

Meine Zeit steht in Gottes Händen.



Handreichung
zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
(4. überarbeitete Auflage 2020)

Inhalt

- 4 Grußwort
- 6 Einleitung
- 9 Vorsorge treffen
- 11 Vorsorge zwischen Selbstbestimmung und Angewiesenheit
- 15 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung
- 15 Patientenverfügung
- 20 Vorsorgevollmacht
- 21 Betreuungsverfügung
- 23 Dokumentation bezüglich der Organspende
- 24 Behandlung im Voraus planen: Advance Care Planning
- 26 Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter im Horizont biblischer Lebensperspektiven
- 30 Eine christliche Grundüberzeugung: Der Mensch ist Gottes Ebenbild
- 34 Selbstbestimmung, Patientenwille und Sterbehilfe
- 39 Palliativmedizin und Palliative Care
- 41 Sterben begleiten und zum Sterben bereiten
- 43 Sterbebegleitung und Sterbehilfe ethisch betrachtet
- 50 Formulierung eigener Wertvorstellungen
- 51 Anregungen zur persönlichen Meditation
- 52 Häufig gestellte Fragen
- 54 Hilfreiche Adressen
- 55 Weitere Publikationen
- 57 Impressum

Grußwort



Der Tod gehört zum Leben. Und doch neigen wir dazu, ihn zu verdrängen. Wahrscheinlich ist es menschlich, sich zu Lebzeiten lieber nicht mit dem Tod und mit dem Prozess des Sterbens auseinanderzusetzen. Wenn wir aber doch den Blick auf unser Sterben und auf unseren Tod richten, liegt uns vor allem eines am Herzen: Wir wünschen uns, dass unser Leben in Würde und ohne Schmerzen zu Ende geht.

Viele Errungenschaften der modernen Medizintechnik sind ein Segen. Sie verlängern unser Leben und retten es nicht selten. Gleichzeitig kann die Abhängigkeit von der medizinischen Technologie ein Gefühl der Beklemmung hervorrufen.

Gerade am Ende unseres Lebens sehnen wir uns nach menschlicher Nähe. Wir haben Angst davor, dass an die Stelle dieser menschlichen Nähe Anonymisierung, Entfremdung und emotionale Kälte treten, die wir mit der sogenannten Apparatemedizin verbinden.

In unserer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft spielt die Selbstbestimmung des Einzelnen eine zentrale Rolle. Viele Menschen schätzen die Freiheit der Lebensgestaltung. Ihnen graut vor dem Augenblick, in dem sie nicht mehr in ihrem vertrauten Zuhause leben können. Der Wunsch, so viel Selbstbestimmung wie möglich zu bewahren, wird zu einem existenziellen Bedürfnis, wenn Menschen in einer fremden und unvertrauten Umgebung der eigenen Intimsphäre beraubt und auf Andere angewiesen sind.

Angesichts der rasch fortschreitenden Entwicklungen in der Medizintechnik stellt sich immer drängender die Frage von Christen und Christinnen, wie ein achtsames,

würdevolles und möglichst selbstbestimmtes Sterben aus evangelischer Sicht gelingen kann. Wir freuen uns daher, dass die Handreichung der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung jetzt in neuer Form vorliegt. Sie wurde im Blick auf die rechtlichen, medizinischen und ethischen Veränderungen der vergangenen Jahre überarbeitet. Von Herzen danken wir allen, die daran mit ihrer Expertise mitgewirkt haben.

Die ethischen Überlegungen, die juristischen Tipps und die Fragen am Ende dieser Handreichung dienen dazu, individuelle Entscheidungsschritte für den letzten Abschnitt des Lebensweges vorzubereiten und zu gehen. Wir hoffen, dass diese Handreichung von Patienten, Angehörigen, Ärztinnen, Pflegenden und Seelsorgern zur Hand genommen wird und dabei hilft, Unsicherheiten zu überwinden, Ängste zu lindern und Orientierung auf einem schwierigen und schmerzlichen Terrain zu gewinnen.

Der Tod gehört zum Leben. Es wäre schön, wenn diese Handreichung ein Anstoß dazu sein könnte, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen und ihn anzunehmen – im Vertrauen darauf, dass Gott uns im Leben und Sterben nicht allein lässt.

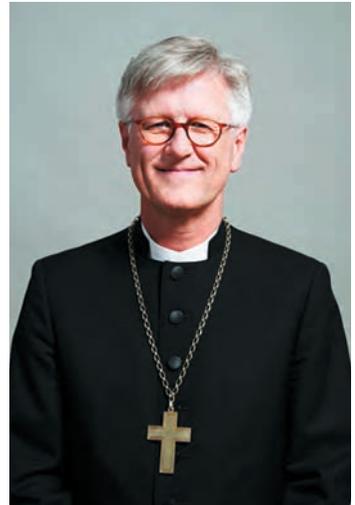
Ihre/Ihr



Dr. Annekathrin Preidel
Präsidentin der Landessynode



Dr. Heinrich Bedford-Strohm
Landesbischof



Einleitung

Dank moderner Medizin und intensiver Pflege können heute viele Krankheiten geheilt und Leiden gemindert werden. So sehr dieser Fortschritt auf der einen Seite begrüßt wird, so birgt er doch auch Probleme. Die medizinisch-technischen Möglichkeiten fordern von uns Menschen¹, dass wir in immer mehr Situationen Entscheidungen treffen müssen. Wir sind immer weniger in der Situation, dass wir eine Krankheit als ‚unheilbar‘ hinnehmen müssen. Vieles erscheint ‚machbar‘ – und unterliegt damit aber auch dem Druck zur Entscheidung.

Das gilt nicht nur am Lebensende. Auch im reproduktionsmedizinischen Bereich am Anfang des Lebens müssen zunehmend Entscheidungen aktiv getroffen werden, wo man früher vielleicht ‚hilflos zusehen‘ oder ‚Dinge hinnehmen‘ musste. So sehr wir auf der einen Seite davon profitieren, dass uns diese Möglichkeiten zur Verfügung stehen, so sehr müssen wir hierfür aber auch aktiv Entscheidungen treffen – die ebenfalls sehr belastend sein können. Im Bereich der Unfall- und Intensivmedizin bedeutet das schon länger, dass wir der Natur nicht einfach ihren Lauf lassen, sondern wissentlich



und willentlich in Lebensprozesse eingreifen und das Leben so bewusst beenden oder auch erhalten.

Manche Menschen fürchten, dass ihr Leiden und Sterben verlängert werden könnte, wenn alles technisch und medizinisch Mögliche auch gemacht wird. Und die gesellschaftlichen wie fachwissenschaftli-

1 In diesem Text verwenden wir männliche bzw. weibliche Bezeichnungen für Personen oder Personengruppen in der Regel abwechselnd und beziehen damit alle Geschlechter (weiblich, männlich, divers) ein. In einigen Fällen wird auch das Gerundivum (z. B. Mitarbeitende) verwendet, um alle Geschlechter anzusprechen. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf Unterstriche, Sternchen oder Binnen-I verzichtet.



chen Debatten lassen erkennen, dass solche Befürchtungen nicht völlig unbegründet sind. Vielfach wird hierbei das Argument der Würde ins Spiel gebracht, z. B. dass man es ablehne, „unwürdig“ dahinzuvegetieren und deshalb weitere medizinische Maßnahmen keine Anwendung finden sollten.

Hier ist genauer hinzusehen: Dem Leben in Würde kann beides dienen, intensive medizinische und pflegerische Betreuung unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten, aber auch die Begrenzung medizinischer

Maßnahmen, mitunter sogar der Verzicht auf weitere medizinische Behandlungen. Was zu tun ist, kann letztlich nur aus der Situation heraus geklärt werden und muss mit den Wünschen, Bedürfnissen und Verfügungen des sterbenden Menschen in Einklang gebracht werden. In vielen Fällen sind die sterbenden Menschen nicht allein, und so ist es auch eine Sache der An- und Zugehörigen, hier – wenn nicht mit zu entscheiden, so doch – über die Entscheidungen in Kenntnis gesetzt zu sein und sie mittragen zu können.



Unterm Strich bedeutet das, dass für immer mehr Situationen Vorsorge in Form von Entscheidungen und Verfügungen getragen werden soll, und diese Entscheidungen und Verfügungen dann auch klar dokumentiert und kommuniziert werden, sodass danach gehandelt werden kann.

Verfügungen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung haben für die medizinische und pflegerische Behandlung eine zunehmende Bedeutung in der Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase oder in den Momenten, in denen sie nicht äusserungsfähig sind, gewonnen. Seit 2009 hat die Patientenverfügung eine gesetzlich bindende

Kraft (§ 1901a und b BGB) und muss von den behandelnden Ärzten beachtet werden. Auf diese Weise kann jeder eine Verfügung hinsichtlich bestimmter Situationen treffen und darauf vertrauen, dass dieser Verfügung in der entsprechenden Situation Rechnung getragen wird.

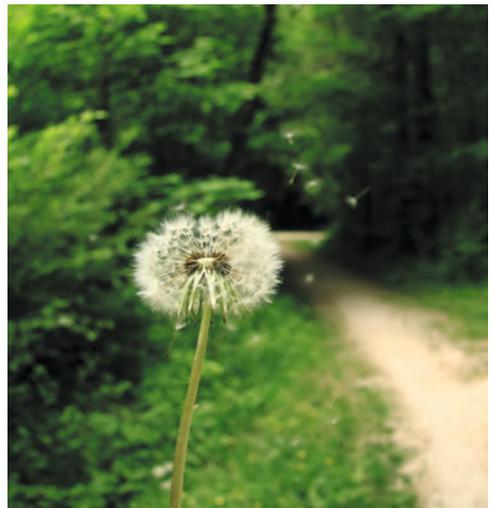
Seit 2016 ist das sogenannte „Behandlungen im Voraus Planen“ (BVP), häufig auch unter dem Begriff Advance Care Planning (ACP), eine weitere Form der Vorausverfügung, die allerdings einen anderen rechtlichen Status und eine eingeschränktere Bedeutung hat. Der Vollständigkeit halber und weil sie eine zunehmende Bedeutung gewinnt, soll sie hier auch erwähnt werden.

Warum Vorsorge treffen?

Vorsorge zu treffen, wird aus verschiedenen Gründen in unserer Gesellschaft immer wichtiger. Erstens verhelfen entsprechende Verfügungen dazu, dass dem eigenen Willen auch dann entsprochen werden kann, wenn man selbst aktuell nicht äußerungsfähig ist. Zweitens entlasten solche Verfügungen Angehörige, Freunde, aber auch behandelndes und begleitendes Personal von der Last, für die nicht äußerungsfähige Person etwas entscheiden zu müssen – und hierbei auch irren zu können. Drittens werden unsere gesellschaftlichen Lebenszusammenhänge immer komplexer. Organisationen versuchen, möglichst reibungslos ihre Aufgaben zu verrichten. Und damit wächst die Forderung an den Einzelnen, durch entsprechende Äußerungen zu dieser Reibungslosigkeit auch im Gesundheitswesen beizutragen. Das mag man bedenklich finden, aber so tragen diese Anforderungen auch dazu bei, dass Vorsorgeverfügungen einen Anstoß bieten, um innezuhalten und das eigene Leben neu zu bedenken.

Versteht man Vorsorge so, ist sie einerseits ein Planen und Feststellen-Wollen des eigenen Lebens für die noch unbekanntere Zukunft. Andererseits respektiert solch vorsorgendes Handeln, dass dies nur begrenzt möglich ist, weil das Leben selbst Veränderung ist und Situationen eintreten können, die so nicht

erwartet wurden. Vorsorge treffen heißt, für sich selbst zu sorgen, sich zu befragen, was einem selbst wichtig ist und was dafür von anderer Seite getan werden kann und muss, damit dieser Wichtigkeit entsprochen wird. Vorsorge treffen heißt zugleich, die Sorge um das eigene Leben (und Sterben) in die Hände anderer zu legen, weil man selbst diese Sorge nicht mehr tragen kann. Nicht zuletzt heißt Vorsorge treffen, sich daran zu erinnern, dass Gott uns Menschen zugerufen hat: „Darum sage ich euch: Sorgt nicht um euer Leben [...], denn euer himmlischer Vater weiß, dass ihr all dessen bedürft.“ (Mt 6, 25.31). Die Sorge um das eigene Leben



und Sterben ist also immer umfängen von der Sorge der anderen und im Letzten von der Sorge Gottes für uns. Vorsorge treffen heißt dann aber auch, anderen mitzuteilen, wofür Sorge getragen werden soll.

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, BVP/ACP-Formulare, aber auch Organspendeausweis, Testament und Ähnliches sind Dokumente, die dieser Form der Sorge Ausdruck verleihen. Und sie sind nie nur Dokumente aus Papier, sondern idealerweise schriftlicher Ausdruck eines



vorangegangenen und andauernden Kommunikations- und Beratungsprozesses über diese Sorge. Für sich selbst zu sorgen heißt, darum zu wissen, was einem selbst wichtig ist. Andere für sich sorgen zu lassen heißt, ihnen mitzuteilen, was einem wichtig ist und wofür andere Sorge tragen sollen. Andere für sich sorgen zu lassen heißt letztlich, sich und anderen zu sagen, woran man sein eigenes Leben festmacht, wovon es im Letzten getragen ist. Es heißt aber auch, sich der Sorge anderer zu überlassen, weil man das selbst nicht mehr kann oder will. Dieser Schritt muss kein leichtfertiger sein. Vielmehr kann es ein sehr selbstbewusster Schritt sein, bei dem die eigene Begrenztheit und Schwäche bewusst in die Hände anderer gelegt wird, um hier gut aufgehoben zu sein.

Dies erfordert, dass solche Sorge-Verfügungen möglichst klar und umfassend abgefasst werden, was angesichts komplexer werdender Behandlungsmöglichkeiten und sich verändernder Diskussionslagen nicht einfacher geworden ist. Entsprechend hat sich auch die Anzahl der Verfügungsformulare vergrößert. Das bedeutet nicht, dass jede und jeder alle Formulare für sich ausfüllen müsste. Vielmehr geht es darum, für sich selbst zu sehen, welche Formulare für einen in der jeweiligen Situation notwendig bzw. sinnvoll sind.

Vorsorge zwischen Selbstbestimmung und Abhängigkeit

Sorge orientiert sich an zwei zueinander in Spannung stehenden Grundsätzen: Einerseits ist da die Autonomie des Patienten, der in der Medizinethik ein hoher Stellenwert zukommt und die als Selbstbestimmung des Menschen einen Teil seiner Würde ausmacht. Autonomie bedeutet, über sich selbst bestimmen zu können und das bewusste Zentrum eigener Handlungen, Ziele und Setzungen zu sein.² Andererseits ist die Abhängigkeit des Menschen eine biologische und soziale Tatsache, der wir uns alle stellen müssen. Kein Mensch ist je völlig unabhängig von anderen Menschen. Es ist aber auch nicht erstrebenswert, über ein gewisses Alter (der Kindheit und Jugend) hinaus von anderen abhängig zu bleiben.

Allerdings darf es auch geschehen, dass Menschen mit zunehmendem Alter und damit verbundenen Einschränkungen wieder abhängiger von anderen werden. Das Wechselspiel aus Selbstbestimmung und Abhängigkeit ist kompliziert und lässt sich nicht prinzipiell nach seinen Anteilen regeln.

In unserer Gesellschaft hat die Selbstbestimmung des Einzelnen einen sehr hohen Stellenwert, die in der Rechtsprechung von der Verfassung bis zu einzelnen Ausführ-

ungsbestimmungen ihren Niederschlag findet und im Alltag umgesetzt werden muss. Abhängigkeit wird in unserer Gesellschaft nicht in der gleichen Weise geschätzt, und es gibt viele rechtliche, moralische und soziale Regeln, die verhindern sollen, dass Menschen in unguter Abhängigkeit von anderen stehen. Zugleich bedarf es aber eines Regelwerks und alltäglicher Praktiken, die eine ‚gute Abhängigkeit‘ zulassen und garantieren. Das gilt nicht nur für unmündige Kinder, sondern auch für Menschen, die aufgrund temporärer oder dauerhafter körperlicher, geistiger oder anderer Einschränkungen ihre Selbstbestimmung nicht in dem nötigen Maße ausüben können und auf Unterstützung, Fürsprache, Fürsorge angewiesen sind.

Es ist Aufgabe der Gesellschaft, durch Regeln und Praktiken die Bedingungen zu schaffen, damit Menschen ihr Leben zwischen den Polen von Abhängigkeit und Selbstbestimmung gestalten können. Und es ist Aufgabe des einzelnen Menschen, sich dieser Gestaltungsaufgabe nach den eigenen Möglichkeiten zu stellen – und sie nicht anderen zu überlassen bzw. dieses Sich-Überlassen als einen bewussten Akt gemeinsam mit den betreffenden Menschen zu gestalten.

² Peter Bieri, Eine Art zu leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde, Frankfurt, Fischer 2015.

Autonomie

Der Begriff der Autonomie, insbesondere der Patientenautonomie, hat einen wichtigen Stellenwert in den Sorgehandlungen und Versorgungsprozessen im Gesundheitswesen. Ein wichtiger Impuls hierfür war die beklemmende Erfahrung, wie menschenverachtend medizinisches Handeln im „Dritten Reich“ sein konnte.

Menschen wurden schlichtweg zu Material medizinischer Forschung degradiert, oder zu dem, was Forschung genannt wurde. Dieser Erfahrung wurde das Konzept der Patientenautonomie entgegengesetzt und der Grundsatz, dass kein Mensch medizinisch oder pflegerisch behandelt werden dürfe, solange diese Person nicht ausdrücklich über die Maßnahme und ihre möglichen Folgen aufgeklärt wurde und der Behandlung zugestimmt habe.

Dieses Verständnis von Patientenautonomie im Sinne einer Selbstbestimmung über den eigenen Körper, im weiteren Sinne aber auch über die eigene Person, ist elementar für die Ethik im Gesundheitswesen. Zudem versteht sie sich als unmittelbarer Ausfluss der individuellen und unveräußerlichen Menschenwürde.

Diese Aufgabe gewinnt auch darin ihre Gestalt, wie ein Mensch sich über diese Fragen kundig macht, sie mit anderen bespricht und zu eigenen Bestimmungen kommt im Blick auf Entscheidungen im Krankheitsfall, bei Geschäftsunfähigkeit, bei Verlust der Sprach-, Äußerungs- und Orientierungsfähigkeit und am Lebensende. Verfügungen sind das zu Schrift gewordene Dokument dieser Orientierungs- und Gestaltungsbemühungen.

Es mag Menschen geben, die entscheiden, dass sie nichts entscheiden wollen oder diese Entscheidung bewusst in die Hände anderer übergeben. Letzteres gelingt nur, wenn die beauftragten Menschen dann tatsächlich ein entsprechendes Dokument in der Hand halten, das nachweist, dass sie zur

Vertretung berechtigt sind und das darüber in Kenntnis setzt, was die beauftragende Person tatsächlich will. Andernfalls wird diese Stellvertretung schwerlich Anerkennung und Umsetzung finden.

Wer sich entscheidet, nichts zu entscheiden, sollte sich bewusst sein, dass diese Nicht-Entscheidung unter Umständen anderen (z.B. Angehörigen oder behandelnden Ärzten) enorme Lasten auferlegt. Denn die Entscheidungen anderer für einen selbst stehen immer unter der bedrängenden Vermutung, geirrt und falsch entschieden zu haben.

Dem mündigen Bürger wurde mit der rechtlichen Verbindlichkeit der Patientenverfügung im Patientenverfügungsgesetz viel

Selbstverantwortung übergeben, aber auch zugemutet. Damit sind zwei Herausforderungen für den Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft verbunden:

1. Menschen können sich nun gefordert sehen, eine Patientenverfügung zu erstellen und sich zugleich durch die Aufgabe überfordert fühlen. Hier müssen Gesellschaft und Institutionen Wege finden, diese Menschen anzusprechen und zu unterstützen.
2. Das Verfassen einer Patientenverfügung kann eine Verfügbarkeit über die letzte Lebensphase suggerieren, die möglicherwei-

se nicht in dem erwarteten Umfang gegeben ist. Es lässt sich eben nicht alles in allen Einzelheiten voraussehen und vorausplanen. Christenmenschen wissen, dass menschliches Leben nicht isoliert, nur auf sich selbst bezogen verstanden werden kann. Der Mensch lebt in Beziehung zu Gott, zum Mitmenschen und zur Mitwelt. Das heißt schließlich, dass eine vorsorgende Verfügung immer vorläufig ist. Und dass sie eingebettet ist in einen sozialen Zusammenhang, aus dem sie zu verstehen und in dem sie gelebt werden will.



Eigene Überlegungen

Um sich selbst auf die Spur zu kommen und zu formulieren, was einem im Leben und Sterben wichtig ist, kann es hilfreich sein, sich mit folgenden Fragen zu beschäftigen: Wie lebe ich mein Leben, was erwarte ich davon, was will und kann ich dafür tun? Was bedeutet für mich Sterben? Welche Vorstellungen habe ich davon? Verbinde ich damit spezielle Wünsche oder Befürchtungen? Was wäre mir unter allen Umständen wichtig? Was kann und will ich dafür tun? Wer soll bei mir sein und mich begleiten? Wofür will ich vorsorgen, was will ich an andere übergeben?

Die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern plädiert dafür, den Schutz von Leben und Menschenwürde sowie den Respekt vor Selbstbestimmung und Patientenautonomie möglichst immer eingebettet in Vertrauensbeziehungen zu betrachten. Wer sich mit seiner Ärztin und seiner Vertrauensperson (Bevollmächtigtem oder Vertreterin) intensiv berät, kann darauf vertrauen, dass sein in einer Patientenverfügung niedergelegter Wille auch im Zweifelsfall gut zum Tragen kommen wird. Dabei ist es hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, an welchen Orten die Fragen nach dem Sterben und seiner Begleitung aufkommen können, und welche Personen einem hier zur Seite stehen können. Wer erscheint als eine geeignete Person, um diese Fragen zu besprechen? Von welcher Person will man sich im gegebenen Fall fürsprecherisch vertreten lassen? Wann ist ein geeigneter

Zeitpunkt, um das Thema mit dieser Person bzw. diesen Personen zu besprechen? Unter Umständen braucht es auch mehrere Gesprächstermine, weil es nicht einfach ist und nicht schnell geht, solche Fragen zu besprechen und zu tragfähigen Entscheidungen zu kommen.

Die Seelsorgerinnen und Seelsorger in Krankenhäusern, in Alten- und Pflegeheimen oder auch in der Gemeinde, Fachkräfte in Pflegestützpunkten oder Pflegeberatungen, vom Sozialdienst, in Hospizen oder palliativen Einrichtungen³ und insbesondere auch die Hausärzte stehen für solche Gespräche in der Regel zur Verfügung. Es ist gut, das Gespräch zu suchen, sei es für sich selbst oder auch für einen Angehörigen, für den man Sorge trägt.

3 Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat im Netz einen Wegweiser aufgestellt, der Menschen dabei hilft, für Ihre eigene Situation oder für Ihre Angehörigen die entsprechenden Angebote zu finden: <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de/>

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung

Im Folgenden sollen die verschiedenen Vorsorgeformulare dargestellt und in ihrer Funktion erläutert werden. Schließlich wird noch auf Zusammenhänge hingewiesen, die es beim Ausfüllen der verschiedenen Formulare zu beachten gilt.

Die Versorgungslandschaft hat sich in den letzten Jahren stark ausdifferenziert. Palliativmedizin, Palliative Care und Hospize haben einen ganz wesentlichen Anteil daran, dass die Begleitung am Lebensende eine neue Aufmerksamkeit erhalten hat und dieser Aufmerksamkeit neue Orte bzw. veränderte Bedingungen entsprechen. In

diesen Zusammenhang gehören die gesetzlich verbriefte Respektierung des Patientenwillens und die Erhebung und Dokumentation des Patientenwillens an den verschiedenen Orten.

Die drei Verfügungen (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung) haben unterschiedliche Geltungsbereiche und sind für unterschiedliche Adressaten gedacht. In allen drei Fällen aber geht es darum, dass eine Person ihren Willen hinsichtlich bestimmter Entscheidungen im Voraus verfügt und mit diesen Verfügungen dokumentiert.

Patientenverfügung

Solange Menschen selbst orientiert und äußerungsfähig sind, brauchen sie keine Patientenverfügung, weil sie direkt angesprochen, befragt und dementsprechend behandelt werden können. Schwierig wird es, wenn Behandlungsentscheidungen anstehen, zu denen die Menschen selbst nicht befragt werden können. In solchen Fällen dienen Patientenverfügungen als eine Vorausverfügung.

Mit Hilfe einer Patientenverfügung kön-

nen alle Menschen, jüngere und ältere, gesunde und kranke, im Voraus Bestimmungen für medizinische Behandlungen festlegen und damit Vorsorge für die Gestalt und die Qualität ihres Lebens in der letzten Lebensphase bzw. für Situationen treffen, in denen sie selbst ihren Willen nicht mehr äußern können. Die Patientenverfügung dokumentiert den Willen in Bezug auf ärztliche bzw. pflegerische Maßnahmen.



Die Patientenverfügung muss schriftlich vorliegen, damit sie nach dem Gesetz (§ 1901 a BGB) bindend ist. Mündliche Einlassungen haben nicht den Status einer Patientenverfügung. Im Fall einer mündlichen Verfügung müssen die entsprechenden Personen (behandelnde Ärzte, andere Vertrauenspersonen) sehr klar und unmissverständlich instruiert worden sein. Das betrifft nicht nur den Inhalt der Verfügung, sondern

auch die Tatsache, dass die beauftragte Person in der vorausverfüigten Weise für den Beauftragenden zu agieren hat. Im Falle von Unsicherheit, wie diese mündliche Verfügung in der gegebenen Situation zu verstehen ist, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das behandelnde Team dem eigenen Urteil hinsichtlich des mutmaßlichen Patientenwillen folgt.

Die schriftliche Patientenverfügung ist für die behandelnden Ärzte verbindlich. Es muss jedoch zweifelsfrei klar sein, wie der darin geäußerte Wille in der aktuell gegebenen Situation zu verstehen ist. Außerdem muss sichergestellt sein, dass der Patient seine Meinung inzwischen nicht geändert hat. Eben deshalb ist es wichtig, eine Patientenverfügung möglichst un-

missverständlich und konkret zu formulieren und sie gegebenenfalls (zum Beispiel bei Veränderung der Lebenssituation) zu bestätigen oder zu ändern. Deshalb ist die Datierung der Patientenverfügung wichtig, weil sich daran ablesen lässt, ob diese Verfügung (oder bestimmte Passagen daraus) dem letzten Stand entsprechen. Patientenverfügungen, in denen sich verschiedene Varianten mit unterschiedli-

chem Datum finden, machen deutlich, dass sich die Person schon länger mit diesen Fragen beschäftigt hat und über die Zeit gegebenenfalls auch ihre Einstellung geändert hat.

Unabhängig davon, wie klar eine Patientenverfügung formuliert ist, gilt immer: Sie muss in der aktuellen Situation von den verant-

wortlich Handelnden interpretiert werden, um Anwendung finden zu können. Je klarer das Bild ist, das sich behandelnde oder fürsprechende Personen machen können von dem Menschen, der eine Patientenverfügung abfasst, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie in der Interpretation der Patientenverfügung für eine entsprechende Situation dem Willen des Verfügenden entsprechen.

Patientenverfügung

Wer eine Patientenverfügung ausfertigt, sollte sich am besten mit einem Arzt bzw. einer Ärztin seines Vertrauens über die möglichen Optionen verständigen, um in der Verfügung die Anweisungen für die jeweiligen Situationen so klar wie möglich zu formulieren. Diese Patientenverfügung sollte in einem datierten und unterschriebenen Exemplar bei diesem Arzt hinterlegt sein, das andere Exemplar sollte die verfügende Person bei sich zu Hause oder einem anderen bekannten und gut erreichbaren Ort aufbewahren.

Einzelne Passagen in der Patientenverfügung können im Verlauf der Zeit geändert werden – z. B. weil sich Situationen oder Einstellungen verändert haben. Diese Änderungen sollten in allen Exemplaren eingetragen und mit dem aktuellen Datum versehen und unterschrieben sein. So muss nicht die ganze Patientenverfügung neu formuliert werden.

Patientenverfügungen können auch als ganze jederzeit formlos widerrufen werden, aber auch das muss für andere zweifelsfrei erkennbar sein. Wichtig ist in jedem Fall, dass die in der Verfügung Bevollmächtigten über diese Änderungen informiert worden sind und sie mit den entsprechend geänderten Formularen ausgestattet werden.



Bei der Patientenverfügung ist die Verwendung eines Formulars mit vorgegebenen Texten zweckmäßig, weil die häufigsten Situationen, für die eine Patientenverfügung wirklich hilfreich sein kann, dort erwähnt und die gewählten Formulierungen eindeutig sind. Von Freitext wird abgeraten, weil dieser in der Regel nicht die notwendige Präzision erreicht. Sollten Sie – wie in manchen Formularen zur Patientenverfügung vorgeschlagen – einen freien Text zu Ihren „Wertehaltungen“ formulieren, so ist es ratsam, diese Passagen noch einmal mit der Hausärztin oder anderen kundigen Personen abzusprechen. So lässt sich vermeiden, dass zwischen den Angaben in vorgegebenen Texten und ihren freien Formulierungen Widersprüche entstehen. In jedem Fall sollte man von bestehenden Beratungsmöglichkeiten Gebrauch machen, um für

sich selbst ein Verständnis für die in Frage stehenden Entscheidungen zu bekommen. Darüber hinaus helfen entsprechende Beratungsgespräche, in der Abfassung der Patientenverfügung einen möglichst hohen Grad an Eindeutigkeit und Verbindlichkeit zu erreichen.

Eine Patientenverfügung entsteht idealerweise im Dialog mit Familienangehörigen, mit Freunden und Ärzten, also mit Menschen des eigenen Vertrauens. Das sind dann auch die Personen, die für einen sprechen können, wenn es um die Auslegung der Patientenverfügung in der jeweiligen Situation geht.

Sie haben die Möglichkeit, in der Patientenverfügung einen Vorsorgebevollmächtigten oder auch einen Betreuer zu benennen. Gespräche um die Patientenvollmacht ha-

ben jedoch nicht nur medizinische bzw. pflegerische Fragen zum Thema. In einer sehr grundsätzlichen Weise kann es in solchen Gesprächen auch um die Bilanz des eigenen Lebens, um Sinnfragen, um Verstrickungen, erlebte Schuld oder ungelöste Konflikte gehen. Fragen danach, ob und wie es nach diesem Leben weitergeht, können hier ebenso eine Rolle spielen wie ein Ster-

bewunsch angesichts sinkender Lebenskraft oder einer tödlich verlaufenden Krankheit. Neben Ärztinnen und Ärzten sind auch die Seelsorgenden in der Gemeinde, im Altenheim oder Krankenhaus ansprechbar auf diese Themen. Sie haben Zeit und können helfen, mit der Fülle, dem Bedrängenden oder dem nicht mehr Aushaltbaren, dem kaum Aussprechbaren umzugehen.



Vorsorgevollmacht



Wenn Sie wollen, dass jemand für Sie einen eingeschriebenen Brief bei der Post abholt, müssen Sie dieser Person eine Vollmacht ausstellen, mit der sie sich ausweisen kann, dass sie in Ihrem Sinne und mit Ihrem Willen handelt. Mit einer Vorsorgevollmacht bestimmen Sie, wer Sie in welchen Regelungsbereichen des täglichen Lebens vertreten soll. Das kann medizinische Behandlungsentscheidungen betreffen, aber auch Geld- oder andere Rechtsgeschäfte. Vorsorgevollmachten können für verschiedene Regelungsbereiche erteilt werden und auch auf verschiedene Personen aufgeteilt werden.

Für den Fall, dass eine Person nicht mehr vollständig orientiert, äusserungs- oder handlungsfähig ist, kann sie im Voraus neben der Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilen. Diese bezieht sich auch auf Entscheidungen, die über unmittelbar medizinische Behandlungen hinausgehen. Das betrifft insbesondere Geld- und Rechtsgeschäfte. Mit der Vorsorgevollmacht wird der Bevollmächtigte zum Vertreter der Person, d.h., er oder sie entscheidet an Stelle des nicht mehr oder nicht vollumfänglich

entscheidungsfähigen Vollmachtgebers. Die Bevollmächtigten sind dabei zwar an die Vorausverfügungen z. B. in der Patientenverfügung gebunden, aber – wie ausgeführt – Patientenverfügungen sind nicht immer selbsterklärend und müssen im konkreten Anwendungsfall gegebenenfalls interpretiert werden. Deshalb setzt eine Vorsorgevollmacht ein in Gesprächen gewachsenes persönliches Vertrauen zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem voraus. Diese Gespräche setzen den Bevollmächtigten darüber in Kenntnis, was dem Vollmachtgeber wichtig ist und voran der Bevollmächtigte sich in seinen stellvertretenden Entscheidungen orientieren sollte.

Mit der Vorsorgevollmacht sollte eine Vertrauensperson betraut werden, die die beauftragende Person gut kennt und bereit ist, eine Fürsprecherrolle für sie einzunehmen. Das stärkt noch einmal die Beachtung der Patientenverfügung. Denn man muss von der Möglichkeit ausgehen, dass der behan-

delnde Arzt nicht alle seine Patienten so gut kennt. Die bevollmächtigte Person kann hingegen – aus der Kenntnis der Person und ihrer Wünsche – bei der Interpretation der schriftlichen Verfügung helfen. Deshalb ist eine Vorsorgevollmacht eine gute und wichtige Ergänzung zur Patientenverfügung.

Natürlich besteht auch die Möglichkeit, auf die Erstellung einer Patientenverfügung ganz zu verzichten und nur eine Vorsor-

gevollmacht auszustellen, wenn in einem intensiven Gespräch zwischen der betroffenen Person und der bzw. dem Bevollmächtigten die Behandlungswünsche formuliert wurden und auf eine schriftliche Fixierung verzichtet wurde. Für die behandelnden Ärzte ist das aber nicht im gleichen Maße präzise wie eine schriftlich abgefasste Patientenverfügung. Zudem dürfte die Verantwortung und ggf. auch die Belastung der Bevollmächtigten gesteigert werden.

Betreuungsverfügung

Es gibt auch Situationen, in denen im näheren Umfeld keine Person gefunden werden kann, die die Rolle eines oder einer Bevollmächtigten ausfüllen kann. Oder es besteht kein ausreichendes Vertrauen zu den nahestehenden Personen, weshalb diese nicht mit Vollmachten ausgestattet werden sollen. In diesen Fällen ist es möglich, eine Betreuungsverfügung auszustellen, in der festgelegt ist, dass im Bedarfsfall vom Vormundschaftsgericht ein Betreuer eingesetzt werden soll. Zugleich können damit auch Personen ausdrücklich von der Betreuung ausgeschlossen werden. Betreuungs-

verfügungen betreffen – vergleichbar der Vorsorgevollmacht – Situationen, in denen die betreffende Person die entsprechenden rechtsverbindlichen Akte nicht mehr selbst durchführen kann.

Alle Vorsorgeinstrumente, die Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung sind im Bürgerlichen Gesetzbuch rechtlich geregelt.

Bei der schriftlichen Abfassung einer Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung sollten Sie unbedingt



solche Vordrucke verwenden, die der jeweils aktuellen Rechtslage entsprechen.

Die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern empfiehlt, die Broschüre und Formularvorlagen „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz, für die Abfassung von für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung zu nutzen. Diese Broschüre klärt umfassend auf und unterstützt die interessierten Personen da-

rin, ihre Vorstellungen zu formulieren. Im Eingangsteil dieser Broschüre werden in verständlicher Sprache die wichtigsten Fragen zum Thema aus juristischer, medizinischer und praktischer Perspektive beantwortet. Daneben finden sich die entsprechenden Formulare.

Die Broschüre des bayerischen Justizministeriums wird kontinuierlich gemäß der jeweils gültigen Rechtslage und dem neuesten Stand des medizinischen Wissens aktualisiert. An ihrer Fortschreibung arbeiten Juristinnen, Sozialpädagogen, Theologinnen,

Pflegekräfte und Ärzte mit und bringen ihre unterschiedlichen Erfahrungen ein. Sie können die Verfügungen auch online ausfüllen und haben am Ende eine elektronische und ausdrückbare Version zu Ihrer Verfügung (<https://patientenverfuegung.beck.de/>).

Die Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ liegt aktuell in der 19. Auf-

lage vom September 2019 vor; sie steht kostenlos im Internet.

In jedem Fall ist zu beachten, dass Patientenverfügungen mit dem Tod des Verfügenden enden, wohingegen die Bevollmächtigung aus einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung über den Tod hinausreicht.

Dokumentation bezüglich der Organspende

Die Vielzahl der Verfügungen bringt es mit sich, dass diese nicht nur jeweils eigene Bereiche regeln, sondern sich auch überkreuzen können, sodass geprüft werden muss, ob es hier nicht zu widersprüchlichen Aussagen kommt, die im Ernstfall von den Bevollmächtigten oder den behandelnden Ärzten nur schwer zu interpretieren sind. Wer z. B. in einem Organspendeausweis seine Spendebereitschaft für innere Organe wie Niere, Leber, Herz oder Lunge erklärt und zugleich in einer Patientenverfügung für den Fall des unabwendbaren und unmittelbaren Sterbeprozesses erklärt, keine lebenserhaltenden Maßnahmen zu wollen, stellt die Interpretation der beiden Verfügungen vor einen

Widerspruch. Die Organtransplantation erfordert es, dass zum Erhalt der Organe entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, die durch die Patientenverfügung eigentlich ausgeschlossen sind. Hier sollten in den entsprechenden Beratungsgesprächen die verschiedenen Verfügungen angesprochen und miteinander abgeglichen werden, so dass unmissverständliche Formulierungen gefunden werden. Im oben genannten Fall ist es möglich, den Widerspruch durch einen entsprechenden Passus aufzulösen. Hilfreiche Informationen sind im Musterformular bei Putz/Steldinger, S. 299; zur Information vgl. Praxis Palliative Care Heft 44/2019 zu finden.



Behandlung im Voraus planen: Advance Care Planning⁴

Neben den genannten Verfügungen gewinnt die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase eine zunehmende Bedeutung. Der demographische Wandel bringt es mit sich, dass Menschen statistisch gesehen ein immer höheres Alter erreichen und aufgrund dieses Alters mit altersassoziierten Krankheiten und Einschränkungen konfrontiert sind. Zugleich verändern sich die Familienstrukturen, so dass viele alte Menschen nicht in ihren Familien gepflegt werden können – oder dies auch gar nicht wollen. Und so ist die letz-

te Lebensphase häufig mit dem Einzug in eine entsprechende Einrichtung verbunden. Hier sind dann aber nicht nur medizinische Behandlungsentscheidungen bedeutsam, vielmehr noch ist die Orientierung über pflegerische Maßnahmen und die Betreuung in der letzten Lebensphase entscheidend – eine Lebensphase, in der vielleicht nichts mehr zu machen, sehr wohl aber noch eine Menge zu tun ist – so auch der Buchtitel der Palliative Care-Spezialisten Stein Husebø, Andreas Heller und Katharina Heimerl: Wenn nichts mehr zu machen

⁴ Eine gute, knappe Darstellung von Advance Care Planning (ACP bzw. BVP) findet sich im Internet unter folgendem Link: https://www.christophorus-akademie.de/images/pdf/Allgemein/acp_info_170324.pdf

ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können, Freiburg (Lambertus) 2007.

Das Angebot der Gesundheitlichen Versorgungsplanung, das in Deutschland auch unter dem englischen Titel Advance Care Planning bekannt ist, gilt nur in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Die Einrichtungen müssen das Gesprächsangebot für ein vorausplanendes Handeln machen, die Patientinnen sind ihrerseits nicht verpflichtet, dieses Angebot anzunehmen. Gegebenenfalls wird das Gesprächsangebot zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal erneuert.

Das entsprechende Formular wird in einem ausführlichen Erstgespräch, dem dann noch weitere Gespräche folgen können, ausgefüllt und orientiert die Mitarbeitenden dieser Einrichtung über die jeweiligen Wünsche und Vorstellungen der Bewohner oder Patienten. Die Gespräche werden je nach Situation mit der einziehenden Person und ihren vertretungsberechtigten Personen (Angehörigen) geführt oder – wenn es anders nicht mehr möglich ist – nur mit den Angehörigen bzw. vertretungsberechtigten Personen. Für solche Gespräche ist dann eine bestehende Patientenverfügung sehr hilfreich, weil sie über wesentliche Punkte schon einmal informiert.

Advance Care Planning (ACP)

Im 2015 verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wurde in § 132g SGB V das Angebot einer „Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ in Pflegeeinrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe verankert. „Gesundheitliche Versorgungsplanung“ ist eine der vielen Übersetzungen von „Advance Care Planning“ (ACP). Im deutschsprachigen Raum wird auch die Bezeichnung „Behandlung im Voraus planen“ (BVP) verwendet.

In Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe können sich Bewohner, die gesetzlich krankenversichert sind, über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten lassen. Ihnen sollen Hilfen und Angebote der Lebensplanung und der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen von Fallbesprechungen soll nach individuellen Entscheidungen am Lebensende in Not-situationen gefragt und beraten werden.

Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter im Horizont biblischer Lebensperspektiven

Der christliche Glaube versteht das Leben als ein Geschenk Gottes. Das Leben jedes Einzelnen ist in seiner Weise wunderbar und einzigartig. Das Leben als Vollzug ist zugleich auch eine Forderung, aus diesem Leben etwas zu machen. Es führt sich nicht von selbst, es soll auch nicht von anderen geführt werden, sondern es fordert jede

und jeden von uns, sich der Frage zu stellen, worauf es im eigenen Leben ankommt und welche Gestalt man selbst ihm geben kann und soll – wozu wir in der Regel durch Erziehung und Bildung befähigt werden.

„Die wichtigste Lebensaufgabe des Menschen besteht darin, sich selbst zur Geburt zu verhelfen und das zu werden, was er potentiell ist. Das wichtigste Ergebnis seines Bemühens ist die eigene Persönlichkeit“⁵, so sagt es der Psychoanalytiker Erich Fromm. Diese Lebensaufgabe stellt sich für uns alle gleichermaßen. Allerdings verfügen nicht alle über die gleichen Startbedingungen und Möglichkeiten (Bildung, Einkommen, Status, körperliche und geistige Fähigkeiten), um dieser Aufgabe mit der gleichen Energie und Aussicht auf „Erfolg“ nachzugehen. Deshalb gehört es zu den solidarischen Aufgaben unserer Gesellschaft, Menschen bei dieser Lebensaufgabe zu unterstützen, ohne sie zu bevormunden. Das gilt gleicherweise für Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit geistigen oder körperlichen Einschränkungen. Das gilt schließlich auch für Menschen, die altersbedingt mit Einschränkungen zu kämpfen ha-



5 Erich Fromm: Psychoanalyse und Ethik, in: Gesamtausgabe Bd. 2, Stuttgart (DVA) 1980, S. 149).

ben. Auch Ihnen sollte unsere Bemühungen gelten, dass sie bis zuletzt ihr eigenes Leben führen können.

Christlich gesprochen beruhen diese Bemühungen nie allein auf der eigenen Kraft und dem eigenen Vermögen. Auch ist das Ziel dieser Lebensaufgabe, die eigene Persönlichkeit, nicht ausschließlich Ergebnis unserer eigenen Zielsetzungen. Christenmenschen wissen darum, dass der Grund ihrer Persönlichkeit in der Personwerdung durch Gottes Geist und seinen Anruf liegt (vgl. Gen 1,27f.). Dies ist eine Vor-Gabe, die dem eigenen Leben und allen eigenen Bemühungen vorausliegt. Schließlich ist das letzte Wort über unserem Leben, und was daraus geworden ist und noch werden mag, kein menschliches Wort – so freundlich es angesichts des Todes oder über dem Grab auch sein mag. Gott behält sich hier das letzte Wort vor. Was wir sind und was wir noch sein werden, das liegt in Gottes Handeln beschlossen (vgl. 1 Kor 15, 35–49).

Zum Leben gehört auch das Sterben und damit die Endlichkeit alles irdischen Lebens. In der Bibel wird darauf hingewiesen: „Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden“ (Ps 90, 12). Das Anerkennen der eigenen Sterblichkeit macht lebenstüchtig. Die Begrenztheit und Zerbrech-



lichkeit des Lebens unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit, Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen und ihm – soweit das in der eigenen Verfügung steht – eine ganz individuelle Gestalt zu geben. Darin liegt nicht zuletzt auch ein wesentliches Moment der Würde eines jeden Menschen. Der Tod ist ein harter Einschnitt, denn er beendet unweigerlich jedes irdische Leben. Damit ist dem Menschen jede Möglichkeit genommen, über sein Leben zu verfügen. Angesichts der Macht des Todes erfährt der Mensch seine vollständige Machtlosigkeit.

Im Zentrum des Evangeliums steht jedoch die Überwindung der Macht des Todes durch Gottes Heilshandeln. Der Tod ist nicht das letzte Wort über unserem Leben, und auch die Gestalt unseres Lebens wird nicht durch den Tod bestimmt, sondern durch Gottes Leben schaffendes und erhaltendes Handeln. Was unser Leben im Letzten und als Ganzes ausmacht, das liegt am Ende nicht

bei uns und unseren Plänen, sondern im Handeln Gottes, das unsere Möglichkeiten und Pläne übersteigt. Die Verheißung, die Paulus den Christenmenschen zuruft, lautet: „Darum: Ist jemand in Christus, so ist er eine neue Kreatur; das Alte ist vergangen, siehe Neues ist geworden. Aber das alles von Gott, der uns mit sich selbst versöhnt hat durch Christus“ (2Kor 5, 17f.)

Die Überwindung von Sterben und Tod wird an der Person Jesu Christi erkennbar. Er ist einen grausamen Tod gestorben, aber er ist durch Gottes Kraft aus dem Tod auferstanden zu einem neuen Leben. Christen glauben darum, dass jedes Sterben von Christus umfassen ist: Nichts trennt uns von seiner Nähe (Röm 8,34–39). Uns allen ist versprochen, dass wir nach dem Tod bei Gott geborgen sind. Denn Gott allein ist Herr über Leben und Tod.

Trotzdem fällt uns der Gedanke an das eigene Sterben nicht leicht. Werde ich allein sein, oder vertraute Menschen um mich haben? Werde ich in fremder oder vertrauter Umgebung sterben? Werde ich unerträgliche Schmerzen haben, oder werde ich ohne Bewusstsein dahindämmern? Oft ist die letzte Lebensphase verbunden mit Schmerzen, körperlichen und geistigen Einschränkungen und der Angewiesenheit auf andere Menschen. Das ist für viele Menschen mit

Scham verbunden und mit dem Wunsch, anderen nicht zur Last fallen zu wollen. Hier kämpft nicht selten der Wunsch nach Selbständigkeit mit der Scham, gewisse Dinge nicht mehr zu können, und der Ohnmacht, dem Verlust eigener Stärke und Vermögen nichts entgegensetzen zu können.

Zu diesen zweifelsohne berechtigten psychischen Schmerzen kommen häufig krankheitsbedingt physische Schmerzen hinzu, die einem Menschen die Sinne und den Sinn für alles andere rauben können. Auch wenn wir persönlich über keinerlei eigene Erfahrung im Sterben verfügen können, so reicht uns doch oft ein Hörensagen oder ein Erlebnis im Umfeld. Es reicht, um Angst zu haben und für sich selbst zu entscheiden: „So will ich das nicht erleben!“ Umgekehrt gibt es den weit verbreiteten Wunsch, möglichst schmerzfrei und im Kreis „seiner Lieben“ sanft einzuschlafen. Die einen wünschen sich einen möglichst schnellen Tod, der sie unvorbereitet mitten aus dem Leben reißt. Andere wiederum wollen sich auf ihren Tod vorbereiten und überlegen sich minutiös alle Schritte bis zur Gestalt der Abschiedsfeier oder dem Ort der Bestattung. Es gibt nicht die richtige Form des Sterbens, aber es gibt Formen der Vorbereitung, die andere in Kenntnis setzt – weil die anderen davon auch betroffen sind. In den biblischen Schriften wird das Sterben

nicht verklärt. Einerseits gibt es Vorstellungen vom guten Tod am Ende eines langen und erfüllten Lebens, andererseits gibt es auch das Wissen, dass der Todes-Zeitpunkt zur Unzeit kommen und als furchtbares Schicksal erfahren werden kann.

Heute ist das Sterben zu Hause selten geworden. Die meisten Menschen sterben im Krankenhaus oder in Pflegeeinrichtungen. Hier werden sie von fachkundigem Personal medizinisch, pflegerisch und seelsorglich betreut. Ob die Versorgung in einer stationären Einrichtung mehr Lebensqualität bietet als eine Begleitung in den eigenen

vier Wänden, lässt sich nicht pauschal beantworten. In den vergangenen Jahren ist es gelungen, auch zuhause eine palliativmedizinische Betreuung (SAPV) zu ermöglichen. Für sie besteht ein gesetzlicher Anspruch nach §§ 37b und 132d im Sozialgesetzbuch V (SGB V). Gleichwohl sind die Kapazitäten leider noch unzureichend. SAPV wird vom Hausarzt verordnet, deshalb ist es wichtig, dass man sich mit dem Hausarzt bespricht und nach den besten Versorgungsmöglichkeiten in der jeweiligen Situation sucht. Gerade bei häuslicher Versorgung empfiehlt es sich außerdem, engen Kontakt zur nächsten Palliativ-Station und zum örtlichen Hospizverein zu halten⁶.

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) hat das Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. Hierfür arbeitet ein multiprofessionelles Team zusammen, um für die zentralen Dimensionen menschlichen Lebens (physisch, psychisch, sozial und spirituell) in dieser Lebensphase Sorge zu tragen. SAPV wird über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert und steht deshalb jedermann offen.

5 Vgl. hierzu: <https://www.bhvp.de/wissenswertes-und-gesetze/wegweiser-fuer-bayern>.

In der letzten Lebensphase kann es erforderlich sein, den Umfang der medizinischen Maßnahmen noch einmal zu überprüfen und in Absprache mit dem medizinischen und pflegerischen Personal sowie den Angehörigen zu bestimmen, welche Maßnahmen noch ergriffen und welche unterlassen werden. Die Fortschritte in Palliativmedizin und palliativer Pflege können hier sehr viel

an Belastungen abfangen, die angesichts der letzten Lebensphase bei einem sterbenden Menschen und seinem Umfeld auftauchen mögen. Wichtig zu wissen ist, dass es bei palliativer Medizin und Pflege nicht nur um die physischen Nöte geht, sondern der sterbende Mensch umfassend in seiner physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension gesehen und begleitet wird.

Eine christliche Grundüberzeugung: Der Mensch ist Gottes Ebenbild

Die christliche Tradition sieht den Menschen als Ebenbild Gottes. Im 1. Buch Mose heißt es im Zusammenhang der Erschaffung der Welt: „Und Gott sprach: Lasset uns Menschen machen, ein Bild, das uns gleich sei, die da herrschen über die Fische im Meer und über die Vögel unter dem Himmel und über das Vieh und über die ganze Erde und über alles Gewürm, das auf Erden kriecht. Und Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde, zum Bilde Gottes schuf er ihn; und schuf sie als Mann und Frau.“ (1Mose 1,26f.) In ähnlicher Weise werden im Psalm 8 die Herrlichkeit Gottes und die Größe des Menschen in Be-

ziehung zueinander gesetzt: „Was ist der Mensch, dass du seiner gedenkst, und des Menschen Kind, dass du dich seiner annimmst? Du hast ihn wenig niedriger gemacht als Gott, mit Ehre und Herrlichkeit hast du ihn gekrönt.“ (V.5f)

Über viele Jahrhunderte hat sich die christliche Theologie um das Verständnis dieses grundlegenden Gedankens der Verhältnisbestimmung des Menschen zu Gott, Mensch und Welt bemüht. Mit der Vorstellung von der Ebenbildlichkeit des Menschen wird der Mensch als geschöpfliches Wesen



in mehrfacher Weise in Beziehung gesetzt und in Verantwortung genommen:

1. Das Leben des Menschen verdankt sich der Güte des Schöpfers. Menschen erkennen ihre Gottebenbildlichkeit und ihre Würde in dieser grundlegenden und für ihr Leben konstitutiven Beziehung zu Gott, in ihrer Geschichte mit Gott. In dieser Perspektive ist das eigene Leben wie das Leben jedes Menschen eine Gabe.
2. Jeder Mensch ist von Gott angesprochen, alle Menschen sind in dieser Hinsicht gleich: In der Beziehung zu Gott ist jedes menschliche Leben gleich viel wert. Die Gottebenbildlichkeit des Menschen hängt nicht an bestimmten Eigenschaften oder Fähigkeiten des oder der Einzelnen.
3. Zum menschlichen Leben gehört das Miteinander, die Beziehung zum anderen Menschen, zum Du. Ebenbild Gottes ist der Mensch nie allein, sondern nur im Plural, das heißt in seiner geschöpflichen Vielfalt, wie sie sich exemplarisch im Gegenüber von Frau und Mann ausdrückt.
4. Die Ebenbildlichkeit des Menschen mit Gott stellt den Menschen in eine besondere und herausgehobene Beziehung einerseits zum Schöpfer, andererseits zu den übrigen Geschöpfen und zur Welt. Der Auftrag zu herrschen ruft den Menschen in eine besondere Verantwortung: Der Mensch kann und soll Gott darin entsprechen, sein Ebenbild sein, indem er in dieser Welt sorgsam handelt.



Der Philosoph Jürgen Habermas hat darauf hingewiesen, dass der religiöse Gedanke der Gottebenbildlichkeit einen eigenen Zugang zum Verständnis der menschlichen Freiheit als einer bezogenen und begrenzten Freiheit erschließt: Der Mensch lebt nicht für sich, sondern in Beziehung: Sein Leben vollzieht sich in der Beziehung zu sich selbst, zu anderen Menschen, zur Welt, in der er lebt und – soweit er sich als transzendentes We-

5. Zur Erfahrung des Glaubens gehört die Einsicht in die eigenen Grenzen und die eigene Fehlbarkeit. Im eigenen Handeln wird die Gottebenbildlichkeit immer wieder verfehlt. Die Hoffnung auf die rettende und zurechtbringende Kraft Gottes in Jesus Christus kann dabei helfen, die eigenen Möglichkeiten nüchtern und realistisch einzuschätzen.

Auch wenn die Rede vom Menschen als Ebenbild Gottes die Perspektive des Glaubens voraussetzt, kann ihre Kraft auch von außerhalb des Glaubens wahrgenommen werden.

sen begreift, in Beziehung zu Gott: *„Dass der Gott, der die Liebe ist, in Adam und Eva freie Wesen schafft, die ihm gleichen, muss man nicht glauben, um zu verstehen, was mit Ebenbildlichkeit gemeint ist. Liebe kann es ohne Erkenntnis in einem anderen, Freiheit ohne gegenseitige Anerkennung nicht geben. Deshalb muss das Gegenüber in Menschengestalt seinerseits frei sein, um die Zuwendung Gottes erwidern zu können. ... Gott bleibt nur so lange ein ‚Gott freier Menschen‘, wie wir die absolute Differenz zwischen Schöpfer und Geschöpf nicht eibnen.“*⁷

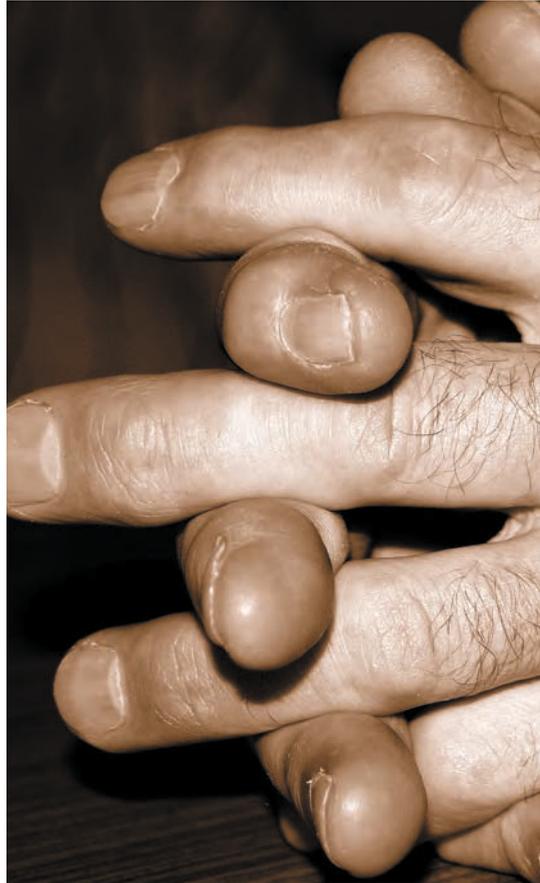
7 Jürgen Habermas: Glauben und Wissen. Rede zum Friedenspreis des Deutschen Buchhandels 2001, Frankfurt, Suhrkamp 2001.



Selbstbestimmung, Patientenwille und Sterbehilfe

Achtet man auf die Wünsche und Hoffnungen der Menschen, so ist immer wieder zu hören, dass ein Leben in Würde bis zuletzt möglich sein sollte. Dem entspricht auch eine starke moralische Forderung, dass Leben bis zuletzt und gerade angesichts seiner Verletzlichkeit zu schützen sei. „Bis zuletzt“ meint, dass das Leben in jeder Phase vor Ereignissen und Handlungen zu schützen sei, die die Würde des Sterbenden bedrohen oder geringer werten als die anderer Menschen. Solche Entwürdigungen werden häufig dort erlebt und beobachtet, wo Menschen die Möglichkeit genommen wird, über das ihnen verbleibende Leben und Sterben selbst zu entscheiden. Oder wo die Verfügungen, die jemand formuliert hat, nicht respektiert werden. Aus diesem Grund können die lebenserhaltenden Maßnahmen, die in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen ergriffen werden, bisweilen den Eindruck erwecken, hier werde über das richtige Maß hinaus das Leben verlängert und dem Sterbenden Gewalt angetan.

Andererseits stehen die behandelnden Ärzte nicht selten vor dem Problem, dass sie nicht genau wissen, was der Patient wirklich gewollt hätte in dieser Situation – weil z.B. keine oder keine zutreffende Patientenverfügung vorliegt, kein Bevollmächtigter oder Betreuer benannt worden ist oder die nötigen Informationen in angemessener



Zeit nicht eingeholt werden können. In solchen Fällen wird dann in der Regel „für das Leben“ und die lebenserhaltenden Maßnahmen optiert. Deshalb ist es von großer Wichtigkeit, dass Menschen ihren Willen für



Der Wille des Patienten ist ausschlaggebend, wenn es um medizinische oder pflegerische Behandlungen geht, für die es eine Indikation, das heißt eine fachliche Begründung, gibt. Sollte der Patient aber eine Behandlung fordern, für die es keine Indikation gibt, dann gibt es für das behandelnde Team keine Verpflichtung dem geäußerten Willen des Patienten zu entsprechen. Das ist unter Umständen nicht ganz einfach zu erkennen. Die folgenden Konstellationen sollen verdeutlichen, wie kompliziert sich die Situation unter Umständen für die Beteiligten darstellen kann. Solange die Patientin bzw. der Patient selbst orientiert und äusserungsfähig ist, erscheinen die Situationen relativ leicht lösbar: Die Person kann ihren Willen selbst zum Ausdruck bringen und muss

solche Situationen, in denen sie diesen nicht selbst äußern können, erkennbar dokumentieren und mit Menschen ihres Vertrauens besprechen und gegebenenfalls diese beauftragen, für sie zu sprechen.

darin auch respektiert werden.

Schwierig sind die Situationen, in denen die Patientin bzw. der Patient nicht mehr äusserungsfähig ist bzw. Grund zu der Annah-



me besteht, dass sie die in Frage stehenden Entscheidungen nicht mehr verstehen und informiert eine Entscheidung treffen kann.

Folgende Fälle könnten (idealtypisch beschrieben) eintreten:

a) Auf Seiten des Patienten besteht ein Wunsch nach Veränderung der Therapie. Es soll z.B. keine Chemotherapie mehr erfolgen, weil sie als zu anstrengend und aussichtslos eingeschätzt wird. Das behandelnde Team muss diesen Wunsch respektieren. Wenn das Team die Erfolgchancen größer einschätzt, wird

es in diesem Fall wohl noch klärende Gespräche geben. Entscheidend ist der Wille des Patienten. Das setzt aber voraus, dass der Patient selbst noch entscheidungs- und äußereungsfähig ist bzw. die vorliegende Patientenverfügung in diesem Fall eindeutig ist.

b) Die nicht mehr äußerungsfähige Patientin hatte sehr allgemein „keine lebensverlängernden Maßnahmen“ verfügt, was vom behandelnden Team allerdings nicht berücksichtigt wird, weil die Patientenverfügung hier nicht genau zutrif. Mit bestem Wissen und Gewissen wird sie behandelt. Der Ausgang kann einerseits

als ‚unerwünschte Lebensverlängerung‘ wahrgenommen werden, die als Qual und Missachtung des Willens selbst erlebt oder von Angehörigen so beobachtet wird. Der Ausgang könnte aber auch sein, dass dieser Eingriff als ‚Lebensrettung‘ dankbar angenommen wird. Das Beispiel unterstreicht noch einmal die Bedeutung einer möglichst konkreten und eindeutigen Patientenverfügung – und ihrer Grenzen.

c) Der Wunsch nach „lebensverlängernden Maßnahmen“ wird vom behandelnden Team nicht umgesetzt, weil es hierfür

keine medizinische Indikation gibt. Dieser Schritt mag aus Sicht der Angehörigen schwer erträglich sein, weil der Eindruck entstehen könnte, es werde nicht alles medizinisch Mögliche für den sterbenden Menschen getan. Selbst wenn in einer Patientenverfügung steht, dass alles medizinisch Mögliche getan werden sollte, so ist das behandelnde Team nicht verpflichtet, dieser Forderung nachzukommen, wenn es hierfür keine guten

medizinischen Gründe gibt. Dies ist also ein Fall, in dem der Wille des Patienten – ob direkt geäußert oder in einer Patientenverfügung dokumentiert – nicht bindend ist.

Um das Leben bis zuletzt anzunehmen und Verantwortung auch für die letzte Lebensphase tragen zu können, müssen Patienten über den eigenen Zustand, über Diagnose und Prognose rechtzeitig informiert sein.





Sie brauchen Raum, um mit vertrauten Menschen Kontakt zu haben, über offene Fragen nachzudenken, Abschied nehmen und das eigene Sterben annehmen zu können.

Diese Prozesse, die an sich schon schwierig sind, können durch Schmerzen, körperliche Beeinträchtigungen und Unruhezustände ebenso behindert werden wie durch übermäßigen Einsatz bewusstseinschwächender Medikamente. Palliativmedizinische Versorgung durch Medizin, Pflege, psychosoziale und spirituelle Begleitung haben das Ziel, dem sterbenden Menschen zu einer würdigen und als sinnvoll erlebten letzten Lebensphase zu verhelfen. Medizinische

Entscheidungen sind dabei – mit den oben geschilderten Einschränkungen – an die Einwilligung der betroffenen Patienten gebunden.

Die Bundesärztekammer hat in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 17. 2. 2011 betont, dass in jedem Fall für eine angemessene Basisbetreuung zu sorgen ist, unabhängig davon, ob lebensverlängernde oder lindernde Maßnahmen im Vordergrund des ärztlichen Handelns stehen. Zur Basisbetreuung gehören u.a. menschenwürdige Unterbringung, menschliche Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und

Übelkeit sowie das Stillen von Hunger- und Durstgefühlen. Bei vielen Sterbenden, die bis zur Sterbestunde klar, vernünftig und verständlich ihre Wünsche äußern können, lässt das Hungergefühl aber schon relativ lange vor dem Sterbeprozess nach, das Durstgefühl erst später. Es ist Teil der medizinischen, pflegerischen und seelsorglichen Betreuung, hier aufmerksam die Situation des Patienten zu beobachten und auf die Bedürfnisse und Signale auf psychischer,

physischer, sozialer oder spiritueller Ebene fachkundig einzugehen.

Wenn Heilung und Lebensverlängerung medizinisch keine sinnvollen oder erreichbaren Ziele sind und aus der Perspektive des Patienten nicht erstrebenswert erscheinen, ist eine Behandlung erforderlich, deren Ziel die bestmögliche (subjektive) Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit ist: Palliative Care.

Palliativmedizin und Palliative Care

Palliativmedizin ist eine junge medizinische Disziplin: Sie will eine Antwort geben auf die Frage, wie eine adäquate Form der Begleitung von Sterbenden im medizinischen Feld möglich ist. Hierfür wird der sterbende Mensch in den Mittelpunkt gestellt. Therapieentscheidend ist nicht das Anwenden oder Ertragen einer bestimmten Maßnahme. Entscheidend ist die betreffende Person und ihr größtmögliches Wohlbefinden. Zu einer guten palliativen Betreuung gehören jedoch nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch speziell geschulte Pflegekräfte und Seelsorgende, denn das umfassende Konzept einer Palliative Care

umfasst die Begleitung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension menschlichen Lebens und wird deshalb von mehreren Professionen geleistet.

Hospizliche Kultur und Palliative Care sind Angebote, um in der letzten Lebensphase nicht allein, sondern gut umsorgt zu sein: Die Abschiedssituation wird miteinander ausgehalten, der oder die Sterbende darf gehen, der Tod wird zugelassen: „Sterben hat seine Zeit“ (Prediger 3, 2). Dazu ist es nötig, dass Menschen gemeinsam Stille ertragen, bereit sind zuzuhören, sich Mimik, Gestik, Gefühlen und Gedanken auszusetzen, sie zur Sprache zu bringen und

zu antworten, wenn man gefragt ist. Wer Sterbende begleitet, der stellt sich Ängsten und Befürchtungen im Angesicht des Todes, hilft, Mut für den Übergang in ein neues Leben zu fassen, miteinander dankbar zu erinnern, was war und Unabgeschlossenes – wenn es gut geht – zu Ende zu bringen. Auf diese Weise wird der sterbende Mensch als Person ernst genommen und kann bis zuletzt würdevoll leben und sterben.

Palliativmedizin und Palliative Care bieten einen wesentlichen Beitrag zu einer Sterbebegleitung, die den Blick dafür öffnet, welche tiefe emotionale und geistliche Dimension ein menschliches Abschiednehmen in sich bergen kann. Wer einem anderen bis zum Tod zur Seite steht, kann kostbare Momente einer Nähe erfahren, der auch das Ende nichts anhaben kann. Sterben gehört wie das Geborenwerden zum Leben. Beides ist schmerzhaft. Bei beidem ist die ganze Menschlichkeit gefordert. Neben einer guten Versorgung auf der physischen Ebene (Schmerzlinderung, Erleichterung bei Luftnot, gute Lagerung, eine möglichst wenig belastende Grundversorgung) bieten Palliative

Care und Palliativmedizin die Möglichkeit, den Abschied zu bedenken und zu gestalten. Die Gesellschaft profitiert in ihrer Humanität davon, wenn sie sich sorgfältig den Abschieden zuwendet, die genommen werden. Eine humane Sterbekultur trägt zur Humanität der Gesellschaft bei.





Sterben begleiten und zum Sterben bereiten

Das Sterben vollzieht sich nicht im Nichts, sondern stets in seiner besonderen Weise, in dieser Welt zu sein. Als leibliches Wesen mit einem bestimmten Alter, Geschlecht, mit oder ohne Gebrechen, keiner oder vielen Krankheiten, mit einem guten Netz aus sorgenden Zugehörigen, oder auch auf sich selbst gestellt. Der sterbende Mensch ist bezogen auf diese Welt in einer bestimmten sozialen, spirituellen, psychischen und physischen Weise. Er ist bezogen als ein leibliches Wesen, das u.a. in einen politischen, moralischen und ökonomischen Kontext eingebunden ist. In dieser Bezogenheit befinden sich Sterbende, in ihr vollzieht sich das Sterben.

In diesen Kontexten begegnen sich Begleitende und Sterbende. Hier kann man den Sterbenden helfen und sie begleiten. In diesen Kontexten können sie aber auch ignoriert, verletzt und gedemütigt werden. Dabei sind all diese Kontexte immer auch von kulturellen, sozialen, politischen und auch moralischen Vorstellungen geprägt, die darüber entscheiden, was als gut, richtig oder sinnvoll respektive böse, falsch oder unsinnig angesehen wird. Wer den Sterbenden aufsucht, ist so mit diesen ganz unterschiedlichen Vorstellungen, Erwartungen und Anforderungen konfrontiert. Und bringt die eigenen Vorstellungen, Erwartun-



gen, Anforderungen mit. Auch hieraus können sich in der intensiven Zeit der Sterbegleitung Konflikte ergeben, die dadurch noch verstärkt werden, dass der sterbende Mensch schwächer, eingeschränkter, angewiesener ist.

Sterben ist ein einschneidender und mit Endgültigkeit verbundener Akt. Im Angesicht des Todes gilt für Sterbende wie auch für alle davon betroffenen Menschen und einbezogenen professionellen Kräften (Ärztinnen, Pfleger, Therapeutinnen oder Seelsorger), dass diese Situation Stress und Ängste hervorrufen kann. Unter diesen Bedingungen ist es einmal mehr verständlich, dass Entscheidungen in dieser Phase enorm belastet und belastend sind. Damit sie dennoch getroffen und umgesetzt werden können, ist es wichtig, dass an den Vorbedingungen für eine Entscheidung (z. B. Abbruch der Therapie, Umstellung von kurativen auf palliative Maßnahmen) möglichst

wenig Zweifel bestehen. Es wird deshalb darauf ankommen, die Bedingungen, was in welcher Situation getan werden soll, im Vorfeld so präzise wie möglich zu beschreiben.

Genau hier liegt aber ein Problem: Für viele Menschen sind Gedanken an ihre letzte Lebensphase mit Ängsten verbunden. Das Thema wird dann nicht selten ‚totgeschwiegen‘! Das kann auch an den Familienangehörigen liegen, denen man diese Ängste und Gedanken nicht zumuten will. Oder umgekehrt die Familienangehörigen einen Mantel des Schweigens ausbreiten, weil sie meinen den Sterbenden schonen zu müssen.

Es wird also individuell, aber auch auf der Ebene der Gemeinden, Kommunen und der Gesellschaft darauf ankommen, eine Atmosphäre zu schaffen, in denen solche Gespräche leichter geführt werden können. Hier können auch kirchliche Bildungsangebote und informierte seelsorgliche Begleitung wichtige Unterstützung bieten. Eine offene Gesprächsatmosphäre, fachkundige Informationen sowie stabile soziale Beziehungen bilden drei wesentliche Pfeiler für eine gute Versorgung in der letzten Lebensphase. Die Vorsorgeverfügungen sind im Idealfall Ausfluss dieser Strukturen.

Sterbebegleitung und Sterbehilfe ethisch betrachtet

Mit der Debatte um die Vorausverfügungen im Krankheits- und Sterbensfall ist auch der Zeitpunkt, wann jemand stirbt, verstärkt in den Blick geraten. Wenn möglichst viel, möglichst präzise für die letzte Lebensphase verfügt werden soll, dann liegt es nahe, auch über die Weise und den Zeitpunkt des Sterbens näher nachzudenken.

Die Debatte hierüber ist nicht neu – betrachtet man die Kulturgeschichte des Menschen, so ist zu erkennen, dass die Bestimmung des eigenen Todeszeitpunkts immer wieder ein Thema war und ist und in einigen Kulturen bzw. Epochen sogar als ein Ausweis für ein selbstbestimmtes Leben gilt. Für unseren Kulturraum wird man zugestehen müssen, dass die Prägung durch den christlichen Glauben und seine jüdischen Wurzeln ein starkes Nein gegenüber der Selbsttötung bedeutet. Sich selbst zu töten, galt lange Zeit als Anmaßung, da die Zeit, also auch die eigene Lebenszeit, in Gottes Händen steht und er darüber bestimmt, wann jemand gehen muss. Allerdings hat die moderne Medizin mit ihren ‚lebenserhaltenden Maßnahmen‘, mit den Möglichkeiten der ‚Wiederbelebung‘ oder auch der Transplantation von Organen diesen Grundsatz aufgeweicht.



Kaum jemand hat etwas dagegen, wenn aufgrund der medizinischen Möglichkeiten ein Mensch nach einem schweren Unfall ‚ins Leben zurückgeholt‘ wird. Viele medizinische Maßnahmen ermöglichen es heutzutage, lebensbedrohliche Krankheiten zu überwinden und den Menschen danach ein gutes Leben zu eröffnen. Streng genommen könnte man sagen, dass schon mit diesen Maßnahmen der Mensch sich an Gottes Stelle setzt und über den Sterbezeitpunkt verfügt – ihn zumindest hinausschiebt. Ebenso gut lassen sich diese medizinischen Möglichkeiten aber als ‚Gottes gute Gaben‘ verstehen, die wir dankbar und sinnvoll verwenden sollten.

Auf der anderen Seite besteht aber auch die Möglichkeit, diese medizinischen Möglichkeiten zu unterlassen, sie bewusst nicht anzuwenden, weil es eben nicht sinnvoll erscheint. Es ist also nicht nur der einzelne Mensch, der in unseren Tagen mehr entscheiden muss, es ist auch eine ganze Profession, die über ihr Handeln und Unterlassen nachdenken und ihre jeweilige Entscheidung ethisch ausweisen können muss.

Der Begriff der ‚Sterbehilfe‘ wird in den Debatten sehr verschieden genutzt; seine Verwendung beschreibt am einen Ende die palliative Begleitung von Menschen in einem letzten Stadium, am anderen Ende die Forderung nach einem ärztlich assistierten Suizid bei Sterbewunsch – auch ohne, dass ein akuter lebensbedrohlicher Zustand eingetreten sein muss. Deshalb ist es von großer Wichtigkeit, sehr genau darauf zu achten, was mit dem Begriff jeweils verbunden wird.

Es macht einen großen Unterschied, ob der geäußerte Wunsch um Sterbehilfe in einer Situation geäußert wird, in der der Tod schon sehr nah ist, oder ob Menschen ihren Sterbewunsch zu einem Zeitpunkt äußern, bei dem physisch nichts auf einen nahen Tod hinweist.

Im Folgenden sollen die verschiedenen Formen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe systematisiert und ihre Unterschiede herausgestellt werden. Die *palliative Begleitung* umfasst medizinische, pflegerische, therapeutische Maßnahmen, die darauf abzielen, die



Lebensqualität eines Menschen in seiner letzten Lebensphase zu erhalten, in der kurativ nichts mehr erreicht werden kann. Es handelt sich um eine Begleitung und Hilfe *im* Sterben, aber nicht *zum* Sterben (vgl. die Erläuterungen zu Palliativmedizin und Palliative Care).



Passive Sterbebegleitung meint nicht Passivität im Sinne von Nichtstun und Nichtentscheiden, sondern das Unterlassen oder Begrenzen lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen bei gleichzeitiger umfassend lindernder Therapie. Eine solche Situation liegt beispielsweise vor, wenn bei einem sterbenden Tumorpatienten auf die künstliche Zufuhr von Kalorien oder Antibiotika verzichtet wird und gleichzeitig Schmerztherapie, Mundpflege und menschliche Begleitung intensiviert werden. Die Umstellung auf palliative Therapie heißt nicht, dass dem Menschen sinnvolle Behandlungen vorenthalten werden. Im Gegenteil werden im Sinne der *Palliation* alle die Maßnahmen ergriffen, die ihm das Sterben einfacher machen. *Kuration* im Sinne der Heilung ist nicht mehr angezeigt. Deshalb werden z.B. auch keine Chemotherapien zur Krebsbekämpfung mehr angewendet,

weil das den Patienten eher belastet, als dass es ihm hilft.

Mit *indirekter Sterbehilfe* werden Handlungen bezeichnet, die von der Handlungsintention nicht den Tod des Menschen zum Ziel haben, die aber in den möglichen Nebenfolgen diesen Tod gleichwohl mitführen und vom Handelnden wohlabgewogen in Kauf genommen werden. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Gabe von Morphin zur Linderung der Schmerzen unter Inkaufnahme, dass dieses Medikament trotz einer angemessenen Dosierung die Atmung dämpfen und so zum Tod führen kann. Die indirekte Sterbehilfe ist gesetzlich nicht verboten und wird ethisch als legitim erachtet. Sie kann im Unterschied zu anderen Maßnahmen nicht eingefordert werden, da sie lediglich der nicht intendierte Effekt ei-



ner kurativen Maßnahme ist, also vom Handelnden nicht direkt beabsichtigt worden ist.

Der *Assistierte Suizid* umfasst Handlungen, die von einem Menschen erbracht werden, damit ein anderer sich zu Tode bringen kann. Nachdem die Haupttat des Suizids nach deutschem Recht keine Straftat darstellt, ist auch die Hilfe zum Suizid als Nebentat rechtlich nicht bewehrt. Hier gibt es jedoch eine Ausnahme, die mit dem novellierten § 217 StGB gemacht worden ist: Personen, die in Gesundheitsberufen tätig sind, insbesondere Ärzte, aber auch Pfleger, Personal von Hospizen und Pflegeheimen dürfen keine Beratung oder Unterstützung zum Suizid leisten, weil ihnen sonst nach § 217 StGB eine Strafe wegen der geschäftsmäßigen und organisierten Förderung des Suizids droht.

Die Forderungen nach einem assistierten Suizid mögen auch daher rühren, dass Menschen befürchten, zu einem bestimm-

ten Zeitpunkt nicht mehr selbst bestimmen zu können. Deshalb suchen sie nach einer Methode und einem Zeitpunkt, zu dem sie noch ‚Herr ihrer Sinne und des Verfahrens‘ sind. Man wird diese Befürchtungen ernst nehmen müssen, indem man sie nicht von vornherein als unbillig, unmoralisch oder ähnlich zurückweist. Vielmehr wird es darauf ankommen, in den Familien, in der Gemeinde und in der Gesellschaft eine Gesprächsoffenheit einzuüben, die es Menschen ermöglicht, mit ihren Gedanken und Befürchtungen nicht allein zu bleiben – wenn sie es denn wollen. Sie sollten aber nicht an vermeintlichen oder tatsächlichen Tabus abprallen, etwa dem, dass man mit *der Kirche* nicht über einen Todeswunsch reden könne, weil das ja als Sünde gelte.

Die *Tötung auf Verlangen* ist nach deutschem Recht eine verbotene Straftat (§ 216 StGB). Im Unterschied zum assistierten Suizid wird hier nicht einem Menschen geholfen, seinen Todeswunsch in die Tat um-

zusetzen, sondern diese Tat wird von einem Dritten begangen. Auch wenn der Sterbewillige ausdrücklich, aufrichtig und mehrfach verlangt, dass man ihn töte, und auch wenn man annehmen darf, dass die sterbewillige Person genau weiß, was sie da wünscht, dass ihr Wunsch nicht aus einer krankhaften Verstimmlung resultiert, so ist eine solche Handlung grundsätzlich verboten.

Mit Blick auf diese verschiedenen Formen der Sterbebegleitung bzw. Sterbehilfe zeigt sich deutlich, dass die fünfte Form (Tötung auf Verlangen) für alle weiteren Betrachtungen ausgeschlossen werden kann, weil sie rechtlich verboten ist und auch ethisch – von besonderen Ausnahmesituationen abgesehen – nicht gerechtfertigt werden kann. Diese Ausnahmesituationen beziehen sich auf Momente ext-remes Not eines Menschen, die in absehbarer Zeit zum Tode führen wird und das hiermit verbundene Leid allenfalls durch eine explizit geforderte Tötung auf Verlangen gemildert werden könnte.

Während die palliative Begleitung und die passive Sterbebegleitung nur in Fällen eines nahen Todes in Betracht kommen, kann der assistierte Suizid auch in Situationen gefordert werden, in denen das Sterben noch fern ist. Unklar ist in diesem Fall jedoch, wie die im Urteil des BVerfG Leipzig hierfür geforder-

ten „unerträglichen Leidenssituationen“ die nicht zwingend mit einer unmittelbaren Todesnähe einhergehen, festzustellen sind und wie dann die Bereitstellung der entsprechenden Medikamente organisiert werden soll.

Es macht zudem einen großen Unterschied, ob der geäußerte Wunsch um Sterbehilfe in einer Situation geäußert wird, in der der Tod schon sehr nah ist, oder ob Menschen ihren Sterbewunsch zu einem Zeitpunkt äußern, bei dem physisch nichts auf einen nahen Tod hinweist.

In einer Situation, in der der Tod noch fern ist, weil eine todbringende Krankheit gar nicht oder nicht unmittelbar bevorsteht, fallen viele Formen der Sterbebegleitung aus. Es wäre unsinnig, von einer Person, eine palliative Begleitung zu fordern, wenn sie in einem mehr oder minder gesunden Zustand aus Angst vor einer drohenden Demenz zu sterben wünscht und eine Sterbebegleitung einfordert. Der Fall liegt jedoch ganz anders, wenn Todesnähe besteht. Hier greifen dann alle Formen der palliativen und passiven Sterbebegleitung wie auch des assistierten Suizids.

Konzentrieren wir uns also auf die drei anderen Formen der Sterbebegleitung (Palliative Begleitung, passive Sterbebegleitung und Assistierter Suizid) in Todesnähe und

fragen danach, unter welchen Bedingungen sie angemessen erscheinen und rechtlich wie ethisch zu rechtfertigen sind.

Hierbei ist der Grad der Freiwilligkeit, mit der die sterbende oder sterbewillige Person nach einer Begleitung verlangt oder in sie einwilligt, ganz entscheidend. Zu unterscheiden sind *freiwillig*, *nicht freiwillig* und *unfreiwillig*. *Freiwillig* meint, dass eine Person zu rechnungsfähig ist und eine bestimmte Form der Sterbebegleitung ausdrücklich verlangt, ernsthaft und aktiv und unter Umständen über einen längeren Zeitraum einfordert. *Nicht freiwillig* meint, dass die Person momentan nicht äußerungsfähig ist, z.B. bewusstlos; sie hat ihren Willen zuvor für die betreffende Situation klar benannt, so dass die Behandelnden bzw. Begleitenden wissen, wie sie dem Willen der Person entsprechen können, auch wenn sie unter den gegebenen

Umständen nicht freiwillig danach verlangen kann. Drittens schließlich wird man von Situationen ausgehen müssen, in den Personen *unfreiwillig* beteiligt sind; d.h. hier werden Handlungen an ihnen vorgenommen, die durch Zwang oder aufgrund ihrer Unwissenheit zustande kommen. Es lässt sich mit Sicherheit sagen, dass die zu behandelnde Person diese Handlung nicht gewollt hat.

Es wäre also nicht zulässig, eine Person gegen ihren ausdrücklichen Wunsch weiter zu behandeln – selbst eine palliative Versorgung wäre nicht erlaubt, wenn man davon ausgehen kann, dass die sterbende Person unmissverständlich und orientiert diesen Willen zum Ausdruck bringt. Schwieriger wird es im umgekehrten Fall, in dem eine sterbende Person, die orientiert und äußerungsfähig ist, den Wunsch nach Hilfe bei der Selbsttötung (assistierter Suizid) zum

§ 217 StGB

„Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

(Wolfgang Putz und Beate Steldinger: Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Selbstbestimmtes Sterben, München: Beck 2016.)

Ausdruck bringt. Für Ärzte und Ärztinnen ist eine Hilfe in diesem Fall besonders kritisch, weil sie aufgrund von § 217 StGB als Förderung zur Selbsttötung in geschäftsmäßiger Form (die ärztliche Tätigkeit ist zugleich immer eine geschäftsmäßige) ausgelegt und mit Strafe bewährt werden kann. Angehörige und Nahestehende bleiben demgegenüber straffrei, allerdings haben sie nicht unbedingt den Zugang zu den entsprechenden

Medikamenten und wissen auch nicht immer um ihre sachgemäße Anwendung.

An dieser Stelle wird deutlich, dass aufgrund der aktuellen Gesetzeslage behandelnde und begleitende Personen bei ihrer schwierigen Aufgabe der angemessenen Begleitung Sterbender zudem in eine strafrechtlich relevante Situation kommen können.

„Sterbefasten“

In jüngster Zeit ist das sogenannte „Sterbefasten“ wieder stärker in das Bewusstsein getreten und verzeichnet, von entsprechenden praktischen Anleitungen begleitet, auch eine verstärkte Praxis. Hierbei sucht die sterbewillige Person, durch einen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit den Tod gezielt herbeizuführen. Der Begriff „Sterbefasten“ trifft die Wirklichkeit nicht; bei diesem „Fasten“ geht es nicht um einen zeitweisen Verzicht auf Nahrung oder Flüssigkeit mit dem Ziel, das Wohlbefinden zu verbessern, sondern den Tod herbeizuführen. Der Weg dorthin ist nicht einfach und bedarf einer ärztlichen Begleitung insbe-

sondere, wenn aufgrund des Flüssigkeitsverlusts Delirzustände eintreten oder der Umgang mit bereits verordneten Schmerzmitteln aufgrund des „Fastens“ neu eingestellt werden muss.

Auch hier erweist sich der § 217 StGB als problematisch. Weil die ärztliche Unterstützung im Prozess des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit als Förderung zur Selbsttötung gefasst werden kann, ist es für behandelnde Ärztinnen und Ärzte, aber auch für das pflegerische Personal im stationären und ambulanten Dienst durchaus problematisch, hier tätig zu werden sofern es sich nicht um nahe Angehörige handelt.

Formulierung eigener Wertvorstellungen

Wünsche für medizinische Behandlung, insbesondere in Grenzsituationen oder am Ende des Lebens, beruhen häufig auf individuellen Werten, Hoffnungen, Ängsten und Zielen sowie auf der persönlichen Einstellung zu Krankheit und Leid, Sterben und Tod. Um die Wünsche von Patienten in Bezug auf ärztliche Entscheidungen verstehen zu können, kann es für die handelnden Ärztinnen oder für Betreuer und Bevollmächtigte (ggf. auch für das Vormundschaftsgericht) hilfreich sein, den individuellen weltanschaulichen und religiösen Rahmen sowie die entsprechend geprägte Haltung zu kennen.

Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn eine Situation eintritt, die in einer Verfügung so nicht genau vorgesehen war. Denn nicht alles ist planbar und voraussehbar. Dann müssen die Menschen, die für einen anderen entscheiden, dessen mutmaßlichen Willen erkunden.

In der Broschüre des Bayerischen Justizministeriums wird deshalb empfohlen, sich vor Abfassung einer Patientenverfügung Gedanken über persönliche Wertvorstellungen, die eigene religiöse Anschauung, über Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben zu machen, mit vertrauten Menschen darüber zu sprechen und die wichtigsten

Gedanken schriftlich festzuhalten. Als Beiblatt „Meine Wertvorstellungen“ ist dies ein wichtiger Teil der Patientenverfügung.

Für die Abfassung einer solchen Ergänzung kann die vorgelegte Handreichung als Klärungs- und Entscheidungshilfe dienen. Sie will dabei aus christlicher Sicht helfen, sich über die eigenen Wertvorstellungen klar zu werden und etwas dazu aufzuschreiben. Achten Sie darauf, dass diese Formulierung der eigenen Wertvorstellungen nicht in Widerspruch zu den Aussagen stehen, die Sie in der Patientenverfügung machen. Ein Gespräch mit kundigen Personen (z.B. Hausarzt, Pflegeberaterin) kann hier helfen, eine geeignete Form zu finden.

In den vorangegangenen Kapiteln dieser Handreichung wurden bereits wesentliche Aussagen zum christlichen Verständnis von Sterben, Tod und Selbstverantwortung getroffen. Die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern sieht eine Patientenverfügung in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht als eine besonders geeignete Form an, um Vorsorge für die eigene letzte Lebensphase zu treffen.

Anregungen zur persönlichen Meditation

Die folgenden Fragen und Impulse sollen aus christlicher Sicht die grundsätzlichen Überlegungen zu Leben und Sterben aus der Vorsorgebroschüre ergänzen und erweitern, um Ihnen die Formulierung Ihrer eigenen Wertvorstellung zu erleichtern.

- Wodurch ist mir die Frage nach den Grenzen meines Lebens gerade jetzt wichtig geworden?
- Welche schlechten und welche guten Erinnerungen habe ich an das Sterben von Menschen, die mir nahestanden?
- Welche Bedeutung hat das für mich?
Welche Bedeutung hat mein Glaube für meine Vorstellung von Sterben und Tod?
- Welche Vorstellung habe ich von dem, was nach dem Tod kommt? Wie wichtig ist das für mich?
- Wovon fiel mir der Abschied besonders schwer?
- Worauf würde ich mich freuen? Wo finde ich angesichts des eigenen Todes Trost?
- In schweren Zeiten hat mir etwas immer besonders geholfen (z.B. ein Lied, ein biblisches Wort, ein Gedicht, eine Geschichte, eine Berührung, ein Gebet, eine Handlung, ...)
- Wem wird mein Sterben besonders schwer werden? Kann ich ihm/ihr/ihnen helfen?
- Welche Vorkehrungen für den Todesfall habe ich getroffen?
- Die Nähe bestimmter Menschen tut mir immer gut – oder fühle ich mich eher wohl, wenn ich allein bin?
- Welche Erfahrungen habe ich damit gemacht, wenn andere Menschen für mich entschieden haben? Kann ich anderen vertrauen?
- Was soll meine Umgebung von den Dingen wissen, die mir wichtig sind, von meinem Glauben und meinen Wertvorstellungen?
- Möchte ich, dass diese Dinge nur einem begrenzten Kreis von Personen bekannt werden? Welchen?

Häufig gestellte Fragen

Folgende Fragen werden häufig im Zusammenhang mit dem Thema Patientenverfügung, Vorsorge- und Betreuungsvollmacht gestellt:

Welche Vorlage soll ich benutzen?

Wir empfehlen die Broschüre des Bayerischen Justizministeriums „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ mit ihren Kernstücken Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung in der aktuellen Auflage.

Was muss ich konkret tun?

Gehen Sie nach und nach die folgenden Gedankenschritte durch:

1. Ich befasse mich zunächst mit den Texten aus der Broschüre, den darin enthaltenen Fragen und den verschiedenen Formularvorlagen. Ich versuche mir Klarheit über meinen eigenen Standpunkt zu verschaffen.

2. Ich wähle mir eine Person meines Vertrauens aus Familie oder Freundeskreis aus. Ich spreche mit ihr über meine Patientenverfügung, über meine Vorstellungen von Leben und Sterben, über meine Wünsche an die medizinische Behandlung am Lebensende. Ich bleibe mit dieser Person im Gespräch. Gegebenenfalls gebe ich ihr eine Vorsorgevollmacht oder setze sie in einer Betreuungsverfügung als Betreuerin ein.

3. Ich lasse mich beraten von sachverständigen und vertrauenswürdigen Menschen: von einer Ärztin oder einem Arzt meines Vertrauens, von meinem Gemeindepfarrer oder meiner Klinikseelsorgerin, von einem Notar oder einer Anwältin, von Mitarbeitenden in den Betreuungsstellen oder -vereinen, im Hospizverein oder in Alten- und Pflegeheimen.

4. Über die professionelle medizinische Versorgung in Form von Palliativmedizin und Palliative Care hinaus kann ich mit nahestehenden Personen (Familie, Freundinnen und Freunde, Vertrauensperson) über mögliche weitere Unterstützungs- und Betreuungsformen sprechen. Beispielsweise eine Begleitung durch Ehrenamtliche, die über einen Hospizverein vermittelt werden. Hier haben auch alle anderen Themen Platz:

- Wo möchte ich sterben?
- Wie möchte ich beerdigt werden?
- Wem möchte ich ein individuelles Erinnerungsstück von mir geben?
- Trage ich noch Unerledigtes mit mir herum?

In jeder seelischen Not kann ich mich an die Pfarrerin bzw. den Pfarrer der nächsten Gemeinde oder auch an spezielle Stellen der Seelsorge wenden.

5. Ich hinterlege ggf. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung bei meinen Papieren – idealerweise an einem Ort, wo sie von dem oder den Bevollmächtigten leicht gefunden werden können. Kopien erhalten Bevollmächtigte, und ggf. Arzt oder Seelsorgerin. Ich habe auch die Möglichkeit, die Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung kostenpflichtig beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer zu hinterlegen. In der Broschüre Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter finde ich die entsprechenden Informationen.

Einen Hinweis auf meine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung und auf die Personen (Name, Telefonnummern), die Kopien davon haben, trage ich in Kreditkartenformat bei mir. Damit kann ich mich darauf verlassen, dass sie im Falle des Falles gefunden wird.

6. Ich informiere meine nächste Umgebung über das Vorhandensein einer Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung.

Was ist zu tun, wenn ich schon eine andere Patientenverfügung ausgefüllt habe?

Ausgefüllte Patientenverfügungen sind gültig. Vergleichen Sie ggf. Ihre Patientenver-

fügung mit dem Formular des Bayerischen Justizministeriums, um zu prüfen, ob Ihnen die bisherigen Bestimmungen noch entsprechen. Falls Sie eine Vorsorgevollmacht haben, muss diese dem aktuellen Rechtsstandard entsprechend nachgebessert werden (vgl. dazu die Vorsorgebroschüre).

Ich entscheide mich für eine neue, evtl. ergänzende Patientenverfügung. Was soll ich mit der alten machen?

Bewahren Sie Ihr altes Formular mit dem aktuellen gemeinsam auf.

Vermerken Sie aber auf der alten Patientenverfügung, dass Sie sie ersetzt oder ergänzt haben. Das alte Dokument zeigt, dass Sie sich lange schon mit diesen Fragen befasst haben.

7. Überprüfen Sie und suchen Sie ggf. Unterstützung hierzu, ob sich zwischen Ihren verschiedenen Verfügungen mögliche Widersprüche ergeben. Das gilt z.B. wenn Sie in der Patientenverfügung ab einem bestimmten Zustand weitere lebenserhaltende Maßnahmen ausschließen und zugleich in einem Organspendeausweis ihre Spendebereitschaft dokumentieren. In diesem Fall müssten Sie gewisse Maßnahmen zur Organerhaltung zulassen, wie eine Fortsetzung der Beatmung und bestimmte Medikamente.

Hilfreiche Adressen

Arbeitsgemeinschaft Altenheimseelsorge in der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern

Amt für Gemeindedienst
Sperberstraße 70
90461 Nürnberg
Tel.: 0911 - 4316 263
E-mail: altenheimseelsorge@afg-elkb.de
www.altenheimseelsorge-bayern.de

Arbeitsgemeinschaft für Evangelische Krankenhausseelsorge in Bayern

Clotzstrasse 13
89312 Günzburg
Tel.: 01628 - 41 20 14
E-Mail: arge.krankenhausseelsorge@elkb.de
www.evangelische-krankenhausseelsorge-bayern.de

Diakonisches Werk Bayern e.V.

Postfach 120320
90332 Nürnberg
Tel.: 0911 - 935 40 (Zentrale)
Auf den Unterseiten der jeweiligen Arbeits-
bereiche finden den Ansprechpartner, die
Ansprechpartnerin und die dazugehörigen
E-Mail-Kontakte.
www.diakonie-bayern.de

Bayerische Stiftung Hospiz

Hegelstraße 2
95447 Bayreuth
Tel.: 0921 - 605 33 50
E-Mail: hospiz@zbfs.bayern.de
www.bayerische-stiftung-hospiz.de

Evangelische Stiftung Hospiz

Hegelstraße 2
95447 Bayreuth
Tel.: 089 - 5595 - 360
E-Mail: kontakt@evangelische-stiftung-hospiz.de
www.evangelische-stiftung-hospiz.de/

Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern

Seelsorgereferat
Katharina-von-Bora-Straße 7-13
80333 München
Tel.: 089 - 5595 - 481
E-mail: seelsorgereferat@elkb.de
[https://handlungsfelder.bayern-
evangelisch.de/handlungsfeld4.php](https://handlungsfelder.bayern-evangelisch.de/handlungsfeld4.php)

Fachstelle für Ethik und Anthropologie im Gesundheitswesen der ELKB

Bärenschanzstr. 4
90429 Nürnberg
Tel.: 0911 - 27253 - 864
E-Mail: feag@elkb.de
www.feag-elkb.de

Weitere Publikationen

Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium der Justiz
Erscheinungsjahr: 2019
ISBN: 978-3-406-74415-0

Diese Broschüre mit heraustrennbaren Formularen ist im Buchhandel unter der Buchnummer ISBN 978-3-406-74415-0 zum Preis von 5,90 € erhältlich.

Bei Abnahme ab 50 Exemplaren gilt ein Mengenpreis (Sonderpreis) von 5,63 €.

Bitte wenden Sie sich an Ihre Buchhandlung oder direkt an den

Verlag C. H. Beck, Wilhelmstraße 9, 80801 München,

Tel.: 089/38189750 Fax: 089/38189-358 oder -135

E-Mail: bestellung@beck.de.

Sie können die Broschüre weiterhin kostenlos als pdf-Dokument herunterladen und für den privaten Gebrauch ausdrucken. Der Bayerische Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. gibt die Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ für Sehbehinderte und Blinde auf Kassette, in Punktchrift, MAXI-Druck und auf Diskette heraus. Die E-Mail-Adresse lautet: bit@bbsb.org

Christliche Patientenvorsorge

Herausgeber: Kirchenamt der EKD
Herrenhäuser Str. 12
30419 Hannover
Erscheinungsjahr: 2018

Sie können die Formulare online ausfüllen und für Ihren Gebrauch ausdrucken oder zum Preis von 0,35 € zzgl. Porto bestellen unter Postadresse:

Kirchenamt der EKD
Herrenhäuser Str. 12
30419 Hannover

Telefon: 0800-5040602, Mail: versand@ekd.de

Die Vorsorgevollmacht (5. Auflage)

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium der Justiz

Erscheinungsjahr: 2019

ISBN: 978-3-406-74460-0

Unter diesem Link:

www.justiz.bayern.de/service/broschueren

steht die Broschüre kostenfrei zum Download zur Verfügung.

Du bist mir täglich nahe ... Sterben, Tod, Bestattung, Trauer

Herausgeber: Susanne Breit-Keßler, Kerstin Lammer, Georg Raatz

im Auftrag der Kirchenleitung der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands (VELKD)

Erscheinungsjahr: 2015

ISBN: 978-3-943201-09-3

Diese evangelische Handreichung kann gegen eine Schutzgebühr von 2,00 € über die Versandstelle unter der Telefonnummer 0511/2796 527 oder per E-Mail an versand@velkd.de bestellt werden.

Zudem steht sie als Download kostenfrei zur Verfügung:

<https://www.velkd.de/publikationen/publikationen-gemeinde.php>

vorsorgen – verfügen – bevollmächtigen

Jahresheft der Zeitschrift „Praxis Palliative Care“,

hrsg. von Andreas Heller, Verlag Brinkmann & Meyhöfer GmbH & Co. KG, Hannover.

Impressum

Meine Zeit steht in Gottes Händen.

Handreichung der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern zu Patientenverfügung,
Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

4. überarbeitete Auflage 2020

Diese Handreichung wurde vom Synodalen Unterausschuss für Ethik in Medizin und Biotechnik erstellt unter Federführung von Prof. Dr. Arne Manzeschke.

Herzlicher Dank für diese Arbeit gilt:

Barbara Kittelberger (Vorsitzende), Sandra Bach, Dieter Breit, Susanne Breit-Keßler, Barbara Erxleben, Christina Flauder, Arne Manzeschke, Joachim Piephans, Annette von Reitzenstein, Susanne Rosa, Sandra Schuhmann, Ingo Schurig, Tanja Stiehl, Traudi Wießler, Thomas Zeilinger, Elke Zimmermann.

Redaktion: Michael Mädler

© Landeskirchenamt der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern, München 2020

Bestelladresse:

Landeskirchenamt der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern (ELKB), Referat Seelsorge,
PF 20 07 51, 80007 München, Tel.: 089-55 95-481

E-mail: seelsorgereferat@elkb.de | www.bayern-evangelisch.de

Gestaltung: Andrea Houdek | www.houdek-grafik.de

Druck: Wenng Druck GmbH, Breslauer Str. 7, 91550 Dinkelsbühl | www.wenng.de

Fotos: Titel: © smallredgirl/AdobeStock, S. 6/7: © Christian Seidel/PIXELIO, S. 8,
26: © Rainer Sturm/PIXELIO, S. 9: © felix.foto/PIXELIO, S. 10, 16, 20,43: © Diakonie Bayern,
S. 13: © Claudia Peters/Pixabay, S. 19: © Claudia Hautumm/PIXELIO, S. 22: © Ball/Pixabay,
S. 24: © Cocoparisienn/Pixabay, S. 27: © Campomalo/PIXELIO, S. 31, 32, 41: © Sabinevanerp/
Pixabay, S. 33: © Andreas Geck/Pixelio, S. 34/35: © Xenia B./PIXELIO, S. 36: © Nero/PIXELIO,
S. 37: © Philipp Flury/PIXELIO, S. 40: © O. Fischer/Pixelio, S. 42: © Angieconscious/Pixabay,
S. 45: © Rawpixel/Pixabay, S. 46: © Henrik Gerold Vogel/PIXELIO

