitte: Das sind für mich die schwierigsten Diagnosen. Es ist wirklich schwer, solchen Menschen Alternativen aufzuzeigen, um weiterzuleben. Wenn mir ein solcher Patient sagt, dass er so nicht leben möchte, dann akzeptiere ich das. Dennoch würde ich ihn nicht töten. Einerseits können die meisten Patienten es noch selbst tun, wenn sie es wirklich wollen. Andererseits ist es bei extrem Pflegebedürftigen ein Leichtes, den Tod schnell herbeizuführen, etwa, indem man die Lebenserhaltung nicht fortsetzt. Nehmen Sie einen Menschen wie Stephen Hawking, der für die Tötung auf Verlangen geworben hat ...

Der weltbekannte Astrophysiker litt unter ALS und starb im Jahr 2018.

Thomas Sitte: Der braucht doch keine Suizidbeihilfe und keine Tötung auf Verlangen, er muss nur sagen, dass er nicht mehr behandelt werden will, und er stirbt. Und wenn er sich vor dem Ersticken gefürchtet hätte, dann wäre hoffentlich ein Palliativmediziner dagewesen, der ihm ein Medikament gibt, das die Atemnot lindert. In Deutschland darf niemand dazu gezwungen werden, eine Behandlung fortzuführen.

Sie sprechen jetzt von Patienten, die ihre Entscheidung noch eigenmächtig treffen und sie kommunizieren können. Was ist mit Demenzkranken zum Beispiel?

Thomas Sitte: Vor so einer Krankheit haben die meisten Menschen Angst. Helfen wir einem solchen Patienten aber beim Sterben, dann ist das keine Beihilfe mehr, sondern eine Tötung ohne Verlangen. Denn jemand, der schwer dement ist, fragt nicht nach Suizidbeihilfe. Ich stelle mir Dementwerden sehr unangenehm vor – aber dement sein? Wer einmal so schwer erkrankt ist, hat im Grunde kein Problem mehr, weil er nicht merkt, wie es ihm geht. Wollen wir Dementen ohne sichtbaren Leidensdruck das Lebensrecht absprechen? Wollen wir schwerst-mehrfachbehinderten Menschen oder solchen mit Down-Syndrom das Lebensrecht absprechen? Da sind Sie mitten in der Lebenswertdiskussion angekommen. Meine ethische, christliche und medizinische Überzeugung ist: Wir dürfen kein Leben medizinisch verlängern, wenn der Patient nicht einwilligt. Und es reicht nicht aus, dass dieser Patient einmal zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens gesagt hat, dass er das nicht will, sondern wir müssen jeden Tag neu danach fragen, was der Wille des Patienten in diesem Moment ist.

Jeder vierte Sterbende in Deutschland hat den Wunsch nach Lebensverkürzung. 77 Prozent der Deutschen befürworten passive Sterbehilfe, 62 Prozent sogar die aktive Sterbehilfe. Die Deutschen sind sich offenbar sicher, was sie wollen ...

Thomas Sitte: Nein, das sind sie nicht. Denn sie haben keine Ahnung von den Möglichkeiten der Palliativmedizin und der aktuellen Gesetzeslage – wissen also nicht, was tatsächlich geht. Und zweitens können viele der Befragten aktive und passive „Sterbehilfe“ gar nicht unterscheiden. Wir als Palliativstiftung haben auch Umfragen dazu gemacht, die klar gezeigt haben: Das Wissen geht völlig durcheinander.

Sie haben andernorts von einem „Trend zur Tötung“ gesprochen. Haben wir in einigen Jahren die legale aktive Sterbehilfe in Deutschland?

Thomas Sitte: Ich gehe davon aus, dass wir diesen Trend verzögern, aber nicht verhindern können. Die Masse der Menschen ist schlicht zu schlecht informiert. Und die Versprechen der Befürworter klingen einfach zu schön.

Das Bundesverfassungsgericht beschäftigt sich gerade mit den Klagen von Ärzten, Patienten und Vereinen gegen das aktuelle Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe. Verstehen Sie die Ärzte, die Rechtssicherheit einfordern?

Thomas Sitte: Rechtssicherheit für eine Tat gibt es immer erst nach einer Urteilsverkündung. Ein Ermittlungsverfahren kann immer auf einen Arzt zukommen, wenn ihm jemand ans Leder will. Für eine Verurteilung – die es übrigens in Deutschland noch nie gab – müssten Mediziner derzeit drei Tatbestände erfüllen: Sie müssen Beihilfe zur Selbsttötung geleistet haben, wie die beiden jetzt im Fall vor dem Bundesgerichtshof. Sie müssen es geschäftsmäßig getan haben und es muss eine Absicht zur Wiederholung und eine Absicht zur Förderung der Suizidbeihilfe erkenntlich sein. Wann das alles vorliegt, entscheiden Richter. Menschen, die im Einzelfall bei der Selbsttötung Beihilfe leisten, sind von der Strafe ausgeschlossen. Wer anderes behauptet, schürt Ängste.

Herr Sitte, vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview erschien im Christlichen Medienmagazin PRO, Ausgabe 04/2019 und wurde leicht gekürzt.

4.2.1 Arbeitsvorlage Schnipseljagd zum Interview „Niemand muss verrecken!“

„Mein Tod gehört mir.“



„Wenn alle wüssten, was wir echten Experten wissen, bräuchte es keine Debatte um Sterbehilfe.“



„Niemand muss verrecken.“



„Brutalsuizide und Suizidbeihilfe stehen in keinem Zusammenhang.“



„Und ich habe Sorge, dass wir mit der legalen geschäftsmäßigen Beihilfe eine Grenze überschreiten, die den Suizid zum Normalfall erklärt.“



„In Deutschland darf niemand dazu gezwungen werden, eine Behandlung fortzuführen.“



„Das Wissen geht völlig durcheinander.“



„Ich gehe davon aus, dass wir diesen Trend verzögern, aber nicht verhindern können.“



4.3 Palliativversorgung

Die Zustimmungsraten zur Tötung auf Verlangen liegen in Deutschland bei über 70%. Ein Grund hierfür ist, dass viele Menschen Angst vor einem qual- und schmerzvollen Tod haben und nicht hinreichend aufgeklärt sind, welche Möglichkeiten die Palliativversorgung für ein würdiges und möglichst schmerzarmes Lebensende bietet. Schmerzen, Übelkeit und Atemnot können heutzutage mit Medikamenten auf ein erträgliches Maß reduziert werden und es besteht sogar die Möglichkeit, den Patienten für eine gewisse Zeit „schlafen zu legen“ (= Palliative Sedierung).

Als Leitlinie des ärztlichen Handelns gilt hierbei der Patientenwille, der grundsätzlich zu beachten und zu respektieren ist. Für den Fall, dass sich der Patient selbst nicht mehr äußern kann, ist es sinnvoll und hilfreich, es liegt eine im Vorfeld verfasste Patientenverfügung vor, in der der Patientenwille zum Ausdruck kommt. Verstoßen Ärzte gegen diesen Patientenwillen, indem sie z. B. entgegen den ausdrücklichen Wunsch des Patienten eine künstliche Ernährung fortsetzen, so wird dies sogar als Körperverletzung eingestuft.

Arbeitsaufträge:

1. Der obige, kurze Infotext hat einen ersten Überblick über das Thema „Palliativversorgung“ gegeben. Beantworte jetzt mit Hilfe der unterschiedlichen Motivkarten die folgende Frage ausführlich: Was sind die Ziele/Anliegen der Palliativversorgung im Einzelnen?
2. Bringe die sechs Ziele und Anliegen der Palliativversorgung, die Du persönlich am wichtigsten findest, in eine Reihenfolge.
3. Überlege und entscheide ganz konkret für Dich: Welche Ziele/Anliegen der Palliativversorgung helfen Dir, persönliche Ängste vor dem Sterben abzubauen?

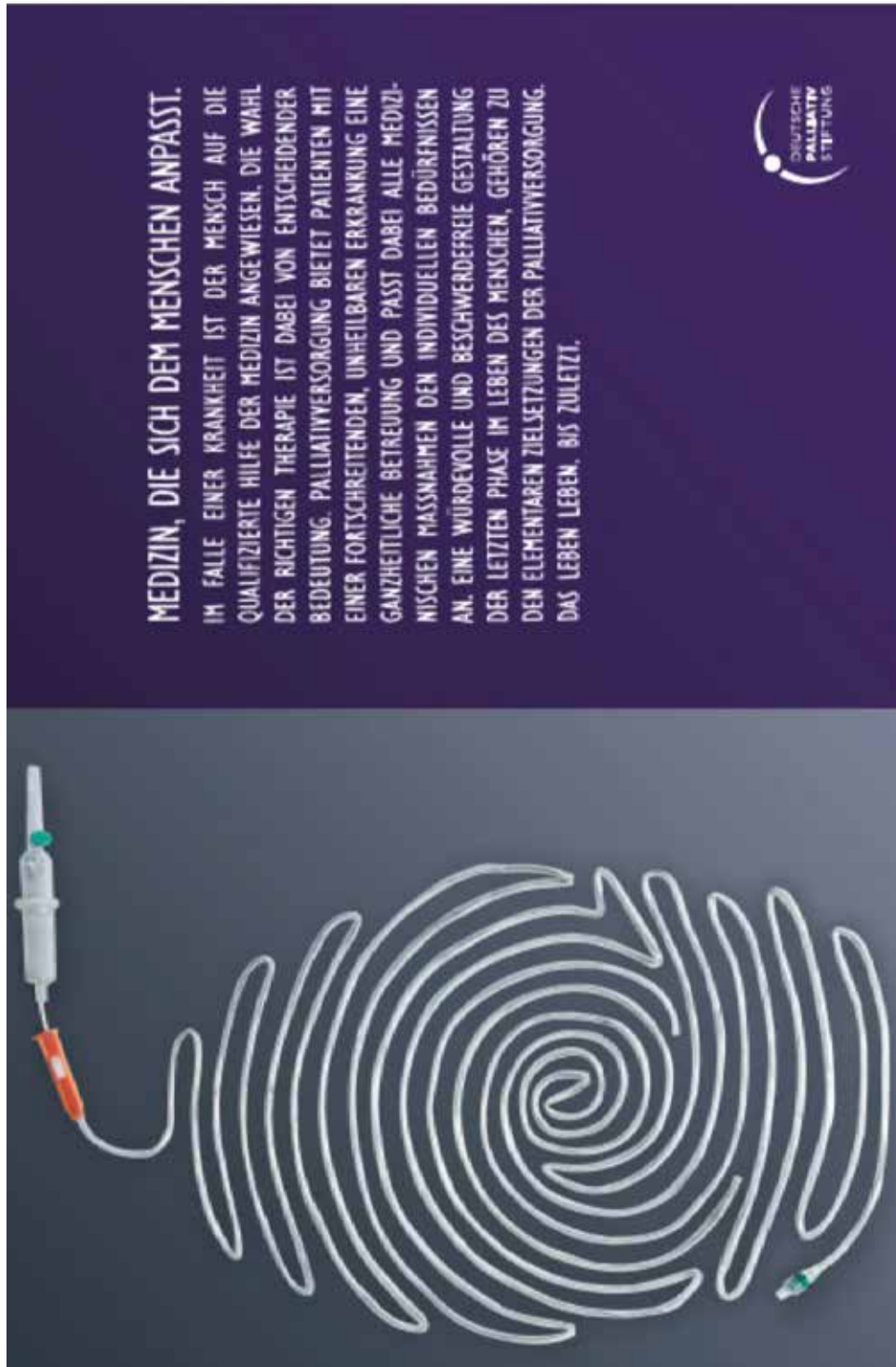
Aufzug



Familie



Kanüle



Kissen



Milch



Schöner Tod

DAS MÄRCHEN VOM SCHÖNEN TOD?

DER SANFTE TOD, LEISE, FRIEDVOLL UND AM ENDE ALLER TAGE; GENAU WIE IM MÄRCHEN. SO WÜNSCHEN ES SICH DIE MEISTEN MENSCHEN. DABEI IST MENSCHENWÜRDIGES STERBEN KEINESFALLS EIN MÄRCHEN. PALLIATIVVERSORGUNG BETREUT PATIENTEN DIE AN EINER UNHEILBAREN, FORTSCHRITTENDEN ERKRANKUNG LEIDEN UND ORIENTIERT SICH AKTIV AN IHREN WÜNSCHEN, BEDÜRFNISSEN UND SUBJEKTIVEN WAHRNEHMUNGEN.

„SIE SIND WICHTIG, WEIL SIE EBEN SIE SIND. SIE SIND BIS ZUM LETZTEN AUGENBLICK IHRES LEBENS WICHTIG, UND WIR WERDEN ALLES TUN, DAMIT SIE NICHT NUR IN FRIEDEN STERBEN SONDERN AUCH BIS ZULETZT LEBEN KÖNNEN.“ (C. SAUNDERS)

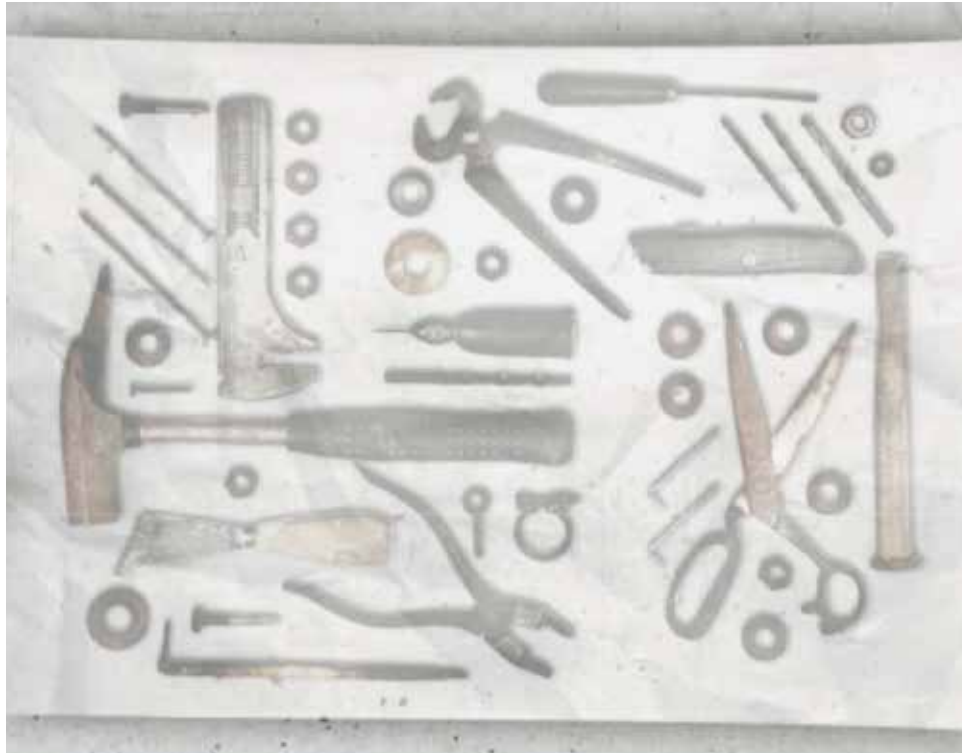
DAS LEBEN LEBEN. BIS ZULETZT.

DEUTSCHE
PALLIATIV
STIFTUNG

VOM LÄNGSTEN ZEIT LEBTE SIE
ZUKUNFT MIT IHREN
ALTE FRAU

FRIEDLICHEN GARTEN
... SEIT 80 JAHREN
MEHR ALS
ZUHAUSE
VON HIER FORT,
ENDE IHRER ZEIT
FRIEDLICH
GEWÜNSCHT

Werkzeuge



**SCHMERZ MACHT ANGST.
WIR LINDERN BEIDES.**

SCHMERZ IST OBJEKTIV NICHT MESSBAR. EMOTIONALE UND KÖRPERLICHE ASPEKTE WIE KLOPFEND, BOHREND, SCHNEIDEND, STECHEND, QUETSCHEND U.Ä. HELFEN DABEI, DIE ART DER SCHMERZEMPFINDUNG GEZIELT ZU BESCHREIBEN. PALLIATIV-VERSORGUNG SIEHT SCHMERZ NICHT NUR ALS KÖRPERLICHES UNBEHAGEN, SONDERN ALS DIE ERFAHRUNG DES GANZEN MENSCHEN. EINE ANGEHESSENE UND GANZHEITLICHE SYMPTOM-KONTROLLE VON SCHMERZEN KANN DIE ENTSTEHENDE SPIRALE AUS ANGST, WUT, VERZWEIFLUNG, HOFFNUNGSLOSIGKEIT UND DEPRESSIONEN DURCHBRECHEN. EINE DEUTLICHE LINDERUNG VON BESCHWERDEN UND EINE DAUERHAFT VERBESSERUNG DER LEBENSQUALITÄT DES SCHWERSTKRANKEN PATIENTEN SIND ELEMENTARE ZIELSETZUNGEN IN DER PALLIATIVVERSORGUNG. DAS LEBEN LEBEN. BIS ZULETZT.

 DEUTSCHE
PALLIATIV
STIFTUNG

4.3.1 Palliativversorgung (Lösungshinweise)

Arbeitsaufträge:

1. Der obige, kurze Infotext hat einen ersten Überblick über das Thema „Palliativversorgung“ gegeben. Beantworte jetzt mit Hilfe der unterschiedlichen Motivkarten die folgende Frage ausführlich: Was sind die Ziele/Anliegen der Palliativversorgung im Einzelnen?

Schülerindividuelle Antworten

2. Bringe die sechs Ziele und Anliegen der Palliativversorgung, die Du persönlich am wichtigsten findest, in eine Reihenfolge.

Schülerindividuelle Antworten: Diese kann als Pyramide, Mauer, Auflistung etc. gestaltet sein und kann z. B. so aussehen:

Durchbrechen der Spirale aus Angst, Wut, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Depressionen durch angemessene und ganzheitliche Symptomkontrolle.

Eingrenzung von Hilflosigkeit und Ängsten.

Würdevolle und beschwerdefreie Gestaltung der letzten Phase im Leben eines Menschen.

Deutlich machen: „Du bist wichtig, weil Du Du bist.“

Noch kleine Dinge, kleine Freuden ermöglichen.

Sicherheit, professionelle und individuelle Begleitung

3. Überlege und entscheide ganz konkret für Dich: Welche Ziele/Anliegen der Palliativversorgung helfen Dir, persönliche Ängste vor dem Sterben abzubauen?

Schülerindividuelle Antworten

4.4 Palliative Care around the world – The PAL-LIFE Project

Interview with Mrs. Katherine Pettus

Katherine Pettus is the Advocacy Officer for Palliative Care at IAHPC. She holds a PhD in Political Theory from Columbia University, and a Masters in Health Law from the University of California San Diego. She trained in California as a hospice volunteer in 2010, joining the Leadership Development Initiative at the Institute for Palliative Medicine in 2011, and the IAHPC in 2014. (<https://hospicecare.com/bio/katherine-pettus/>)

1. Why should we do advocacy for hospice and palliative care?

IAHPC advocates for hospice and palliative care to ensure that the serious health related suffering of all persons is relieved to the greatest extent possible. Only about 30% of the people in the world who need palliative care actually receive it. Access to palliative care as an essential component of the right to health should be universally available through the public health system, under universal health coverage. However, in most countries it is either provided privately or through charity, to only a minority of persons. The majority of policymakers, opinion leaders, health care professionals, and the general public do not know what palliative care is, what the benefits are, and that it is the government's obligation to provide it. The evidence shows that once people understand what palliative care is, the majority wish to receive it.

2. Where and for whom do you do such advocacy?

IAHPC does advocacy on social media, in face to face meetings with clinicians, the public, policy makers, and the media; at conferences, at universities, and at meetings of the UN organisations.

3. How do you like to be part of the PAL-LIFE expert team?

I loved being part of the PAL-LIFE Expert of experts from around the world. We discussed how palliative care delivery differs with the context (geographic, economic, cultural, religious, etc.) but that it is always person centered and must integrate a spiritual component.

4. What kind of professional education do you need for your task in the IAHPC?

The professional education I need for my task at IAHPC is in policy, languages, communications, and as a hospice volunteer with bedside experience.

5. What can you do with the White Book?

We can use the White Book as a template for advocacy and education in academia, the health care sector, the faith communities, and with policymakers.

Questions and tasks

1. Katherine Pettus works for an organization which is called IAHPC. Find out more about this organization and its aims and visions.
2. What are the main problems for many people in the world concerning the access to palliative care?
3. Katherine Pettus is a member of the PAL-LIFE expert team. What is so special concerning the composition of this group (a hint is given in the text – but you may also take a look at <http://www.academyforlife.va/content/pav/en/projects/pallife/pallife-project.html>)
4. In the so-called „White Book“ (<https://www.palliativstiftung.de/en/palliativstiftung/pal-life/>) you can find recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group to improve the situation of palliative care worldwide. Choose the chapter which sounds the most interesting to you and give a summary of its content. Present your results to your classmates.

4.4.1 Palliative Care: What exactly is palliative therapy?

It is caring for people with an advanced stage of illness and limited life expectancy. Palliative therapy alleviates the symptoms, whilst we respect at the same time that the illness is no longer curable. It takes into consideration the person as a whole, as well as their environment.

Palliative care always refers to holistic treatment. It is never focused solely on the actual therapy aspect itself, but is highly comprehensive. In addition to support, nursing and medical care, many other professions contribute to an appropriate course of therapy. Naturally, these include appropriate pain therapy, nutrition and compatible medication. Minimising breathlessness, nausea and vomiting is important. However, so are pastoral and emotional support, psychosocial care, grieving support, supervision and many other aspects.

Alleviating measures are the oldest and were long regarded as the only therapies possible. However, the major technical and medical advances of the past century led to these taking a more background role. The hospice movement of the late 1960s focused attention on the necessity of special treatment for incurably ill and dying patients. This resulted in people receiving palliation again in addition to medical treatment. Alongside medical care, we aim to support

you in all key areas and thus be there for you in a difficult situation. In our experience, with the aid of palliative care people are able to make the final stage of their life something special – organising this consciously and with dignity.

Palliative care means focusing on the quality of the time remaining. So much can still be done, even when nothing can be undertaken to halt the progress of the underlying illness. The objectives change. It is no longer a struggle against the illness, but to achieve the best possible life with it. This altered perspective accepts that death is foreseeable and unavoidable. It helps acquire a surprising depth and quality for the time remaining.

The medical and nursing care of pain and complaints remains central, but is complemented by caring, individual and attentive support of the patient and their loved ones. It is of the essence here that the patients should be able to spend the time remaining to them in an environment that serves their individual requirements. Multi-professional and interdisciplinary co-operation is required for this. Palliative care is not about „not doing any more“, not merely about hospice care. Key here is a careful weighing-up of what is appropriate, necessary and practicable in the situation. Experience and sensitivity are required to cope with impending deterioration and the associated fears, or avoid these altogether. This also involves acknowledging these openly. If these crises can be avoided, then we can also avoid nearly all undesired hospital admissions! Alongside the feeling of helplessness and inability to cope, palliative care also precisely addresses the concerns of those affected. The seriousness of the situation is not played down, we face up to it, remain on hand and help to deal with the crisis.

Good palliative care is based upon three pillars, an appropriate attitude, extensive experience and excellent expertise. People are the focus of all efforts. This frequently requires that people interact differently to how they normally would. It is necessary to stay, to endure and bear the burden, where others prefer to look away. Palliative care does not take away all suffering, that would underestimate the complexity of grief. However, it helps to improve the quality of life up to death – and beyond. Life is often richer as a consequence. This is especially important for those who remain and live on.

(Care Tips. Palliative Care, 16th edition: Deutscher PalliativVerlag Fulda 2016, p. 20-21)

Questions and tasks:

1. Describe the meaning of „palliative care“ in your own words .
2. Name the three pillars of „palliative care.“
3. What does „palliative care“ distinguish from other medical sections?
4. Which kind of medical treatment would you prefer in the final stadium of your life?

For further informations see:

https://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/druckwerke/Pflegetipps/Uebersetzungen/Pflegetipps_Englisch_16_Auflage_Web.pdf



4.4.2 Soins palliatifs: Qu'est-ce que la thérapie palliative en réalité?

Il s'agit d'accompagner des individus atteints d'une maladie à un stade avancé et dont l'espérance de vie est limitée. Les soins palliatifs atténuent les symptômes tout en respectant l'idée que la maladie ne peut plus être guérie. Ils tiennent compte de l'humain dans son ensemble avec son environnement. L'approche des « palliative care » ou soins palliatifs est toujours une prise en charge globale. Ils ne se limitent jamais qu'à la partie uniquement axée sur l'aspect thérapeutique, mais sont beaucoup plus globaux. Outre l'accompagnement, les soins et le suivi médical, de nombreux autres spécialistes interviennent, sur un pied d'égalité, pour contribuer à la réussite de la thérapie adaptée. Ceci recouvre naturellement une prise en charge adaptée de la douleur, l'alimentation et les médicaments bien tolérés. La réduction de la détresse respiratoire, des nausées et des vomissements sont importants. Mais aussi l'assistance spirituelle et émotionnelle, l'accompagnement psychosocial, le travail de deuil, la supervision et bien d'autres choses. Les mesures palliatives sont les approches les plus anciennes et ont longtemps été les seules thérapies. Mais elles sont progressivement passées au second plan en raison des progrès techniques de la médecine au cours du siècle passé. Le mouvement des hospices à la fin des années 60 a provoqué une prise de conscience de la nécessité de proposer un traitement spécifique aux personnes atteintes d'une maladie incurable et des personnes mourantes. Ceci a contribué à ce que les individus bénéficient à nouveau outre des soins médicaux de soins palliatifs. Outre les soins médicaux, nous souhaitons vous apporter notre soutien dans tous les domaines importants et vous aider ainsi à faire face à une situation difficile. Nous avons assisté à des situations où les individus, grâce aux soins palliatifs, faisaient de cette dernière phase de leur vie quelque chose d'exceptionnel – en pouvant aménager cette phase de façon consciente et en toute dignité. Les soins palliatifs signifient diriger l'attention sur la qualité du temps de vie restant. On peut encore faire tant de chose, même s'il n'y a plus rien à faire contre la progression de la maladie de base. Les objectifs changent. Il ne s'agit plus de lutter contre la maladie, mais d'assurer la meilleure vie possible avec celle-ci. Cette perspective modifiée consiste aussi à accepter que la mort est proche et inévitable. Elle aide à ce que le temps de vie restant gagne en qualité et en profondeur de façon parfois surprenante. Dans ce contexte, les soins et les traitements médicaux de la douleur et des symptômes demeurent la préoccupation centrale, en étant toutefois complétées par un accompagnement bienveillant, individuel et attentif des personnes concernées et (!) de leurs proches.

D'une façon générale le patient doit pouvoir passer le temps qu'il lui reste à vivre dans un environnement capable de répondre à ses besoins individuels. Ceci exige une coopération multi-professionnelle et interdisciplinaire. Dans les soins palliatifs, il ne s'agit ni « de ne plus rien faire », ni d'un simple accompagnement en fin de vie. Dans ce contexte, l'important est de soigneusement considérer ce qui est adapté, nécessaire et utile dans une situation donnée. Ceci exige de l'expérience et beaucoup de sensibilité pour bien accompagner, voir éviter totalement, une possible détérioration de l'état de santé du patient et les angoisses qui l'accompagnent. Ceci signifie aussi de les nommer ouvertement. Lorsque ces crises sont évitées, il est possible d'éviter également presque toutes les hospitalisations indésirables! Outre le sentiment d'impuissance et le surmenage, les soins palliatifs se préoccupent de près des personnes concernées. La gravité de la situation n'est pas refoulée, nous y faisons face, restons proche et aidons à surmonter

la crise. Une bonne prise en charge palliative repose sur trois piliers, une posture adaptée, une solide expérience et d'excellentes connaissances techniques. L'humain est au coeur de toutes les préoccupations. Et pour ce faire, il est souvent nécessaire de gérer les relations humaines autrement que d'habitude. Rester, supporter et soutenir deviennent une nécessité, alors que d'autres préfèrent détourner le regard. Les soins palliatifs n'éliminent pas toute la souffrance, ça ne rendrait pas compte de la complexité du deuil. Mais ils contribuent à améliorer la qualité de vie jusqu'à la mort, et même au-delà. Dans ces cas la vie s'enrichit souvent, ce qui est important surtout pour ceux et celles qui restent et continuent à vivre.

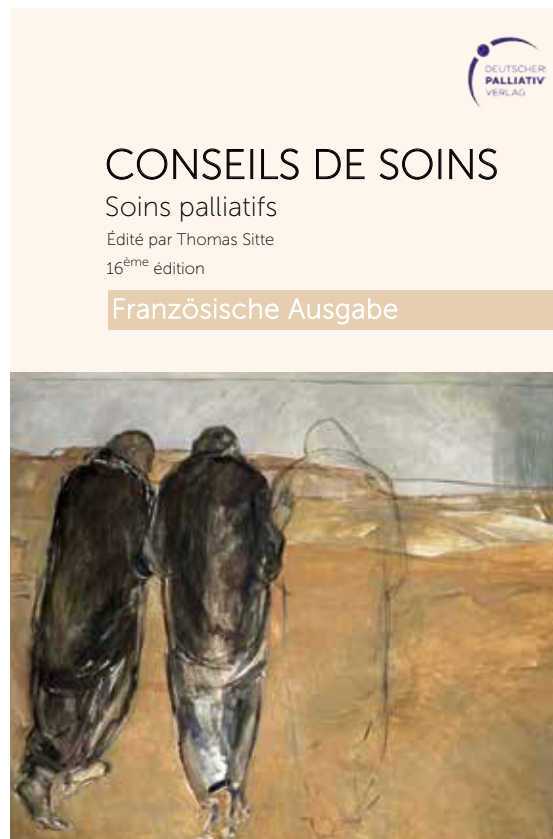
(Conseils de soins. Soins Palliatifs. 16ème édition, Deutscher PalliativVerlag 2016, p. 20-21)

Questions et tâches:

1. Décrivez la signification de «soins palliatifs» dans vos propres mots.
2. Nommez les trois piliers des «soins palliatifs».
3. Quelle est la différence entre les «soins palliatifs» et les autres sections médicales?
4. Quel type de traitement médical préféreriez-vous dans le stade final de votre vie?

Voir pour plus d'informations:

https://www.palliativstiftung.de/fileadmin/user_upload/druckwerke/Pflegetipps/Uebersetzungen/Pflegetipps_Franzoesisch_16_Auflage_Web.pdf



4.5 Before I die I want to ...

BEFORE I DIE I WANT TO ...

Before I die I want to

Before I die I want to

Before I die I want to

Before I die I want to

Before I die I want to

Before I die I want to

Before I die I want to

Before I die I want to

Before I die I want to

Before I die I want to

www.beforeidie.cc

4.6 Lückenalternativtext „Hospizbewegung“

Die Hospizbewegung

Die moderne Hospizbewegung (hospitium = lat. Herberge) sieht sich in der Tradition derjenigen Herbergen, die ab dem Ende des 4. Jahrhunderts nach Christus entlang der (1) _____ in ganz Europa entstanden und die gleichermaßen gesunden und kranken Pilgern (2) _____ boten. Erst im Laufe der Zeit hatten die Herbergen vorrangig die Pflege kranker Menschen zum Ziel. An diese ‚Herbergen‘ knüpft die moderne Hospizbewegung symbolisch an, indem sie Orte schaffen will, an denen schwerstkranke und sterbende Menschen auf ihrem letzten Weg versorgt und begleitet werden, damit sie an ihrem Lebensende (3) _____ Abschied nehmen können.

(...)

Bis heute wächst das ehrenamtliche hospizliche Engagement in Deutschland stetig, zurzeit engagieren sich (4) _____ Menschen bürgerschaftlich, ehrenamtlich oder hauptamtlich in der Hospiz- und Palliativarbeit (...).

Hospiz- und Palliativversorgung

Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer (5) _____ Versorgung, bei der nicht mehr die Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund steht, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen. Im Mittelpunkt steht (6) _____. Das lateinische Wort Pallium bedeutet (7) _____.

In diesem symbolischen Sinne will die Palliativmedizin Patientinnen und Patienten umhüllen und vor Schmerzen und unterträglichem Leid schützen. Ursprünglich für (8) _____

entwickelt, behandelt die Palliativmedizin alle die Menschen, die an einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen und an einer die Lebenserwartung begrenzenden Erkrankung leiden.

Eine (9) _____ um jeden Preis ist nicht das Ziel.

(10) _____ wird als Teil des Lebens begriffen.

(...). Die psychosoziale Begleitung ist eine der vier Säulen der Hospizarbeit (neben der palliativpflegerischen und der palliativmedizinischen sowie der (11) _____ Betreuung).

Sie gehört zu den Kernkompetenzen der Hospizarbeit und stellt den Schwerpunkt der Arbeit ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und -begleiter dar. (12) _____ Betreuung ist die

umfassende emotionale Unterstützung des sterbenden Menschen und seiner An- und Zugehörigen, indem man ihnen beim (...) (13)

_____ der Gefühle, die in Zusammenhang mit der Erkrankung und dem bevorstehenden Tod auftauchen, zur Seite zu steht.

(...)

Ambulante Hospizdienste

(...) Zu den häufig geäußerten Wünschen gehört der Wunsch, bis zum Lebensende (14) _____ (...) bleiben zu können. Dies zu ermöglichen, ist eine der wesentlichen Aufgaben der ambulanten Hospizdienste.(...)

Damit ein Leben bis zuletzt in der (15) _____ Umgebung ermöglicht werden kann, ist ein (16) _____

erforderlich, in dem alle in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten ambulanten und stationären Angebote sowie die verschiedenen (17) _____ eng zusammenarbeiten. Die Organisation eines solchen Netzwerkes, das mit seinen palliativmedizinischen, palliativpflegerischen, psychosozialen und spirituellen Angebote dem ganzheitlichen Ansatz der Betroffenen Rechnung trägt, zählt zu den (18) _____ Aufgaben der ambulanten Hospizdienste.

Stationäre Hospize

Ziel der Hospizarbeit ist es, ein Sterben zu Hause, in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Sofern dies nicht möglich ist und eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig oder (19) _____ ist, kann die Aufnahme in einem stationären Hospiz erfolgen. Stationäre Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit separatem (20) _____ und Konzept. Sie verfügen mindestens über acht und in der Regel höchstens über 16 (21) _____. (...) Voraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist u. a., dass die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet, die (22) _____ verläuft und bei der eine Heilung (23) _____ ist. (...). Die (24) _____ Hospize, die bislang in Deutschland nur sehr schwer Fuß fassen konnten, stehen in ihrer Funktion zwischen stationären und ambulanten Angeboten. Sie nehmen Menschen mit schwerwiegenden körperlichen, seelischen, spirituellen oder sozialen Problemen an (25) _____ (Tageshospize) oder während der Nachtstunden (Nachthospize) auf, um auf diese Weise ein Sterben zu Hause möglich zu machen.

SAPV

Mit Wirkung zum 1. April 2007 hat der Gesetzgeber als individuellen Leistungsanspruch die (26) _____ in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Seitdem hat jeder (27) _____ in Deutschland das Recht auf diese neue Versorgungsform, die zum Ziel hat, auch solchen Patientinnen und Patienten eine Versorgung und Betreuung zu Hause zu ermöglichen, die einen (28) _____ Betreuungsbedarf haben. (...)

Palliativstationen

Palliativstationen in (29) _____ sind eigenständige, (...) spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Ziele der Behandlung sind eine Verbesserung oder Stabilisierung der jeweiligen Krankheitssituation sowie die anschließende Entlassung - soweit möglich – nach Hause. (...)

Kinderhospizarbeit in Deutschland

Im September (30) _____ wurde das erste Kinderhospiz in Deutschland (...) eröffnet. Es wurde für die betroffenen Familien ein Ort zum Leben und Lachen, zum Sterben und (31) _____. (...).

Eine Besonderheit der Kinder- und Jugendhospizarbeit ist es, dass die Familien auf Wunsch ab der (32) _____ (...) begleitet werden. Oft leben die lebensverkürzend erkrankten Kinder und ihre Familien viele (33) _____ mit ihrer Grunderkrankung und der Prognose, das Erwachsenenalter nicht zu erleben. Dies bedeutet einen

langen Prozess in der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Verlusten, Hoffnungen und Fragen, in der die Familien von Menschen aus der Kinderhospizarbeit unterstützt werden können. (...).

Quellen: www.dhvp.de, www.hospize.eu (Texte z. T. gekürzt und leicht abgeändert)

Aufgaben:

1. Setzt die Begriffe von dem Blatt „Lückenalternativen“ richtig in die Lücken ein (an manchen Stellen ist raten ausdrücklich erlaubt!).
2. Welche Form von Hospizarbeit interessiert Euch persönlich am meisten? Findet Euch in Interessengruppen zusammen und führt eine tiefere Recherche zu Eurem Interessenschwerpunkt durch. Bereitet Euch darauf vor, Eure Ergebnisse vor der Klasse zu präsentieren.
3. Könnt Ihr Euch eine ehrenamtliche Tätigkeit in einem Hospiz vorstellen? Warum (nicht)?

4.6.1 Lückenalternativen zum Text „Hospizbewegung“

Lücke Nummer	Alternative 1	Alternative 1	Alternative 1
1	Handelswege	Pilger Routen	Flüsse
2	Landkarten	Waren	Gastfreundschaft
3	möglichst alleine	in Würde	ziemlich schnell
4	100.000	1.000	1.000.000
5	kostengünstigen	palliativen	homöopathischen
6	der Arzt	die Kostenfrage	der kranke Mensch
7	Mantel	Haus	Geld
8	Tumorpatienten	Unfallopfer	Privatversicherte
9	Lebensverlängerung	Heilung	Herstellung der Arbeitsfähigkeit
10	Leiden	Schmerzen	Sterben
11	finanziellen	spirituellen	geselligen
12	psychosoziale	sportliche	bezahlte
13	Vermeiden	Verdrängen	Verarbeiten
14	im Pflegeheim	im Krankenhaus	zu Hause
15	vertrauten	ungewohnten	neuen
16	Sparprogramm	Versorgungsnetzwerk	loses Netzwerk
17	Patienten	Sportvereine	Berufsgruppen
18	nebensächlichen	zentralen	ab und zu wichtigen
19	gewünscht	bezahlbar	gestattet
20	Personal	Regelkatalog	Speiseplan
21	Ehrenamtliche	Bedienstete	Betten
22	fortschreitend	extrem schnell	unproblematisch
23	wahrscheinlich	sicher	ausgeschlossen
24	unabhängigen	teilstationären	freien
25	einem oder mehreren Tagen in der Woche tagsüber	wichtigen Feiertagen	Fasching
26	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	Selten angewandte Patientenverfügung	Schmerzarme, allgemeine Patientenversorgung
27	Selbstzahler	Versicherte	Nicht-Versicherte
28	besonders aufwändigen	nur geringfügigen	schnell zu bewältigenden
29	Seniorenresidenzen	Pflegeheimen	Krankenhäusern
30	1970	1998	2015
31	Trauern	Arbeiten	Vergessen
32	letzten Lebensphase	Schwangerschaft	Diagnose
33	Tage	Monate	Jahre

4.6.2 Lösung zum Lückenalternativtext

Die Hospizbewegung

Die moderne Hospizbewegung (hospitium = lat. Herberge) sieht sich in der Tradition derjenigen Herbergen, die ab dem Ende des 4. Jahrhunderts nach Christus entlang der (1) **Pilgerwegen** in ganz Europa entstanden und die gleichermaßen gesunden und kranken Pilgern (2) **Gastfreundschaft** boten. Erst im Laufe der Zeit hatten die Herbergen vorrangig die Pflege kranker Menschen zum Ziel. An diese ‚Herbergen‘ knüpft die moderne Hospizbewegung symbolisch an, indem sie Orte schaffen will, an denen schwerstkranke und sterbende Menschen auf ihrem letzten Weg versorgt und begleitet werden, damit sie an ihrem Lebensende (3) **in Würde** Abschied nehmen können. (...) Bis heute wächst das ehrenamtliche hospizliche Engagement in Deutschland stetig, zurzeit engagieren sich (4) **100.000** Menschen bürgerschaftlich, ehrenamtlich oder hauptamtlich in der Hospiz- und Palliativarbeit (...).

Hospiz- und Palliativversorgung

Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer (5) **palliativen** Versorgung, bei der nicht mehr die Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund steht, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen. Im Mittelpunkt steht (6) **der kranke Mensch**.

Das lateinische Wort Pallium bedeutet (7) **Mantel**. In diesem symbolischen Sinne will die Palliativmedizin Patientinnen und Patienten umhüllen und vor Schmerzen und unterträglichem Leid schützen. Ursprünglich für (8) **Tumorpatienten** entwickelt, behandelt die Palliativmedizin alle die Menschen, die an einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen und an einer die Lebenserwartung begrenzenden Erkrankung leiden. Eine (9) **Lebensverlängerung** um jeden Preis ist nicht das Ziel. (10) **Sterben** wird als Teil des Lebens begriffen. (...). Die psychosoziale Begleitung ist eine der vier Säulen der Hospizarbeit (neben der palliativpflegerischen und der palliativmedizinischen sowie

der (11) **spirituellen** Betreuung). Sie gehört zu den Kernkompetenzen der Hospizarbeit und stellt den Schwerpunkt der Arbeit ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und -begleiter dar. (12) **Psychosoziale** Betreuung ist die umfassende emotionale Unterstützung des sterbenden Menschen und seiner An- und Zugehörigen, indem man ihnen beim (...) (13) **Verarbeiten** der Gefühle, die in Zusammenhang mit der Erkrankung und dem bevorstehenden Tod auftauchen, zur Seite zu steht. (...)

Ambulante Hospizdienste

(...) Zu den häufig geäußerten Wünschen gehört der Wunsch, bis zum Lebensende (14) **zu Hause** (...) bleiben zu können. Dies zu ermöglichen, ist eine der wesentlichen Aufgaben der ambulanten Hospizdienste.(...) Damit ein Leben bis zuletzt in der (15) **vertrauten** Umgebung ermöglicht werden kann, ist ein (16) **Versorgungsnetzwerk** erforderlich, in dem alle in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten ambulanten und stationären Angebote sowie die verschiedenen (17) **Berufsgruppen** eng zusammenarbeiten. Die Organisation eines solchen Netzwerkes, das mit seinen palliativmedizinischen, palliativpflegerischen, psychosozialen und spirituellen Angebote dem ganzheitlichen Ansatz der Betroffenen Rechnung trägt, zählt zu den (18) **zentralen** Aufgaben der ambulanten Hospizdienste.

Stationäre Hospize

Ziel der Hospizarbeit ist es, ein Sterben zu Hause, in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Sofern dies nicht möglich ist und eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig oder (19) **gewünscht** ist, kann die Aufnahme in einem stationären Hospiz erfolgen. Stationäre Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit separatem (20) **Personal** und Konzept. Sie verfügen mindestens über acht und in der Regel höchstens über 16 (21) **Betten**. (...) Voraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist u. a., dass die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet, die (22) **fortschreitend** verläuft und bei der eine Heilung (23) **ausgeschlossen** ist. (...).

Die (24) **teilstationären** Hospize, die bislang in Deutschland nur sehr schwer

Fuß fassen konnten, stehen in ihrer Funktion zwischen stationären und ambulanten Angeboten. Sie nehmen Menschen mit schwerwiegenden körperlichen, seelischen, spirituellen oder sozialen Problemen an (25) **einem oder mehreren Tagen in der Woche tagsüber** (Tageshospize) oder während der Nachtstunden (Nachthospize) auf, um auf diese Weise ein Sterben zu Hause möglich zu machen.

SAPV

Mit Wirkung zum 1. April 2007 hat der Gesetzgeber als individuellen Leistungsanspruch die (26) **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung** in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Seitdem hat jeder (27) **Versicherte** in Deutschland das Recht auf diese neue Versorgungsform, die zum Ziel hat, auch solchen Patientinnen und Patienten eine Versorgung und Betreuung zu Hause zu ermöglichen, die einen (28) **besonders aufwändigen** Betreuungsbedarf haben. (...)

Palliativstationen

Palliativstationen in (29) **Krankenhäusern** sind eigenständige, (...) spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Ziele der Behandlung sind eine Verbesserung oder Stabilisierung der jeweiligen Krankheitssituation sowie die anschließende Entlassung - soweit möglich – nach Hause. (...)

Kinderhospizarbeit in Deutschland

Im September (30) **1998** wurde das erste Kinderhospiz in Deutschland (...) eröffnet. Es wurde für die betroffenen Familien ein Ort zum Leben und Lachen, zum Sterben und (31) **Trauern**. (...). Eine Besonderheit der Kinder- und Jugendhospizarbeit ist es, dass die Familien auf Wunsch ab der (32) **Diagnose** (...) begleitet werden. Oft leben die lebensverkürzend erkrankten Kinder und ihre Familien viele (33) **Jahre** mit ihrer Grunderkrankung und der Prognose, das Erwachsenenalter nicht zu erleben. Dies bedeutet einen langen Prozess in der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Verlusten, Hoffnungen und Fragen, in der die Familien von Menschen aus der Kinderhospizarbeit unterstützt werden können. (...).

4.7 Zu Besuch im Hospiz – Ein Erfahrungsbericht

Seit einigen Wochen beschäftige ich mich intensiv mit den Themen Tod, Sterben, „Sterbehilfe“, Palliativversorgung und Hospizarbeit. „Willst Du nicht mal ein Hospiz besuchen?“ fragt mich eine Palliativärztin, die ich über diese Arbeit kennen gelernt habe. Ich zögere. Mir wird unwohl bei diesem Gedanken. Es ist eine Sache, Bücher und Internetartikel zu dem Thema zu verschlingen, und eine andere, sich ganz direkt „vor Ort“ damit zu befassen, also von der Theorie zur Praxis überzugehen.

Eines Tages wage ich es doch. Die Palliativärztin macht einen Termin im Hospiz „Arche Noah“ in Schmitten-Niederreifenberg für mich aus. Mir ist flau im Magen. Angst vor der eigenen Courage? Obwohl ich schon mehrfach gehört habe, dass ein Hospiz alles andere als „nur“ ein Ort zum Sterben ist, geistern diese Bilder in meinem Kopf herum. Ich denke an kahlköpfige, von Krankheit gezeichnete, leidende Menschen, die im Bademantel und mit Infusionsständer über den Flur laufen, wissend, dass sie bald sterben müssen. Ihnen in die Augen zu sehen, mich gar mit ihnen zu unterhalten – da habe ich große Scheu und Berührungsängste davor.

Am Vorabend telefoniere ich mit zwei Freundinnen. Unabhängig voneinander spüre ich, wie sie am anderen Ende der Leitung instinktiv zurückzucken, als ich von meinem anstehenden Besuch erzähle. „Was willst Du denn da?“ fragt die eine. „Musst Du Dir da auch was Schwarzes anziehen?“. Der anderen erzähle ich, dass ich im Anschluss an den Besuch im Hospiz noch mit meinen Kindern in den Freizeitpark gehen will. „Na, ob das zusammen passt?“, ist die Reaktion. „Erst ins Sterbehaus, dann auf die Riesenrutsche und zum Ponyreiten.“

Ich weiß selbst nicht, ob das zusammen passt. Aber ich will versuchen, normal und unverkrampft mit der Situation umzugehen. Am nächsten Tag ist es soweit. Ich klinge, nicht in schwarz gekleidet, an der Tür des Hospizes, werde freundlich hineingebeten und nehme im gemütlich gestalteten Aufenthaltsbereich Platz. Was mir sofort auffällt: Das ganze Haus hat nichts mit einem Krankenhaus oder einer Klinik gemein. Es gibt eine Couch, einen Fernseher, einen Essbereich, Blumen und Fensterschmuck. Lediglich der kleine Tisch mit einer Kerze und einem „Trauerbuch“ machen deutlich, dass es sich nicht um ein „normales“ Wohnzimmer handelt. Auch die Ruhe im Haus, die insgesamt friedliche Atmosphäre, prägen sich mir ein.

Der stellvertretende Pflegedienstleiter, Herr Wecke, nimmt sich Zeit und erzählt mir einiges über das Hospiz. Mit acht Betten gehört es zu den kleineren Häusern. Dafür kennt jeder jeden und es herrscht eine familiäre Atmosphäre. „Hier im Haus wird gestorben, aber auch aus voller Kraft gelebt und gelacht.“ erklärt er mir. Er fragt mich auch, mit welchen Vorstellungen ich gekommen sei. Als ich ihm ganz ehrlich von meinen Gedanken und meiner Zurückhaltung berichte, überrascht ihn das nicht. Er erklärt mir, die meisten Menschen hätten diese Vorstellungen und Vorurteile über Hospize im Kopf. Deshalb sei es gut und begrüßenswert, wenn Menschen bereit seien, als Außenstehende einen „Blick hinter die Kulissen“ zu werfen.

Danach mache ich in seiner Begleitung einen Rundgang durch das Haus. Ganz unten befindet sich ein Andachtsraum, in dem auch Gottesdienste stattfinden. In einer Box befinden sich Steine, auf denen der Name und das Sterbedatum der Menschen befindet, die im Hospiz gestorben sind. Ein Symbol des Andenkens und Erinnerns. Die Zimmer der Hospizgäste sind hell und freundlich eingerichtet.

Die durchschnittliche Verweildauer beträgt nur kurze vierzehn Tage, wie ich erfahre. Im ersten Stock befindet sich die Küche.

Jeden Tag wird frisch gekocht und die Bewohner können Essenswünsche äußern. Auch wenn viele von ihnen nichts mehr essen können oder wollen, spielt Kochen und das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten – sofern es noch möglich ist – eine große Rolle. Im zweiten Stock habe ich kurz die Möglichkeit, mit einer Bewohnerin, Frau Schmidt (Name geändert) ins Gespräch zu kommen. Sie ist achtzig Jahre alt und unheilbar an Krebs erkrankt. „Es geht mir gut hier. Die Menschen sind freundlich, immer hat jemand Zeit. Es herrscht keine Hektik wie im Krankenhaus. Ich fühle mich wohl. Ich habe mein Leben gelebt. Ich habe Enkel und Urenkel, die mich besuchen. Mir tun die jungen Menschen leid, die ich im Krankenhaus gesehen habe. Die alles noch vor sich haben und um ihr Leben kämpfen.“ Darüber muss ich lange nachdenken.

Im oberen Stockwerk befinden sich die Räume für das Pflegepersonal, das Büro und ein Gästezimmer, falls ein Hospizgast Besuch von weiter her bekommt.

Ich bekomme mehr und mehr den Eindruck, dass die Bewohnerinnen und Bewohner des Hospizes wirklich in guten Händen sind. Herr Wecke bestätigt mir das. Es gehe darum, die letzten Tage des Menschen so lebenswert und angenehm wie möglich zu gestalten. Er habe ein großes Mitbestimmungsrecht und die verschiedenen Wünsche werden, soweit machbar, noch erfüllt.

Wenn ein Bewohner gestorben ist, wird die Uhr im Zimmer angehalten und das Fenster geöffnet. Dieser Handlung liegt die Vorstellung zu Grunde, dass die Seele des Verstorbenen den Körper verlässt und durch das offene Fenster entweichen kann. Auch danach laufen die Dinge ohne Hektik ab und erst nach einer gewissen Zeit wird der Raum wieder für den nächsten Gast hergerichtet.

Nachts wird regelmäßig nach den Bewohnern geschaut. Herr Wecke verrät mir, dass er nach einigen Jahren Arbeit im Hospiz einen Blick bzw. ein Gefühl dafür habe, wann es bei einem Menschen soweit sei mit dem Sterben. Das mache die Berufserfahrung, aber auch eine Art „siebter Sinn“. Sinnvoll sei es, mit den Angehörigen im Vorfeld abzusprechen, ob sie dann angerufen werden wollten. Überhaupt sei ein großer Teil der Hospizarbeit die Kommunikation mit der Familie des Hospizgastes.

Nach etwa 1,5 Stunden ist mein Besuch beendet und ich verlasse das Hospiz mit einem erleichterten Gefühl. Es war gut, dass ich dort war und mich darauf eingelassen habe.

Mir ist bewusst geworden, dass ein solcher Ort natürlich mit Abschied, Verlust, Leid und Trauer zu tun hat. Aber eben nicht nur. In erster Linie wird dort gemeinsam gelebt und alles dafür getan, die letzten Tage eines Menschen würdevoll zu gestalten. Theoretisch hätte ich das vorher schon wissen können, nun habe ich es praktisch erlebt und mit eigenen Augen gesehen. Ich bin froh über diese Erfahrung. Mit diesen Gedanken fahre ich mit meinen Kindern in den Freizeitpark und habe dabei die Worte von Herrn Wecke im Kopf: „Leben und Sterben gehört zusammen. Man kann das nicht trennen.“ Es gibt wenige Tage in meinem Leben, an denen mir das so bewusst ist wie heute.

Anja Stöbener

Aufgabenstellungen:

1. Woher kommen Eurer Meinung nach bestimmte, häufig falsche Vorstellungen über das Leben und Sterben im Hospiz?
2. Welche Gesichtspunkte über das Leben und Sterben im Hospiz sind neu oder überraschend für Euch?
3. Recherchiert, wie sich die Hospizarbeit finanziell trägt und wie man diese Arbeit als „normaler Bürger“ unterstützen kann.
4. Im Hospiz „Arche Noah“ werden kleine Steine beschriftet, um der Verstorbenen zu gedenken. Welche weitere Möglichkeiten des Gedenkens könnt Ihr Euch vorstellen? Sammelt und diskutiert Eure Ideen.
5. Findet heraus, wo sich in Eurer Nähe ein Hospiz befindet und überlegt, ob Ihr Kontakt aufnehmen bzw. um einen Besuch anfragen wollt.

4.8 Streitgespräch: „Die Sicht der Dinge..“

E. Baezner, T. Sitte

Zusammenfassung

Elke Baezner, Präsidentin der Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. und Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung, treten auf beiden Seiten für die Rechte der Patienten und eine bessere Lebensqualität in schwerer Krankheit ein. Hierbei haben sie teils völlig verschiedene Wertvorstellungen, die zu diametralen Konsequenzen führen. Teils eint sie auch der Kampf für eine bessere hospizlich-palliative Versorgung. Dabei sind Schnellschüsse, Agitation und aufschäumende Emotionen für eine zielführende Diskussion meist wenig hilfreich. Ein Gespräch Beider soll die Sichtweisen vertiefen.

Das Gespräch wurde virtuell und online im Internet in den Jahren 2013 bis 2014 geführt und ist unter www.sterbehilfediskussion.de auch weiter herunterzuladen.

Arbeitsaufträge zum Streitgespräch:

1. Recherchieren Sie die unterschiedlichen Standpunkte im Internet auf der Website www.sterbehilfediskussion.de
2. Die Autoren des Streitgespräches, Frau Elke Baezner und Herr Dr. Thomas Sitte gehören zwei unterschiedlichen Organisationen an. Recherchieren Sie diese Organisationen und ihre Grundsätze und Ziele.
3. Stellen Sie drei wesentliche Punkte heraus, in denen sich die Ansichten von Frau Baezner und Herrn Dr. Sitte a) gleichen und b) unterscheiden.
4. Frau Baezner argumentiert, es müsse der persönlichen Entscheidung des Kranken überlassen sein, sich für eine palliative Behandlung oder aber für einen im besten Falle ärztlich assistierten Freitod zu entscheiden. Wie beurteilen Sie diese Aussage?
5. Herr Dr. Sitte argumentiert, wenn ein Mensch Angst vor möglichem und nicht erträglichem Leid habe, dann müsse alles dafür getan werden, dieses Leid zu lindern. Also nur wenn dem um Hilfe Suchenden diese Gewissheit geboten werden kann, könne er auch ohne die Angst und Sorge vor dem Leid weiter leben. Wie beurteilen Sie diese Aussage?
6. Immer wieder kommt im Text zur Sprache, dass die Informationslage zum Thema „Lebensende“ und den medizinischen Möglichkeiten in der Bevölkerung noch zu unzureichend ist und dass die Begriffe in der gesellschaftlichen Debatte zu verschwommen und unscharf sind. Wie informiert fühlen Sie sich und wie beurteilen Sie die Sachlage?
7. Frau Baezner formuliert die Vision eines Hortes oder einer Organisation, in der Sterbewillige und Sterbende beraten werden, einschließlich der Möglichkeit, auch ärztlichen Beistand zum Suizid in Anspruch nehmen zu können. Wie ist Ihre Meinung dazu? Welche Kriterien müsste solch eine Organisation erfüllen, wer sollte dort mitarbeiten dürfen?
8. Stellen Sie dar, worin Dr. Thomas Sitte die Hauptprobleme sieht bei der Beurteilung „angemessenen“ bzw. „unangemessenen“ ärztlichen Handelns.

Kapitel 5

Statements von Personen, die sich auf unterschiedlichen Ebenen mit Palliativversorgung und Hospizarbeit befassen

5.1 Anmerkungen zu den Statements – didaktische Kurzkomentare

Statements	Eine Reihe von Menschen aus der Praxis berichten aus ihrer Sicht, welches Verständnis sie von ihrem Einsatz haben und weshalb ihnen das Engagement für die Sache so wichtig ist. Jede Aussage hat somit „ein Gesicht“ und einen Menschen, der hinter ihr steht. Mit Hilfe der Fragestellungen können die Aussagen vertieft bearbeitet werden und ggf. entsteht auch ein Kontakt zur betreffenden Person und die SuS formulieren eigene Fragen.
------------	--

5.2 Statement Dr. med. Thomas Sitte

„Ich habe in sehr vielen medizinischen Gebieten gearbeitet. Meine ärztlichen Arbeiten gingen von der Labormedizin über künstliche Befruchtung, Geburtshilfe, Behandlung von Patienten mit chronischen Krankheiten bis hin zur Intensivtherapie und dem Rettungsdienst. Auf keinem anderen Gebiet konnte ich dazu beitragen, Patienten und ihre Zugehörigen so umfassend zu versorgen. Auf keinem anderen Gebiet gelingt es mit so wenig Aufwand so vieles an Problemen zu bessern oder auch zu lösen. Auf keinem anderen Gebiet konnte ich auch so nachhaltig über den Patienten hinaus dazu beitragen, dass es einer größeren Zahl von Menschen deutlich besser geht und sich selbst deren Lebensperspektive teils grundlegend verändert hat. Sicher, naturgemäß wird in der Sterbebegleitung viel gestorben. Deshalb kann ich diese Arbeit auch nur gut tun (und so, dass es mir gut tut), wenn ich ganz klar akzeptiere, dass Sterben und Tod ein Teil des Lebens und eben auch meines Lebens sind. Das ist eine wichtige Erkenntnis für mich selber gewesen, dass ich dieses Wissen zugleich für mein eigenes Leben verinnerlicht habe. Palliativversorgung verändert auch die engagiert Versorgenden nachhaltig.“

Dr. Thomas Sitte



Dr. Thomas Sitte ist Palliativmediziner für Kinder und Erwachsene.

Er ist Vorsitzender der **Deutschen PalliativStiftung** mit Sitz in Fulda.

Foto: privat

Aufgabenstellungen:

1. Welche Besonderheiten gibt es laut Dr. Sitte auf dem Gebiet der Palliativmedizin, die es so auf anderen Gebieten der Medizin nicht gibt?
2. Stellt allgemein dar, welche weitere Besonderheiten die Palliativmedizin aufweist bzw. was deren wesentliche Anliegen sind.
3. Dr. Sitte beschreibt, dass er seinen Beruf nur ausüben kann, weil er Sterben und Tod auch als Teil seines eigenen Lebens akzeptiert hat. Welche Gedanken habt Ihr, wenn Ihr Euch mit Eurem eigenen Sterben/Tod auseinandersetzt?
4. Recherchiert näheres über die Deutsche PalliativStiftung und ähnliche Organisationen wie z. B. palliativportal.de oder Deutscher Hospiz- und Palliativverband (dhpv.de) und findet heraus, welche Ziele diese verfolgen.

5.3 Statement Holle Redpath

Schon als kleines Kind hatte ich den Berufswunsch „Krankenschwester“. Während meiner Ausbildung in England habe ich dann den Begriff „palliative care“ gehört.

Nach diversen beruflichen Stationen habe ich längere Zeit im ambulanten Pflegedienst gearbeitet. In diesem Setting war es schwierig, Menschen auf ihrem letzten Lebensweg gut zu begleiten, da wenig Zeit und Ressourcen vorhanden waren.

Ich habe dann ins SAPV Team in Fulda (PNO) gewechselt und dort berufsbegleitend meine palliative care Fachkraft (PC) und Trauerbegleiter-Weiterbildung gemacht.

Von Anfang an war es mir wichtig, den Patienten auf SEINEM Weg zu begleiten und dabei sein gesamtes persönliches Umfeld mit einzubeziehen.

Das bedeutet, als PC Kraft bin ich nicht nur für den Patienten da, sondern auch für seine Angehörigen, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen etc. Denn nur wenn alle an der Versorgung Beteiligten sich gut unterstützt fühlen, kann es eine gute Begleitung werden.

Pflegeberatung und Anleitung, Netzwerkaufbau (Infos zu unterstützenden Diensten, Hilfsmittel, Therapeuten, Seelsorge), psychoonkologische Beratung, Unterstützung bei Anträgen, Formularen und das Regeln letzter Dinge sind nur einige Aufgaben, die zu meiner Arbeit gehören. Es ist wichtig, sich Zeit zu nehmen und die Wünsche des Patienten zu beachten. Es geht nicht immer darum, die maximale medizinische und pflegerische Versorgung zu leisten sondern die, die der Patient wünscht. In vielen Situationen bedeutet das flexibel, spontan und unkonventionell zu reagieren und zu akzeptieren, dass der Patient nicht unbedingt etwas möchte, was von außen betrachtet als „sinnvoll“ erscheint.

Durch meine Arbeit habe ich gelernt: Jeder Mensch ist individuell und braucht eine individuelle Versorgung. Palliativpatienten zu versorgen ist nicht immer nur traurig, sondern bringt auch viel Freude und Lachen mit sich. Für meine Arbeit benötige ich daher gute Kommunikationsfähigkeiten, Einfühlungsvermögen, Lebens- und Berufserfahrung und Humor. Ganz wichtig ist auch eine innere Stärke, Selbstreflexion und „self care“. Denn ohne für sich selbst zu sorgen kann man nicht für andere sorgen. Hierbei helfen mir mein Partner und meine Familie, die durch meinen Beruf auch gelernt haben, mit dem Thema Tod und Sterben ungezwungen umzugehen. Auch das berufliche Umfeld mit gutem Team und hilfreichen Strukturen (z. B. Fortbildungen, Supervision) ist wichtig.

Holle Redpath



Holle Redpath ist Palliative Care Fachkraft und ausgebildete Trauerbegleiterin.

Sie arbeitet im SAPV Team Osthessen und projektbezogen für die **Deutsche PalliativStiftung** in Fulda.

Foto: privat

Aufgabenstellungen:

1. Recherchiert und erklärt, welche Aufgaben ein sogenanntes „SAPV-Team“ hat.
2. Welche Fähigkeiten benötigt man als Palliative Care Fachkraft? Welche davon findet Ihr besonders wichtig?
3. Beschreibt, was das Besondere an der Versorgung von Palliativpatienten ist.
4. Wie und von wem möchtet Ihr am Lebensende versorgt werden?

5.4 Statement Prof. Dr. Lukas Radbruch

Sterbehilfe – wenn dann richtig: Welche Hilfe brauchen Sterbende?

Eigentlich bin ich für Sterbehilfe. Wir müssen nur klarstellen, was genau gemeint ist. Hilfe beim Sterben, also Linderung von Schmerzen, Luftnot und anderen belastenden Symptomen, Begleitung, menschliche Nähe und Zuwendung, also alles was zur Hospiz und Palliativversorgung gehört, das sollte jedem Schwerstkranken und Sterbenden zugänglich sein.

Dazu gehört natürlich auch, dass jeder Mensch bestimmen kann, wann eine medizinische Behandlung nicht mehr begonnen oder abgebrochen werden soll. Das gilt auch, wenn ein Patient mit hoher Querschnittslähmung die Einstellung der künstlichen Beatmung fordert. Dies ist geltendes Recht in Deutschland und ist auch aus ethischen und moralischen Gründen geboten.

Wenn es aber um (ärztliche) Beihilfe zum Suizid geht, oder sogar um Tötung auf Verlangen, dann bin ich dagegen. Und je länger ich in der Palliativversorgung arbeite, desto klarer wird meine Ablehnung.

Ich erlebe schon, dass schwerstkranke Patienten, manchmal auch bei guter Symptomkontrolle, nach Suizidhilfe oder sogar nach Tötung auf Verlangen fragen. In der Auseinandersetzung mit diesem Wunsch wird aber immer wieder klar, dass es sich dabei nur sehr selten um eine Handlungsaufforderung handelt. Oft fehlen Informationen oder es bestehen falsche Vorstellungen über den weiteren Verlauf – es ist gar nicht das Leiden in diesem Moment, sondern das antizipierte Leid, das den Wunsch auslöst.

Hier sind Informationen über die Möglichkeiten zur Symptombehandlung in der Palliativversorgung nötig, zum Beispiel muss niemand qualvoll ersticken, weil Luftnot mit Opioiden bis zum Lebensende behandelt werden kann. Bei den wenigen Patienten, bei denen die Symptome nicht ausreichend kontrolliert werden können, kann mit der palliativen Sedierung ein künstliches Koma für die letzten Lebenstage oder –stunden eingeleitet werden, so dass die Patienten nicht leiden.

Bei manchen Patienten ist es nicht das körperliche Leid, das zum Wunsch nach Suizidhilfe führt, sondern die Angst vor dem Verlust der Kontrolle. Oft ist dies verbunden mit der Angst, nur noch eine Last für die Familie zu sein. Wenn dies auch manchmal nachvollziehbar ist, möchte ich doch nicht in einer Gesellschaft leben, die es als Grund für Suizidbeihilfe akzeptiert, dass sich ein kranker Mensch als Last empfindet.

Es bleiben einige wenige Patienten mit dem starken Bedürfnis, die Kontrolle über das Lebensende zu behalten. Vielleicht ist der freiwillige Verzicht auf Nahrung, eventuell auch auf Flüssigkeit, für diese Menschen ein Ausweg. Mit entsprechender Symptomkontrolle (Mundpflege) treten dabei Durst und Hunger nicht auf.

Vor allem zeigen aber die Erfahrungen aus den Ländern, in denen Suizidhilfe oder Tötung auf Verlangen gängige Praxis ist, zunehmend Probleme auf. In den Niederlanden sind es

mittlerweile mehr als 5000 Menschen pro Jahr, darunter Patienten mit Depression oder solche, die nicht selbst die Tötung verlangt haben, sondern die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen der Patienten.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat deshalb klar Stellung bezogen,¹ dass es zwar unbedingt zu den ärztlichen Aufgaben gehört, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patienten – wie auch Suizidwünschen im engeren Sinne – auseinanderzusetzen.

Es gehört jedoch nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder über die gezielte Durchführung eines Suizids zu beraten. (...) Palliativexperten sollten den Wunsch nach Tötung auf Verlangen oder Suizidhilfe anerkennen, wenn er geäußert wird, dies aber als Ausgangspunkt für eine ganzheitliche Versorgung nehmen, beginnend mit umfassendem Assessment und Kommunikation, und dem Versuch, die Motivation und Haltung hinter diesem Wunsch zu verstehen.

Quelle: <http://www.jameda.de/gesundheitsenioren/sterbehilfedebatte-pro-contra/>, leicht abgeändert

¹ Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L: Ärztlich assistierter Suizid. Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Deutsches Ärzteblatt 111 (2014) A67-71



Prof. Dr. Lukas Radbruch ist Arzt, Anästhesiologe, Palliativmediziner und Hochschullehrer.

Er ist der Präsident der **Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin**.

http://www.bonn-evangelisch.de/Bilderintern/Radbruch_Lukas_Foto_eap01200_rdx_800x563.jpg

Aufgabenstellungen:

1. Stellt dar, was Prof. Radbruch unter dem Begriff „Sterbehilfe“ versteht und wo für ihn die Grenzen von Sterbehilfe liegen.
2. Vergleicht diese Einstellung mit Eurer eigenen zu dem Thema. Was sollte Eurer Meinung im Rahmen von Sterbehilfe möglich sein?
3. Woher rührt bei manchen Patienten der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen? Wie kann dem begegnet werden?
4. Wie sollten Palliativmediziner mit dem Wunsch nach Beihilfe oder Tötung auf Verlangen umgehen?
5. Es wird beschrieben, dass in den Niederlanden die Zahl der Menschen ansteigt, die eine Tötung auf Verlangen in Anspruch nehmen. Sammelt Gründe, weshalb diese Zahlen stetig ansteigen.
6. Könnt Ihr Euch Situationen vorstellen, in denen Ihr (unabhängig der konkreten rechtlichen Regelungen) persönlich eine Tötung auf Verlangen/Suizidbeihilfe wünschen würdet? Was müsste dann in dieser konkreten Situation anders sein, damit dieser Wunsch wieder zurück ginge?

5.5 Statement Dr. Jorge Riera

„Ich versuche es mal zusammenzufassen.

Ich verstehe unter palliative care....

mir ist Palliativmedizin wichtig weil ...

die Betreuung von sterbenskranken Menschen immer bedeutet, dass wir einen Prozess begleiten. D. h. eine Auffassung oder eine Haltung, wie man sterben möchte und was einem wirklich wichtig ist ändert sich immer wieder. Es gibt mir tiefe Befriedigung, diesen Prozess oder diesen Weg so zu begleiten, dass er für den Betroffenen, seine Familie und für mich stimmig ist. Ich bin ganz dicht bei den Menschen dran, ganz nahe an ihrem Inneren.

Beispiel: Frau Becker ist 55 Jahre alt, sie hat eine akute Leukämie. Sie hat ganz viel Therapie hinter sich und ist daran gewöhnt, dass alles gemacht wird, damit sie geheilt werden kann. Sie hat schon eine Knochenmarkstransplantation hinter sich. Das Ärzteteam hat immer Blut verabreicht, wenn sie zu wenig rote Blutkörperchen hatte. Nun ist sie aber nicht mehr heilbar, da die Erkrankung zurückgekommen ist und auch eine weitere Chemotherapie nichts mehr bringt.

Aktuell sind wir uns auf der Palliativstation im Team einig, dass sie sehr wahrscheinlich die nächste Woche sterben wird, auch wenn wir das nicht 100% wissen können. Sollen wir ihr nun weiter Bluttransfusionen geben? Sollen wir die Antibiotika absetzen?

Ihr werdet sagen: „So ein Quatsch, sie stirbt doch sowieso schon sehr bald, warum dann noch so was machen?“ Und auch ich würde sagen: „Das macht eigentlich keinen Sinn mehr.“ Also was tun? Wir reden mit der Patientin und versuchen ihr die Situation zu erklären. Sie versteht es. Aber der Ehemann möchte, dass alles gemacht wird! Er sagt: „Wenn sie Blut bekommt, dann geht es ihr doch besser! Sie fühlt sich doch dann stärker und kann mehr am Leben teilnehmen.“

Wie sollen wir den Konflikt lösen?

Es werden einige Gespräche notwendig sein, um ein Einvernehmen über die nächsten Schritte zu erreichen. Wir müssen behutsam vorgehen und nicht zu viele Dinge auf einmal ändern. Nicht nur die Patientin, auch die Familie muss mit dem Konzept übereinstimmen. Es wäre wirklich schlimm, wenn wir das Problem nicht im Einvernehmen lösen könnten. Das braucht seine Zeit, die müssen wir uns nehmen.

Wir unterscheiden in der Medizin drei Situationen:

1. Es gibt keine Indikation für eine Therapie (z.B. wenn mir ein Patient sagen würde, dass er eine Dialyse (Blutwäsche) haben möchte, er aber ganz normale Nierenwerte hat), hier entscheidet der Arzt was gemacht wird!
2. Es gibt eine fragliche Indikation (das Beispiel von oben), hier entscheiden beide was gemacht wird!
3. Es gibt eine klare Indikation, z. B. Du hast eine Blinddarmentzündung, die würde man operieren. Hier entscheiden beide was gemacht wird!

Die Palliativmedizin bewegt sich ganz oft bei Punkt 2. Das ist eine große Herausforderung, da es um elementar wichtige Dinge geht. Dafür bin ich geeignet, das möchte ich mit meinen Patienten besprechen und einen gemeinsamen Weg finden!

Von den vielen Menschen die ich behandle fragen mich ganz wenige nach „der Pille, die den Tod bringen soll“. So eine Pille brauchen wir nicht, da wir fähig sind Beschwerden so zu behandeln, dass wir sie gut lindern können. Manchmal ist das Leid, wie z.B. Luftnot so groß, dass wir Medikamente einsetzen, die dem Menschen das Bewusstsein nehmen. Wir nehmen ihm aber nicht das Bewusstsein um ihn zu töten, sondern um ihn vor Leid zu schützen. Wir setzen auch keinen Todeszeitpunkt fest, wie in anderen Ländern. Wir respektieren den Wunsch von Patienten und Angehörigen aber wir töten unsere Patienten nicht. Wir behandeln ihre Beschwerden in dem Maße, wie die Beschwerden es erfordern.“

Dr. Jorge Riera



Dr. Jorge Riera ist Oberarzt am Universitäts-Klinikum Marburg.

Er ist **Onkologe** und **Palliativmediziner**.

<http://www.op-marburg.de/var/storage/images/op/lokales/marburg/der-patient-bestimmt-den-rhythmus>

Aufgabenstellungen:

1. Beschreibt, inwiefern Palliativversorgung bedeutet, einen Prozess zu begleiten.
2. Zeigt am Beispiel von „Frau Becker“, welche Probleme und Fragen sich auftun und wie sie gelöst werden können.
3. Versucht, Euch in „Frau Becker“ hineinzusetzen. Welche Vereinbarung würdet Ihr persönlich bei der beschriebenen Sachlage mit den Ärzten treffen wollen?
4. Versetzt Euch in den Standpunkt des Ehemannes, der möchte, dass alles medizinisch mögliche unternommen wird. Wie ist Eure Meinung dazu?
5. In der Palliativversorgung ist es möglich, Menschen bei großem Leid das Bewusstsein zu nehmen, um sie vor Leid zu bewahren, nicht aber, um sie zu töten. Könnt Ihr Euch das für Euer eigenes Lebensende vorstellen?
6. Könnt Ihr Euch, auch unabhängig von Alter oder Krankheit, Lebenssituationen vorstellen, in denen man sich „eine Pille, die den Tod bringt“, wünscht? Betrachtet diese Situationen genau und überlegt, was sich in so einer Situation ändern müsste, damit dieser Wunsch wieder zurück geht.
7. Wenn Ihr Dr. Riera eine Rückfrage stellen könntet: Wie würde diese lauten?

5.6 Statement Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (SPD, MdB)

Frage 1: Auf welche Weise setzt sich Ihre Partei für die Belange sterbender Menschen ein?

Im Koalitionsvertrag von 2018 sagen wir, dass wir nach dem Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 noch mehr für die Hospiz- und Palliativversorgung tun müssen. Zum Beispiel, dass eine bessere Zusammenarbeit von Hospiz- und Palliativnetzwerken künftig von den Krankenkassen bezahlt wird. Und dass die Versorgung von Kindern und in Altenpflegeeinrichtungen besser werden muss.

Frage 2: Welche gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid befürworten Sie persönlich bzw. erachten Sie am sinnvollsten?

Ich denke, es muss Ärzten in klaren, engen Grenzen erlaubt sein, Patienten in schwerster Not beim Sterben zu helfen. Es muss aber eine unheilbare, unumkehrbar zum Tode führende Krankheit sein. Wenn wir wissen, dass es unerträgliches menschliches Leid gibt, muss man helfen, es zu lindern. Das Gesetz, das wir 2015 zur Sterbehilfe gemacht haben, ist nicht gut. In Wahrheit hat das Gesetz kein Problem gelöst. Die Ärzte ziehen sich zurück, und schwerst- kranke Patienten sind mehr allein gelassen als vorher.

Frage 3: Was schätzen Sie persönlich besonders an Palliativversorgung und Hospizarbeit?

Oft werde ich gefragt, wie man unser Gesundheitssystem menschlicher gestalten könne. Dann denke ich hauptsächlich an die Hospiz- und Palliativversorgung. Die Fragen, wie das Lebensende von einem Menschen selbst erlebt wird, wie er auf das Lebensende vorbereitet wird, was er erwarten kann, wie Angehörige es erleben, wenn ein Mensch aus dem Leben geht, ist ganz entscheidend, wenn wir ein menschliches Gesundheitssystem wollen. Und was vielen Angehörigen, Patienten und auch vielen Ärztinnen und Ärzten noch nicht bekannt ist: Palliativmedizin und Hospizversorgung verbessern die Symptome und wirken lebensverlängernd. Das müssen wir den Menschen noch viel deutlicher sagen.

Frage 4: Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, das die Situation sterbender Menschen in unserer Gesellschaft verbessert: Was wäre das?

Es muss in Deutschland möglich sein, dass Ärzte einem unheilbar Kranken bei seinem Sterbewunsch helfen dürfen. Viele Menschen haben große Angst vor einem langen und qualvollen Tod. Diese Angst können wir ihnen zumindest zum Teil nehmen, wenn wir neben die Palliativmedizin die Möglichkeit einer begrenzten Sterbehilfe stellen. Jedes Leben ist lebenswert. Aber daraus kann nicht die Pflicht abgeleitet werden, dass jeder bis zum Schluss jedes Leiden ertragen muss.

Prof. Dr. Karl Lauterbach



Prof. Dr. Karl Wilhelm Lauterbach ist ein deutscher Mediziner, Politiker, seit 2005 Mitglied des Deutschen Bundestages und gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion.

https://www.bundestag.de/abgeordnete/biografien/L/lauterbach_karl-521508

Foto: privat

Aufgabenstellungen:

1. Karl Lauterbach übt Kritik am Gesetz, welches 2015 zur „Sterbehilfe“ erlassen wurde. Er bezieht sich damit auf den § 217 StGB. Recherchieren Sie den aktuellen Stand der Gesetzeslage.
2. Karl Lauterbach beschreibt die Vision eines menschlicheren Gesundheitssystems. Wie könnte Ihrer Ansicht nach solch ein menschlicheres Gesundheitssystem aussehen?

5.7 Statement Gisela Theis

Einige hospizliche Aspekte in der Klinikseelsorge

Hospizpfarrerin heißt in meinem Fall: Ich bin Vorsitzende in einem Verein, dessen geschulte Ehrenamtliche sterbende Menschen und Zugehörige in ihrem Zuhause oder auch – seltener – im Krankenhaus besuchen. Das Zuhause kann auch das Zimmer eines Altenpflegeheims sein. Ständig jedoch bin ich als Klinikpfarrerin mit Menschen in Kontakt, deren Erkrankung ihr Leben bedroht und verkürzt. Viele dieser Menschen haben eine Krebserkrankung. Manchmal kann die Krankheit geheilt werden, manchmal leben Menschen sehr lange mit der Erkrankung, manchmal ist ihre Lebenszeit sehr begrenzt.

Was sehe ich als meine Aufgabe in diesen Situationen? Ich habe keine Tablette in der Hand, ich kann keine medizinischen Aussagen machen, ich bringe nichts zu essen. Meine Hände sind leer. Morgens bitte ich Gott, dass meine Ohren sich öffnen für die Anliegen der Menschen und dass mein Herz fähig sei, Zuneigung und Zeit zu schenken. Ich weiß aus langer Erfahrung: Das reicht, damit sich ein Raum für heilsame Begegnung auftun kann. Was in diesem Raum geschieht, ist von Mal zu Mal neu. Einige Themen möchte ich benennen:

Viele blicken zurück auf ihr Leben, seine Höhepunkte und Freuden oder auch ihre Niederlagen, bitteren Erfahrungen und Verluste. Dann würdigen wir gemeinsam die Mühen, die sie sich gemacht haben; es geschehen Schritte auf dem Weg, sich mit eigenem und fremdem Versagen zu versöhnen und wir freuen uns an dem, was ihr Leben schön macht. Manchmal mündet die gemeinsame Rückschau in ein Gebet und einen Segen.

Selten wünscht sich jemand eine Abendmahlsfeier evtl. gemeinsam mit Angehörigen. Wenn Menschen aber in dieser Situation Abendmahl feiern, so ist dies ein tief wirkendes, heilsames Geschehen, das Staunen lässt. So sprach eine sterbende Frau nach wochenlangem Schweigen nach der Abendmahlsfeier noch einmal mit den mitfeiernden Söhnen, nahm Abschied und starb in der darauffolgenden Nacht in tiefem Frieden.

Manche Menschen stellen in den Raum der Begegnung ihre Angst vor dem Sterben. Dann frage ich gelegentlich nach, was sie genau meinen: Es kann ja die Angst davor sein, einfach nicht mehr zu existieren. Es kann die Angst sein vor Schmerzen oder Atemnot. Es kann die Angst sein, beim Sterben allein zu sein oder noch etwas anderes. Immer wieder ist es hilfreich, sich selbst zu fragen, ob ich wirklich verstehe, was mein Gegenüber sagt oder ob ich nur meine, zu verstehen. Genau wahrnehmen, das Besondere und Individuelle erkennen, nicht nur das Allgemeine und Oberflächliche, das ist wichtig, damit der sterbende Mensch spürt: Ja, ich bin gemeint, ich werde gesehen, ich werde für wertvoll erachtet. In der Bibel nennt Hagar¹ den Ort der Begegnung mit Gott: „Brunnen des Lebendigen, der mich sieht.“ Ich möchte Gott meine Augen leihen.

Ab und an möchten Menschen von mir bestattet werden. Wenn eine gute Beziehung zwischen uns gewachsen ist, dann mache ich das in Absprache mit der zuständigen Pfarrperson. Immer wieder besuche ich auch die schwerkranken Menschen in ihrem Zuhause, wenn die Krankheit weit fortgeschritten und sie nicht mehr oder nur noch selten in die Klinik zur Behandlung kommen. Oft lerne ich spätestens dann auch Angehörige oder Freundinnen und Freunde kennen.

¹ Hagar ist eine Frau, die in ihrer Not in die Wüste flieht und dort Gottes „Ansehen“ erfährt (1. Mose 16,14).

Auch sie brauchen einen Raum für das, was sie in dieser Situation bewegt. So kann es sein, dass sie sich überfordert fühlen, weil sie keine Erfahrung haben mit sterbenden Menschen. Neben dem Zuhören kann ich hier auch oft auf Fragen antworten, eine hilfreiche Broschüre überlassen, auf ehrenamtliche und hauptamtliche Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen.

Am Abend lege ich die Menschen, denen ich begegnet bin, und mich selbst in Gottes Hände.

Gisela Theis, Bad Nauheim



Frau Gisela Theis ist Klinik- und Hospizpfarrerin im Hochwald-Krankenhaus in Bad Nauheim.

Sie ist erste Vorsitzende der „**Hospizhilfe Wetterau**“.

www.hospizhilfe-wetterau.de

Foto: privat

Aufgabenstellungen:

1. Recherchiert allgemein, was die Aufgaben eines ambulanten/stationären Hospizdienstes sind und wo in Eurer Nähe ein solcher zu finden ist.
2. Beschreibt am Beispiel von Frau Theis, welche Aufgaben zur Tätigkeit einer Klinik- und Hospizpfarrerin gehören.
3. Stellt dar, welche Gedanken und Gefühle Sterbende in der letzten Phase ihres Lebens beschäftigen können.
4. Welche Rolle spielt das „genaue Hinsehen“ und „genaue Hinhören“?
5. Haltet Rückschau auf Euer eigenes Leben. **a)** Welche guten, welche schlechten Erfahrungen habt Ihr bis jetzt bereits gemacht? **b)** Wo liegen Eure Stärken/Erfolge, aber auch Schwächen/Misserfolge? **c)** Welche Erkenntnisse könnt Ihr daraus für Euer weiteres Leben mitnehmen?
6. Wenn Ihr eines Tages in hoffentlich hohem Alter auf Euer eigenes Leben zurück schaut: **A)** Welche Ziele und Träume wollt Ihr im Laufe der Jahre/Jahrzehnte erreicht und verwirklicht haben? **B)** Zusatzaufgabe: Versucht Euch auf folgendes Gedankenexperiment einzulassen: Schreibt eine Grab/Beerdigungsrede **a)** für Euch selbst oder **b)** für einen Menschen Eurer Wahl.
7. Frau Theis vertraut auf den Beistand Gottes in ihrem Leben und ihrer Arbeit. Welche Rolle spielt der Glaube in Eurem Leben?

5.8 Statement Christina Plath

Was verstehe ich unter Palliative Care?

Das Leben ist nicht nur bunt und schmeckt nach Gummibärchen.

Durch eigene, schwere Lebenserfahrungen hat das Leben meine Familie und mich auf eine harte Probe gestellt.

Seitdem sehen wir jeden Tag mit anderen Augen und genießen kurze Momente viel intensiver als zuvor. Damals wurden wir als Familie nicht aufgefangen. Keiner stand bereit, um uns in unseren Ängsten und Sorgen zu begleiten.

Das Erlebnis hat sich dennoch tief in mir eingegraben, so dass ich mich auf die Suche nach Menschen begab, die schwierige Situationen aushalten können, die zur rechten Zeit mit einem gemeinsam schweigen können, weil sie selbst keine Antwort wissen. Es sind Menschen, die auch mal mehr Medikamente verschreiben, wenn nötig. Auch Tiere und sogar Rauchen auf der Station sind erlaubt.

Kurz: Es sind menschliche Mediziner, Pfleger, Seelsorger, Therapeuten, die an einem Strang ziehen. Dabei steht der Patient im Mittelpunkt mit seiner Würde und seiner Autonomie, seinen Wünschen und Hoffnungen, seinen Ängsten und Sorgen. Seitdem arbeite und engagiere ich mich als Physiotherapeutin im Bereich Palliative Care. Ich nehme viel Zeit in die Hand und bin einfach für die Patienten da. Da geht es nicht nach der Uhrzeit, sondern da geht es um Lebensqualität. Es geht um Fürsorge und ein offenes Ohr, um Kreativität!! So wird ein Wohnzimmer zum Gymnastikbereich, Sofakanten werden zu Dehnhilfen, Kinder und Partner der Patienten „turnen“ mit.

Damit auch bei den anderen Physiotherapeuten ein Umdenken angestoßen wird, habe ich 3 Jahre studiert und vor einer Woche meine Bachelorarbeit zu dem Thema: „Physiotherapie in der ambulanten Palliativversorgung: Bestandsaufnahme am Beispiel der Stadt Göttingen“ abgegeben.

Ich möchte, dass alle Menschen ein Recht auf Palliativversorgung bekommen, denn auch ich selbst möchte bis zu meinem Lebensende autonom entscheiden können, was ich will oder nicht mehr will.

Christina Plath, Göttingen



Frau Christina Plath ist mobile Physiotherapeutin mit **Palliative Care Ausbildung** in den Bereichen Kinder, chronisch kranke Kinder und Jugendliche und Erwachsene in Göttingen.

http://www.palliativstiftung.de/fileadmin/images/palliativstiftung/portraet_christina-plath.jpg

Aufgabenstellungen:

1. Beschreibt, durch welche Erfahrungen Frau Plath auf das Thema „Palliativversorgung“ aufmerksam wurde und was ihr ganz persönlich im Umgang mit Palliativpatienten wichtig ist.
2. Kennt Ihr weitere Beispiele von Menschen aus Eurem eigenen Umfeld, die auf Grund eigener Lebenserfahrungen begonnen haben, sich in einem bestimmten Bereich zu engagieren?
3. Wenn Ihr an Euch selbst und Eure Lebenserfahrungen denkt, an die Dinge, die Ihr erlebt habt und die Euch wichtig geworden sind: Könntet Ihr Euch vorstellen, Euch zu engagieren und wenn ja, für was?
4. Recherchiert ausgehend von Frau Plaths Schilderungen ganz allgemein, welchen Beitrag die Physiotherapie leisten kann, die Situation von Palliativpatienten zu verbessern.

5.9 Statement Dr. Sabine Schraut

Ich arbeite als Palliativmedizinerin für Kinder und Jugendliche in einem Kinderhospiz. In meinem persönlichen Leben kamen seit meiner Kindheit Sterben, Tod und Trauer immer wieder vor. Was ich daraus lernen konnte, ist, dass in dieser Extremsituation Menschen nötig sind, die die Sicherheit ausstrahlen, dass sie „wissen, wie es geht“, durch ihr ganz spezielles Fachwissen für jede Besonderheit noch einen „Plan B“ oder sogar „Plan C“ in der Tasche haben und so den Sterbenden selbst und seine Angehörigen auf dem schweren Weg begleiten. Wenn der Sterbende auf diese Weise von Fürsorge und Unterstützung umgeben ist, ist es auch für die Angehörigen möglich, die Zeit des Sterbens nicht nur auszuhalten, sondern auch aktiv zu gestalten, dem Sterbenden ihre Liebe mitzugeben und später – in der Erinnerung – das Gefühl zu haben, dass alles gut war. Denn:

Den eigenen Tod stirbt man nur, mit dem Tod der Anderen muss man leben. (Mascha Kaleko)

Im Kinderhospiz versuchen wir, nach diesen Grundsätzen zu arbeiten. Rein medizinisch gesehen geht es darum, medikamentös und pflegerisch so wenig wie möglich, aber soviel wie nötig einzugreifen und unter Kenntnis der für die jeweiligen Erkrankungen typischen Verläufe den Zeitpunkt zu erkennen, ab dem lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr sinnvoll, sondern quälend sind. Viel wichtiger ist aber, was zu den rein medizinischen Kenntnissen, die wie ein Handwerk gelernt werden, hinzu kommt:

Das Sterben des eigenen Kindes ist eine der schlimmsten Erfahrungen, die einem Menschen widerfahren kann. Umso wichtiger ist das sichere Gefühl der Eltern, dass sie „alles richtig gemacht haben“. Wenn möglich, führen wir die Eltern (und je nach Situation natürlich auch die weiteren Familienmitglieder) so an den Prozess des Sterbens heran, dass sie wissen, was geschieht, keine Angst vor bösen Überraschungen haben und so diese letzte Lebensphase mit ihrem Kind leben können.

Ich bin überzeugt, und es entspricht meiner Erfahrung, dass dies in den meisten Fällen möglich ist. Und auch bei Kindern, deren Sterbeprozess sich länger hinzog, mit denen schon länger keine Kommunikation und kein gemeinsames Leben mehr möglich war, waren die Eltern durch die entsprechende Unterstützung in der Lage, ihr Kind zu begleiten. Ich habe bisher immer in der späteren Rückschau gehört, dass auch diese schwere Zeit sinnvoll und wichtig war. Bei Eltern, die ihr Kind nicht begleiten konnten, weil es plötzlich verstarb oder die entsprechende Unterstützung fehlte, ist es häufig anders.

Dr. Sabine Schraut, Niedernhausen



Dr. Sabine Schraut, arbeitete als **Kinderneurologin** in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin in Niedernhausen und als Palliativmedizinerin im Kinderhospiz „Bärenherz“. Seit 2020 ist sie im Ruhestand.

Foto: privat

Aufgabenstellungen:

1. Notiert die Gedanken und Bilder, die in Eurer Vorstellung auftauchen, wenn Ihr den Begriff „Kinderhospiz“ hört.
2. Führt eine genauere Recherche zum Thema Kinderhospiz durch und stellt diejenigen Informationen, die Ihr für wichtig haltet, übersichtlich zusammen.
3. Vergleicht Eure eigenen Vorstellungen mit den Ergebnissen Eurer Recherche.
a) Welche Sachverhalte decken sich mit Euren Gedanken und **b)** was ist anders als gedacht, neu oder besonders überraschend?
4. Was ist nach Aussage von Frau Dr. Schraut in der Extremsituation „Sterben“, vor allem, wenn es um das Sterben des eigenen Kindes geht, besonders wichtig, um den Betroffenen zu helfen und ein Gefühl von Sicherheit zu geben?
5. Was ist das Ziel der Arbeit von Frau Dr. Schraut?
6. Viele Menschen wünschen sich einen „plötzlichen“ und „schnellen“ Tod für sich selbst. Was kann dabei jedoch ein ganz grundsätzliches Problem sein? (Frau Schraut macht dazu eine Andeutung im Text!).
7. Frau Dr. Schraut zitiert in ihrem Statement die Dichterin Mascha Kaleko (1907-1975) mit dem folgenden Satz: „Den eigenen Tod stirbt man nur, mit dem Tod der Anderen muss man leben.“ **a)** Was sind Eure Gedanken zu diesem Spruch? **b)** Entwickelt einen eigenen Sinnspruch zum Thema Tod und Sterben.

5.10 Statement Sabine Becker

Mein Name ist Sabine Becker, ich leite den ambulanten Hospizdienst in Friedberg. Immer wieder fragen mich Menschen, warum ich meinen beruflichen Alltag der Arbeit mit Sterbenden widme und wie man damit überhaupt klar kommen kann. Für mich ist entscheidend, dass ich mir sage: Wir können nichts daran ändern, dass die Situation für einen Menschen am Lebensende so ist, wie sie nun mal ist, aber wir können etwas daran ändern, **wie** sie ist.

Meine Aufgabe besteht vor allem darin, eine Familie, die einen schwerkranken Menschen zu Hause betreut, zu beraten und herauszufinden, welche ehrenamtliche Hospizhelferin oder welcher ehrenamtliche Hospizhelfer am besten zu diesen Menschen passen würde.

Die ehrenamtlichen Begleiter wurden für diese Aufgabe zuvor auch von mir ausgebildet und qualifiziert, in den oftmals schwierigen Situationen standzuhalten, den Menschen einfach nahe zu sein, ohne ihnen zu nahe zu rücken. Ebenso müssen sie lernen, dass dieses „Nahe-Sein“ ganz viel bedeutet, auch wenn man vielleicht das Gefühl hat, „nichts“ getan zu haben.

Eine weitere meiner Aufgaben ist es, in der Öffentlichkeit den Hospizgedanken immer wieder bewusst zu machen und zum Nachdenken anzuregen, dass der Tod nun mal einfach zum Leben dazu gehört. Das versuchen wir auch bereits im Grundschulalter zu verankern, indem wir in verschiedenen Wetterauer Grundschulen eine Projektwoche zum Thema „Hospiz macht Schule“ durchführen.

Darüber hinaus besteht ein Teil meiner Aufgaben darin, die Zusammenarbeit mit anderen in der Versorgung Sterbender Tätigen zu koordinieren: mit Pflegediensten, Ärzten, Altenheimen, KrankenpflegerInnen, AltenpflegerInnen, SeniorenbegleiterInnen – sie alle sind in ihrer Arbeit mit dem Thema konfrontiert. Die Sensibilität dafür zu wecken, ist in zahlreichen Kursen innerhalb dieser Ausbildungen meine Aufgabe.

Da wir in der gesamten Wetterau kein stationäres Hospiz haben, ein Haus, in dem sterbende Menschen für die letzten Tage und Wochen aufgenommen werden können, erscheint es mir umso wichtiger, dort Unterstützung zu leisten, wo die Versorgung stattfindet: im häuslichen Umfeld. Denn-so haben Befragungen ergeben- es wollen doch die allermeisten Menschen ihr Lebensende zu Hause verbringen. Dafür leisten ambulante Hospizgruppen ihren Beitrag.

Sabine Becker, Friedberg



Sabine Becker ist Sonderpädagogin, Palliative Care Fachkraft (psychosozialer Schwerpunkt) und Psychoonkologin.

Sie arbeitet als **Koordinatorin** für die Hospizhilfe Wetterau e.V. .

<http://www.hospizhilfe-wetterau.de/kontakt-2/>

Aufgabenstellungen:

1. Beschreibt die Tätigkeiten von Frau Becker.
2. Laut Frau Becker wollen die meisten Menschen zu Hause sterben. Erstellt eine Liste mit den Vor- und den Nachteilen des Sterbens zu Hause und überlegt, wo Ihr selbst am Liebsten sterben würdet.
3. Frau Becker beschreibt, dass in den Grundschulen teilweise Projekte zum Thema „Hospiz“ stattfinden. Gab es das zu Eurer Grundschulzeit auch? Wenn ja, welche Erinnerungen habt Ihr daran?
4. Stellt Euch vor, Ihr als „ältere“ Schüler, die sich gerade mit Sterben und Tod befassen, bekämt eine dritte oder vierte Grundschulklasse als „Patenklasse“ zugeteilt und Euer Auftrag wäre, einen Vormittag lang mit Grundschülern über dieses Thema zu sprechen. Überlegt gemeinsam:
a) Was könnte für Grundschüler interessant sein zu wissen?
b) Welche Inhalte könnten heikel sein? Wie würdet Ihr damit umgehen?
c) Mit welchen Methoden und Materialien könnte man das Ganze umsetzen und gestalten?

5.11 Statement Christel Deubel

Ich bin freie Trauerrednerin.

Ich spreche auf Beisetzungen zu Trauernden und ganz besonders zu den Angehörigen.

In einem vorab geführten Gespräch, das in der Regel 2-4 Stunden dauert, erfahre ich durch persönliche und gezielte Fragen viel über das Leben des Verstorbenen. Zuhause beginne ich mit dem Schreiben anhand meiner Informationen und manches Mal auch durch weitergehende Recherchen (was geschah noch in dem Geburtsjahr, welcher Wochentag war es usw.).

Werden jedoch christliche Elemente oder Gebete gewünscht, so arbeite ich diese selbstverständlich mit ein.

Mein Ziel und mein Wunsch dieser individuellen und sehr persönlichen Abschiedsrede sind, dass der Verstorbene noch einmal fühlbar, ja fast sichtbar wird. Wie kam ich dazu eine spezielle „Ausbildung“ zu absolvieren? Als ein Onkel von mir starb, hatte ich den Wunsch, für ihn ein paar Worte in der Trauerhalle zu sprechen. Nie hätte ich gedacht, dass ich so viel Resonanz bekommen würde. Ja, mein Onkel war wohl in diesem Moment fühlbar für alle anderen. Einige Jahre später starb eine sehr gute Freundin und auch für sie wollte ich ein paar persönliche Worte sprechen.

Als sowohl die Bestatterin als auch der damalige Trauerredner auf mich zukamen und sagten, dass sie erst jetzt die Verstorbene „kennengelernt“ haben, wusste ich, dass das genau das Richtige für mich ist. In einer Trauerrednerakademie habe ich dann über mehrere Wochen sehr viel über das Schreiben, Sprechen und natürlich über den Umgang mit Trauernden erlernt. Zum Ende dieser Seminarwochen habe ich eine nachgestellte Trauerzeremonie nachgestellt und erhielt das Zertifikat. „Leben“ kann ich nicht von diesem Beruf der Trauerrednerin.

Meine Arbeit gibt mir unheimlich viel Kraft und Hoffnung. Mit den Trauernden fühle ich mit, aber ich leide nicht mit ihnen. Ich habe gelernt, dass LEBEN oftmals nicht so verläuft, wie man es sich vorgestellt hat, doch alles irgendwie weitergeht. Sterben gehört zum Leben und ich möchte die vielen Gespräche und auch die Stummen, oftmals verzweifelten und beweinten Augenblicke nicht missen. Ich wünschte, dass mehr Menschen Empathie und Toleranz spüren würden, dass das Bewusstsein im Jetzt und Hier zu leben allgegenwärtig ist. Ich hoffe, dass mein „Warum“ ich diesen Weg gegangen bin nun auch für andere ein klein wenig verständlicher geworden ist.

Christel Deubel, Friedberg



Christel Deubel ist zertifizierte freie Trauerrednerin in der Wetterau, im Vogelsberg, im Taunus, in Gießen und im Rhein-Main-Gebiet.

https://www.xing.com/image/7_b_4_d4a9c50e3_19822439_1/christel-deubel-foto.1024x1024.jpg

Aufgabenstellungen:

1. Bevor Ihr den Text gelesen hattet: Was waren Eure Vorstellungen von der Arbeit einer Trauerrednerin/eines Trauerredners?
2. Beschreibt, wie Frau Deubel zu ihrer Tätigkeit als Trauerrednerin kam.
3. Stellt dar, wie ihre Tätigkeit ganz konkret aussieht und was Frau Deubel im Rahmen ihrer Tätigkeit besonders wichtig ist.
4. Über welche Fähigkeiten und Talente sollte man als Trauerredner/in Eurer Meinung nach ganz grundsätzlich verfügen? Welche davon passen auf Euch persönlich?
5. Könntet ihr Euch vorstellen, selbst als Trauerredner/in tätig zu sein? Warum (nicht)?
6. Denkt über Eure eigene Trauerrede nach. Welche Inhalte wünscht Ihr Euch, was sollte auf keinen Fall erwähnt werden?

5.12 Statement Tina Ohl

Mein Name ist Tina Ohl. Ich bin verheiratet, Mutter zweier jugendlicher Söhne und bin Heilpraktikerin. In diesem Beruf habe ich viel mit Menschen zu tun, denen es nicht gut geht. Ursprünglich habe ich die Ausbildung zur ehrenamtlichen Hospizhelferin machen wollen, um mich im Umgang mit Sterbenden und dem Tod – sowohl bei Patienten als auch im privaten Umfeld – sicherer zu fühlen.

Nach Abschluss der 1-jährigen Ausbildung mit anschließendem Praktikum von 50 Stunden begleite ich nun auch ehrenamtlich Menschen in ihrem Sterbeprozess. Ich fühle mich bereit mich diesen Menschen zu stellen, besser gesagt mich zu ihnen zu setzen und in Ruhe bei ihnen zu sein. Das schöne an der Hospizhelfertätigkeit ist, dass wir mit Zeit zu den Betroffenen kommen und ohne eine feste Aufgabe. Alle anderen, die sich mit dem Pflegebedürftigen beschäftigen, müssen etwas erledigen, tun,... egal ob es Angehörige sind oder Pflegekräfte, alle wollen etwas von der sterbenden Person.

Die lange Zeit Zugehörigen haben ihre Geschichten mit dem sterbenden Menschen und dadurch häufig entweder persönliche Schwierigkeiten, oder aber sie leiden sehr unter der Situation. Die beruflich Engagierten stehen unter Zeitdruck und müssen schnell hier etwas erledigen an und mit dem Menschen.

Mein Vorteil wenn ich komme, ich habe Zeit in der ich einfach nur da bin und nichts erreichen will. Ich muss denjenigen weder zu einer Tätigkeit bringen, noch will ich ihn gesund bekommen oder den Tod aufhalten, auch muss ich nicht noch etwas klären, aussprechen oder, oder, oder. Ich darf hier sein und wenn derjenige noch einen Wunsch hat, kann ich versuchen diesen zu erfüllen – sei es ein bestimmtes Gedicht vorlesen, ein Musikstück vorspielen, oder auch mit dem Betroffenen ganz offen über seinen Wunsch nach Sterben und seine Vorstellung von Tod zu sprechen. Dadurch, dass ich nichts will, kann ich in absoluter Offenheit bei ihm sein, eben auch in Klarheit sprechen und dies ist häufig entlastend.

Manchmal nutzt auch ein Angehöriger meine Zeit, indem er oder sie mir seine Sorgen und Nöte schildert. Ich empfinde mein Tun hier als erleichternd und Ruhe bringend, obwohl, oder gerade weil die Situation in der Regel schwer ist. Was mir dieses Ehrenamt bringt ist sehr vielfältig und schön: Ich bin ganz und gar bei demjenigen in dem (Zeit-)Raum, dies bringt mir Ruhe, für den Moment und auch darüber hinaus.

Ich sehe auch die kranken Menschen mit einem liebevollen und nicht durch Mitleid getrüben Blick und dies prägt mich mehr und mehr, auch in meinem Alltag. Mir wird unsere Endlichkeit immer deutlicher bewusst und dadurch entwickle ich eine immer größer werdende Dankbarkeit für das (gesunde) Leben, meine Zeit mit meiner Familie und anderen Menschen die mir wichtig sind und meine Selbstständigkeit. Ich hoffe dies beantwortet einige der Fragen der Schüler.

Herzlichen Gruß

Tina Ohl



Tina Ohl ist Heilpraktikerin und engagiert sich für folgende Vereine/ Verbände:

- Berufsverband der Union Deutscher Heilpraktiker
- Association of Natural Medicine in Europe e.V.
- Naturheilverein Wetterau e.V.

Foto: privat

Aufgabenstellungen:

1. Recherchiert ganz allgemein, welche Tätigkeiten/Aufgaben im Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung ausschließlich oder vorwiegend **a)** hauptamtlich und **b)** ehrenamtlich ausgeübt werden. Welche Gründe sind für diese Aufteilung ausschlaggebend?
2. Welche Tätigkeiten übt Frau Ohl als ehrenamtliche Hospizhelferin aus und welche Besonderheit – auch im Blick auf die hauptamtlich Tätigen – ist damit verbunden?
3. Stellt dar, wie diese ehrenamtliche Aufgabe den Blick auf das eigene Leben nach Aussage von Frau Ohl beeinflusst.
4. Beschreibt, ob und in welcher Hinsicht die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod Euer eigenes Weltbild und Eure eigene Einstellung zum Leben verändert (hat).
5. Könnt Ihr Euch eine Tätigkeit als ehrenamtliche/r Hospizhelfer/in vorstellen? Begründet Eure Antwort.

5.13 Statement Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz

Wie jeder Bereich gesellschaftlichen und individuellen Lebens hat auch das Lebensende juristische Aspekte. Und rechtliche Regelungen beeinflussen und bestimmen unser ganzes Leben. Gleichzeitig sieht man gerade an einem Sozialgericht, wie fundamental jeder Mensch betroffen ist, wenn es um seine Gesundheit geht. Aus der Perspektive eines Juristen stellt sich daher die Frage, wie sehr „Machthaber“ – also Politik, Parlament, Gerichte – auf die höchstindividuelle Situation eines schwer kranken Menschen einwirken dürfen. Ist es richtig, dass der Bundestag organisierte Sterbehilfe, also eine Dienstleistung zur Ermöglichung einer Selbsttötung, verboten hat? Oder hätte er dies jedem Menschen selbst überlassen müssen, solches in Anspruch zu nehmen? Muss die Gesellschaft vielleicht jedem Menschen sogar aktiv die Möglichkeit anbieten, sterben zu dürfen, wann immer er es will?

Dabei muss stets bedacht werden, dass auch Einzelentscheidungen gesellschaftliche Entwicklungen beeinflussen. Wenn es „üblich“ wird, sich als Kranker das Leben zu nehmen, entsteht automatisch ein Druck auf andere, nicht auszuscheren, indem sie am Leben bleiben. Dies nimmt der Erfüllung des Sterbewunsches in einem organisierten Umfeld den notwendig freien und höchstindividuellen Charakter, den er allein zu haben scheint. Ich bin daher absolut überzeugt, dass jede Form organisierter Sterbehilfe Menschen in den Tod treibt, die lieber weiterleben würden.

Diese zentralen Fragen gesellschaftlichen Zusammenlebens werden immer Gegenstand der Diskussion sein. Und die Menschen müssen sich immer wieder ihrer Antworten vergewissern. WIR müssen uns klar sein, in welcher Gesellschaft wir und „unsere“ Alten und Kranken leben wollen und dürfen. Dies kann nicht ohne Berücksichtigung der Palliativmedizin und -pflege erfolgen. Denn nur wenn allen klar ist, dass das Leben an seinem Ende nicht notwendig Qual bedeutet, sondern ein „Leben bis zuletzt“ möglich ist, kann eine rationale Entscheidung getroffen werden – für die Gesellschaft wie für sich selbst. Daher bin ich für jede Förderung palliativer Medizin und Pflege – egal in welcher Form. Nur so lässt sich eine Entwicklung verhindern, die den Wert des Lebens auch in schwerer Krankheit und Leid in Frage stellt oder gar als würdelos „herabwürdigt“...

Prof. Dr. Carsten Schütz, Fulda



Prof. Dr. Carsten Schütz ist Direktor des Sozialgerichtes in Fulda.

Er gehört dem **Stiftungsrat** der **Deutschen PalliativStiftung** Fulda an.

Foto: privat

Aufgabenstellungen:

1. Stellt dar, mit welchen Fragen sich die Berufsgruppe der Juristen auseinandersetzt, wenn es um das Lebensende geht.
2. Vergleicht die juristische Perspektive mit der Perspektive **a)** eines Arztes, **b)** eines Seelsorgers und **c)** eines ehrenamtlich in der Palliativversorgung und Hospizarbeit tätigen Menschen. Wo liegen Gemeinsamkeiten, wo liegen Unterschiede im Denken und Handeln?
3. Worin können im Fall der „Sterbehilfe“ Gefahren liegen, wenn die Entscheidungen Einzelner die Gesellschaft beeinflussen?
4. „Ich bin daher absolut überzeugt, dass jede Form organisierter Sterbehilfe Menschen in den Tod treibt, die lieber weiterleben würden.“ Denkt über diesen Satz von Dr. Schütz nach und findet einen eigenen, begründeten Standpunkt. Welcher Meinung seid Ihr?
5. Stellt noch einmal zusammenfassend dar, weshalb Dr. Schütz sich für die Stärkung palliativer Maßnahmen am Lebensende einsetzt. Könnt Ihr seine Argumentation **a)** nachvollziehen und **b)** teilen?
6. Im letzten Satz des Statements geht es um den Begriff der „Würde“. Befasst Euch indiesem Zusammenhang mit Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland, der lautet:

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

a) Was versteht Ihr persönlich unter dem Begriff „Würde“?

b) Wie kann Eurer Meinung nach ein „menschenwürdiges“ Sterben aussehen und was kann der Staat dafür tun, um dies zu gewährleisten?

c) Der Schweizer Sterbehilfeverein „Dignitas“ bietet „Freitodbegleitung“ an und begründet auch dies in seinem Motto mit der Schlagzeile „menschenwürdig leben – menschenwürdig sterben“. Arbeitet heraus, mit welchen unterschiedlichen Sichtweisen sich sowohl die Befürwortung als auch die Ablehnung der organisierten Suizidbeihilfe mit dem Argument der „Menschenwürde“ begründen lassen. Bezieht danach selbst Stellung, welche Sichtweise Ihr teilt.

Alternatividee/Zusatzidee: Sammelt in zwei unterschiedlichen Gruppen die Argumente der Befürworter und der Gegner einer organisierten Suizidbeihilfe. Bestimmt aus beiden Gruppen zwei Personen, die die Argumente im Stil einer Podiumsdiskussion/Talkshow (mit Moderator) austauschen und diskutieren. Entscheidet, ob das „Publikum“ mitdiskutieren und Fragen stellen darf. Wertet das Ergebnis der Diskussionsrunde am Schluss aus. Welche Gruppe hat die überzeugenderen Argumente und warum?

Besondere didaktische Anmerkung für Lehrkräfte zum Statement von Prof. Dr. Carsten Schütz

Betrifft: Aufgabenstellung Nummer 6: Alternatividee/Zusatzidee mit Podiumsdiskussion/Talkrunde

Im Rahmen von Aufgabe 6 wird als gedankliche Erweiterung auf Art. 1 GG und die Menschenwürde eingegangen. Die Position der Sterbehilfe-Befürworter (juristisch-fachlich wie auch das „Gefühlte“ der normalen Menschen „auf der Straße“) ist ja schon vielfach so, dass sie das Leben im Wachkoma oder ähnlichen Situationen nicht selten als „würdelos“ bezeichnen.

Diese Ansicht wird sicherlich auch von vielen Jugendlichen und jungen Erwachsenen geteilt, da sie in einem Alter sind, in dem der Wunsch nach Autonomie und Eigenständigkeit, sowie Abnabelung vom Elternhaus besonders groß ist und sich scheinbar nicht mit Vorstellungen von Abhängigkeit und Angewiesensein, so wie es eine Pflegebedürftigkeit mit sich bringt, vereinbaren lässt. Wenn ein solcher Zustand wirklich würdelos im Sinne des Art. 1 Abs. 1 GG wäre, so käme die so genannte Schutzpflicht des Staates zum Tragen. Sie gilt für alle Grundrechte, prominentes Beispiel: Früher wurde die Pflicht des Staates zur Bestrafung der Abtreibung daraus hergeleitet, der Staat müsse das ungeborene Leben schützen (Art. 2 Abs. 2 GG). Besonders aber gilt das für Art. 1 Abs. 1 GG („zu achten und zu schützen“).

Daher gilt es bei allem Respekt unterschiedlicher Meinungen und Ansichten sensibel zu differenzieren, was man letztlich unter „Würde“ bzw. „Würdelosigkeit“ versteht und dies ggf. noch einmal vertiefend im Unterricht zu thematisieren. Dies kann sowohl im Nachhinein als auch im Vorgriff auf eine Diskussionsrunde erfolgen, für beide Zeitpunkte im Unterrichtsablauf lassen sich inhaltliche und didaktische Begründungen finden. So ist es möglich, die prozessuale, methodische Linienführung deduktiv/induktiv – induktiv/deduktiv – abduktiv zu gestalten, indem von der grundsätzlichen Klärung des Themas „Menschenwürde“ zum konkreten Beispiel „Sterbehilfe“ übergegangen wird (deduktiv-induktiv), genauso, wie sich anhand des speziellen Themas „Sterbehilfe“ das allgemeine Thema „Menschenwürde“ explizieren lässt (induktiv-deduktiv). Im Rahmen der Abduktion werden dann sowohl abhängig vom Leistungsniveau und Abstraktionsvermögen der Lernenden, als auch von individuellen Wertvorstellungen und Weltanschauungen, kreative, schöpferische und weiterführende Schlüsse gezogen, die über eine reine Analyse und Betrachtung der Thematik hinausgehen und die Lernenden in eine tiefere Reflexion führen.

(vgl. Jank, Werner/Meyer, Hilbert: Didaktische Modelle. Berlin 2008, 8. Auflage, S. 89f)

5.14 Statement Sarah Benz

Liebe Schülerinnen und Schüler,

ich bin auf einem Friedhof groß geworden. Naja, fast. Unser Pfarrhaus lag gleich daneben und ich habe oft mit meiner Freundin zwischen den Gräbern gespielt. Als wir später in die Stadt zogen, habe ich mich gewundert, weil es bei der neuen Kirche gar keinen Friedhof daneben gab. Ich fragte mich: „Nanu, wo tun die denn hier ihre Toten hin?“

Eigentlich ist das heute noch eine Frage, die mich auf vielen Ebenen beschäftigt. Wie erinnern wir uns an die Menschen, die gestorben sind, welchen Platz dürfen sie in unserem Leben einnehmen? Dürfen wir noch über sie reden und wenn ja, wie?

Ich wünsche mir, dass die Themen „Sterben, Tod und Trauer“ in unserer Gesellschaft nicht so weggedrängt werden. Es ist doch okay wenn jemand mal weint. Wenn wir um Menschen trauern, die gestorben sind, ist das wichtig, dass wir es so tun dürfen, wie es uns gut tut.

Deshalb habe ich angefangen mit Kollegen die „Sarggeschichten“ zu produzieren. Das sind kleine Filme, die Gedanken anstoßen sollen und zeigen, was man eigentlich alles gestalten kann wenn jemand stirbt oder wenn man trauert. Oft sagen Menschen, die ich als Trauerbegleiterin berate: „Ach, das hätte ich machen dürfen? Man, das hätte ich wirklich gerne getan, aber ich wusste das nicht.“ Das finde ich dann sehr schade. Man darf z.B. seinen Verstorbenen noch zu Hause behalten um sich in Ruhe zu verabschieden, ihn anziehen, mit ihm sitzen und ihn streicheln. Das kann eine ganz wichtige Zeit sein, in der man wirklich begreifen kann, dass gerade jemand gestorben ist. Deshalb will ich, dass Menschen wissen, was sie alles machen können, damit sie sich dann entscheiden können, ob sie das wollen oder nicht. Ich singe zum Beispiel auch auf Beerdigungen und es ist schön, wenn man durch ein besonderes Lied an jemanden erinnern kann. Manchmal schreibe ich extra eins für den Verstorbenen. Auch meine eigene Trauer um liebe Menschen drücke ich gerne durch Musik aus. Ich finde es überhaupt gut, wenn man Gefühle kreativ ausdrücken kann: einen Sarg bemalen, eine Trauerkarte entwerfen, Lieder für die Trauerfeier aussuchen. Das kann alles sehr schön und heilsam sein, dann passt die Trauerfeier auch zu dem Menschen, der gestorben ist. In Zeiten der Trauer finde ich es sehr gesund, wenn alle Gefühle ihren Platz haben können: Schmerz, Wut, Liebe oder Dankbarkeit, es gibt so viele. Darüber sollen Menschen auch reden dürfen, dass ist nämlich wichtig um die Trauer auszudrücken und sich auch weiter zu entwickeln. Die Arbeit mit diesen Themen hat mir auch gezeigt, wie kostbar und wundervoll das Leben oft ist und dann habe ich Momente, wo ich sehr dankbar bin, dass ich leben darf.

Ich wünsche Euch, dass die Beschäftigung mit den Themen „Sterben, Tod und Trauer“ bei Euch nicht nur ein schweres Gefühl hinterlässt, sondern dass es auch ein Anstoß sein kann, darüber nachzudenken was Euch für Euer Leben eigentlich wichtig ist.

Ganz liebe Grüße

Sarah Benz



Sarah Benz ist Musikerin und Sozialpädagogin und arbeitet auch als Seelsorgerin und Trauerbegleiterin.

In dem Projekt **www.sarggeschichten.de** produzieren sie und ihr Team kleine Filme rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer.

Quelle: privat

Aufgabenstellungen:

1. Als Kind hat sich Sarah Benz gefragt, wo in der Stadt die Toten beerdigt werden. Welche Friedhöfe oder Erinnerungsorte kennt Ihr? Was bedeuten sie Euch? Findet Ihr, solche Orte sollten sichtbar sein oder eher versteckt liegen? Begründet Eure Antwort.
2. Viele Menschen fragen sich nicht nur, wo die Toten hinkommen, sondern auch ob es nach dem Tod „irgendwie weitergeht“. Welche Vorstellung habt Ihr von einem Leben nach dem Tod?
3. Nach Meinung der Autorin wird das Thema „Sterben, Tod und Trauer“ gesellschaftlich verdrängt. Seht Ihr das genauso? Und wenn ja, woran fällt Euch das besonders auf?
4. Beschreibt die im Text genannten unterschiedlichen Möglichkeiten, seine Trauer auszudrücken und ergänzt diese um Eure eigenen Ideen und Vorstellungen.
5. Sarah Benz beschreibt ihre Dankbarkeit, leben zu dürfen. Könnt Ihr diesen Gedanken teilen? Wodurch kann sich echte Lebensfreude und Dankbarkeit ausdrücken? Sammelt in der Klassengemeinschaft Eure Gedanken dazu und haltet sie schriftlich fest.
6. Sarah Benz und ihr Team produzieren kleine Videoclips. Überlegt, ob Ihr in Kleingruppen ebenfalls ein Video rund um die Themen „Sterben, Tod und Trauer“ drehen und z. B. auf youtube stellen wollt. Mit welchem Ziel und für welche Zielgruppe könnte es gedreht werden? Welche „Message“ wollt ihr rüberbringen? (Inspirationen und Anregungen dürfen sich unter www.sarggeschichten.de ausdrücklich geholt werden!).

5.15 Statement Elke Hohmann

Über den Tod und das Sterben habe ich mir nie viele Gedanken gemacht. Dann ist im Jahr 2000 meine Mutter verstorben und plötzlich befand ich mich völlig unvorbereitet mitten in der Thematik. Ich erinnere mich noch genau an den Tag, als wir gespürt haben, dass sie bald von uns gehen wird. Ihr Hausarzt kam und veranlasste, sie sofort ins Krankenhaus einzuweisen. Wir hätten sie damals gerne zu Hause behalten. Gegen die Worte des Arztes „Wollen Sie ihre Mutter auf dem Gewissen haben?“ waren wir aber machtlos. Auch wenn im Krankenhaus alle sehr bemüht waren, musste meine Mutter am Ende ihres Lebens sehr leiden und große Ängste ausstehen. Unserem Vater haben wir damals versprochen, dass wir ihm die Möglichkeit geben werden umfassend versorgt zu Hause in seinem gewohnten Umfeld sein Leben beschließen zu können.

Rund zehn Jahre nach dem Tod meiner Mutter war die Palliativversorgung glücklicherweise schon auf einem ganz anderen Stand. Mein Vater und wir als seine Angehörigen hatten das große Glück in dieser intensiven Zeit vom Palliativnetz Osthessen begleitet und unterstützt zu werden. So durften wir erleben, wie intensiv und nah man die letzte Lebensphase eines Menschen erleben kann. Diese Momente mit meinem Vater möchte ich nicht mehr missen und sie haben mir darüber hinaus geholfen, den Tod zu verarbeiten. Aus Dankbarkeit für diese Erfahrung, wollte ich etwas zurückgeben. Ich erfuhr von dem Förderverein der Deutschen Palliativ-Stiftung mit Sitz in meiner Heimatstadt Fulda und seit sechs Jahren setze ich mich ehrenamtlich dafür ein, jedem den Zugang zu palliativer und hospizlicher Versorgung zu ermöglichen.

Als im vergangenen Jahr das Gesetz der Sterbebegleitung politisch diskutiert wurde, habe ich mir viele Meinungen dazu angehört, mich informiert und mich intensiv damit auseinandergesetzt. Zeitgleich habe ich einen Roman gelesen, indem der verunglückte Protagonist beschließt, lieber sterben zu wollen als sein Leben im Rollstuhl verbringen zu müssen. Der Roman hat mich emotional berührt und ich habe gemerkt, dass ich auch Verständnis für diese Sichtweise aufbringen konnte. Aus unseren täglichen Erfahrungen dürfen Zweifel entstehen und ich empfinde diese als gut und wichtig. Sie helfen uns dabei, nicht in feste Muster zu verfallen und uns immer wieder klar zu werden und zu reflektieren, für was genau wir eintreten. So ist auch mir persönlich klar geworden, dass ich voll und ganz hinter den Zielen der Deutschen Palliativ-Stiftung stehe. Jeder, der umfassend palliativ versorgt wird, kann sein Leben bis zuletzt leben.

Lassen wir uns darauf ein.....

Elke Hohmann



Elke Hohmann ist Sozialpädagogin, Lehrbeauftragte und Fachkraft Palliative Care.

Sie engagiert sich seit vielen Jahren für die Belange der **Deutschen PalliativStiftung** und führt seit 2017 hauptamtlich die Geschäfte der Stiftung.

Foto: privat

Aufgabenstellungen:

1. Elke Hohmann beschreibt, dass sie sich vor dem Tod ihrer Mutter nicht viele Gedanken über die Themen „Sterben“ und „Tod“ gemacht hat. Welche Gedanken habt Ihr Euch bis jetzt zu diesen Themen gemacht bzw. welche Fragen Euch gestellt? Notiert fünf davon.
2. Es wird ausgesagt, dass die Familie die Mutter gerne zum Sterben zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung gelassen hätte. a) Überlegt Euch: An welchem Ort und unter welchen Umständen würdet Ihr selbst am Liebsten sterben? b) Könnt Ihr Euch vorstellen, mit einer/m Sterbenden unter einem Dach zu leben? Welche Bedenken hättet Ihr und welche positiven Aspekte könntet Ihr Euch vorstellen?
3. In dem Statement ist von einem Roman die Rede, an dessen Ende die Hauptfigur beschließt, lieber zu sterben, als ihr Leben lang im Rollstuhl verbringen zu müssen. Habt Ihr Verständnis für solch einen Entschluss?
4. Welche Filme/Romane kennt Ihr, in denen es auch um die Themen „Sterben“, „Tod“ oder sogar „Sterbehilfe“ geht? **a)** Wie werden diese Themen in den Euch bekannten Filmen/Romanen dargestellt? **b)** Wo seht Ihr Parallelen, wo Unterschiede zum realen Leben? **c)** Überlegt, welche „Message“ die Filmemacher/Romanautoren vermutlich übermitteln wollen.
5. Elke Hohmann beschreibt, dass sich die Haltung zu bestimmten Dingen immer wieder ändern kann und auch von der ausführlichen Auseinandersetzung bzw. persönlichen Erfahrung mit einem Thema abhängen. Inwiefern hat sich Eure Haltung zu den Themen „Sterben“, „Tod“ und „Sterbehilfe“ durch die intensive Befassung im Unterricht oder vielleicht sogar durch persönliche Erlebnisse verändert?
6. Welche Fragen und Unklarheiten stellen sich Euch noch zum Thema Palliativversorgung und Hospizarbeit? Sammelt diese gemeinsam und entscheidet, wie Ihr diese am besten klären und beantworten könnt: Eventuell durch eine Internetrecherche, durch Kontaktaufnahme mit der PalliativStiftung oder durch Kontaktaufnahme zu wohnortnahen Experten? Entscheidet, was Euch am sinnvollsten erscheint und werdet aktiv, damit Eure Fragen beantwortet werden können.

5.16 Statement Nikolaus Schneider

Fragen von Schülerinnen und Schülern an den ehemaligen Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) zum Themenkreis Tod, Sterben, Sterbehilfe, Palliativversorgung und Hospizarbeit und die Antworten von Nikolaus Schneider

Auf welche Weise setzt sich die Evangelische Kirche für die Belange sterbender Menschen ein?

Unsere Kirche versteht das Sterben als letzte und äußerst wichtige Lebensphase. Deshalb will sie Menschen auf diesem Wege vor allem begleiten, sie unterstützen und ihnen geistlichen Beistand bieten. Die Begleitung sterbender Menschen gehört folgerichtig zu den wichtigen Aufgaben aller Pfarrerinnen und Pfarrer.

Unsere Kirche will aber auch für möglichst gute Rahmenbedingungen sorgen, damit Menschen beim Sterben nicht unter Schmerzen leiden müssen oder allein bleiben. Kirche und Diakonie übernehmen deshalb die Trägerschaft für stationäre und ambulante Hospizdienste oder eben solche Palliativeinrichtungen. Oder sie unterstützen Initiativen und Vereine, die Palliativ- und Hospizdienste tragen.

Unsere Kirche nimmt aber auch an der öffentlichen Debatte um die Fragen nach einem würdevollen Sterben teil und bezieht durch ihre leitenden Gremien (z.B. Synoden oder der Rat der EKD) oder ihre leitenden Persönlichkeiten theologisch-ethisch fundierte Positionen, die **beim Sterben helfen wollen, aber nicht dem Töten dienen** – so könnte man abgekürzt sagen.

Warum spricht sich die evangelische Kirche gegen Hilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen aus?

Ohne ‚wenn‘ und ‚aber‘ spricht sich die Evangelische Kirche gegen die Tötung auf Verlangen aus. Denn ein Mensch soll einen anderen Menschen nicht töten- mit Ausnahme der Notwehr. Auch bleibt zwar Schuld, der Mensch darf aber Vergebung erhoffen und wird staatlich zu Recht nicht belangt - aber in jedem Einzelfall untersucht.

„Du sollst nicht töten“ – dieses Gebot gilt, bis hin zur Ablehnung der Todesstrafe! Das Recht zu töten soll sich also kein Mensch herausnehmen, auch wenn er dazu aufgefordert wird.

Die Hilfe zur Selbsttötung ist etwas ganz anderes, denn in diesem Fall will sich ein Mensch ja selbst töten und verlangt Hilfe dazu. Ganz anders, weil es auch keinen Zwang zum Leben geben darf. Und Menschen können in Situationen geraten oder Lebenslagen ausgesetzt sein, die sie in die Selbsttötung treiben. In diesen Fällen hat die Kirche barmherzig und in Liebe zu handeln! Das bedeutet: Um solche Menschen zu ringen, sie respektieren, ihnen keine christliche Beerdigung verweigern und den Angehörigen allen Beistand zukommen lassen. Auch den Angehörigen, die solchen Menschen helfen. Sie dürfen wir nicht verurteilen.

Diese Haltung ist der Einsicht geschuldet, dass kein Mensch in einen anderen hineinsehen kann. Und dass es möglich sein kann, dass Gott selbst einem solchen Menschen den Weg zur Selbsttötung eröffnet. Aber das ist die Ausnahme, die sich nicht verobjektivieren lässt und die sich deshalb etwa einer rechtlichen Regelung entzieht. Denn grundsätzlich gilt: Menschen sind zum Leben bestimmt, ja von Gott dazu berufen. Das gilt für das Leben hier und in seinem Reich. Diese Berufung hat das erste und entscheidende Wort. Aus ihr sollen alle rechtlichen Regelungen

gen und alle Konventionen entspringen.

Das Wertegerüst einer Gesellschaft muss darauf aufbauen. Und weil der Staat so eine große Macht über den einzelnen Menschen ausüben kann, muss sein Handeln strikt an die Berufung jedes Menschen zum Leben gebunden sein. Lebensorientierung soll sein Handeln, alle Gesetze und Verordnungen auszeichnen. Und auch für das ärztliche Handeln soll gelten: zum Leben und beim Leben – auch im Sterben – helfen. „Beihilfe zur Selbsttötung“ will ich mir als ärztliche Leistung nicht vorstellen. Und das nicht nur aus ethischen Gründen. Denn wenn es zu einer Konkurrenz zwischen der Finanzierung einer solchen Leistung und der Finanzierung von Palliativmedizin und Hospizarbeit kommen sollte, wird diese Konkurrenz zu Lasten von Palliativ- und Hospizeinrichtungen ausgehen. Eine Ausnahme muss aber für ausweglose Situationen – wie oben angedeutet – gelten: Wenn ein Arzt einem Patienten/einer Patientin in einer wodurch auch immer ausweglosen Situation Hilfe durch Beratung oder Beschaffung geeigneter Medikamente zukommen lässt, müssen wir das als Werk der Barmherzigkeit und Fürsorge im Rahmen des Vertrauensverhältnisses Arzt/Patient betrachten: Das ist keine abrechenbare Therapie. Ein solches Verhalten darf nicht der Strafverfolgung ausgesetzt sein.

Was schätzen Sie persönlich besonders an Palliativversorgung und Hospizarbeit?

Ich schätze an dieser Arbeit, dass hier in besonderer Weise Sterbende im Mittelpunkt stehen. Sie erfahren eine auf ihre Lage hochkompetent ausgerichtete Medizin und Pflege. Und sie erfreuen sich einer einfühlsamen und zugewandten Begleitung, für die genügend Zeit für sie selbst und die Angehörigen zur Verfügung steht.

Wieso lässt ein liebender Gott Krankheit, Sterben und Tod zu? (Auch und gerade bei jüngeren Menschen?)

Krankheit, Sterben und Tod – auch bei jüngeren Menschen – sind Ausdruck der Geschöpflichkeit von Menschen und der Vorläufigkeit und Unvollkommenheit des irdischen Lebens. Das wird erst im Reiche Gottes anders sein. Das Leben auf dieser Welt ist nun einmal großartig und schlimm, schön und hässlich, strahlend und dunkel, gesund und krank, pralles Leben und Todesverfallenheit. Diese Dialektik kennzeichnet alles Leben.

Menschen verbinden spontan Gott mit Erfolg, Gesundheit, hellen Zeiten.... Das ist zwar richtig, aber nur die eine Seite. Und für die andere gilt: Gott lässt nicht nur zu, Gott ist nahe denen, die Leiden, die auf den Tod zugehen: ja er geht sogar mit ihnen durch den Tod hindurch – gerade weil er ja ein liebender Gott ist. Auch beim Wandern „im finsternen Tal“ ist Gott bei uns, „sein Stecken und sein Stab“ trösten uns – wie es im 23. Psalm heißt. Ich habe diesen Psalm deshalb vielen Sterbenden zugesprochen. Und ich habe erlebt, wie er Menschen auf den letzten Metern ihres Lebensweges getröstet hat.

Denken Sie, dass gläubigen Menschen das Sterben „leichter“ fällt als nicht-gläubigen Menschen?

Das sollte man denken, aber aus meiner Erfahrung weiß ich, dass das nicht immer und bei allen so ist. Das Sterben ist ganz offensichtlich ein so elementares Erleben, dass auch gläubige Menschen von kreatürlichen Ängsten befallen werden und ihrer nicht Herr werden. Jeder Mensch stirbt deshalb auch seinen ganz eigenen Tod. Glaube ist also keine Garantie für „leichteres“ Sterben, aber doch eine gute Voraussetzung dafür.

Wie wünschen Sie sich ihr eigenes Sterben?

Ich möchte möglichst schmerzfrei sterben, begleitet von meiner Familie und mit der Möglichkeit, Abschied von meinen Lieben zu nehmen.

Wie stellen Sie sich ein Leben nach dem Tod vor?

Wie ein Leben nach dem Tod sein wird, kann kein Mensch wissen. Wir haben dafür nur Hoffnungsbilder, die von Poeten formuliert oder von Theologen bedacht werden. An solche Bilder lehne ich mich an. Besonders gerne beziehe ich mich auf die biblischen Hoffnungsbilder, die in 1. Kor. 15 oder in Offenbarung 21 nachzulesen sind.

Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, das die Situation sterbender Menschen in unserer Gesellschaft verbessert: Was wäre das?

Ich wünsche mir eine noch bessere öffentliche Aufmerksamkeit und Akzeptanz für das Thema „Sterben in Würde“ in unserer Gesellschaft, so dass wir eine flächendeckende Versorgung mit Palliativmedizin und Hospizversorgung in unserem Land gewährleisten können.

Außerdem wünsche ich mir eine Steigerung der geistlichen Kompetenz, so dass Menschen Worte, Bilder und Hoffnungen formulieren können, die ein Sprechen in der Situation des Sterbens ermöglichen und das Verstummen so vieler beim Sterben und am Grab aufbrechen.

Berlin, in der Osterzeit 2019

Nikolaus Schneider



Nikolaus Schneider ist evangelischer Theologe und war von 2010 bis 2014 **Ratsvorsitzender der EKD** und damit höchster Repräsentant der Evangelischen Kirche in Deutschland.

<https://www.ekd.de/Ehemalige-Ratsvorsitzende-der-EKD-13645.htm>

Aufgabenstellungen:

1. Laut Nikolaus Schneider ist die Haltung der Evangelischen Kirche in Deutschland „Beim Sterben helfen wollen, aber nicht dem Töten dienen“. Auf welche Weise setzt die Kirche diesen Grundsatz um?
2. Die Evangelische Kirche in Deutschland spricht sich klar gegen eine Tötung auf Verlangen aus. In Umfragen befürworten jedoch regelmäßig über 70% der Bevölkerung in Deutschland diese Form der „Sterbehilfe“. Gesetzlich ist sie verboten. Stellt die unterschiedlichen Argumente dar und wagt eine Prognose, wie sich die Diskussion und Gesetzeslage zu künftig entwickeln könnte. Welche Regelung fändet Ihr sinnvoll?
3. Nikolaus Schneider bezieht sich auf Vorstellungen vom Leben nach dem Tod, die in den biblischen Quellen in 1. Kor. 15 oder in Offenbarung 21 nachzulesen sind.
 - a) Recherchiert diese Aussagen als Modell für die Vorstellung vom Leben nach dem Tod im Christentum.
 - b) Stellt die Vorstellungen vom Leben nach dem Tod in folgenden anderen Religionen und Weltanschauungen dar: Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus und Atheismus.
 - c) Vergleicht die unterschiedlichen Positionen und arbeitet die Gemeinsamkeiten und Unterschiede heraus.
 - d) Findet eine eigene Position: Welche Vorstellung entspricht am stärksten Eurer eigenen?

Kapitel 6

Patientenverfügung

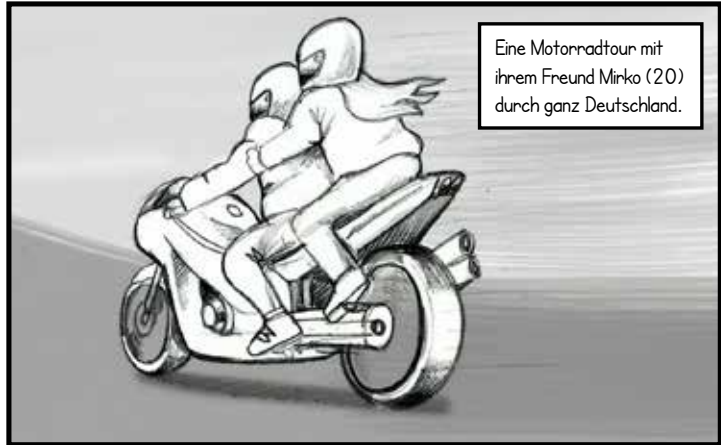
6.1 Anmerkungen zu den Texten „Patientenverfügung“ – didaktische Kurzkommentare

Arbeitsblatt/ Lernsituation „Patienten- verfügung“	Ausgehend von einem fiktiven Fall, der sich aber in dieser Form in der Realität ereignen könnte, erarbeiten die SuS wesentliche Inhalte zum Thema „Patientenverfügung“. Hierbei sollen sie dafür sensibilisiert werden, dass eine Patientenverfügung auch in jungen Jahren wichtig ist und man sich rechtzeitig darüber Gedanken machen sollte, da man jederzeit in die Situation kommen kann, seinen Willen nicht mehr frei äußern zu können. Ziel dieser Unterrichtseinheit soll die Erkenntnis sein, dass es als mündiger Mensch fast immer die schlechteste Lösung ist, keine Patientenverfügung zu haben. Diese sollte jedoch angemessen dokumentiert sein und mit Hilfe fachlicher/qualifizierter Beratung erstellt werden.
---	---

6.2 Ausgangssituation



Es ist Sommer. Endlich! Sechs Wochen Ferien ohne Lernstress, Hausaufgaben und Klassenarbeiten. Wochenlang hat Sandra (18) sich auf die freie Zeit gefreut. Und in zwei Wochen soll es in Urlaub gehen.



Eine Motorradtour mit ihrem Freund Mirko (20) durch ganz Deutschland.



Dann erreicht sie eine schlimme Nachricht.



Ihre Freundin Melanie (18) hatte einen schweren Autounfall und liegt im Koma.



Wie es mit ihr weitergehen wird, ob sie eine gute Überlebenschance hat und ob sie wieder „die Alte“ werden wird, ist völlig ungewiss.

Sandra lässt die Sache keine Ruhe. Wen entscheidet denn jetzt, wie es mit Melanie weitergeht? Und Sandra kommt ins Grübeln, was passieren könnte, wenn sie selbst in so eine Situation käme. Dann könnte sie doch gar nicht mehr äußern, was ihr wichtig ist und sich mit den Ärzten unterhalten.



Ihr Freund Mirko kann mit ihren Gedanken wenig anfangen.

Was soll ich mir über sowas einen Kopf machen? Unfälle passieren halt. Die im Krankenhaus werden schon wissen, was sie tun. Und wenn ich einen schweren Unfall und keine Chance mehr hätte, aufzuwachen, können sie von mir aus die Maschinen auch abschalten.



Sandra schwirrt der Kopf:
Patientenverfügung?
Was ist das denn? Noch nie gehört.
Das Thema lässt sie nicht mehr los.
Sie entschließt sich, mehr über das
Thema in Erfahrung zu bringen...



Aufgabenstellungen:

1. Habt Ihr eine Vorstellung, was eine Patientenverfügung sein könnte? Habt Ihr schon einmal davon gehört?
2. Entscheidet, ob Ihr eher die Meinung von Andrea („Rechtzeitig Vorsorge treffen!“) oder von Mirko („Was soll ich mir Gedanken machen?“) teilt und begründet Euren Standpunkt.
3. Recherchiert, was man unter einer Patientenverfügung versteht, wofür Ihr sie brauchen könntet, wie diese ganz konkret aussehen kann und bei wem man sich für das Verfassen beraten lassen sollte.
4. Erklärt die Bedeutung einer sogenannten Vorsorgevollmacht. Weshalb ist diese so wichtig in Zusammenhang mit der Patientenverfügung?
5. Was spricht dafür, sich auch schon vor dem 18. Geburtstag Gedanken über eine spätere Patientenverfügung zu machen?
6. Kommt mit Euren Freunden, Geschwistern, Eltern und Großeltern ins Gespräch darüber, ob sie ebenfalls eine Patientenverfügung haben und wie diese aussieht. Welche Gründe führen Eure Freunde/Verwandten an, falls sie (noch) keine haben und entwickelt Gegenargumente dazu.

6.3 Ausgangssituation (Lösungshinweise)

Aufgabenstellungen:

1. Habt Ihr eine Vorstellung, was eine Patientenverfügung sein könnte? Habt Ihr schon einmal davon gehört?

Schülerindividuelle Antworten

2. Entscheidet, ob Ihr eher die Meinung von Andrea („Rechtzeitig Vorsorge treffen!“) oder von Mirko („Was soll ich mir Gedanken machen?“) teilt und begründet Euren Standpunkt.

Schülerindividuelle Antworten

Hinweis: An dieser Stelle sollen die Antworten der SuS keinesfalls gewertet werden und die SuS sollten nicht den Eindruck bekommen, ihre Antwort nach einer sozialen Erwünschtheit formulieren zu müssen. Gleichwohl kann es Sinn machen, unterschiedliche Schülermeinungen einander gegenüber zu stellen und sie diskutieren zu lassen, um ein Bewusstsein für unterschiedliche Haltungen, die sich ja auch gesamtgesellschaftlich widerspiegeln, zu schaffen.

3. Recherchiert, was man unter einer Patientenverfügung versteht, wofür Ihr sie brauchen könntet und wie diese ganz konkret aussehen kann.

Zu folgenden Ergebnissen sollten die SuS (minimal) kommen:

- *Mit einer Patientenverfügung kann ein einwilligungsfähiger und volljähriger Mensch seinen Willen für nicht unmittelbar bevorstehende medizinische Maßnahmen im Voraus schriftlich verfügen.*
- *Es können alle Situationen, unabhängig von der Art und dem Stadium einer Erkrankung verbindlich geregelt werden. Das sind insbesondere:*
 - *die Sterbephase*
 - *das Endstadium einer unheilbaren Erkrankung*
 - *weit fortgeschrittene Hirnabbauprozesse, z.B. bei Demenz*
 - *irreversible Hirnschädigung, z. B. durch Unfall (siehe Ausgangsbeispiel!!!),*
 - *Schlaganfall, Entzündung*
 - *(Wach-)Koma*
- *Wichtig ist: Der Patient muss zum Zeitpunkt der Verfügung volljährig, (also mindestens 18 Jahre), geschäftsfähig (also mindestens 18 Jahre und in klarer geistiger Verfassung, nicht dauerhaft geistig beeinträchtigt) sein und die Verfügung muss schriftlich niedergelegt und unterschrieben werden.*

Eine Patientenverfügung¹ kann folgendermaßen aussehen:

<http://www.palliativstiftung.de/deutscher-palliativverlag/vorsorgemappe.html>

¹Vorsorgemappen können bei der Deutschen PalliativStiftung bestellt werden.

Anregungen für den Unterricht

Folgendes gilt es zu beachten:

- *Gemeinsam mit einer Vertrauensperson über die eigenen Vorstellungen sprechen und für die schriftliche Dokumentation mit einem qualifizierten Berater/Arzt reden. Ggf. handschriftliche Ergänzungen vornehmen.*
 - *Die Verfügung kann jederzeit geändert bzw. neu formuliert werden.*
 - *Die Verfügung muss an einem bekannten Ort hinterlegt sein.*
 - *Eine Patientenverfügung hilft bei der Feststellung des mutmaßlichen Willens. Soll ein Angehöriger für den Patienten eine Entscheidung treffen, so braucht man noch eine Vollmacht. OHNE eine gültige Vollmacht ist es entgegen der Annahme der meisten Menschen NICHT so, dass automatisch die nächsten Familienangehörigen (Ehegatten, Eltern, volljährige Kinder) entscheiden. In diesem Fall wird ein gerichtlich bestellter Betreuer eingesetzt, also eine Person von außen. Problem hierbei: Dieser Betreuer kennt die persönlichen Wertvorstellungen des Patienten nicht und muss „nach Aktenlage“ entscheiden!*
4. Was spricht dafür, sich auch schon vor dem 18. Geburtstag Gedanken über eine spätere Patientenverfügung zu machen?

Schülerindividuelle Antworten

...ergänzt um folgende, wesentliche Punkte:

- *Grundsätzlich gilt: Bei Minderjährigen entscheiden die Erziehungsberechtigten in Rücksprache mit den behandelnden Ärzten.*
- *Sind die Erziehungsberechtigten uneinig, so wird das Betreuungsgericht angerufen.*
- *Kennen die Eltern bereits den Willen ihres minderjährigen Kindes, so kann die Entscheidung leichter und besser im Sinne der/des Betroffenen fallen.*

Weiterer, grundsätzlicher Gedanke:

- *Verantwortung für sich selbst und sein Leben zu übernehmen ist ein wesentlicher Bestandteil des Erwachsenwerdens.*
- *Hierzu gehört es, nicht die Augen zu verschließen und mögliche Lebensrealitäten nicht zu verdrängen i. S. v. „irgendjemand wird sich schon kümmern“. („Mirko-Strategie“ im Ausgangsfall).*
- *Sich bereits als Jugendliche/r Gedanken über „unangenehme“ Lebensthemen zu machen, IST ein Zeichen von Reife und Verantwortungsbewusstsein, was dann mit der Volljährigkeit in konkrete Formen (Patientenverfügung) gegossen werden kann.*
- *In diesem Sinne ist die Verantwortungsübernahme für das eigene Leben auch ein Zeichen von Autonomie und Abnabelung vom Elternhaus.*

5. Kommt mit Euren Freunden, Geschwistern, Eltern und Großeltern ins Gespräch darüber, ob sie ebenfalls eine Patientenverfügung haben und wie diese aussieht. Welche Gründe führen Eure Freunde/Verwandten an, falls sie (noch) keine haben und entwickelt Gegenargumente dazu.

Schülerindividuelle Antworten.

Mögliche Argumente und Gegenargumente können sein:

- „Noch nie Gedanken darüber gemacht“ --- Dann wird es höchste Zeit, da jeden Tag etwas passieren kann!
- „Bin noch zu jung dafür“ --- Es gibt kein „richtiges“ oder „falsches“ Alter, da Krankheiten und Unfälle jederzeit auftreten können. Und auch als Minderjährige/r kann man sehr wohl überlegen, was man für sein Leben (nicht) möchte!
- „Soll meine Familie entscheiden, wenn es soweit ist“ --- Ist a) rechtlich nicht ohne weiteres möglich und b) bürdet man dem Umfeld aus eigener Bequemlichkeit/Scheu eine schwere Entscheidungslast auf (z. B. wenn es um die Frage einer möglichen Organspende geht).
- „Sollen die Ärzte entscheiden, das sind die Fachleute“ --- Wenn es mehrere Behandlungsoptionen gibt, kann ärztlicherseits auch eine Entscheidung getroffen werden, die nicht im eigenen Sinne liegt!
- „Hab keine Lust, darüber nachzudenken“ --- Leider richtet sich das Leben nicht danach. Wer die Dinge einmal für sich geregelt hat, hat danach den Kopf wieder frei, beruhigt und „mit Lust“ weiterzuleben.
- „Da halten sich die Ärzte doch sowieso nicht dran“ --- Falsch. Handeln Ärzte entgegen einer Patientenverfügung, so wird dies als Körperverletzung ausgelegt.
- „Hab kein Geld für den Notar“ --- Muss man auch nicht haben. Die Patientenverfügung ist auch ohne notarielle Beurkundung gültig.
- „Keine Ahnung, was ich da reinschreiben soll“ --- Darüber haben sich Fachleute bereits Gedanken gemacht (siehe Link Kapitel 6.3, Seite 4) und sämtliche Eventualitäten formuliert. Vordrucke und Vorschläge wie der obige sparen Zeit und decken das Spektrum der Möglichkeiten ab bei gleichzeitiger Offenheit für individuelle Gestaltung.
- „Ich verstehe die ganzen Zusammenhänge und Fachbegriffe nicht“ --- Dafür kann (und sollte!) man sich unbedingt fachkompetent (z. B. durch einen hierin erfahrenen Hausarzt) beraten lassen. Dieser kann auch die Einwilligungsfähigkeit und geistige Klarheit bescheinigen.

6.4 Meine Patientenverfügung

Hilfen und Anregungen zur Erstellung

Gedankenanstoß	Erläuterung	Erledigt
Über meine Wünsche und Wertvorstellungen bin ich mir im Klaren.	Ich weiß, welche lebenserhaltenden Maßnahmen existieren und habe mich entschieden, welche ich in lebensbedrohlicher Krankheit und am Lebensende in Anspruch nehmen möchte. Zusatz: Ich habe mir auch Gedanken gemacht, welche weitere Form von Begleitung (z. B. seelsorgerisch) ich möchte.	
Meine Wünsche und Wertvorstellungen habe ich schriftlich niedergelegt.	Selbst bzw. frei verfasste Formulierungen können teilweise zu unscharf und unspezifisch sein, insbesondere wenn es um medizinische Sachverhalte geht. Von Experten ausgearbeitete, vorformulierte Unterlagen sind hilfreich, zweifelhafte Auslegungen zu vermeiden. Wir empfehlen die Vordrucke der Deutschen PalliativStiftung unter: https://www.palliativstiftung.de/fileadmin/downloads/publikationen/Vorsorgemappe/Vorsorgemappe_2020.pdf Datum, Ort und Unterschrift nicht vergessen!	
Eine Vertrauensperson unterstützt mich.	Die von mir ausgewählte Vertrauensperson kennt mich gut und respektiert meine Wünsche und Vorstellungen. Sie vertritt mich mit meinen Anliegen kraft einer Vollmacht gegenüber Dritten (z. B. den behandelnden Ärzten) und setzt diese für mich durch. Sie ist im Besitz einer Ausfertigung meiner Patientenverfügung bzw. weiß, wo diese aufbewahrt ist, um im entsprechenden Fall darauf zugreifen zu können.	
Eine Vorsorgevollmacht habe ich meiner Patientenverfügung beigelegt.	Zusätzlich zur Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht verfasst, mit deren Hilfe die von mir benannte Vertrauensperson im Falle von Unklarheiten entscheiden darf. Die Vorsorgevollmacht kann sich auch auf andere Bereiche des täglichen Lebens erstrecken, wenn es z. B. um Verträge oder Finanzen geht.	
Wenn sich meine Vorstellungen ändern, aktualisiere ich meine Dokumente.	Eventuell verändert sich meine jetzige Sicht auf die Dinge im Zeitablauf und ich entwickle in bestimmten Fragen eine neue Meinung und/oder Werthaltung. Wenn dies der Fall ist, sollten die Dokumente neu verfasst werden. Unabhängig dessen empfiehlt sich eine Aktualisierung zum Beispiel alle zwei Jahre.	

Kapitel 7

Suizid

7.1 Idee für eine Unterrichtseinheit zum Thema „Suizid“

- Mit Schülerinnen und Schülern (im Folgenden: SuS) im Unterricht über Suizid zu sprechen, ist für beide Seiten eine Herausforderung. Das Thema aufgrund von Bedenken über unerwartete, unkalkulierbare Reaktionen nicht zu behandeln, zu verdrängen oder es gar bewusst zu tabuisieren, ist jedoch eine gefährliche Scheinlösung. Schließlich finden sich in vielen Klassen SuS, die jemanden kennen, der sich das Leben nahm, einen Suizid versuchte oder längere Zeit ernsthaft über diese Möglichkeit nachdachte.
- Zum Einstieg in die Thematik ist eine anonyme Erfahrungsabfrage mit Hilfe von Metaplankarten denkbar.
- Damit wird ein schüler- bzw. erfahrungszentrierter Ansatz gewählt, der den SuS die Möglichkeit gibt, eigene Gedanken und Erfahrungen zum Ausdruck zu bringen.
- Die Beiträge werden danach durch die Lehrperson gesammelt, geclustert und zusammengefasst. Dadurch werden die Bereitschaft, offen über ein nicht gerade einfaches Thema zu sprechen, als auch die unterschiedlichen Aussagen der SuS gewürdigt. Wichtig ist dabei, Verständnis und Empathie für die einzelnen Beiträge zu zeigen, ohne sich zu lange an einzelnen Inhalten aufzuhalten oder diese gar zu emotional oder ethisch-moralisch zu werten.
- Entscheidend ist, dass die Gedanken der SuS thematisiert werden, unabhängig davon, ob sie konkrete Erfahrungen, Ängste, Unsicherheiten oder eine distanzierte Betrachtung zum Ausdruck bringen. Hierbei spielt gerade die Authentizität der Lehrer/in eine wichtige Rolle, z. B. offen zu benennen, dass es mitunter nicht einfach, gleichwohl aber notwendig ist, über das Thema zu sprechen, und dass dies in einer offen-vertrauensvollen Atmosphäre sehr gut gelingen kann!
- Letztlich muss die Lehrkraft flexibel und pädagogisch angemessen auf die Reaktionen der SuS reagieren! Zeigen sich die Lernenden offen, interessiert und ohne Berührungsängste mit dem Thema, sollte auch seitens des Lehrers kein vermeintliches Problem herbeigeredet werden, genauso wenig wie innere Widerstände oder übermäßige affektive Reaktionen ignoriert werden dürfen. Aus pädagogisch-psychologischer Sicht sind sowohl Distanz als auch Offenheit als auch Betroffenheit legitime emotionale Reaktionen auf das Thema und sollten wertschätzend aufgegriffen und nicht vorschnell problematisiert oder gewertet werden.
- Durch diese Art des Einstiegs soll sowohl inhaltlich als auch emotional der Zugang zum Thema ermöglicht werden. Um dem Anspruch eines schüler/innengeleiteten Ansatzes weiter nachzukommen, bietet es sich an, entsprechend den unterschiedlichen Interessenlagen mit inhaltlich unterschiedlichen Fragestellungen weiterzuarbeiten. Es bietet sich eine arbeitsteilige Gruppenarbeit mit anschließender Präsentation der Ergebnisse und die Erstellung eines Handouts zur Ergebnissicherung an.

- Für SuS, die stärker an Zahlen und Fakten interessiert sind, bietet sich die Befassung mit Daten und Statistiken (1) zum Thema an. SuS mit einem stärker persönlich/psychologischen Interesse können sich mit Berichten über versuchte oder „geglückte“ Suizide (2) - und damit auch mit den Motiven der Betroffenen - auseinandersetzen. Daneben kann recherchiert werden, welche Haltung die unterschiedlichen Religionen und Weltanschauungen (3) zu diesem Thema einnehmen und welche konkreten Hilfen und Unterstützung (4) Menschen mit Suizidabsichten wieder eine bessere Lebensperspektive geben können. Hierzu werden unterschiedliche Aufgabenstellungen formuliert (siehe Anlage 1).
- Diesem Vorgehen liegt das Verständnis zu Grunde, dass die Lernenden eigenständig Schwerpunkte setzen und ihrem Erkenntnisinteresse individuell gerecht werden können. Es kann dazu führen, dass eine der genannten Fragestellungen von überproportional vielen SuS gewählt wird, während eine andere ggf. gar nicht bearbeitet wird. Damit muss seitens der Lehrkraft gerechnet werden. Nicht zuletzt spiegelt die Wahl der Unterthemen auch im Sinne einer Rückmeldung wider, was die SuS bewegt und beschäftigt! Keine Gruppe sollte größer als drei Personen sein, was bedeutet, dass sich ggf. zwei oder mehr Gruppen mit einem Thema befassen und sich für die Präsentation und die Erstellung des Handouts absprechen müssen. Falls ein Thema nur von zwei Personen gewählt wird, ist auch eine Partnerarbeit möglich. Wird ein Thema nicht gewählt, sollte dies von der Lehrkraft angesprochen und später entschieden werden, ob dieses Thema der Vollständigkeit halber dann bspw. von der Lehrkraft als Lehrervortrag übernommen wird.
- Im nächsten Schritt bearbeiten die SuS ihre jeweilige(n) Fragestellung(en) mit Hilfe einer Internetrecherche. Dies sollte möglichst eigenständig geschehen. Die Rolle der Lehrkraft beschränkt sich darauf, bei Rückfragen zur Verfügung zu stehen, Hilfestellungen zu leisten, sich über den Sachstand/Arbeitsfortschritt zu erkundigen und das Auffinden ggf. fragwürdiger Webseiten zu thematisieren. Dies erfordert, dass die Lehrkraft IM VORFELD selbst eine Internetrecherche zu den einzelnen Themen durchgeführt hat, um selbst im Bilde darüber zu sein, auf welche Inhalte die SuS stoßen könnten und darauf vorbereitet zu sein! Auch sollte im Vorhinein der vorläufige Zeitrahmen für die Recherche, die Aufarbeitung und Präsentation der Ergebnisse und eine anschließende Fragerunde festgelegt werden.
- Im Anschluss an die Recherche und die Präsentation der einzelnen Schwerpunkte geht es um die vertiefende Weiterarbeit und den Abschluss des Themas. Hier sollten die SuS wieder in der Klassengemeinschaft zusammenkommen, was auch die symbolische Aussage hat: „Es geht um uns alle!“
- Eine mögliche Variante zur Weiterarbeit kann ein mottogeleitetes Vorgehen sein, indem eine These bzw. eine Aussage in den Raum gestellt wird, über die die SuS nachdenken und ins Gespräch kommen. Ein Vorschlag für ein solches Motto findet sich in Anlage 2.

- Basierend auf diesem Motto können die SuS über Aspekte nachdenken, wie z. B. „Mir ging es auch schon schlecht – was hat mir in der damaligen Situation geholfen, was hat mich gestärkt, was hat mich aufgebaut?“ „Was macht mein Leben trotz mancher Schwierigkeiten lebenswert?“ oder „Was müsste anders sein, damit Menschen nicht auf den Gedanken kommen, ihrem Leben ein Ende zu setzen?“ Wie offen/geschlossen oder allgemein/speziell solche Fragen aussehen können, liegt sowohl im Vermögen der Lerngruppe als auch im Ermessen der Lehrkraft – hierbei können sich Fragestellungen im Zuge der Diskussion/Reflexion durchaus ändern bzw. neu formuliert werden oder ganz neue Fragestellungen tauchen auf.
- Ziel dieses Vorgehens ist es, die SuS mit einem positiven Denkansatz aus der Thematik zu führen und zu einem Perspektivwechsel überzuleiten. Für Suizidkandidatinnen/kandidaten verengt sich häufig - gleich einem Trichter - die Lebensperspektive. Es kommen zunehmend weniger positive Aspekte des eigenen Lebens in den Blick, die Problemlösungskompetenz nimmt ab, der Blick für eigene Stärken und mögliche Unterstützungsangebote verengt sich bei gleichzeitiger Zunahme einer (gefühlten oder konkret vorhandenen) Hilflosigkeit und Verzweiflung, sodass am Ende dieser Entwicklung scheinbar (!) nur noch die Selbsttötung als „Ausweg“ aus dieser Lage steht. Durch die Bewusstmachung eigener Stärken, Potenziale und die Reflexion über das, was einem selbst gut tut, kann sich dieser Blick wieder weiten und neue Perspektiven eröffnen sich.
- Hierbei kann ein wichtiges Ergebnis der Reflexion sein, dass sich das Leben selten zwischen den Polen „himmelhoch jauchzend – 100% Lust auf das Leben“ und „zu Tode betrübt – gar keine Lust mehr auf das Leben“ bewegt, sondern je nach Lebensumständen innerhalb dieses Spektrums alterniert und dass dies „normal“ ist. Die SuS erkennen, dass das Leben nicht „uniform“ ist, sondern sich oft zwischen verschiedenen Polen bewegt, Höhen und Tiefen kennt.
- Da viele Menschen in ihrem Leben an der ein oder anderen Stelle konkret oder abstrakt bereits über Suizid nachgedacht haben, ist die Beschäftigung mit diesen Gedanken nichts „Unnormales“. Entscheidend ist, rechtzeitig die eigene Grenze der Belastbarkeit zu erkennen und sich rechtzeitig um professionelle Hilfe zu bemühen bzw. es durch einen „Perspektivwechsel“ auf das Positive im eigenen Leben nicht erst so weit kommen zu lassen, dass sich der abstrakte Gedanken an die Möglichkeit des Suizid in eine konkrete Planung einer suizidalen Handlung wandelt.
- Eine Idee, die SuS mit einer konkreten Ermutigung aus dem Thema zu entlassen, stellen beispielsweise Pocket-Mutmacher dar (siehe Anlage 3). Auf kleinen Karten stehen Mut machende und lebensbejahende Gedanken und die SuS suchen sich diejenigen heraus, die sie am stärksten ansprechen. Der Pocket-Mutmacher kann im Portemonnaie aufbewahrt und dessen Aussage sich vergegenwärtigt werden, wenn es „mal nicht so gut läuft“ im Leben. Hierbei ist klar, dass ein solcher Ansatz niemanden, der ernsthaft Suizid verüben will, davon wird abhalten können – aber das wäre auch ein viel zu hoher Anspruch! Es geht um eine frühe Hilfe – ein frühes Sich-Stärken, einen Mosaikstein, woran man sich festhalten kann, wenn sich eine Krise anbahnt.

- Weiterhin ist wichtig, dass die SuS nicht nur darüber nachdenken, wie sie sich selbst stärken können, sondern auch zur Empathiefähigkeit erzogen werden. Das heißt ganz konkret, einen Blick für ihre Mitmenschen und Peers zu entwickeln und Sensibilität für Stimmungen und Probleme anderer zu haben, Hilfe und ein offenes Ohr anzubieten – bei gleichzeitigem Wissen, dass dies in manchen Fällen keine professionelle Intervention ersetzen kann. Diese Hinwendung zum Mitmenschen kann dazu beitragen, dass trotz vorherrschend negativer Erfahrungen sich die Perspektive nicht immer mehr verengt, bis nur noch eine suizidale Handlung als vermeintlicher Ausweg gesehen wird.
- Grundsätzlich gilt festzuhalten, dass es die Kompetenzen von Lehrkräften eindeutig übersteigt, therapeutisch „unterwegs“ sein zu wollen. Dies zu versuchen, ist nicht nur Ausdruck von Selbstüberschätzung sondern auch in hohem Maße unverantwortlich. Als Lehrkraft mit pädagogischer Ausbildung gehört die Beratung von jungen Menschen, Offenheit für ihre Probleme und die Ermutigung in vielfältigen Lebenslagen sicherlich zum Berufsbild und zu den dem Lehrerberuf immanenten Aufgaben. Klare Grenzen müssen jedoch gezogen werden, wenn sich psychische Probleme offenbaren, die über das Maß eines „normalen Downs“ hinausgehen oder gar, wenn konkrete Suizidabsichten geäußert werden. In diesem Fall ist es die Pflicht, auf externe Hilfen hinzuweisen und notfalls den Kontakt zu professionellen Helfern zu ermöglichen. Dass dieses Vorgehen mitunter ein schmaler Grat sein und das Vertrauensverhältnis zwischen Schüler/in und Lehrer/in auf eine harte Probe stellen kann, muss man sich als kritisch reflektierender Pädagoge bewusst machen. Insbesondere der Religionsunterricht hat sicher keine „therapeutische“ Funktion, wirkt aber, indem er auf den Wert des Lebens, den Sinn des Lebens, die Selbstannahme und positiv verstandene Selbstliebe rekurriert, durchaus präventiv. Letztlich geht es um eine Ermutigung zur Sinnfindung, ohne diesen Sinn allzu sehr vorzugeben.
- Umgekehrt gilt aber genauso, dass es nicht die „Schuld“ des Lehrers ist, wenn eine Person aus der Lerngruppe tatsächlich einen misslungenen oder gar erfolgreichen Suizidversuch unternimmt. Mitunter umgehen Lehrkräfte das Thema, um suizidanfällige SuS gar nicht erst „auf den Geschmack“ zu bringen oder diese Neigung durch die unterrichtliche Auseinandersetzung noch zu fördern. Im Ergebnis heißt dies, das Thema wird außen vor gelassen – wobei Schweigen die Tabuisierung dann geradezu fördert und eine betroffene Person isolieren kann. Es kann im Umkehrschluss nämlich auch so sein, dass das Reden über die Thematik den Denk-, Erwartungs- und Gefühlshorizont erweitern kann. Der methodische Ansatz, einen Perspektivwechsel (vom negativen zum positiven Denken hin) zu vollziehen, kann bei suizidalen Gedanken den Blick auf Lösungsmöglichkeiten lenken. Letztlich muss aber klar festgehalten werden: Bei einer manifesten Suizidabsicht müssen gänzlich andere Mechanismen greifen, um einer Person zu helfen. Diese Mechanismen liegen außerhalb des Rahmens von Schule und Unterricht und müssen durch professionelle Therapeuten und psychologisches Fachpersonal geleistet werden.

7.2 Anlage 1: Aufgabenstellungen

Aufgabenstellungen für die Gruppen – Thema Suizid

Gruppe 1:

Recherchiert Zahlen, Daten und Fakten zum Thema „Suizid“.

Entscheidet dabei, was für Euch und Eure Mitschüler/innen interessant sein könnte, zu wissen.

Mögliche Fragen können sein:

1. Wie viele Fälle von vollendetem Suizid gab es in Deutschland im letzten Jahr?
2. Wie sieht die Statistik anderer Länder aus? Gibt es Auffälligkeiten?
3. Wie sieht die Alters/Geschlechterverteilung beim Suizid aus?
4. Auf welche Arten wird Suizid verübt?
5. usw....

Gruppe 2:

Recherchiert Erfahrungen und Aussagen von Menschen, die Suizidgedanken haben/hatten bzw. bereits einen Suizidversuch hinter sich haben.

Entscheidet dabei, was für Euch und Eure Mitschüler/innen interessant sein könnte, zu wissen.

Mögliche Fragen können sein:

1. Welche Gründe geben die Personen für ihr Handeln an?
2. In welcher Lebenssituation befanden sie sich?
3. Was sind mögliche Warnzeichen für einen drohenden Suizid?
4. Was denken sie im Nachhinein über ihr Handeln?
5. Was hat ihnen geholfen, wieder neuen Lebensmut zu fassen?
6. Wie ist die Situation der Angehörigen?
7. usw...

Gruppe 3:

Recherchiert die Einstellung/Haltung der Religionen und Weltanschauungen zum Thema Suizid.

Entscheidet dabei, was für Euch und Eure Mitschüler/innen interessant sein könnte, zu wissen.

Mögliche Fragen können sein:

1. Welche Haltung findet sich in der evangelischen und katholischen Kirche? Beachtet dabei auch die Positionen der Vergangenheit und der Gegenwart.
2. Welche Haltung findet sich im Judentum?
3. Was sind die Standpunkte von Buddhismus und Hinduismus?
4. Was findet Ihr zum Thema „Atheismus“ und „Suizid“?
5. usw...

Gruppe 4:

Recherchiert Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Suizidgedanken. Entscheidet dabei, was für Euch und Eure Mitschüler/innen interessant sein könnte, zu wissen. Mögliche Fragen können sein:

1. Welche Hilfen können Menschen mit Suizidgedanken in Anspruch nehmen?
2. Was ist/wie funktioniert Suizidprävention?
3. Welche Hilfsangebote gibt es im Internet/ganz konkret in Eurer Region.
4. Wie kann man suizidgefährdete Menschen als Freund/in unterstützen?
5. Wie sollte man reagieren, wenn man den Verdacht hat, jemand aus dem eigenen Umfeld könnte suizidgefährdet sein?
6. Was kann man tun, wenn man um Beihilfe zum Suizid gebeten wird?
7. usw....

7.3 Anlage 2: Motto

„Eine gute
Suizidprävention
ist eine Besinnung
auf das,
was mich stark
und mein Leben
lebenswert macht.“

Anja Stöbener

7.4 Anlage 3: Pocket-Mutmacher

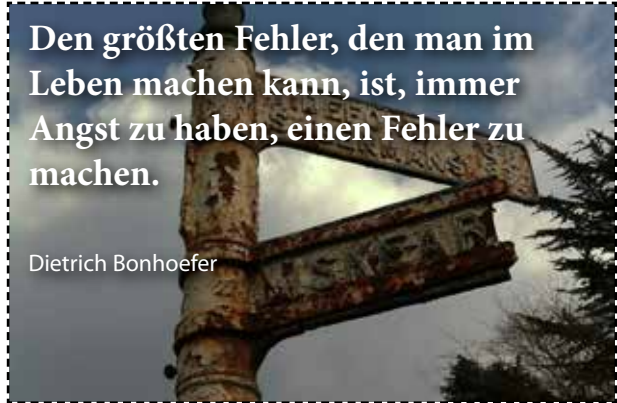
DIE MITTE DER NACHT
IST DER ANFANG DES TAGES.

Demokrit



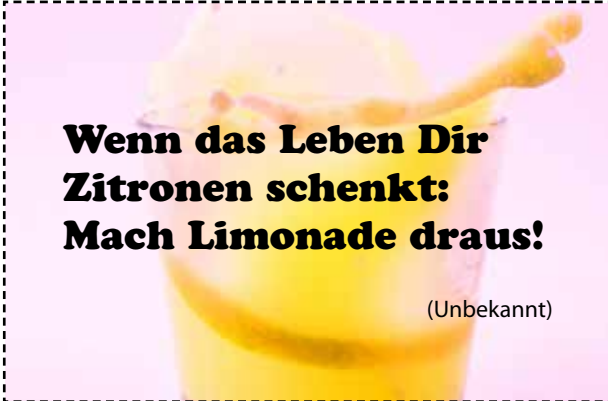
Den größten Fehler, den man im
Leben machen kann, ist, immer
Angst zu haben, einen Fehler zu
machen.

Dietrich Bonhoefer



**Wenn das Leben Dir
Zitronen schenkt:
Mach Limonade draus!**

(Unbekannt)



Gott sagt:
Niemals werde ich Dir
meine Hilfe entziehen,
nie Dich im Stich lassen.

Die Bibel: Josua 1,5b



Wir verlieren die Angst vor
Dingen, wenn wir sie genau
betrachten.

(Unbekannt)



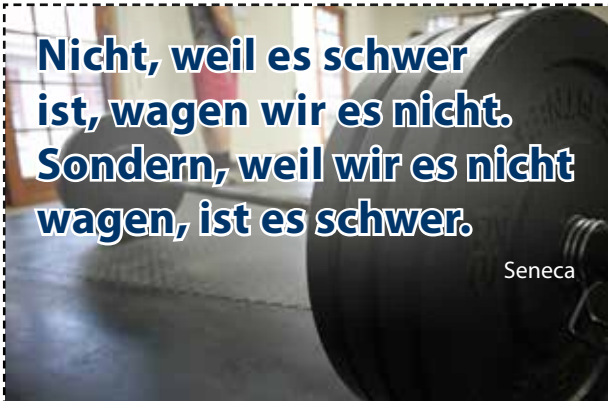
DER HERR IST MEIN HIRTE,
ES WIRD MIR AN NICHTS
MANGELN.

Die Bibel Psalm 23,1



**Nicht, weil es schwer
ist, wagen wir es nicht.
Sondern, weil wir es nicht
wagen, ist es schwer.**

Seneca



**Zweifle nicht am Blau des Himmels,
auch wenn Wolken ihn verdecken.**

Arabisches Sprichwort



Kapitel 8

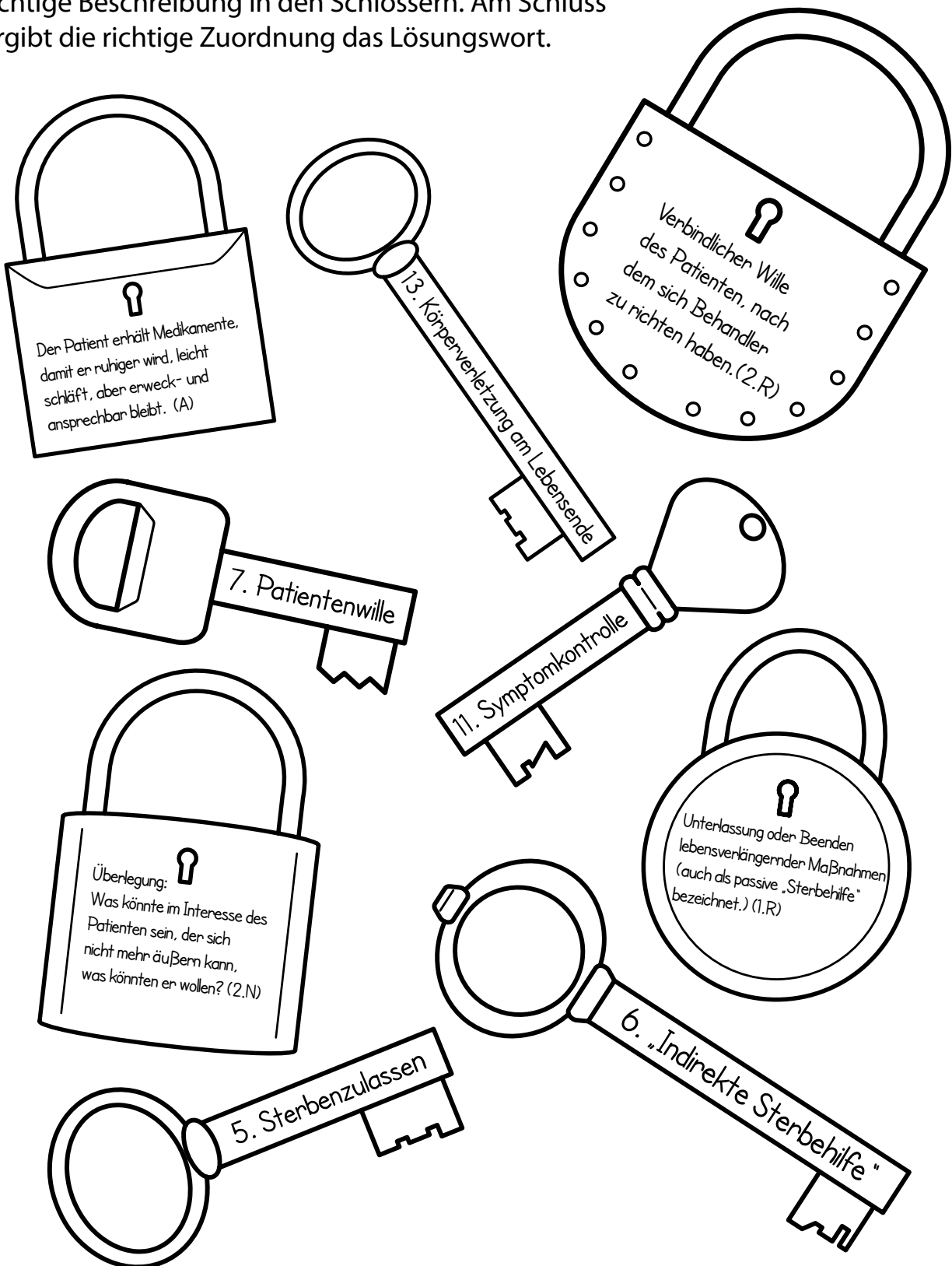
„Das Beste kommt zum Schluss!“

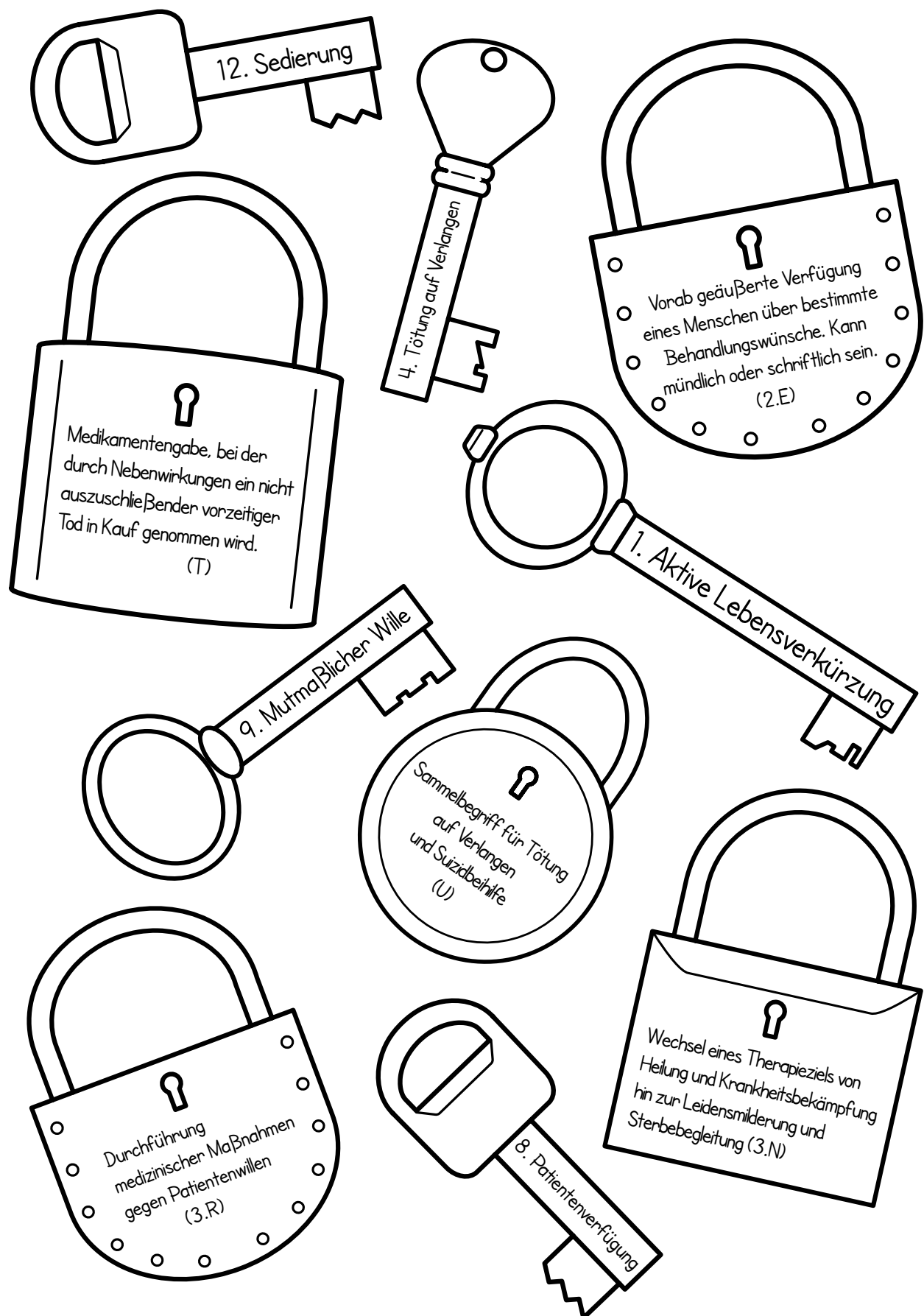
8.1 Anmerkungen zu den Texten „Das Beste kommt zum Schluss!“ – didaktische Kurzkommentare

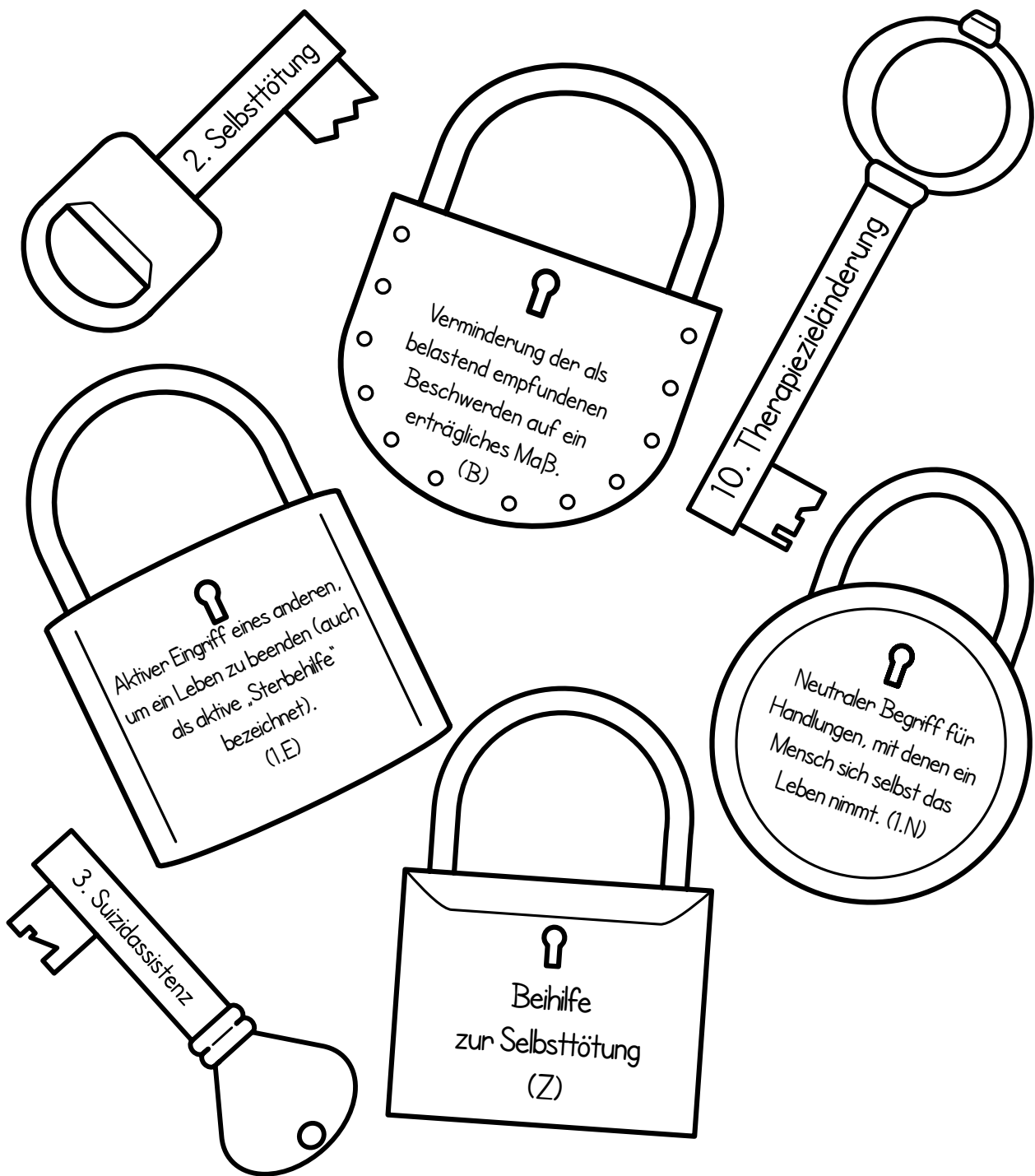
Arbeitsblatt/Quiz „Begriffszuordnung“ (Lösungshinweise vorhanden)	Wesentliche Begriffe aus dem Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung müssen in der richtigen Art und Weise einander zugeordnet werden. Durch ein Lösungswort am Ende ist die Möglichkeit zur Selbstkontrolle gegeben.
„Materialvorlage PalliaMemory“ (Lösungshinweise vorhanden)	Begriffe und ihre Erklärungen werden in Form eines Memorys wahlweise eingeführt, gefestigt und/oder wiederholt. In kognitiver Hinsicht eignet sich das Memory hervorragend zur Verankerung der Inhalte im Gedächtnis bei gleichzeitig spielerischer Herangehensweise und dem Ehrgeiz, so viele Paare wie möglich zu erspielen.
Arbeitsblatt „Pallia-Wörterrätsel“ (Lösung vorhanden)	In einem Wortgitter befinden sich 22 Begriffe zum Thema „Leben“, „Sterben“ und „Tod“, die einzeln, mit Partner/in oder in der Gruppe gefunden und farblich markiert werden müssen. Zu jedem der gefundenen Begriffe erklärt dann ein/e Schüler/in, was sie/er dazu weiß bzw. welche Fragen dazu noch existieren.
Arbeitsblatt „Multiple Choice Test“ (Lösung vorhanden)	Mit Hilfe eines Multiple Choice Tests überprüfen die Schülerinnen und Schüler ihr Wissen...und finden die hoffentlich richtige Route der Weltreise.
Arbeitsblatt „Palliativprofi-Test“ (Lösung vorhanden)	Vorgegebene Aussagen müssen auf ihre Richtigkeit hin überprüft und ggf. korrigiert werden. Mit Auswertung, ob man schon ein echter Profi auf dem Gebiet ist...
Arbeitsblatt „Help Card“	Adressen von Informationsstellen und Anlaufstellen zum Thema. Können ausgedruckt und auf eine Postkarte geklebt werden – daher der Begriff „Help Card“.
FAQs zum Thema Sterben und Tod	Schülerinnen und Schüler haben gefragt – der Palliativmediziner Dr. Thomas Sitte hat sich viel Zeit genommen und die Fragen mit großem Sachverstand, Geduld und Humor beantwortet. Lesen Sie selbst!
Allgemein	Die Rubrik „Das Beste kommt zum Schluss“ beinhaltet unterschiedliche Materialien, die potenziell gegen Ende der Einheit eingesetzt werden können und der Wiederholung, Vertiefung oder auch der Klärung noch offener Fragen dienen. Hier kann, darf und soll bewusst ein Schwerpunkt auf „Edutainment“ - Lernen mit Unterhaltung und Spass liegen!

8.2 Begriffszuordnung

Aufgabe: Findet für jeden Begriff in den Schlüsseln die richtige Beschreibung in den Schlössern. Am Schluss ergibt die richtige Zuordnung das Lösungswort.







Lösung:

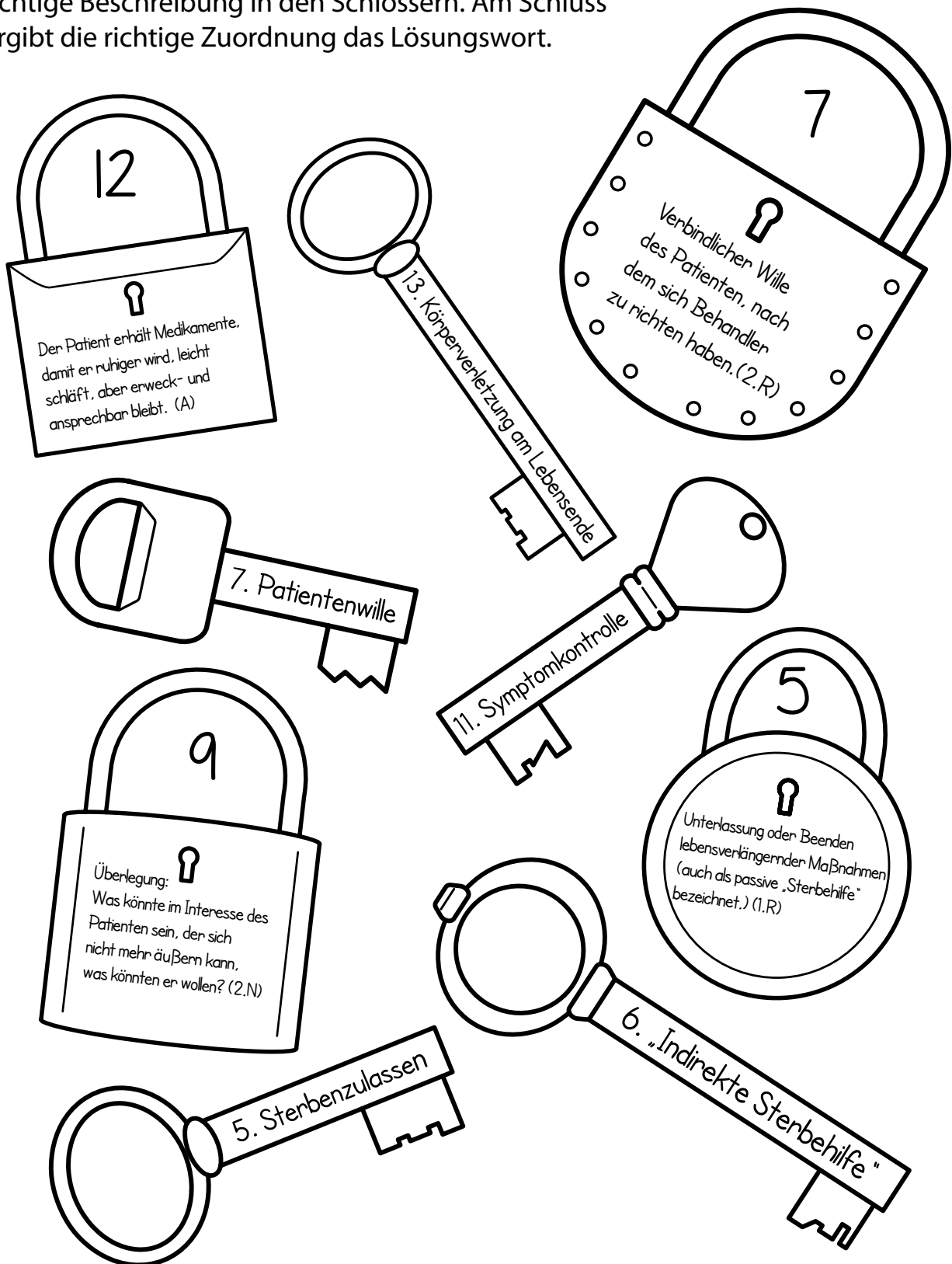
Leben, Sterben und Tod sind ...

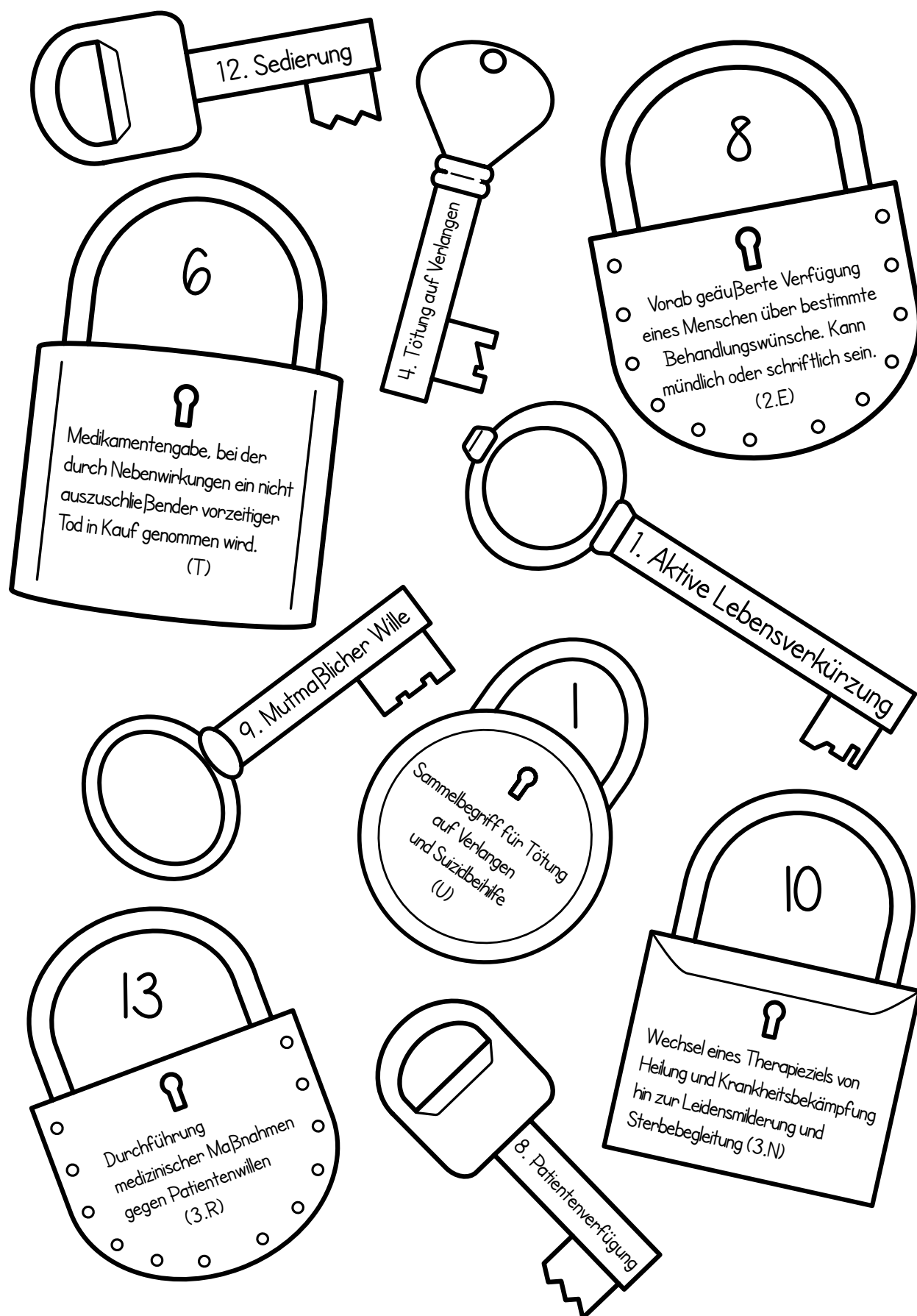
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13



8.3 Begriffszuordnung (Lösungshinweise)

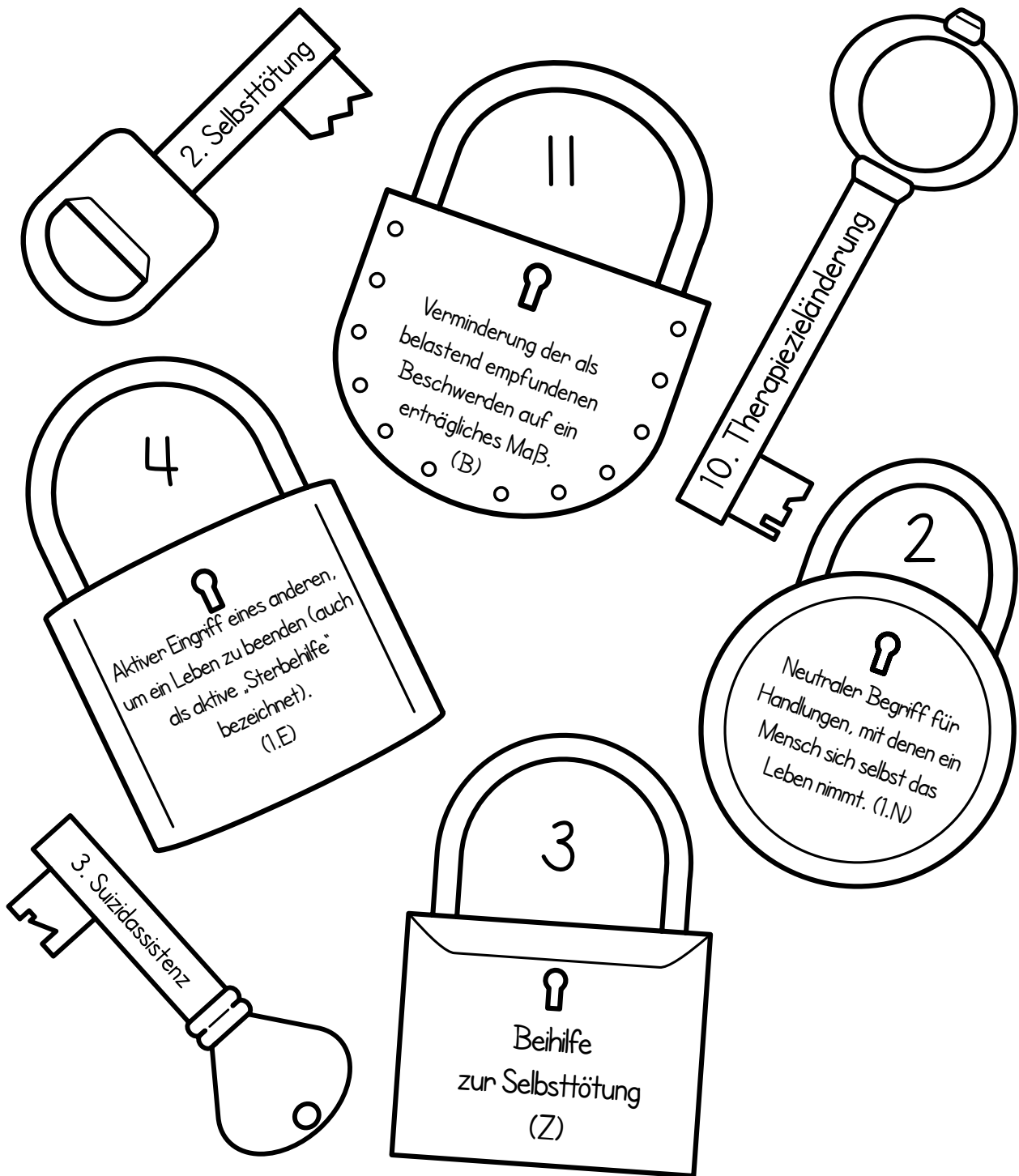
Aufgabe: Findet für jeden Begriff in den Schlüsseln die richtige Beschreibung in den Schlössern. Am Schluss ergibt die richtige Zuordnung das Lösungswort.







Anregungen für den Unterricht

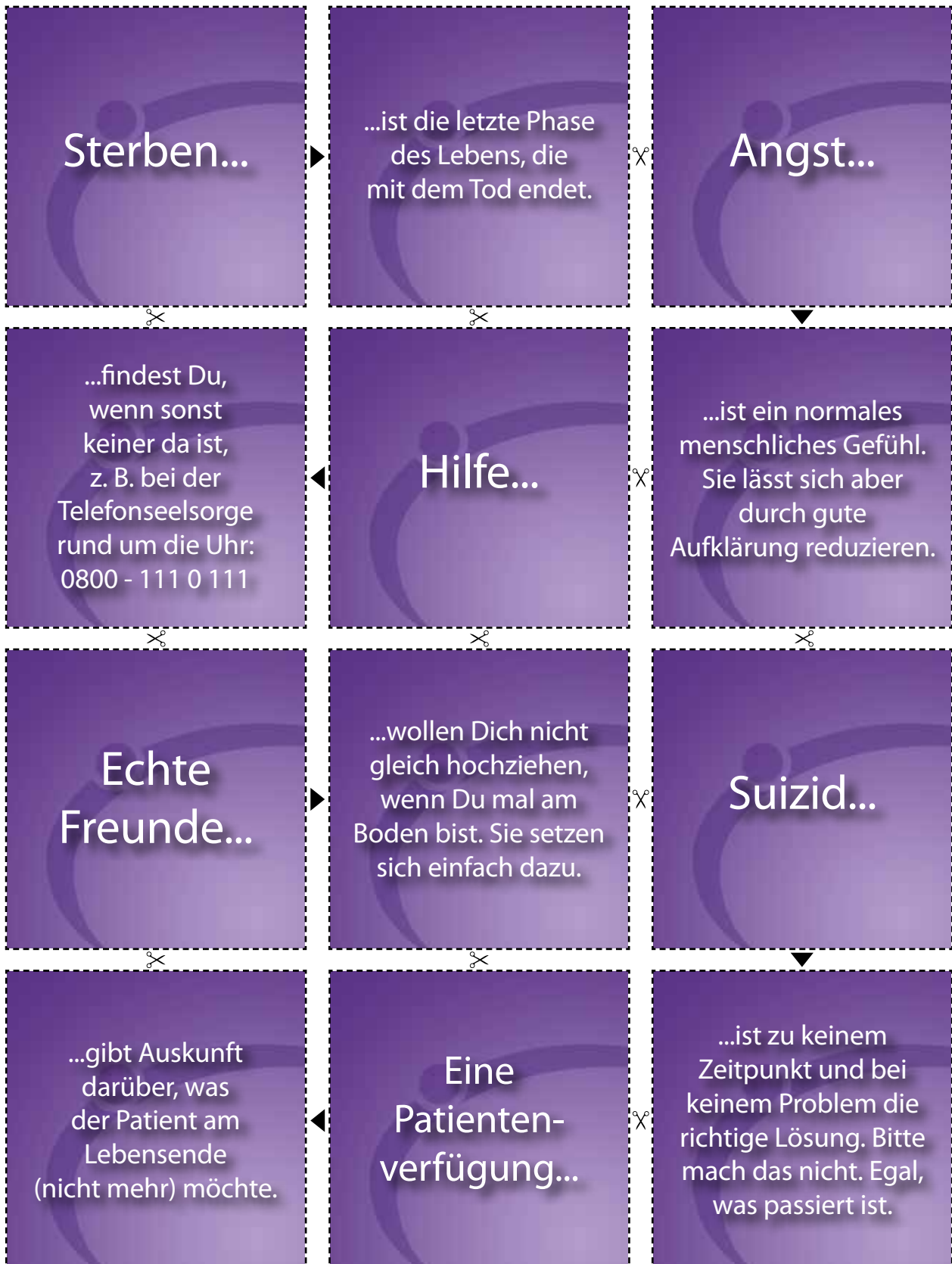


Lösung:

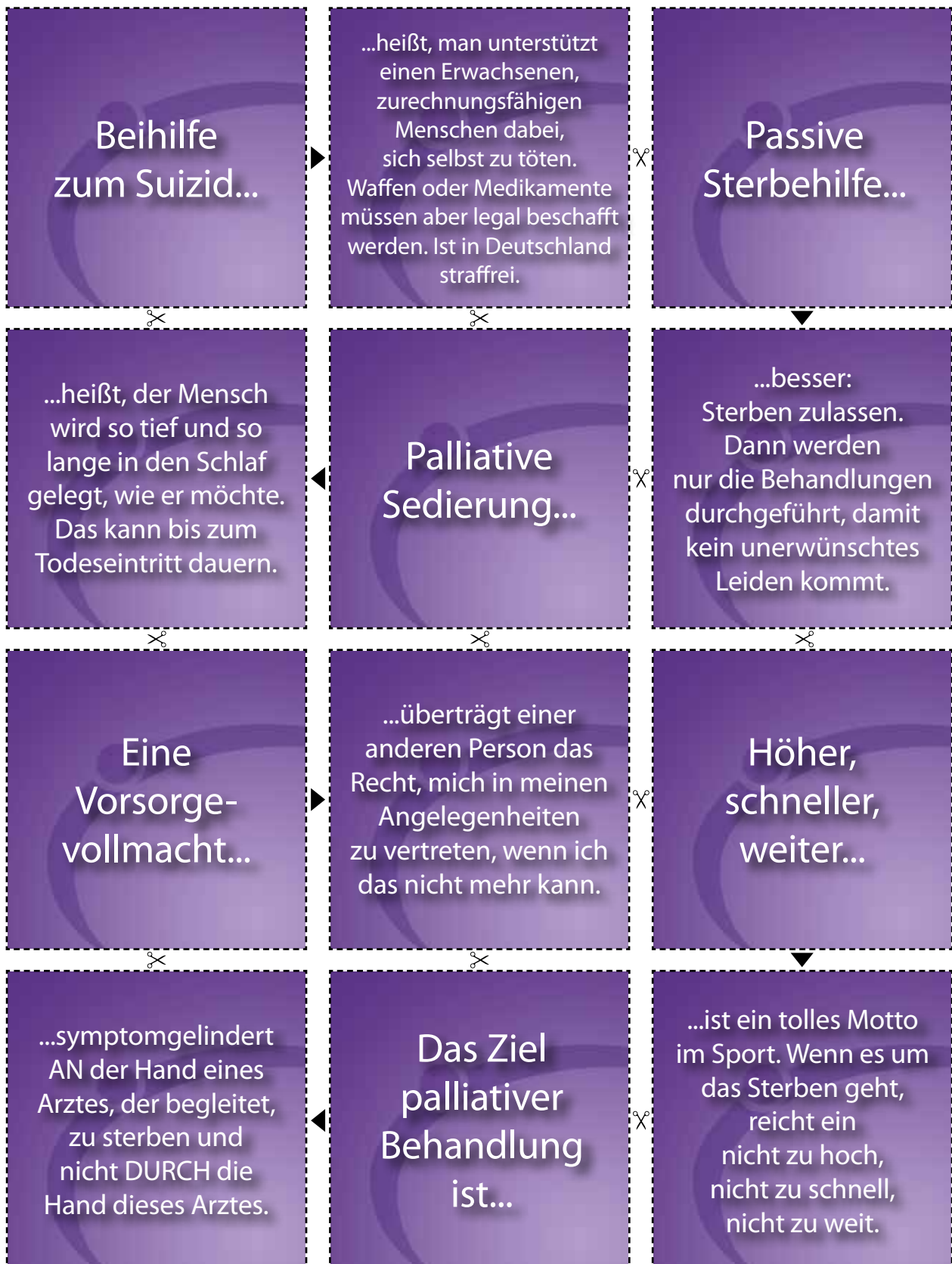
Leben, Sterben und Tod sind ...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	U	N	Z	E	R	T	R	E	N	N	B	A	R

8.4 Das PalliaMemory









8.5 Das Pallia-Wörterrätsel

Finde im folgenden Wörterrätsel **22** Begriffe zum Thema „Leben, Sterben und Tod“. Sie können waagrecht, senkrecht oder diagonal sein. Erkläre dann, was Du zu jedem der einzelnen Begriffe schon gelernt hast – oder welche Fragen noch existieren.

P	W	G	E	Z	W	O	M	E	D	I	K	A	M	E	N	T	E	F	R
X	A	M	Ü	T	U	Q	D	M	N	B	R	C	P	M	U	Z	L	R	H
C	W	L	R	S	T	C	S	B	C	V	E	V	P	D	W	B	N	T	O
X	W	S	L	A	C	V	R	Y	E	F	U	B	N	T	E	T	C	Ö	K
S	R	Q	B	I	W	E	G	W	H	I	O	P	Ü	X	B	R	T	T	G
S	Q	R	T	M	A	B	C	S	R	Ö	S	Z	T	S	U	A	M	U	G
C	T	N	S	D	F	T	U	M	E	Z	I	T	L	A	G	U	R	N	O
B	R	E	M	W	U	G	I	D	N	U	S	I	A	V	R	E	U	G	I
L	D	Y	R	W	Q	M	T	V	A	R	U	N	C	N	D	R	F	A	U
E	W	Q	X	B	C	A	V	O	M	R	E	C	H	I	D	F	C	U	N
B	Y	W	A	R	E	B	C	W	T	E	I	N	E	Z	E	P	B	F	A
E	T	S	T	C	W	P	C	P	T	U	D	I	N	F	X	C	A	V	I
N	C	V	B	I	R	V	H	E	S	W	B	I	N	M	E	C	T	E	S
B	X	E	Q	P	Ü	R	Ö	A	W	C	S	T	Z	H	T	P	X	R	Ü
I	X	Y	C	Z	W	A	H	D	S	G	A	W	U	I	Z	V	B	L	R
S	T	E	R	B	E	H	I	L	F	E	F	M	N	V	N	C	R	A	G
Z	U	F	V	W	U	L	E	R	V	E	N	R	U	A	I	B	U	N	U
U	C	X	P	F	A	N	I	H	E	Z	D	U	E	M	Ü	X	B	G	E
L	C	S	S	T	U	B	T	O	D	E	W	B	T	U	M	I	L	E	D
E	X	P	E	T	S	C	H	S	F	D	B	C	M	I	N	G	Z	N	O
T	V	Q	D	T	D	C	Y	P	Ö	R	E	T	Z	P	T	D	A	N	D
Z	B	U	I	M	C	G	T	I	V	D	E	Ü	H	I	L	F	E	B	O
T	C	Y	E	G	V	E	T	Z	L	X	Z	E	V	U	P	E	T	G	D
C	J	B	R	D	Q	L	Ä	V	I	F	R	E	B	C	T	E	P	Ö	V
E	O	C	U	S	R	S	P	A	S	S	H	A	B	E	N	D	A	B	N
Z	I	E	N	V	B	S	T	X	M	Ü	U	F	S	E	O	P	F	J	S
J	K	T	G	D	V	T	K	L	R	X	G	I	P	G	C	B	L	Y	E
J	P	W	R	P	J	G	S	C	H	M	E	R	Z	E	N	L	P	Z	L
N	V	M	U	R	J	I	Ö	A	Ö	T	C	N	A	I	W	S	V	Y	F
U	N	C	M	T	B	C	O	S	W	U	V	O	M	V	D	G	P	Z	C
P	A	T	I	E	N	T	E	N	V	E	R	F	U	E	G	U	N	G	A
H	T	B	V	T	A	Z	U	Ö	I	P	W	Z	T	V	S	O	G	Y	R
B	E	I	H	I	L	F	E	Z	U	M	S	U	I	Z	I	D	Y	G	E
H	L	M	H	V	B	N	Z	R	B	A	J	H	R	Y	I	Y	B	Y	S
S	Z	A	P	L	H	I	M	N	W	T	W	E	I	N	E	N	L	O	Z



8.6 Das Pallia-Wörterrätsel (Lösungshinweise)

Finde im folgenden Wörterrätsel **22** Begriffe zum Thema „Leben, Sterben und Tod“. Sie können waagrecht, senkrecht oder diagonal sein. Erkläre dann, was Du zu jedem der einzelnen Begriffe schon gelernt hast – oder welche Fragen noch existieren.

P							M	E	D	I	K	A	M	E	N	T	E		
	A																		
		L																T	
			L						E							T		Ö	
				I					H							R		T	
S					A				R							A		U	
	T					T			E				L			U		N	
		E			U		I		N				A			E		G	
L			R	W				V	A				C			R		A	
E				B					M				H					U	
B					E				T	E			E					F	
E						P					D		N					V	
N							H					I						E	
B								A					Z					R	
I									S					I				L	
S	T	E	R	B	E	H	I	L	F	E	F				N			A	
Z											N	R						N	
U								H					E					G	
L			S				T	O	D					U				E	
E			E					S							N			N	
T			D					P								D			
Z			I					I					H	I	L	F	E		
T			E					Z											
			R																
			U			S	P	A	S	S	H	A	B	E	N				
			N								U							S	
			G									I						E	
							S	C	H	M	E	R	Z	E	N			L	
														I				F	
															D			C	
P	A	T	I	E	N	T	E	N	V	E	R	F	U	E	G	U	N	G	A
																		R	
B	E	I	H	I	L	F	E	Z	U	M	S	U	I	Z	I	D			E
											W	E	I	N	E	N			

8.7 Multiple Choice Weltreise

Wer wollte nicht immer schon eine echte Weltreise machen?

Findet mit Hilfe der richtigen Antworten die **richtige** Reiseroute...

Alle möglichen Orte findet Ihr in der zweiten Spalte, aber es ist immer nur ein Land das nächste richtige Ziel.

1. **START**...und zugleich die erste Frage: Eines der Länder in Europa mit den strengsten Regelungen zum Thema „Sterbehilfe“ ist...

☐ Luxemburg	<i>Luxemburg</i>	
☐ Deutschland	<i>Deutschland</i>	
☐ Polen	<i>Polen</i>	

2. Das erste Hospiz für Erwachsene in Deutschland entstand...

☐ in den 70er Jahren	<i>Japan</i>	
☐ in den 80er Jahren	<i>Südafrika</i>	
☐ in den 90er Jahren	<i>Grönland</i>	

3. Das erste Kinderhospiz in Deutschland wurde gegründet...

☐ 1998	<i>Brasilien</i>	
☐ 1996	<i>Norwegen</i>	
☐ 2000	<i>Nigeria</i>	

4. Bei Schmerzen und anderen Beschwerden am Lebensende hilft die...

☐ Pallitativmedizin	<i>Mali</i>	
☐ Pallativmedizin	<i>Uganda</i>	
☐ Palliativmedizin	<i>China</i>	

5. Das lateinische Wort „pallium“ heißt übersetzt...

☐ Licht	<i>Feuerland</i>	
☐ Wärme	<i>Mallorca</i>	
☐ Mantel	<i>Australien</i>	

6. Die Zahl der ehrenamtlich in der Hospizarbeit tätigen Menschen liegt in Deutschland bei ca.

☐ 80.000 Personen	<i>Dänemark</i>	
☐ 100.000 Personen	<i>Grönland</i>	
☐ 50.000 Personen	<i>Chile</i>	

7. Das Sterbenzulassen bei einem Menschen bzw. die Beendigung oder Nicht-Aufnahme lebenserhaltender Maßnahmen bei einem Menschen nennt man auch...

☐ Tötung auf Verlangen	<i>Dominikanische Republik</i>	
☐ „Passive“ Sterbehilfe	<i>Mexiko</i>	
☐ Beihilfe zum Suizid	<i>Österreich</i>	

8. Ein geeigneter, weil nicht (moralisch) wertender Alternativbegriff für das Wort „Suizid“ ist...

☐ Freitod	<i>Spanien</i>	
☐ Selbstmord	<i>Saudi-Arabien</i>	
☐ Selbsttötung	<i>Nordamerika</i>	

9. „Palliative Sedierung“ bedeutet...

☐ einen Sterbenden vom Hospiz wieder ins Krankenhaus zurück zu verlegen.	<i>Eritrea</i>	
☐ einen Sterbenden für eine gewisse Zeit „schlafen“ zu legen.	<i>Indien</i>	
☐ einen Sterbenden mit Hilfe sämtlicher medizinischer Möglichkeiten am Leben zu erhalten.	<i>Madagaskar</i>	

10. Eine vorab geäußerte Verfügung eines Menschen über bestimmte Behandlungswünsche bezeichnet man als...

☐ Testament	<i>Rumänien</i>	
☐ Vorsorgevollmacht	<i>Honduras</i>	
☐ Patientenverfügung	<i>Russland</i>	

11. Wenn man dringend jemanden zum Reden braucht, ist die Telefonseelsorge erreichbar unter..

☐ 0800/111 0 122 oder 0800/111 0 123	<i>Argentinien</i>	
☐ 0800/111 0 111 oder 0800/111 0 222	<i>Papua-Neuguinea</i>	
☐ 0800/111 0 112 oder 0800/111 0 233	<i>Island</i>	

12. **ZIEL**...und zugleich die letzte Frage: Die Hospizidee kommt ursprünglich aus...

☐ England	<i>England</i>	
☐ Frankreich	<i>Frankreich</i>	
☐ Spanien	<i>Spanien</i>	

Zeichnet jetzt die richtige Route in unsere Weltreise ein:





8.8 Multiple Choice Weltreise (Lösungshinweise)

Wer wollte nicht immer schon eine echte Weltreise machen?

Findet mit Hilfe der richtigen Antworten die **richtige** Reiseroute...

Alle möglichen Orte findet Ihr in der zweiten Spalte, aber es ist immer nur ein Land das nächste richtige Ziel.

1. **START**...und zugleich die erste Frage: Eines der Länder in Europa mit den strengsten Regelungen zum Thema „Sterbehilfe“ ist...

☐ Luxemburg	<i>Luxemburg</i>	
☐ Deutschland	<i>Deutschland</i>	
☒ Polen	<i>Polen</i>	

2. Das erste Hospiz für Erwachsene in Deutschland entstand...

☐ in den 70er Jahren	<i>Japan</i>	
☒ in den 80er Jahren	<i>Südafrika</i>	
☐ in den 90er Jahren	<i>Grönland</i>	

3. Das erste Kinderhospiz in Deutschland wurde gegründet...

☒ 1998	<i>Brasilien</i>	
☐ 1996	<i>Norwegen</i>	
☐ 2000	<i>Nigeria</i>	

4. Bei Schmerzen und anderen Beschwerden am Lebensende hilft die...

☐ Pallitativmedizin	<i>Mali</i>	
☐ Pallativmedizin	<i>Uganda</i>	
☒ Palliativmedizin	<i>China</i>	

5. Das lateinische Wort „pallium“ heißt übersetzt...

☐ Licht	<i>Feuerland</i>	
☐ Wärme	<i>Mallorca</i>	
☒ Mantel	<i>Australien</i>	

6. Die Zahl der ehrenamtlich in der Hospizarbeit tätigen Menschen liegt in Deutschland bei ca.

☐ 80.000 Personen	<i>Dänemark</i>	
☒ 100.000 Personen	<i>Grönland</i>	
☐ 50.000 Personen	<i>Chile</i>	

7. Das Sterbenzulassen bei einem Menschen bzw. die Beendigung oder Nicht-Aufnahme lebenserhaltender Maßnahmen bei einem Menschen nennt man auch...

☐ Tötung auf Verlangen	<i>Dominikanische Republik</i>	
☒ „Passive“ Sterbehilfe	<i>Mexiko</i>	
☐ Beihilfe zum Suizid	<i>Österreich</i>	

8. Ein geeigneter, weil nicht (moralisch) wertender Alternativbegriff für das Wort „Suizid“ ist...

☐ Freitod	<i>Spanien</i>	
☐ Selbstmord	<i>Saudi-Arabien</i>	
☒ Selbsttötung	<i>Nordamerika</i>	

9. „Palliative Sedierung“ bedeutet...

☐ einen Sterbenden vom Hospiz wieder ins Krankenhaus zurück zu verlegen.	<i>Eritrea</i>	
☒ einen Sterbenden für eine gewisse Zeit „schlafen“ zu legen.	<i>Indien</i>	
☐ einen Sterbenden mit Hilfe sämtlicher medizinischer Möglichkeiten am Leben zu erhalten.	<i>Madagaskar</i>	



Anregungen für den Unterricht

10. Eine vorab geäußerte Verfügung eines Menschen über bestimmte Behandlungswünsche bezeichnet man als...

☐ Testament	Rumänien	
☐ Vorsorgevollmacht	Honduras	
☒ Patientenverfügung	Russland	

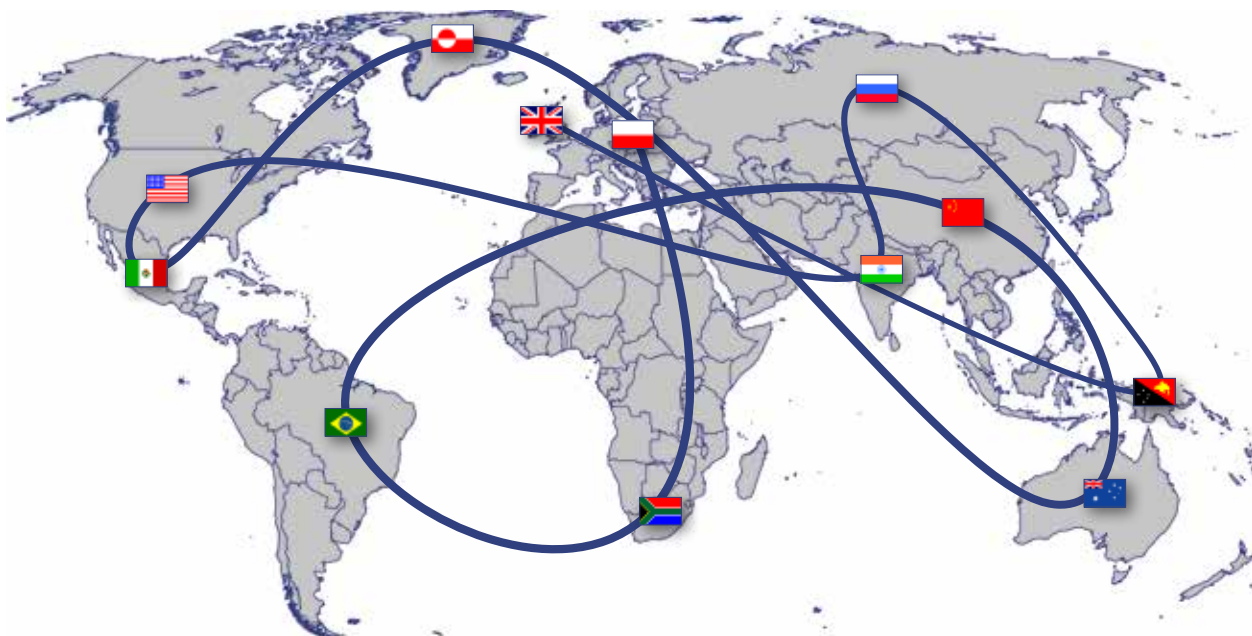
11. Wenn man dringend jemanden zum Reden braucht, ist die Telefonseelsorge erreichbar unter..

☐ 0800/111 0 122 oder 0800/111 0 123	Argentinien	
☒ 0800/111 0 111 oder 0800/111 0 222	Papua-Neuguinea	
☐ 0800/111 0 112 oder 0800/111 0 233	Island	

12. **ZIEL**...und zugleich die letzte Frage: Die Hospizidee kommt ursprünglich aus...

☒ England	England	
☐ Frankreich	Frankreich	
☐ Spanien	Spanien	

Lösung: Polen - Südafrika - Brasilien - China - Australien - Grönland - Mexiko - Nordamerika - Indien - Russland - Papua-Neuguinea - England



8.9 Palliativ-Profi-Test

Teste Dein Wissen:

Bist Du ein „Sterbehilfe“-Hospiz-Palliativ-Profi?

Kreuze bei den folgenden Aussagen an, ob Du sie für richtig (**R**) oder falsch (**F**) hältst. Sofern Du Dich für „falsch“ entscheidest, stelle die falsche Aussage richtig! Pro korrekter Entscheidung erhältst Du einen Punkt.

Am Schluss findest Du Deine persönliche **Auswertung**...

Aussage	R	F	Richtigstellung
1. „Sterbehilfe“ bedeutet immer die aktive Tötung eines Menschen, wenn er dies so verlangt.			
2. Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland erlaubt.			
3. Ein anderer Begriff für „Beihilfe zum Suizid“ ist „Tötung auf Verlangen“.			
4. Eine Patientenverfügung ist nur schriftlich gültig.			
5. Ab dem Alter von 60 Jahren sind in Deutschland lebende Menschen dazu verpflichtet, eine Patientenverfügung zu erstellen.			
6. In dem Moment, wo Leben entsteht, also mit der Zeugung, beginnt auch der Sterbeprozess eines Lebewesens.			
7. Die meisten Menschen wollen am Liebsten im Krankenhaus oder Pflegeheim sterben.			
8. Die Sterbephasen im engeren Sinne lauten in der richtigen Reihenfolge Terminalphase – Finalphase - Präterminalphase			
9. „SAPV“ steht als Abkürzung für „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“.			
10. Das Ziel der Palliativversorgung ist die medizinische Maximalversorgung am Lebensende, um nochmal alles zu versuchen, den Patienten zu heilen.			

Aussage	R	F	Richtigstellung
11. „Passive Sterbehilfe“ bedeutet das Sterben eines Menschen zuzulassen, indem lebensverlängernde Maßnahmen beendet oder gar nicht erst begonnen werden.			
12. In den „Benelux“-Staaten ist die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen straffrei.			
13. Die ambulante Hospizarbeit in Deutschland wird in erster Linie durch hauptamtliche, bezahlte Mitarbeiter getragen.			
14. Die gesetzlichen Regelungen zu den unterschiedlichen Formen von „Sterbehilfe“ sind innerhalb Deutschlands in allen Bundesländern gleich.			
15. Wenn es um Tötung auf Verlangen geht, hat die christliche Religion einen gänzlich anderen Standpunkt als der Islam und das Judentum.			
16. Im Rahmen der Palliativmedizin geht es darum, den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen.			
17. In einem Kinderhospiz werden ausschließlich junge Menschen bis 18 Jahre betreut.			
18. Eine Liste mit Punkten, was man vor seinem eigenen Tod noch alles machen und erleben will, bezeichnet man als „Messerliste“.			

Auswertung:

0-5 Punkte

Dein Wissen ist ausbaufähig! Du solltest Dich noch einmal auf breiter Ebene mit dem Thema befassen und überlegen, an welchen Stellen Du noch Wissenslücken hast bzw. was Du noch einmal genauer recherchieren, nachlesen oder wiederholen willst.

6-11 Punkte

Du hast schon ganz gute Kenntnisse zur Thematik. Vertiefe Dein Fachwissen, indem Du auf spezieller Ebene überlegst, welche Sachverhalte Dich noch interessieren und worüber Du noch mehr wissen willst.

12-18 Punkte

Super! Du bist auf dem besten Weg, ein echter Profi zu werden (sofern Du es nicht schon bist) und kannst Deiner Familie und Deinen Freunden sicher einiges an neu Gelerntem und hilfreichen Informationen weitergeben.

Übrigens...

Egal, welche Punktzahl Du erreicht hast...

Dich ehrenamtlich engagieren, Dein Wissen in die Praxis überführen oder Wissen durch praktische Erfahrungen sammeln kannst Du immer!!!

8.10 Palliativ-Profi-Test (Lösungshinweise)

Teste Dein Wissen:

Bist Du ein „Sterbehilfe“-Hospiz-Palliativ-Profi?

Kreuze bei den folgenden Aussagen an, ob Du sie für richtig (**R**) oder falsch (**F**) hältst. Sofern Du Dich für „falsch“ entscheidest, stelle die falsche Aussage richtig! Pro korrekter Entscheidung erhältst Du einen Punkt.

Am Schluss findest Du Deine persönliche **Auswertung**...

Aussage	R	F	Richtigstellung
1. „Sterbehilfe“ bedeutet immer die aktive Tötung eines Menschen, wenn er dies so verlangt.		X	„Sterbehilfe“ ist ein umfassender, aber sehr unklar definierter Begriff, wenn es um unterschiedliche Maßnahmen am Lebensende geht.
2. Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland erlaubt.	X		
3. Ein anderer Begriff für „Beihilfe zum Suizid“ ist „Tötung auf Verlangen“.		X	Es sind klar trennbare, unterschiedliche Sachverhalte.
4. Eine Patientenverfügung ist nur schriftlich gültig.		X	Sie ist auch mündlich gültig, es empfiehlt sich jedoch die Schriftform
5. Ab dem Alter von 60 Jahren sind in Deutschland lebende Menschen dazu verpflichtet, eine Patientenverfügung zu erstellen.		X	Es gibt keine Pflicht , eine Patientenverfügung zu erstellen, egal wie alt ein Mensch ist.
6. In dem Moment, wo Leben entsteht, also mit der Zeugung, beginnt auch der Sterbeprozess eines Lebewesens.	X		
7. Die meisten Menschen wollen am Liebsten im Krankenhaus oder Pflegeheim sterben.		X	Die meisten Menschen wollen am Liebsten zu Hause sterben.
8. Die Sterbephasen im engeren Sinne lauten in der richtigen Reihenfolge Terminalphase – Finalphase – Präterminalphase		X	Die Sterbephasen im engeren Sinne lauten in der richtigen Reihenfolge Präterminalphase – Terminalphase und Finalphase .
9. „SAPV“ steht als Abkürzung für „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“.	X		
10. Das Ziel der Palliativversorgung ist die medizinische Maximalversorgung am Lebensende, um nochmal alles zu versuchen, den Patienten zu heilen.		X	Ziele sind Leidenslinderung, Symptomkontrolle und damit Verbesserung der Lebensqualität für die sterbende Person.

Aussage	R	F	Richtigstellung
11. "Passive Sterbehilfe" bedeutet das Sterben eines Menschen zuzulassen, indem lebensverlängernde Maßnahmen beendet oder gar nicht erst begonnen werden.	X		
12. In den „Benelux“-Staaten ist die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen straffrei.	X		
13. Die ambulante Hospizarbeit in Deutschland wird in erster Linie durch hauptamtliche, bezahlte Mitarbeiter getragen.		X	Die ambulante Hospizarbeit in Deutschland wird in erster Linie durch ehrenamtliche, nicht bezahlte Mitarbeiter getragen.
14. Die gesetzlichen Regelungen zu den unterschiedlichen Formen von „Sterbehilfe“ sind innerhalb Deutschlands in allen Bundesländern gleich.	X		
15. Wenn es um Tötung auf Verlangen geht, hat die christliche Religion einen gänzlich anderen Standpunkt als der Islam und das Judentum.		X	TAV wird in allen drei Religionen abgelehnt.
16. Im Rahmen der Palliativmedizin geht es darum, den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen.	X		
17. In einem Kinderhospiz werden ausschließlich junge Menschen bis 18 Jahre betreut.		X	Es werden in einzelnen Fällen auch junge Menschen über 18 betreut, etwa bis zum Alter von Mitte Zwanzig.
18. Eine Liste mit Punkten, was man vor seinem eigenen Tod noch alles machen und erleben will, bezeichnet man als „Messerliste“.		X	Das ist eine „ Löffelliste “!

8.11 HelpCard



Für eigene
Zwecke



Zum
Weitergeben



8.12 FAQ's zum Thema „Sterben und Tod“



1. Welche Krankheiten haben die Patienten, die ins Hospiz kommen?

A: Prinzipiell jede Krankheit, die zum Tode führen kann. In der Realität ganz überwiegend Krebs. Dazu ein paar mit schweren Lungenkrankheiten und einige mit fortschreitenden Lähmungen (ALS, MS, ...)

2. Was ist am Arzt-Patienten-Verhältnis im Hospiz anders als in einer normalen Arztpraxis?

A: VIEL intensiver. Viel mehr Zeit, wir kommen uns viel näher. So sollte es zumindest sein. Aber die Frage ist vermutlich falsch gestellt. Ein Hospiz ist ein Ort der Pflege. Dort gibt es fast nie angestellte Ärzte oder solche die überwiegende dort tätig sind. Da bin ich eine Ausnahme.

3. Wie lange ist die durchschnittliche Verweildauer der Bewohner?

A: Derzeit rund zwei Wochen. Viel zu kurz. Ich habe es schon selber erlebt, dass ein alter Mensch aus dem Krankenhaus kam und noch im Aufzug des Hospizes oder auf dem Flur gestorben ist, bevor er das Zimmer erreicht hat. So jemanden hätte man ruhig im Krankenhaus sterben lassen sollen.

4. Dürfen Angehörige mit ins Hospiz ziehen?

A: In der Regel ja. 24/7 Besuche ist selbstverständlich. Da gibt es nirgends Einschränkungen!!!

5. Was sind die schönsten Momente, die man im Hospiz erlebt?

A: Die gibt es nicht! Weil es soooooo viele wunderschöne Momente gibt. Es macht mir aber regelmäßig Gänsehaut, wenn ich von Hinterbliebenen gesagt bekomme, „Ich traue es mich gar nicht zu sagen, aber das ist ja gerade wunderschön. Ich habe jetzt auch keine Angst mehr vor meinem eigenen Tod.“ Stark. Oder?

6. Was sind die schlimmsten Momente, die man im Hospiz erlebt?

A: Wenn ich weiß, ich könnte grauenvolles, schlimmstes körperliches Leiden jetzt sofort und sehr effektiv lindern, aber „die Umstände“ verhindern es.
Dann muss ich es einfach selber aushalten.

7. Kann man noch an einen (guten) Gott glauben, wenn man sieht, dass z. B. Kinder sterben müssen?

A: Gerade deshalb glaube ich. Es ist nicht so, dass die Kinder „schwerer“ sterben würden. Im Gegenteil. Sie leben oft wirklich „bis zuletzt“.

8. Wie schafft man es, die Schicksale nicht allzu sehr an sich heranzulassen?

A: Viel lernen, viel reflektieren, jahrelang coachen lassen, viel Supervision, keine Selbstüberheblichkeit, viel Demut, und: Kritische Distanz! Ich duze keine Patienten mehr (außer jüngeren Kindern) und schon gar keine Angehörigen.

9. Wird im Hospiz auch gelacht und Witze gemacht?

A: Oh ja. Schaut Euch mal die Bilder aus unseren Fotowettbewerben an! Ein Thema hieß z.B. „Wer zuletzt lacht... Humor beim Sterben. Darf man das?“

10. Dürfen die Patienten das Hospiz verlassen, z. B. zum Einkaufen, Kino gehen?

A: Jederzeit, die meisten sind aber eher schwach und nicht mehr gehfähig. Aber es gibt auch relativ „gesunde“ Gäste. Die Freizeitgestaltung ist eher nichts interessantes. Dieter Hallervorden sagt das sehr schön in „Sein letztes Rennen“: „Und dann basteln wir jetzt Kastanienmännchen, bis wir uns hier tot gebastelt haben“. Das ist sehr passend. In einem Kinder- oder Jugendhospiz ist das Freizeitangebot grundlegend anders. Immer daran denken: Der durchschnittliche Hospizgast hat gerade einmal zwölf Tage zu leben und ist meist hochbetagt. Da hat man meist keine Lust auf Disco oder World of Warcraft.

11. Wer kocht für die Patienten? Bekommt jeder sein Lieblingessen?

A: Meistens kommt das Essen aus einer Kantine. Manche Hospize haben einen Koch. Oft kochen Angehörige oder Mitarbeiter leckere Sachen.

12. Ist das Hospiz echt die Endstation oder kann man von dort wieder ins Krankenhaus kommen? (Z. B. wenn der Zustand sich verschlechtert).

A: Fast immer totale Endstation. Ins Krankenhaus kommt man fast nie von dort, aber schon mal in eine Pflegeheim oder wieder nach Hause.

13. Ist es auf Dauer als Arzt deprimierend, mit Patienten zu arbeiten, denen man doch nicht mehr helfen kann? (Also: Wo sind die Erfolgserlebnisse?)

A: Einstellungssache. Ich muss mit dem eigenen Leben und Tod im Reinen sein! Es macht mir viel Freude, gerade mit schwerstkranken und sterbenden Kindern. Das klingt vermutlich abartig. Und wir helfen doch dauernd und haben Erfolgserlebnisse, wie man sie in Praxis und Klinik nicht hat.

14. Sollte man zum Sterben besser ins Hospiz gehen oder zu Hause bleiben?

A: Wenn es die Umstände erlauben, wollen die meisten zu Hause bleiben. Ich selber würde „zum Sterben“ am liebsten in den Garten kommen!

15. Darf man Haustiere halten?

A: Das ist oft ein Problem, wenn ich selber als Leitung verantwortlich wäre, wäre das selbstverständlich möglich.

16. Hat jeder sein eigenes Zimmer und darf es individuell gestaltet werden?

A: Immer!

17. Gibt's da hübsche Krankenschwestern?

A: Auch hübsche Krankenpfleger! Das sage ich jetzt mal als bekennender Hetero.

18. Darf man da auch Party machen?

A: Klar, zwar ist das nur im Kinderhospiz üblich, darf jedoch auch im Erwachsenenbereich sein.

19. Wann fängt der Mensch eigentlich an zu Sterben?

A: Eigentlich mit der Zeugung. Spätestens bei der Geburt. Nach etwa dem 25. Lebensjahr lassen die meisten körperlichen Fähigkeiten langsam nach, außer der Ausdauer, Dingen zu denen man Erfahrung, Übersicht und Ruhe benötigt. Bei Lebensende unterscheidet man zwischen der Terminalphase und der Finalphase. Da gibt es leider keine sicheren Zeichen...

20. Braucht man als Schwester/Pfleger im Hospiz bestimmte Zusatzqualifikationen?

A: Leider nicht zwingend. Ich finde, dass die große Mehrzahl der Mitarbeiter unbedingt eine längere Berufserfahrung und die Weiterbildung Palliative Care haben MUSS. Die Wirklichkeit sieht anders aus.

21. Gibt es eine Art „Hausordnung“, an die sich jede/r halten muss?

A: In der Regel so etwa ja. Aber das dürfte überall etwas anders sein.

22. Wie ist die Atmosphäre, wenn jemand gestorben ist? Wird getrauert, oder kehrt der Alltag schnell wieder ein?

A: Völlig verschieden. Das Leben für alle anderen geht ja weiter. Und wenn jeden Tag oder alle paar Tage jemand stirbt, können doch nicht immer alle trauern.
ABER: Die Feste werden gefeiert, wie sie fallen. Auch wenn im Nachbarzimmer gerade gestorben wird. Das heißt nicht, dass man gleichzeitig nicht auch trauert. Das geht wirklich gleichzeitig. Kinder können das besonders gut!

23. Ist das Gehalt, was Sie bekommen Ihrer Meinung nach gerecht für den Beruf?

A: Ich halte es für überhaupt nicht angemessen. Aber das ist jetzt nichts, das ich groß öffentlich diskutieren mag.

24. Was kostet die Unterbringung der Patienten und wer bezahlt das?

A: Im Erwachsenenospiz zahlen die Kassen rund 250 bis 300€ pro Tag, im Kinderospiz deutlich mehr. Da die persönliche Betreuung meist sehr aufwändig gestaltet wird, werden für diesen „Luxus“ ordentlich Spenden gesammelt. Im Erwachsenenospiz rund 25 bis 40% noch einmal dazu, bei Kinderospizen eher 50 bis 100% auf das, was die Kassen zahlen.

25. Haben Sie auch muslimische Patienten? Muss man da was besonderes beachten?

A: Ja, aber wenig. Die Familie betrachtet es als Niederlage, auch als Schande, wenn man sich nicht selber kümmern kann. Sterben zulassen ist viel schwieriger, bei Juden übrigens auch. Und Krankheit wird oft als Strafe empfunden. Wir lassen gerade unsere Pflegetipps für die türkische und arabische Übersetzung von Muslimen kommentieren.

26. Befindet sich in Ihrem Hospiz eine Wellnessoase?

A: Ja, und eine sehr schöne. Ober eher mehrere. Trotzdem, ich möchte dort nicht zu Gast sein müssen!

27. Was war die schlimmste Situation, die Sie beruflich erlebt haben?

A: Da gab es leider sehr viele „schlimmste Situationen“. Auch ich habe mich hier und da geirrt und Fehler gemacht. Das ist sehr bitter, wenn sie schlechte Folgen haben und jemand darunter leidet. Schlimmer ist es aber, das habe ich anfangs schon mal geschrieben, wenn durch schwierige Umstände einfache Lösungen verhindert werden und es ein Patient sehr heftig ausbaden muss. Da muss ich sehr tief durchatmen, um nicht wütend zu werden. Situationen, die sich Laien als schlimm vorstellen, erscheinen mir nicht schlimm. Die kann ich mit meinem Handwerkszeug und einem guten Team ja meistern und dafür sind wir ja da.

28. Wo ist das größte Hospiz in Deutschland?

A: Keine Ahnung. Aber eigentlich ist die Obergrenze bei 15 Betten. Mehr macht keinen Sinn. Dann wird es eine Sterbeklinik und ist kein Hospiz mehr in dem Gäste auch Ruhe vor dem Tod finden können.

8.13 Lyrik-Werkstatt: Jedes Wort zählt!

Beim Nachdenken über das Thema Sterben und Tod entstehen viele Gedanken in unseren Köpfen, die wir schreibend bearbeiten und formulieren können.

Arbeitsanregungen:

Think! (Nachdenken)	Pair! (Austauschen)	Share! (Teilen)
Überlegt Euch einen individuellen Text, der Eure Gedanken rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer ausdrückt. Geschichten, Gedichte oder Sprichworte - traurig, humorvoll, ratlos, wütend, voller Erkenntnisse oder Fragen – alles ist erlaubt!	Tauscht Eure Ergebnisse zunächst in einem kleinen Rahmen wie z. B. der Klassengemeinschaft aus. Das kann z. B. in Form von einzelnen Vorträgen, Aushängen der Beiträge oder einem kleinen Poetry Slam erfolgen. Kommt ins Gespräch über Eure Beiträge.	Teilt Eure Gedanken einem größeren Adressatenkreis mit. Ihr könnt Eure Beiträge z. B. über die Deutsche PalliativStiftung veröffentlichen (eigene Homepage dafür: www.t-shirt-tage.de), ein Video bei youtube posten oder auch an einem Literaturwettbewerb teilnehmen (z. B. Junges Literaturforum Hessen (www.hmwk.hessen.de/junges-literaturforum))

Im Folgenden zwei literarische Anregungen:

einmal klingelte Frau D. und ich kam
 in ihr Zimmer um sie zu fragen was
 ihr denn fehle
 sie saß im Rollstuhl vor ihrem Kleiderschrank der
 geöffnet war eine Seite davon verdeckte ihr Gesicht
 und sie sagte Tage um diese
 T-Shirts zu tragen und sie zeigte auf
 ihren Schoß in dem gestreifte karierte
 unifarbene gepunktete T-Shirts lagen
 ihr Gesicht erschien hinter der Schranktür
 wenn Sie wüssten das wäre ihr letzter Tag
 könnten Sie sich dann entscheiden welches
 Sie tragen würden
 ich schluckte ihre Augen sahen ganz verglimmt aus

Anregungen für den Unterricht

und ihre Stimme klang heiser so heiser wie eine
junge Stimme klingen kann
ich fuhr sie ins Bad und sehr sehr lange
sah sie sich im Spiegel an
zählte die T-Shirts und die Tage die es gegeben hatte
um sie zu tragen und die an denen sie keins davon
getragen hatte weil es zu kalt gewesen war
am nächsten Tag starb sie es war Winter
Dezember vor einem Jahr Flocken fielen
die Tannen hoben ihre Äste wie Arme
und es wäre zu kalt gewesen
um T-Shirts zu tragen

Julia Weber aus dem Gedichtband „T-Shirt-Tage“, erhältlich über die Deutsche PalliativStiftung

Eine Stimme,
die uns vertraut war, schweigt.
Ein Mensch,
der immer für uns da war,
lebt nicht mehr.
Was uns bleibt sind Liebe,
Dank und Erinnerung an viele schöne Jahre.

(Verfasser unbekannt)

Quelle: https://thema.erzbistum-koeln.de/doch-etwas-bleibt/erinnerung_und_trost/texte_und_gedichte/

8.14 Die Deutsche PalliativStiftung

von Thomas Sitte



Quelle: privat

Never doubt that a small group of thoughtful, committed citizens can change the world. Indeed, it is the only thing that ever has. (M. Mead)

Am 8. Mai 2010 wurde die Deutsche PalliativStiftung von acht Praktikern der Hospizarbeit und Palliativversorgung unabhängig von etablierten Strukturen gegründet. Sie ist damit eine noch recht „junge“ Stiftung, hat jedoch von Anfang an durchaus ambitionierte Ansprüche und Ziele. Die acht Gründungstifter kamen aus dem Berufsfeldern Pflege, Seelsorge, Medizin, Physiotherapie und Betriebswirtschaft. Ihr erklärtes Ziel war und ist es, sich sowohl für Erwachsene wie auch für Kinder gemeinsam stark machen, so dass sich die Öffentlichkeit hin zu einem angemessenen hospizlich-palliativen Denken weiter öffnet.

Von Margaret Mead (1901-1978), einer amerikanischen Ethnologin und Philosophin des vergangenen Jahrhunderts stammt die oben genannte Aussage, die aufs Deutsche übertragen lautet:

„Zweifle nie daran, dass eine kleine, aufmerksame, engagierte Gruppe von Bürgern die Welt verändern könnte. In der Tat ist das das Einzige, das sie je verändert hat.“

Neue Akzente setzen

So setzen sich die Gründer mit den neuen Stiftungsräten in der PalliativStiftung gemeinsam ein für eine bessere Fürsorge für schwerkranke und sterbende Menschen aller Altersstufen. Da sie alle die Hospizarbeit und Palliativversorgung aus unterschiedlichsten Perspektiven kennen, ist es auch ihr Ziel, die verschiedenen Erfahrungen zu einem Ganzen zusammenfügen: „Jeder Mensch soll die Unterstützung finden, die er in der hospizlich-palliativen Versorgung benötigt und sagen können: „Wie gut, dass ich mich immer auf Hospizarbeit und Palliativversorgung verlassen kann“, so Pfarrer Matthias Schmid, einer der Gründungstifter. Auch die hinzugekommenen Stiftungsräte sind in den verschiedensten Berufsgruppen und Positionen tätig, so

dass es zu einem wunderbar dynamischen Austausch kommt. So unterschiedliche Erfahrungen und Sichten sind nach Auffassung der Gründer ideal um bundesweit die Entwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung weiter voran zu bringen.

Thomas Sitte, Mitgründer und Vorstandsvorsitzender der Stiftung ergänzt: „Werbung unter den verschiedensten Vorzeichen für die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten ist damit für uns ein wichtiges Anliegen. Wir erproben gewissermaßen Edutainment für ein ernstes Thema.“ So gibt es Informationsmaterial für Laien und Experten in verschiedenster Form, Konzerte, CDs, Lesungen, Aktionen im Sport (www.powernfuerpalliativ.de), Fotowettbewerbe und Kalender rund um das Thema der Begleitung und Versorgung am Lebensende.

Plattform für Engagierte

„Die Deutsche PalliativStiftung versteht sich als Plattform für engagierte Laien, Fachleute, Ehren- und Hauptamtliche und will sich mit ihnen gemeinsam in allen Fragen der hospizlichen und palliativen Versorgung engagieren“, ergänzt die Diplom-Palliative Care Fachkraft, Sozialpädagogin und Geschäftsführerin Elke Hohmann. Die Stiftung will dabei helfen, dass regionale Initiativen solide wachsen und im Austausch miteinander gefestigt werden können.

„Wichtige rechtliche Fragen rund um das Lebensende sind teils überhaupt nicht, teils widersprüchlich rechtlich geregelt“, betont Stiftungsrat Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz, „hier haben wir bereits zu wegweisenden Entscheidungen beigetragen, aber auch auf diesem Gebiet liegt noch viel Arbeit vor uns!“ Insbesondere beim Problem der Versorgung von Palliativpatienten mit Betäubungsmitteln im Notfall zur Unzeit, bei der Versorgung in Pflegeeinrichtungen und in Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung hat die PalliativStiftung die wesentlichen Impulse gegeben und so zu einer Verbesserung der Situation beigetragen.

Nachhaltig fördern

„Wir haben noch lange nicht die ganzheitliche Medizin, die dafür nötig und in einem Wohlstandsland wie Deutschland sicher möglich wäre“, ergänzt Palliativmediziner Sitte. Deshalb wollen die Stifter die weitere Entwicklung von Palliativ- und Hospizversorgung nachhaltig fördern. Die Deutsche PalliativStiftung bietet Netzwerk und Sicherheit für die Menschen, die in diesem Bereich professionell und ehrenamtlich tätig sind, damit die Hilfe bei den Betroffenen direkt und auch langfristig ankommt. Die Stiftung motiviert zur gelebten Zusammenarbeit.

„Die Leistungen, die in der Versorgung von schwerstkranken Patienten jeden Alters erbracht werden, verdienen großen Respekt!“, betont Prof. Dr. Schütz. Die Stiftung ist regional und bundesweit tätig. Bereits vorhandene Projekte und noch entstehende Ideen werden miteinander vernetzt. Als eine der ersten Aktivitäten führten die Grün-

der den bundesweit ersten Fachkongress zur ambulanten Palliativversorgung durch, der am 28. Juni 2010 in Berlin mit großem Erfolg stattfand, aber auch z.B. etliche Empfänge im In- und Ausland in größeren und kleineren Kreisen von PalliAktiven, bei denen wichtige Entscheider zu Gast waren. Netzwerken wird großgeschrieben! Besonderen Wert haben die Gründungstifter darauf gelegt, dass sie unabhängig und nicht gewerblich oder in Verbänden verpflichtend gebunden sind.

Dabei verbindet sie ein großes gemeinsames Ziel: Sie möchten ihre Erfahrungen mit einem multiprofessionellen Blick zu einem Ganzen zusammenfügen und damit ihrem Idealbild ein Stück näherkommen.

Vorhandene Projekte vernetzen

Die Aktivisten sehen die Deutsche PalliativStiftung damit als perfekte Ergänzung zu den anderen Förderern und sind regional, überregional, bundesweit und international tätig.

Der Stiftungssitz ist mit sehr günstiger Verkehrsanbindung im ICE-Netz in Fulda. Das Gebäude liegt eine Minute vom Bahnhof entfernt. So bietet sich PalliAktiven die Möglichkeit, im Seminarzentrum Workshops durchzuführen. „Unser Informationsmaterial wird inzwischen nicht nur in ganz Deutschland sehr geschätzt, sondern auch aus den aus anderen Ländern bestellt. Das wichtigste haben wir in 22 Sprachen verfügbar“, hebt der Vorsitzende Sitte hervor. „Zum weiteren Auf- und Ausbau der Arbeit benötigt die Deutsche PalliativStiftung finanzielle, ideelle und politische Unterstützung!“

In eigener Sache

Die PalliativStiftung möchte an dieser Stelle auch um Mithilfe werben. Die Ziele und die damit verbundene Stiftungsarbeit brauchen viele Hände und Hilfe, um Veränderungen anzustoßen und notwendige Hilfen geben zu können. Dabei muss es nicht immer nur Geld sein: **TTT – Talent, time or treasure**, jeder Mensch hat etwas, das er beitragen kann. Unterstützen Sie uns mit Zeitspenden im Büro, bei Veranstaltungen und vielem mehr. Können Sie etwas Besonderes? Sind Sie IT-Spezialist, besonders beredsam, super im Organisieren? Die PalliativStiftung braucht Sie! Auch bieten wir interessierten und qualifizierten Menschen an, für eine Amtszeit im Stiftungsrat mitzuarbeiten. Oder helfen Sie mit Geldspenden oder Förderbeiträgen. Auch dieses Buch wurde weitestgehend ehrenamtlich produziert und subventioniert verlegt. Deshalb bittet die Deutsche PalliativStiftung Sie als interessierten Leser, Mitglied in ihrem Förderverein zu werden. An der Beitragshöhe sollte es nicht scheitern, ab 10 € im Jahr sind Sie dabei. Informieren Sie sich im Büro persönlich, per Mail oder Telefon oder schauen Sie auf die Website

www.palliativstiftung.de.

Alle angebotenen Bücher, Kalender, usw. sind bei uns zu attraktiven Preisen erhältlich, weil wir damit zur Aufklärung über die Möglichkeiten von Hospizarbeit und Palliativversorgung beitragen und sie weit verbreiten wollen. Die Artikel sind durch viel Engagement, Spenden und ehrenamtlichen Einsatz so gut geworden! Wir würden uns natürlich freuen, wenn auch viel gekauft wird, damit wir wiederum mehr für Sie produzieren können.

Alle Preise sind Brutto-Einzelpreise.

Die Mitglieder unseres Fördervereins erhalten alle Materialien versandkostenfrei.

Gerne können wir auch über Rabatte beim Kauf größerer Mengen reden.



Die Pflegetipps – Palliative Care

*Muss man haben,
„es gibt nichts besseres“*

85 Seiten
kostenfrei



Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung

Schulmedizinisches ist nicht immer hilfreich, Alternatives nicht immer harmlos. Ein Versuch einer nüchternen Auflistung.
112 Seiten, € 5,-



Rechtsfragen am Lebensende

*Recht haben
heißt nicht Recht bekommen.*

72 Seiten, € 5,-





„Sterbehilfe“ und Bedarfe beim Sterben
Sozialrechtliche Fragen werden oft vernachlässigt.
114 Seiten, € 10,–



Letzte Zeiten
Sabine Mildenberger
*Ein Buch über schwere Erfahrungen.
Statt zu zerbrechen daran wachsen.*
144 Seiten, € 15,–



Mappe „Patientenverfügung“
kostenfrei



Die Notfallmappe kostet 15,90 Euro zzgl. Versandkosten.

Die Mitglieder des Fördervereins der Deutschen PalliativStiftung „... leben bis zuletzt!“ e. V. erhalten die Vorsorgemappen zum Sonderpreis von 12,90 Euro zzgl. Versandkosten.

Die Notfallmappe des FÜR|SICH|VOR: SORGEN-Programms

Wenn Sie durch einen Unfall oder eine schwere Krankheit in die Situation geraten, in der Sie nicht mehr für sich selbst entscheiden können, dann muss schnell geregelt sein, wer in dieser Zeit für Sie und in Ihrem Sinne sprechen darf.

In der leuchtend orangenen Notfallmappe der Deutschen PalliativStiftung und der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e. V. können Sie alle Ihre Vorsorgedokumente verwahren. So sind sie im Notfall schnell zur Hand. Zu den Vorsorgedokumenten zählen beispielsweise Ihre Vorsorgevollmacht, Ihre Betreuungsverfügung sowie Ihre Patientenverfügung.



Unterrichtsmaterial: Am Start das Ziel im Blick haben

herausgegeben von Dr. med. Thomas Sitte und Dr. rer. pol. Anja Stöbener
240 Seiten, € 20,-

Rezensionen:

„Sowohl die didaktische als auch die methodische Aufbereitung des Themas ist sehr gut, ebenso schülerorientiert wie differenziert. Die Anregungen lassen viel Raum, um eigene Schwerpunkte zu setzen und prozessorientiert vorzugehen. Die Autoren haben echte Pionierarbeit geleistet, meinen Glückwunsch.“

Karl-Heinz Lerch, Schulamtsdirektor i.K., Giessen

„Hier liegt für Lehrende und Lernende eine sorgfältig durchdachte Textsammlung vor, deren Einsatz im Unterricht eine schwierige Thematik für alle Beteiligten wesentlich besser zugänglich machen wird.“

Prof. em. Dr. Hans G. Nutzinger, Universität Kassel, Forschungsschwerpunkt u.a.: Wirtschaftswissenschaften und Ethik



Orgelwerke von Johann Sebastian Bach

Benefizkonzert im Dom zu Fulda von
Wolfgang Rübsam

€ 10,–

(Erlös zugunsten der KinderPalliativStiftung)



Brahms-Sonaten

gespielt von Nicolai Pfeffer und Felix Wahl

€ 20,–

(Erlös zugunsten der KinderPalliativStiftung)



Goldbergvariation von Johann Sebastian Bach

gespielt von Nicolai Pfeffer und Felix Wahl

€ 10,–

Die Aufnahme der niederländischen Musiker ist in der
Ölbergkirche zu Berlin entstanden und enthält die
Goldbergvariation von Johann Sebastian Bach in einer
Version für ein Streichtrio.

(Erlös zugunsten der KinderPalliativStiftung)



Funktionsshirt gelb
€ 25,-



Funktionsshirt blau
€ 25,-



Funktionsshirt grün
€ 25,-



„I run for life“ und der dazugehörige DeutschlandCup sind langfristige Projekte der PalliativStiftung.

Wir wollen im wahrsten Sinne des Wortes laufend hospizlich-palliative Denkanstöße dorthin bringen, wo man sie überhaupt nicht erwartet.

Machen Sie mit.

Laufen Sie mit.

Informieren Sie sich auf der Website
www.irunforlife.de

Die hochwertigen Funktionsshirts mit dem Logo der Sportinitiative der Deutschen PalliativStiftung sind leicht, atmungsaktiv, transportieren Feuchtigkeit schnell von innen nach außen und bestehen aus 50 % Polyester-, sowie 50 % Topcool-Polyesterfasern. Für Vereine und Veranstalter Mengenpreis auf Anfrage.



Als weiterführende Literatur für Fachpersonal und Lehrbuch mit dem prüfungsrelevanten Wissen für die „Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“ empfehlen wir:

Thöns, Matthias / Sitte, Thomas:
Repetitorium Palliativmedizin
Springer, 2013, 3. Auflage

Rezension:

Palliativmedizin, das empathische Begleiten von Sterbenskranken, ist seit jeher auch eine originäre, gelebte Aufgabe von Hausärzten. Das aktuell erschienene „Repetitorium Palliativmedizin“ ist von Praktikern überwiegend aus der ambulanten Palliativversorgung geschrieben und zielt genau auf das, was sich Menschen zuletzt meist wünschen. Gut versorgt zuhause zu bleiben. Prägnant und praxisnah werden die wesentlichen Aspekte für die Begleitung Sterbender vermittelt: Grundlagen der Palliativmedizin, Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, psychosoziale und spirituelle Aspekte, ethische und rechtliche Fragestellungen, Kommunikation, Teamarbeit und Selbstreflexion. Die Kapitel werden mit realen Fallbeispielen – ähnlich den Fallseminaren – eingeleitet. So können Entscheidungen und Problemsituationen nachvollzogen werden. Neben harten Fakten sind Handreichungen für Patienten und Angehörige direkt als Kopiervorlage einsetzbar. Auch fehlen besondere Gesichtspunkte in der palliativen Kommunikation nicht, vom Überbringen schlechter Nachrichten bis hin zu zartem Humor. Obgleich als Repetitorium für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin konzipiert, ist es doch aufgrund seines strengen Praxisbezugs insbesondere für den Hausarzt bestens geeignet.

Prof. Herbert Rusche, Ruhr Universität Bochum

Springer, 2013, 3. Auflage
322 Seiten, € 39,99



Ratgeber Lebensende und Sterben

Thomas Sitte

Beim Lesen der lebensnahen Kapitel zum „Ratgeber Lebensende und Sterben“ klärte sich meine Sicht auf Wünsche und Vorstellungen für mein zukünftiges Sterben. Und auf das, was für mich jetzt zählt und ansteht.

Es geht in diesem Buch um Vorsorge und Nachsorge, um Phasen des Sterbens und des Trauerns, um medizinische Fakten und juristische Regelungen, um ethische Fragen und um seelsorgliche Kompetenzen. Alltagsnahe Lebens- und Sterbensgeschichten sorgen dafür, dass bei alle dem der Kopf wie das Herz der Le-

senden angesprochen werden. Es gelingt Thomas Sitte, zu lehren „ohne zu belehren“. Eine kritische und selbstkritische Auseinandersetzung der Lesenden mit dem Gelesenen ist von ihm intendiert.

Gut, wenn Sterbende und Sterbebegleiter dieses „alles“ teilen und mitteilen können, wenn sie sich nicht vor vertrauensvoller und zärtlicher Nähe fürchten. Dann mag es tatsächlich so etwas wie ein „gesegnetes Sterben“ oder ein „Sterbeglück“ geben. Ich bin dankbar, dass Thomas Sitte mit seinem Buch dazu ermutigt.

Gut ist aber auch, dass Thomas Sitte das Sterben nicht leichtfertig schönredet. Dass er nicht verschweigt: Es kann in manchen Sterbephasen auch „furchtbare Erlebnisse“ geben. Das Buch wagt den Blick auch auf solche Erlebnisse und auf die Ängste vieler Menschen vor nur schwer erträglichem Leiden am Lebensende. Thomas Sitte zeigt vielfältige Wege auf, wie Furcht einflößende Sterbe-Umstände durch palliative Maßnahmen für Sterbende und Angehörige lebbar gestaltet werden können.

Unser irdisches Leben ist begrenzt und vergänglich. Nur wenn wir uns dieser Begrenztheit und Vergänglichkeit realistisch stellen, gewinnen wir eine Klugheit, die zuversichtlich leben und sterben lässt. Der „Ratgeber Lebensende und Sterben“ von Thomas Sitte ist ein Buch, das diese Klugheit fördert!

Anne Schneider, Berlin

Springer, 2018
292 Seiten, € 24,99



Knietzsche und der Tod

von Anja von Kampen

120 Seiten, € 19,95

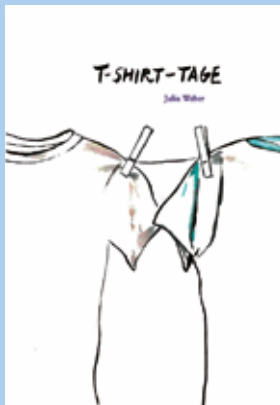
Zitate:

„Ein längst überfälliges Nachschlagewerk über den Tod. Ehrlich, kompetent und einfühlsam, vielen Dank dafür.“

Dr. Thomas Sitte, Deutsche KinderPalliativStiftung

„Was passiert nach dem Tod, wie fühlt er sich an? Knietzsche setzt dabei nicht auf vorgefertigte Antworten, sondern möchte schon die Kleinsten unter uns zum Selbstdenken und Weiterfragen anregen.“

Verena Hohmann, bestattungskultur



T-Shirt Tage

von Julia Weber

64 Seiten, € 10,-

Zitate:

„Gefühle ohne Punkt und Komma, Bilder, Gedanken, - gleich beim ersten Lesen wurde ich auf fast die gleiche Weise atemlos.“

Helmfried Graf von Lüttichau - Schauspieler und Lyriker

„Als ich das erste Gedicht las, musste ich zunächst einmal tief durchatmen. Und ich dachte, das ist die Art von Text, wie wir Palli-Aktiven sie dringend für eine effektive Öffentlichkeitsarbeit brauchen“

Dr. med. Thomas Sitte - Palliativmediziner

Die Mutmach-Karten

Mit den Mutmach-Karten will die Deutsche PalliativStiftung (DPS) Menschen unterstützen, anderen Menschen, die sich in einer schweren Lebenssituation befinden, Mut zuzusprechen. Wenn jemand beispielsweise schwer erkrankt ist, seinen Job verloren hat oder eine wichtige Entscheidung treffen muss. Sie können aber auch als klassische Trauer- oder Grußkarte verschickt werden.



Ein Mutmach-Karten Set besteht aus einer hochwertigen Schubladenbox, sechs Karten, sechs Umschlägen sowie sechs Einlegern aus Pergamentpapier mit Zitaten und Gedanken und sechs blanko Einlegern. So entsteht abgestimmt auf die Person und passend zur Situation eine ganz individuelle Karte. Zudem gibt es ein Nachfüllset, das ohne Schubladenbox geliefert wird.

Es gibt zwei verschiedene Sets, die sechs verschiedene Motiv-Karten enthalten (siehe Fotos unten).

Je Set 18,50 Euro und 5 Euro Versand pro Paket.

Set 1 der Mutmachkarten



Set 2 der Mutmachkarten



8.15 Hilfreiche Kontaktadressen

Eine Reihe hilfreicher Kontaktadressen wurde in den voran gegangenen Kapiteln des Unterrichtsmaterials immer wieder genannt. Im Folgenden werden sie noch einmal kompakt zusammengeführt und um weitere Institutionen und Anlaufstellen ergänzt.

Deutsche PalliativStiftung, Fulda
Deutsche KinderPalliativStiftung, Fulda
www.palliativstiftung.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin
www.dgpalliativmedizin.de

Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Berlin
www.dhvp.de

**Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung
und Angehörigenbetreuung (KASA), Frankfurt**
www.hage.de

www.palliativportal.de

www.youth-life-line.de

www.telefonseelsorge.de

Notizen

[illegible]

Notizen

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There is no handwriting or other markings on the paper.

Notizen

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal grey lines across its entire width, providing a guide for writing. The paper itself is a clean, off-white color, and there are no margins, text, or other markings present.

Notizen

[illegible]

Jeder wird früher oder später mit der eigenen Sterblichkeit oder Sterben und Tod von vertrauten Zugehörigen konfrontiert. Oft gibt es bereits tief greifende, teils auch traumatische Erfahrungen mit diesen existenziellen Situationen. Als Lehrkraft gilt es, hier ein besonderes Fingerspitzengefühl zu zeigen. Unterricht kann, darf und soll herausfordernd sein – er sollte jedoch nie die Grenzen dessen überschreiten, was ein junger Mensch zu Tragen und zu Bewältigen in der Lage ist.

Jede pädagogische Fachkraft sieht sich vor besondere Herausforderungen gestellt, wenn sie einem Klassenverband aus einer Vielzahl von Menschen mit unterschiedlichen Lebensgeschichten gerecht werden will. Dennoch sind wir fest davon überzeugt, dass ein Ängste aufgreifendes, Chancen und Lösungen eröffnendes Gespräch über Sterben, Tod und Trauer gerade auch im Unterricht gelingen kann und einen wichtigen Beitrag zur Förderung von Lebensbewältigungskompetenz darstellt.

Wir freuen uns, Ihnen hier dazu umfangreiches, vielfältiges, inhaltlich hochwertiges und auch spannendes Materialpaket zum Themenkomplex Sterben, „Sterbehilfe“, Hospizarbeit und Palliativversorgung anbieten zu können.

Es ist uns ein Anliegen, diese Themen weiter in die Öffentlichkeit zu rücken und vor dem Hintergrund einer steigenden gesellschaftlichen Befürwortung der aktiven Lebensverkürzung aufzuzeigen, dass durch eine gute Hospizarbeit und Palliativversorgung ein Sterben in Würde ermöglicht werden kann. Jeder Mensch kann, soll und muss sich eine eigene Meinung zum Thema „Sterbehilfe“ bilden – unseres Erachtens ist dies jedoch nur dann adäquat möglich, wenn eine angemessene Aufklärung zu Grunde liegt.

Alle Inhalte können von der Website www.palliativstiftung.de als PDF zur freien Verwendung heruntergeladen und vervielfältigt werden. Die Materialsammlung wird fortlaufend aktualisiert, ergänzt und erweitert. Fragen und Anregungen können an die Mailadresse unterricht@palliativstiftung.de gerichtet werden.



Wir danken dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration für die finanzielle Unterstützung bei der Erstellung dieser Unterlagen.

Deutsche PalliativStiftung
www.palliativstiftung.de
Genossenschaftsbank Fulda
IBAN DE74 5306 0180 0000 0610 00

VK 20,00 € (D)



978-3-944530-53-6