

schöner leben ... bis zuletzt

4/2025

THEMA

Lebenshilfe.
Sterbehilfe.
Tötungshilfe.

Aktueller Stand,
Rückblick und Ausblick



Sammelband 2023, 2024 und 2025

schöner leben ... Ein gut verständliches, lebensnahes Quartalsmagazin mit den verschiedensten Informationen rund um das Leben.

Die Inhalte sind größtenteils zeitlos. Da weiterhin Interesse an den „alten“ und inzwischen vergriffenen Heften besteht, bieten wir alle Jahrgänge als Sammelbände an. Die einzelnen Hefte wurden so überarbeitet, dass die Artikel mit rein aktuellem Bezug inhaltlich zeitlos angepasst wurden.

schöner leben ... Sammelband 2023

Band 1 „Ein Koffer für die letzte Reise“

Band 2 „Der beste Freund“

Band 3 „Werbung fürs Sterben?“

Band 4 „Mein Wille geschehe!“

140 Seiten 20 EUR

schöner leben ... Sammelband 2024

Band 5 „Loslassen. Sterben zulassen.“

Wie geht das in der Praxis?“

Band 6 „Kleine Patienten.“

Kinderhospiz und Kinderpalliativ.“

Band 7 „Pflege im Alter –

Daheim oder im Heim?“

Band 8 „Bestattungen –
Ein aussterbendes Kulturgut“

286 Seiten 30 EUR

schöner leben ... Sammelband 2025

Band 9 „Hospiz und Palliativ.“

Viele Wege führen zum Ziel“

Band 10 „Ernährung. Hohe Kunst oder
nur Nährstoffaufnahme“

Band 11 „Leiden lindern.“

Möglichkeiten und Grenzen.“

Band 12 „Lebenshilfe. Sterbehilfe. Tötungshilfe.
Aktueller Stand, Rückblick und Ausblick.“

Ca. 300 Seiten 35 EUR

Im Dreierpack kosten Sammelband 2023, 2024 und
2025 zusammen statt 85 EUR nur 40 EUR!

Preise inklusive Versandkosten



Inhalt



- 5 — Editorial
- 6 — Kommentar
Prof. Josef Hecken
- 8 — Palliativgeschichte
Sterbefasten
- 10 — Interview
Angelika Steimer-Schmid
- 18 — Leben mit Herzfehler
Halbes Herz, volles Leben
- 20 — Intensivpflege
Der Mensch im Fokus
- 22 — Glossar
Lebensverkürzende Maßnahmen
- 26 — Weltweit
Lebenshilfe, Sterbehilfe, Tötungshilfe
- 28 — Methoden
Sterbefälle durch Suizid
- 30 — Suizid
Barmherzigkeit als Maß
- 32 — AGUS
Hilfe für Angehörige nach Suizid
- 34 — Bücherschrank
Dr. Tod und die Sterbeengel
- 36 — Interview
Prof. Dr. med. Karl Heinz Beine
- 38 — Todesanzeigen
Über Suizid
- 42 — Museum für Sepulkralkultur
Was kostet der Tod?
- 44 — Gespräch
Schriftsteller Eric Bergkraut
- 46 — Auf Reisen
Mit dem Leichenwagen in die Ferien
- 48 — Buchtipp
- 49 — Gaumenschmaus
- 50 — Humor
- 51 — Helmfrieds Lyrikseite
- 52 — Fokus Gesundheit
Symptom-Checker App
- 54 — Rätsel
- 55 — Grabgemeinschaft
- 56 — Tagen bei der DPS
- 58 — Lesermeinung
- 60 — Wichtige Informationen
- 62 — Impressum

DIE VORSORGEN! MAPPE

Sorgen Sie vor für Ihre Zukunft.

Haben Sie schon an eine Vorsorgevollmacht gedacht? Die meisten Menschen schieben dieses so wichtige Thema auf. Doch wer trifft Entscheidungen für Sie, wenn Sie es z. B. nach einem Unfall plötzlich nicht mehr können?

Wie möchten Sie bei schwerer Krankheit behandelt werden? Mit unserer VORSORGEN!-MAPPE dokumentieren Sie diese wichtigen Fragen selbst – für Ihre Sicherheit und die Ihrer Angehörigen.

Sie ist zertifiziert von der Stiftung Gesundheit. Wir lesen es fast täglich: „Die VORSORGEN! MAPPE der PalliativStiftung ist die beste, die ich im Netz gefunden habe.“

Jetzt informieren und vorsorgen!



Patientenverfügung
(Vorsorge)Vollmacht
Palliativ-Ampel
Untervollmacht
Vertreterverfügung
Betreuungsverfügung
Bestattungsverfügung
Meine Wertvorstellungen.
Erklärheft mit vielen
Erklärungen zum Download
Kostenlos bestellen unter
buero@palliativstiftung.com
Telefon: 0661 4804 9797
www.palliativstiftung.com



Editorial

„Sterbehilfe“. Hilfe zum Sterben?

Die Tochter eines Patienten sagt mir über ihren dementen Vater, er möchte zu Dignitas. Sie sei schon Mitglied. Ich bin gespannt, ob sie nach diesem Heft besser Bescheid weiß, was möglich wäre, wenn ...

„Sterbehilfe“, ein – eigentlich – wertvoller Begriff, wenn nicht ...

Früher war „Sterbehilfe“ die Begleitung Sterbender. Menschlich, medizinisch, pflegerisch, psychosozial, seelsorglich. Heute wird er für (Selbst)Tötung gebraucht. Das können Sie, je nach Ihren Werten als angemessen empfinden oder auch nicht.

Wir wollen zur Diskussion darüber anregen.

Selbstverständlich habe ich selbst meine Wertvorstellungen, ich finde, dass wir bei anderen nicht lebensverkürzend eingreifen sollten. Leiden lindern muss dabei immer so weit möglich gemacht werden, wie der Sterbende dies für sich entschieden hat.

Sterben gehört zum Leben. Immer wieder erlebe ich, dass um den Tod herum noch wichtige Erfahrungen zu machen sind; für diesen der geht und mehr noch für jene, die bleiben.

Wir wollen Sie mit „schöner leben ...“ informieren, damit Sie faktenbasiert eine eigene Meinung und wohlüberlegte Haltung entwickeln können. So haben wir in dieser Ausgabe einen Schwerpunkt zur „Sterbehilfe“, und deshalb wird in dieser Ausgabe von „schöner leben ...“ auch manches stehen, das wir eher kritisch sehen.

Was ist wo erlaubt, was Graubereich, und es gibt kurzen Blick in die Abgründe, wo aus Sicht des deutschen Rechts die Grenzen eindeutig überschritten werden. Hier bin ich als Arzt und Gutachter entsetzt. Von Prof. em. Dr. med. Karl H. Beine, dem deutschen Experten für Patientenmorde, lesen Sie im nächsten Heft einen ergänzenden Beitrag.

Meinungsvielfalt gehört zu unserer freiheitlich-demokratischen Ordnung. Dennoch möchte ich aus meiner persönlichen Sicht an dieser Stelle eindringlich warnen: Ich bin überzeugt, dass wir uns in Deutschland auf dem Weg hin zur Tötung sogar ohne Verlangen befinden.

Das können Sie gutheißen. Oder auch nicht.

Ich werde oft in persönlichen Gesprächen von Patienten herausgefordert, erträgliche Lösungen zu finden. Das ist beileibe nicht einfach. Festentschlossene auf dem Weg zu einem schnelleren Tod kann ich nicht immer abhalten. Für mich ist dieser Weg, besonders, wenn er durch normierte Angebote erleichtert wird, ein Weg, der unsere Gesellschaft nachhaltig verändern wird.

Auch hier können Sie zustimmen. Oder auch nicht.

John H. Beine



Foto: Klaus Becker

Sterbehilfe

Eine Frage von Würde und Verantwortung



Foto: G-BA

Prof. Josef Hecken ist unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Von
Prof. Josef Hecken

Leben und Sterben gehören zusammen. Das eine geht nicht ohne das andere. Ich lebe gerne und intensiv – doch sich nicht auch um das Sterben Gedanken zu machen, solange man bei klarem Verstand ist, wäre aus meiner Sicht fahrlässig. Denn es geht um Fragen der Autonomie, des ethischen Verständnisses, des Leids und der Verantwortung – individuell, gesellschaftlich und medizinisch.

In meiner Arbeit als unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) stellt sich mir beispielsweise bei der Bewertung des Zusatznutzens von neuen Arzneimitteln bei Krebs im Endstadium auch ganz persönlich die Frage, wie ich mich als Patient entscheiden würde: Halte ich fest an der Hoffnung, mit einem neuen Medikament mein Leben zu verlängern und sei es auch nur um wenige Tage oder Wochen? Oder würde ich mich in einer konkreten finalen Erkrankungssituation mit Blick auf Nebenwirkungen, Lebensqualität und andere Begleitumstände einer solchen Therapie, ganz bewusst dagegen entscheiden? Hier und heute sage ich: In der Endphase einer Erkrankung würde ich keine Möglichkeiten der Medizin nutzen wollen, die zulasten meiner Lebensqualität gehen. Vorstellen kann

ich mir auch nicht, komplett auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein und ihnen vielleicht zur Last zu fallen. Allerdings ist das die Perspektive eines Menschen, der annimmt, gesund zu sein. Ob diese Haltung trüge, wenn ich selbst Patient wäre? Ganz ehrlich, ich weiß es nicht mit absoluter Sicherheit.

Oft frage ich mich, ob Patientinnen und Patienten vor solch gravierenden Therapieentscheidungen tatsächlich umfassend und hinreichend objektiv über Vor- und Nachteile informiert sind. Erhalten sie die Möglichkeit, sich ganz bewusst für oder gegen eine Therapie zu entscheiden, im Bewusstsein aller Konsequenzen? Wäre eine gute palliative Begleitung vielleicht der bessere Weg bei bescheidenen Therapieeffekten? Welche Rolle spielen bei einer solchen Aufklärung das ärztliche Selbstverständnis und wirtschaftliche Interessen? Das alles sind Punkte, die die Patientin oder der Patient für sich einordnen muss, wenn man wirklich autonom entscheiden will. Denn Autonomie setzt Kenntnis der wesentlichen Umstände und der objektiven Fakten voraus, ansonsten ist sie nur eine Illusion.

Für mich berührt das Thema Sterbehilfe, um das es in dieser Ausgabe auch gehen soll, zutiefst mein ureigenes Verständnis von Leben, Würde und Verantwortung. Die rein faktischen Rahmenbedingungen in Deutschland sind derzeit so: Jede Person hat das Recht, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden. Auch Dritte dürfen Hilfe zur Selbsttötung leisten – das heißt: Medikamente bereitstellen oder erklären, wie man sie einnimmt –, sofern die Entscheidung freiwillig und selbstbestimmt getroffen wurde. Die Tötungshandlung muss aber vom Sterbewilligen selbst vorgenommen werden. Ich will hier jedoch nicht als Jurist argumentieren. Mich interessiert vielmehr: Wie können wir Menschen am Lebensende gerecht werden? Zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und dem Wunsch nach Fürsorge eröffnet sich ein ethischer Spannungsraum. Wie gelingt es, eine am Lebensende nicht selten eintretende Verletzlichkeit oder auch ein Gefühl des hilflosen Angewiesen-Seins auf andere zu akzeptieren? Wie kann das in einer Gesellschaft gelingen, die auf Selbstverwirklichung setzt?

Autonomie bedeutet für mich, auch das eigene Lebensende gestalten zu dürfen. Doch Autonomie endet nicht, wo Hilfe zur Selbsttötung beginnt – sie fordert eine Gesellschaft heraus, die solidarisch mitträgt, was für einzelne schwer auszuhalten ist.

Palliativmedizin und Hospizbewegung zeigen seit Jahrzehnten, dass Lebensqualität auch im Sterben möglich ist. Sie stehen für eine Hilfe zum Leben bis zum letzten Atemzug, die Leiden lindert, Zuwendung schenkt und die Würde des Menschen wahrt – unabhängig von Alter, Krankheit oder sozialem Status. Das ist keine Alternative zur Sterbehilfe: Wer sich begleitet, ernst genommen und verstanden fühlt, entscheidet sich selten für den assistierten Suizid.

Gesellschaftlich müssen wir uns fragen, welche Signale wir senden: Schützen wir das Leben – gerade dann, wenn es zerbrechlich wird – oder fördern wir ein stilles Einverständnis mit dem „schnellen Ausweg“? Die Antwort liegt nicht in Gesetzen allein, sondern in einer Kultur des Mitgefühls, die das Sterben wieder als Teil des Lebens begreift – menschlich, verantwortungsvoll und mit weitem Herzen.

„
Autonomie bedeutet für mich, auch das eigene Lebensende gestalten zu dürfen.“

Sterbefasten.

Eine wahre Palliativgeschichte.



Foto: privat

Beate Wöllner, 63, Trauerbegleiterin, begegnete als junge Krankenschwester Dame Cicely Saunders - ein tiefgreifender Schicksalsglücksmoment, der ihr Verständnis von Würde, Autonomie und Begleitung am Lebensende nachhaltig prägte.

An dieser Stelle steht sonst eine „Palliativgeschichte“, die verfremdet aus wirklichen Patienten zusammengesetzt wird. Da wir hier einen besonderen, ganz persönlichen Sterbeverlauf zugeschickt bekommen haben, wollen wir diesen abdrucken.

Von Beate Wöllner

„Schöner sterben geht nicht“ sagte meine Mutter auf ihrer letzten selbstbestimmten Reise. „Am Himmelstor warten meine Schwester und meine Eltern auf mich, ich bin bald bei euch. Das Licht und die Wärme, es ist Alles so schön.“

Im Mai 2024 durfte ich meine 87-jährige Mutter auf diesem besonderen Weg begleiten – ein Abschied, der bewusst gewählt, zutiefst menschlich und zugleich herausfordernd war.

Sterbefasten, bis jetzt für uns zwei nur ein theoretischer Gedanke. Doch mit zunehmender Gebrechlichkeit meiner Mutter wurde es eine reale Möglichkeit – und schließlich eine klare Entscheidung.

Meine Mutter, geboren 1936, war eine selbstbewusste, lebenskluge Frau mit einem feinen Sinn für Humor. Nach dem frühen Tod ihrer Mutter übernahm sie die Verantwortung in einem Männerhaushalt. Mit gutem Organisationstalent führte sie einen kleinen Lebensmittelladen, zog zwei Kinder groß und pflegte ihren Vater im gemeinsamen Haus. Nach dem Tod meines Vaters blühte sie nochmal auf und begann Dinge zu tun, die ihr vorher verwehrt waren. Glückliche Jahre folgten, umgeben von einer wachsenden Familie mit Enkelkindern und Urenkeln.

Aber das Leben wurde immer beschwerlicher. Altersbedingte Gebrechen kamen hinzu – und mit ihnen die Angst, das Leben nicht mehr selbstbestimmt führen zu können. Geistig rege und interessiert blieb sie so gut es ging mit dem Leben und den Menschen verbunden – doch zugleich rückte das Thema Sterben immer mehr in ihr Bewusstsein.

Nach einem Sturz im Winter kam meine Mutter nicht mehr auf die Beine. Jeden Tag sprach sie nun vom Sterben. „Ich bin des Lebens müde und mein Leben ist fertig gelebt.“

Sie so leiden zu sehen, zerriss mir das Herz. Alles, was ich anzubieten versuchte – Hilfen im Alltag, die Aussicht auf eine wirklich schöne Wohngruppe, verlässliche Pflege, liebe Menschen um sie herum – reichte nicht mehr aus. Sie hatte ihren Entschluss längst gefasst.

Durch meine Arbeit in der Palliativpflege und Trauerbegleitung waren Gespräche über Tod und Sterben für uns ganz selbstverständlich – fast schon herrlich normal. Manchmal blinzelte auch der Humor um die Ecke, wie ein Lichtstrahl.

Und dann war er da - der Tag, an dem es sehr konkret wurde. Meine Mutter war inzwischen bettlägerig, zu schwach zum Aufstehen und ihre Sehkraft ließ spürbar nach. Sie schickte Gebete in den Himmel – mit der Bitte, nun gehen zu dürfen, sie sei bereit für den Weg ins Licht.

Der Hausarzt wurde informiert. Alle lebenserhaltenden und unterstützenden Angebote lehnte meine Mutter sehr konsequent ab.

Ihre Entscheidung stand fest und wurde schriftlich festgehalten. Eine Patientenverfügung lag vor.

Das Sterbefasten begann.

Ich begleitete meine Mutter in diesen letzten zwölf Tagen so nah und achtsam wie nur möglich: mit sehr guter Mundpflege, kleinen Eiswürfeln in verschiedenen Geschmacksrichtungen, Aromatherapie, leiser Musik, Besuch von vertrauten Menschen, unterstützender Lagerung – ärztlich verordneten beruhigenden und schmerzlindernden Medikamenten.

Wir hatten vereinbart, dass meine Mutter ihre Entscheidung jederzeit hätte rückgängig machen können. Der Weg stand ihr offen – in beide Richtungen.

Das einjährige Urenkelchen krabbelte bis einen Tag vor ihrem Tod noch auf dem Pflegebett herum - Leben und Sterben - so nah beieinander. Es war schön, das zu erleben.

Am Pfingstmontag starb meine Mutter in meinem Beisein und sehr in Frieden mit Allem.

Für mich war es eine sehr besondere Erfahrung. Ich war mir meiner Verantwortung bewusst. Die zwölf Tage zogen sich; manchmal zweifelte ich, ob ich es schaffen würde. Doch ich habe es geschafft - und bin sehr dankbar, auch stolz, meiner Mutter das Sterben zu Hause auf diese Weise ermöglichen zu können.

Viele Menschen aus meinem Umfeld haben diese Begleitung verstanden und mich emotional unterstützt - vor Allem meine Familie. Es gab aber auch Kritiker:innen, die mich für mein Handeln verurteilten. Der Vorwurf lautete, ich hätte das Vorhaben meiner Mutter verhindern müssen.

Ich bin mit allem in Frieden – so wie es ist, fühlt es sich für mich richtig an.

Vom Sterbefasten ohne intensive Begleitung und Pflege des Sterbenden, möchte ich hier ausdrücklich abraten.

Als Begleitende/r ist die eigene psychosozial gute Einbindung in ein unterstützendes Netzwerk unerlässlich



Foto: Beate Wöllner

”

Ich bin mit allem in Frieden – so wie es ist, fühlt es sich für mich richtig an.

Hinweis der Redaktion:

Sterbefasten. Wie immer sind Begriffe selten eindeutig. Hier steht „Nach einem Sturz im Winter kam meine Mutter nicht mehr auf die Beine.“ Die alte Dame war also nicht lebensmüde, suizidal, sondern hochaltrig, geschwächt, am Lebensende. Dann kann nicht mehr Essen und nicht mehr Trinken ein normaler Vorgang sein. Beim jungen Menschen, der sich entschließt, durch Hungern zu sterben kann dies medizinisch (und ethisch) völlig anders und ausgesprochen herausfordernd sein.

„Das Sterben gehört zum Leben – feiert es würdig!“

Ein Gespräch mit Angelika Steimer-Schmid, Chefredakteurin der Zeitung des Marburger Bundes

Ein Thema, das uns alle betrifft – und doch selten genug Platz bekommt: Das Lebensende. Wie spricht man darüber, ohne Angst und Tabus? Wie bereitet man sich vor, und wie können Ärzte und Pflegekräfte dabei unterstützen? Wir haben mit Angelika Steimer-Schmid gesprochen, Chefredakteurin der Zeitung des Marburger Bundes, die gemeinsam mit der Deutschen PalliativStiftung eine vielbeachtete Serie zum Lebensende gestaltet hat. Offen, ehrlich und persönlich erzählt sie von Herausforderungen, Tabus und der großen Bedeutung von Information – für Ärzte, Patienten und uns alle.

Angelika Steimer-Schmid, als in Ihrer Zeitung die Idee zu einer Serie über das Lebensende aufkam, was war Ihr erster Gedanke – Begeisterung, Skepsis oder beides gleichzeitig? Wie entstand die Zusammenarbeit mit der Deutschen PalliativStiftung?

Am Anfang stand ein ganz schlichter Impuls: Dr. Thomas Sitte hatte Kontakt mit Dr. Susanne Johna, der 1. Vorsitzenden des Marburger Bundes, aufgenommen. Daraus entstand die Überlegung, gemeinsam etwas für die Marburger Bund Zeitung (MBZ) zu machen. Ich war sofort interessiert, denn das Thema „Lebensende“ findet aus meiner Sicht noch immer viel zu wenig Beachtung.

Was war für Sie das Besondere an dieser Serie – redaktionell, innerlich und atmosphärisch?

Besonders war, dass Dr. Sitte bereits sehr klare Vorstellungen hatte, was er in die Kollegenschaft transportieren wollte. Dadurch war die Zusammenarbeit sehr konstruktiv und unkompliziert. Er hatte sogar schon Ideen für

Cartoonisten und konkrete Themenkomplexe parat, sodass ich viel Material erhielt und wir schnell eine spannende Themenreihe entwickelten.

Gab es ein Serienthema, bei dem Sie dachten: Wow, das hätte ich in dieser Deutlichkeit nicht erwartet?

Ja, das galt für fast alle Serienteile – besonders wegen der provokanten Formulierungen, Cartoons und Fotos. Wir wollten bewusst nicht zu soft sein, sondern pointiert Aufmerksamkeit schaffen, ohne dabei auch nur ansatzweise boulevardesk zu werden. Für unser Medium haben wir uns mit Überschriften, Texten und optischen Reizen recht weit vorgewagt.

Bitte ein Beispiel.

Für mich persönlich war am schwierigsten ein Foto, das einen alten Menschen im Krankenhaus zeigte, der bereits deutlich im Endstadium lag. Der Mund war geöffnet und voller Schleim – dabei ging es um Mundhygiene. Ich habe lange mit mir gerungen, und auch mit den Kollegen darüber gesprochen. Zunächst dachte ich spontan: Das ist eigentlich zu heftig. Aber als ein Alternativfoto kam, entschieden wir uns bewusst dagegen, weil es zu soft wirkte. Das ursprüngliche Bild zeigte einfach genau, wie es in vielen Fällen tatsächlich ist. Als uns dann auch Dr. Sitte bestätigte, dass es aus seiner Erfahrung noch deutlich schlimmere Situationen gibt, wusste ich: Wir müssen bewusst provozieren, um die Kolleginnen und Kollegen wachzurütteln. Oft sehen das ja vor allem Pflegekräfte. Und wenn ein Arzt so etwas sieht, darf er es eigentlich nicht hinnehmen – das ist zumindest meine persönliche Meinung.



Angelika Steimer-Schmid

Vom Lokaljournalismus zur Chefredakteurin der Zeitung des Marburger Bundes (MBZ)

Angelika Steimer-Schmid ist Chefredakteurin der Zeitung des Marburger Bundes. Schon als Schülerin wusste sie: Sie will Journalistin werden. Nach ersten Erfahrungen im Lokaljournalismus und einem Umzug nach Köln fand sie eher zufällig zur Ärztegewerkschaft – und ist dort seit mittlerweile 39 Jahren tätig. Anfangs wurde sie eingestellt, um die damalige Mitgliederzeitschrift in eine Zeitung zu verwandeln. Mit Leidenschaft, Selbstbewusstsein und viel Eigeninitiative machte sie sich ans Werk – heute leitet sie ein eingespieltes Team. Ihre Themen: Berufs-, Gesundheits- und Tarifpolitik für angestellte und beamtete Ärztinnen und Ärzte, insbesondere im Krankenhaus, aber auch in vielen anderen Bereichen. Die Redaktion ist eng dran am Arbeitsalltag der Zielgruppen – und nimmt sich auch schwieriger Themen an, etwa in der zwölfteiligen Palliativ-Serie. Dabei liegt ihr besonders am Herzen, Informationen nicht nur in die Breite, sondern auch in die junge Ärztegeneration hineinzutragen.

Privat ist Angelika Steimer-Schmid verheiratet und Mutter zweier Söhne – und hatte ihre Kinder, weil immer vollzeittätig, phasenweise auch mit in die Redaktion genommen, lange bevor Begriffe wie „Work-Life-Balance“ in Mode kamen. Dank eines guten Chefs. Ihr Lebensmotto? „Vermeide schlechte Gefühle! Sieh stattdessen das Positive. Lass das Glas lieber halbvoll – aber niemals halbleer sein. Und wenn du etwas nicht ändern kannst, dann versuche es trotzdem. Erst wenn du merkst, dass deine eigene Energie zu sehr leidet, versuch lieber einen anderen Weg zu gehen.“

”

Dürfen wir Sterbende in unserer Zeitung abbilden?



Welche Resonanz haben Sie in diesem speziellen Fall bekommen?

Ich hatte befürchtet, dass es vielleicht zu empörten Reaktionen kommt – aber die blieben völlig aus. Stattdessen lauteten viele Rückmeldungen: „Ja, das haben wir so auch schon erlebt.“ Zwar haben sich unsere Leserinnen und Leser nicht in großer Zahl gemeldet, aber die Rückmeldungen, die kamen, waren durchweg positiv. Durch sie bekam ich den Eindruck, dass die Serie genau die erreicht hatte, für die wir sie gemacht hatten. Unterm Strich war es nicht so, dass zu jedem einzelnen Teil eine Reaktion kam – aber wenn etwas kam, dann oft mit echter Wertschätzung. Und auch mit fachlichen Anmerkungen. Die haben wir an Dr. Sitte weitergegeben, damit er gegebenenfalls noch einmal genauer erläutern konnte, was gemeint war. Auch beim Serienteil über Opiode gab es viele Nachfragen – etwa dazu, wann sie eingesetzt werden und wie sie dosiert werden. Das hat viele wirklich beschäftigt.

Was passiert eigentlich mit einem als Journalistin, wenn man Monat für Monat redaktionell mit Krankheit und Schmerzen konfrontiert ist – verändert das den Blick aufs Leben?

Ich würde sagen: nein. Wobei ich da ein bisschen ausholen muss. Ich war selbst vor einiger Zeit schwer krank und habe mich damals zwangsläufig mit dem Thema auseinandersetzen müssen. Das heißt, ich hatte vielleicht schon einen gewissen Wissensvorsprung und auch eine gewisse Einstellung – weil ich eh der Typ Mensch bin, der sich aktiv mit Themen befasst, statt sich von ihnen überrollen zu lassen. Vor diesem Hintergrund bin ich mit der Serie regelrecht „mitgewachsen“, denn je mehr ich mich mit den Texten und Inhalten beschäftigt habe, desto klarer wurde mein eigenes Bild – es wurde immer positiver. Und so traurig es auch klingt, habe ich später noch ganz konkret davon profitiert, als ich vor nicht allzu langer Zeit meine Mutter im Sterbeprozess im Umfeld des betreuten Wohnens begleitet habe. Denn bei der Kommunikation mit den

dort arbeitenden Palliativärzten und Pflegekräften habe ich noch mal gespürt, wie wertvoll das mir angelesene Wissen wirklich war. Zu dem Zeitpunkt war ich wirklich dankbar, dass ich mich vorher bereits so intensiv mit dem Thema beschäftigt hatte.

Rückblickend betrachtet: Worauf waren Sie bei dieser Serie besonders stolz – dass Sie schwierige Themen verständlich machen konnten oder dass Sie sich getraut haben, unbequeme Wahrheiten anzusprechen?

Auf beides. Für unsere Zeitung sind wir immer auf der Suche nach Themen, die man nicht überall findet – Themen, die ungewöhnlich sind oder die anders aufbereitet werden müssen. Insofern war es für uns eine echte Chance, mit Dr. Sitte jemanden an der Seite zu haben, der nicht nur fachlich unglaublich kompetent ist, sondern auch die Stiftung im Rücken hat – mit all dem Wissen und der Haltung, die dazugehört.

Gleichzeitig konnten wir auch einen Schwerpunkt setzen, der im ärztlichen Alltag immer noch zu wenig Raum bekommt: nämlich das Thema Lebensende – und die sogenannte „Sterbehilfe“. Denn über dieses polarisierende Thema wird viel diskutiert und gerungen. Dass die Palliativversorgung in diesem Zusammenhang ein wichtiger und oft unterschätzter Ansatz ist, ist leider noch viel zu wenig bekannt. Und das zieht sich durch alle gesellschaftlichen Schichten – es liegt nicht an Bildung oder Beruf, sondern schlicht daran, dass an vielen Stellen Informationen fehlen.

Deshalb war es uns wichtig, dieses Thema ganz bewusst zu platzieren. Vor allem auch, um es in die junge Ärztegeneration hineinzutragen. Mein jüngster Sohn ist inzwischen Arzt, meine Schwiegertochter wird bald ihr Medizinstudium abschließen. Wenn wir solche Themen ansprechen, merke ich, wie engagiert die Jüngeren sind – aber auch, wie viel Unsicherheit da ist. Deshalb war es richtig, die Serie so aufzubauen und in unsere Mitgliedschaft hineinzutragen.



Stichwort: junge Ärztegeneration – wie definieren Sie das? Und wo würden Sie sagen: Hier gibt es bereits Fortschritte, aber dort herrscht auch noch deutlicher Nachholbedarf?

Oh, das ist eine schwierige Frage. Manche fühlen sich jung – oder bleiben gefühlt einfach länger jung im Beruf. Aber wo fängt „jung“ überhaupt an? Beginnt der Nachholbedarf ab 40? Oder eher schon ab 30, bei den Berufseinsteigern? Ich denke, da lässt sich über alle Altersgruppen hinweg noch einiges an Aufklärungsarbeit leisten.

Im Verband definieren wir als „jung“ zunächst einmal Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung machen und natürlich Medizinstudierende, von denen wir auch eine große Zahl vertreten. Gerade Letztere sind schon mit sehr vielen Inhalten und Anforderungen im Studium belastet. Das Thema Lebensende ist da oft nur ein Randaspekt – wird aber immerhin an einigen Universitäten inzwischen gestreift.

Und auch im späteren Berufsleben, gerade bei den Älteren, spielt das Thema weiter eine Rolle – vor allem, wenn es in der eigenen Aus- und Weiterbildung kaum vorkam. Je nach Fachgebiet ist man dann stärker oder eben weniger damit konfrontiert. Ich würde deshalb sagen: Es ist ein Thema, das für alle Altersgruppen in unserer Leserschaft relevant war und ist. Und dann ist ja jedes Mitglied auch noch persönlich, privat betroffen.

„
Angstmacherei
statt Fakten –
ein absolutes
No-Go!“

„
Der Tod ist kein
Tabu mehr –
oder doch?“

”

Wenn es darum geht, einen würdigen Abgang zu finden, weiß ich heute genauer, was das für mich bedeutet

Was hat Sie denn unterm Strich mehr überrascht – wie viel es zu erzählen gibt oder wie viele Reaktionen Sie bekommen haben?

Die Reaktionen hätten gern noch etwas zahlreicher sein dürfen. Aber wir sind durchaus zufrieden mit der Anzahl der Rückmeldungen. Schwergefallen ist es mir allerdings, den Punkt zu setzen und zu sagen: Jetzt ist Schluss – Teil zwölf ist der letzte.

Trotzdem war das, glaube ich, die richtige Entscheidung. Denn ansonsten stellt sich irgendwann ein Gewöhnungseffekt ein. Inhaltlich hätten Herr Dr. Sitte und ich bestimmt problemlos noch zwölf weitere Ausgaben füllen können – genug Material hätte es ganz sicher gegeben. Aber irgendwann ist es auch gut, einfach mal einen Schlusspunkt zu setzen.

Wobei es insofern kein Schlusspunkt ist, als dass wir die Serie jetzt online zur Verfügung stellen – als gesammeltes Werk, damit man sie nachlesen, weiterverwenden und auch weiterdenken kann (www.marburger-bund.de/bundesverband/service/marburger-bundzeitung-und-mehr/rechtzeitig-palliativ-denken). Das finde ich sinnvoll. Und wer weiß – vielleicht kommt in ein paar Monaten oder in einem Jahr ein Thema auf, zum Beispiel aus der Gesetzgebung, das gut dazu passt. Dann kann man daran anknüpfen. Vielleicht nicht als ganze Serie, aber doch als Beitrag, der das Thema wieder auf die Agenda holt.

Gab es in der Serie Themen, die Sie persönlich berührt oder länger beschäftigt haben?

Ja – wobei ich da, wie bereits erwähnt, vor allem an die persönliche Situation mit meiner Mutter denke. In dieser Zeit habe ich mir einige der Serienteile noch einmal sehr bewusst angeschaut. Besonders die Debatte rund um den Einsatz von Opioiden – wann ja, wann nein, in welcher Form – hat mich dabei nochmal intensiv beschäftigt.

Diese emotionale Nähe hatte also weniger mit der redaktionellen Arbeit selbst zu tun, sondern eher mit der pri-

vaten Betroffenheit. Die Serie hat mir in dieser Phase nochmals gezeigt, wie hilfreich fundiertes Wissen sein kann – gerade im persönlichen Umfeld.

Aber hat sich durch die redaktionelle Auseinandersetzung auch Ihr persönlicher Blick auf das eigene Altern oder Sterben verändert?

Ja, er ist tatsächlich noch klarer geworden – vor allem in Bezug darauf, wie ich mir mein eigenes Lebensende einmal vorstelle. Durch die intensive Beschäftigung mit dem Thema habe ich viele Informationen bekommen, von denen ich glaube, dass sie mir später sehr helfen werden.

Ich sage es mal ganz salopp: Wenn es darum geht, einen würdigen Abgang zu finden, weiß ich heute genauer, was das für mich bedeutet. Dass man würdevoll sterben kann – ohne Angst, ohne Schmerzen, in Frieden –, das ist für mich noch einmal viel greifbarer geworden.

Inzwischen habe ich da sehr konkrete Vorstellungen.

Lassen Sie uns jetzt über Persönliches reden. Können Sie sich an Ihre erste bewusste Konfrontation mit dem Tod erinnern?

Ja, das kann ich. Nicht in der Intensität, wie ich sie Anfang dieses Jahres erlebt habe – aber damals, beim Tod meines Schwiegervaters, das war das erste Mal, dass ich den Sterbeprozess ganz bewusst miterlebt habe. Davor waren es die Großeltern – da war ich noch jünger, habe das natürlich auch zur Kenntnis genommen und war auch betroffen, aber es war ein anderes Erleben. Meine Einsicht lautet so: Je älter man selbst wird, desto mehr beginnt man, sich intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen. Auch, weil das Umfeld sich verändert – Menschen sterben, manchmal sogar Jüngere. Und dann merkt man: Es ist eben keine reine Altersfrage. Das macht einen natürlich ziemlich nachdenklich. Und irgendwann findet man den Punkt, an dem man sich bewusst entscheidet, sich wirklich mit dem Tod zu beschäftigen.



Foto: MBZ

Aber gab es in Ihrem Leben einen Moment – als Kind, Jugendliche oder Erwachsene –, der Ihren Blick auf Sterben und Abschied grundlegend verändert hat?

Der Moment, der für mich persönlich wirklich alles verändert hat, war die intensive Zeit des Abschiednehmens von meiner Mutter. Das war sehr eindrücklich – und ist das Erlebte, das mich bis heute am stärksten geprägt hat.

Was sind aus Ihrer Sicht die größten Versäumnisse in Sachen Aufklärung über das Lebensende – sei es in der Schule, in der Gesellschaft oder ganz grundsätzlich?

Das größte Versäumnis ist für mich, dass sich viele Menschen heute damit abfinden, wenn jemand alt ist und der Tod näher rückt. Es heißt dann oft zu schnell: „Na ja, die im Krankenhaus kümmern sich schon“ – oder: „Im Heim wird man sich darum kümmern.“



”

Besonders wichtig wäre mir, mit all den Menschen, die mir nahe sind, eine schöne Form des Abschieds zu finden.

Aber leider fehlt es ausgerechnet da noch immer viel zu sehr an Aufklärung. Denn vieles ließe sich doch im Zusammenspiel aller Beteiligten viel besser gestalten – besonders im palliativen Bereich. Und dann könnte es auch viel öfter in enger Zusammenarbeit mit den Angehörigen passieren, etwa auch in Heimen oder im häuslichen Umfeld. Damit will ich nicht sagen, dass sterbende Menschen im Krankenhaus schlecht aufgehoben sind – um Gottes willen, es soll kein falscher Eindruck entstehen. Manchmal geht es auch einfach nicht anders. Aber ich finde, dass vieles heute einfach verlagert wird. Dabei wäre es durchaus häufiger möglich, Menschen würdevoll zu Hause sterben zu lassen – wenn die Rahmenbedingungen stimmen und Angehörige wüssten, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen können. Dann würden sich viele vielleicht sehr viel leichter tun, das auch zu Hause umzusetzen. Was mich daran übrigens besonders traurig macht, ist, dass dieses Thema nach wie vor viel zu wenig vorkommt – dabei könnte es schon in der Schule anfan-

gen. Und es geht ja weiter: Wie reden wir darüber, wo Menschen sterben – und wie sie sterben? Ich sage es immer wieder: würdevoll sterben. Und ich glaube, genau dieses Bewusstsein ist teilweise verloren gegangen. Denn früher war es doch selbstverständlich, dass der alte Mensch zu Hause mitgestorben ist. Heute ist das eben nicht mehr der Fall. Deshalb bin ich auch so überzeugt davon, dass wir deutlich mehr informieren müssen – über Optionen, über Hilfen und weitere, mögliche Alternativen. Damit sterbende Menschen nicht in die Verschiebebahnhöfe geraten, sondern dortbleiben können, wo sie sich sicher und geborgen fühlen.

Stellen Sie sich einmal vor, dass Sie selbst am Lebensende angelangt sind. Was ist Ihnen dann wichtig?

Besonders wichtig wäre mir, mit all den Menschen, die mir nahe sind, eine schöne Form des Abschieds zu finden. Also einen friedvollen Abschied. Dinge, die einen begleitet haben, die einen verbinden, noch mal anzusprechen – sich gemeinsam daran zu erinnern.

Und vor allem einen lustigen Abschied zu haben. Ich habe da so eine Vorstellung, dass man eher feiert – ich feiere gerne –, insofern möchte ich auf keinen Fall, dass eine Trauerkloß-Mentalität aufkommt. Auch nicht, wenn ich da liege und es zu Ende geht. Viel lieber wäre mir das Gefühl zu vermitteln, dass ich ein gutes Leben geführt habe. Wenn ich mir das sagen kann – dass ich mir nichts Schlimmes zu Schulden kommen ließ, nichts bereue und nichts verpasst habe –, dann wäre es das Schönste, diesen Moment mit meinen Lieben teilen zu dürfen.

Was wünschen Sie sich von Berufskollegen im Umgang mit dem Thema Sterben?

Mehr Offenheit. Mein Eindruck ist, dass viele Kollegen aus dem Journalismus einen Bogen um dieses Thema machen – vielleicht, weil es nicht leicht zu vermitteln ist oder weil man glaubt, das sei kein Stoff für eine breite Leserschaft. Aber genau das halte ich für einen Irrtum. Denn besonders wir Medienmenschen könnten hier so viel bewirken. Es mangelt nicht an Ärzten, Pflegern oder anderen engagierten Menschen, die bereit wären, ihre Erfahrungen zu teilen. Aber es braucht auch Journalistinnen und Journalisten, die offen auf sie zugehen, die richtigen Fragen stellen – und sich trauen, auch schwierige Themen wie das Lebensende journalistisch fundiert aufzugreifen. Etwa Fragen wie diese: Wie kann ein Abschied gelingen? Wie können Menschen würdevoll sterben – gerade in einer Zeit, in der viele allein leben, ohne Familie? Ja, all das sind Fragen, über die wir alle viel sprechen und schreiben sollten.

Doch was geht für Sie gar nicht in der medialen Außendarstellung von Medizin und Palliativmedizin?

Angstmacherei. Wenn Schlagzeilen um jeden Preis produziert werden, dann verfehlt das nämlich den eigentlichen Sinn. Dazu gehört auch, dass mehr Hintergrundinformationen vermittelt werden müssen. Man kann ein so komplexes Thema eben nicht in einer Handvoll Sätze erklären. Im Gegenteil: Dazu braucht es Fingerspitzengefühl und einen verantwortungsvollen Umgang.

Welche Themen rund ums Lebensende verdienen Ihrer Meinung nach in den nächsten Jahren besondere mediale Aufmerksamkeit?

Auf jeden Fall die Frage, wie es mit unserer medizinischen Versorgung weitergeht. Wir sind ja Babyboomer – eine große Generation, die jeder mehr oder weniger mit Kindern bedacht hat. Und jetzt steht plötzlich die Frage im Raum: Wer wird uns pflegen, wer wird uns versorgen, wer kümmert sich um uns? Ich glaube, darüber kann man gar nicht genug berichten und ein Bewusstsein schaffen. Gerade die, die jetzt so 50 plus sind, sollten sich wirklich frühzeitig und intensiv Gedanken darüber machen. Sie stehen ja quasi schon mittendrin in der Verantwortung für ihre eigene Gesundheit. Und ja, auch Themen wie gesund leben, vorsorgen und sich fit halten, müssen noch viel mehr in den Fokus rücken. Denn es sind ja noch etliche Jahrzehnte, die vor uns liegen – wenn man den Prognosen Glauben schenkt – und da ist es wichtig, dass man gut auf sich Acht gibt. Diese Themen sollten in der Berichterstattung von allen Seiten beleuchtet werden.

Schlussfrage! Wenn Sie eine Schlagzeile schreiben sollten über den idealen Umgang unserer Gesellschaft mit dem Sterben – wie würde Ihre Headline lauten?

Das Sterben gehört zum Leben – feiert es würdig.



Foto: Privat

Mike Powelz,

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

Mike Powelz ist seit 2025 Stiftungsrat der Deutschen PalliativStiftung, erarbeitet und führt für uns die Interviews.

Halbes Herz, volles Leben ...

Aus dem Leben des Kenth Joite

Das Motto „halbes Herz, volles Leben“ ist bei mir nicht einfach nur ein Motto. Wer mich genauer kennt weiß auch, dass dieses Motto bei mir Programm ist.

Aus meinem Leben ...



Selfie: Kenth Joite

Im August 1990, wurde ich mit einem schweren Herzfehler geboren. Erst vier Wochen nach meiner Geburt, wurde dieser diagnostiziert.

Meine Eltern bekamen keine gute Prognose, was meine Lebenserwartung betraf. Mit viel Glück, so hieß es, würde ich die nächsten zwei Jahre überleben können. Entgegen aller Erwartungen, lebte und überlebte ich im Alter von zwei Jahren dennoch die Kawashima-OP. In den nächsten Jahren konnte ich trotz meiner Erkrankung den Kindergarten besuchen, am normalen Leben teilnehmen und vordergründig ging es mir gut, denn man sah mir meinen Herzfehler nicht an.

Ich war, so wie viele Jungs in meinem Alter, mit meinen nun schon 9 Jahren, ein großer Fußballfan. Da mir die Ärzte aber von diesem Sport abrieten, entschied ich mich, auf der Suche nach einem Hobby, zunächst für die Jugendfeuerwehr. Hier fand ich viele Freunde, hatte eine gute Zeit und die viele Bewegung tat mir und meinem Herz sehr gut. Dennoch ließ mich der Fußball nicht los. So fand ich eine passende Lösung und wurde schließlich Schiedsrichter. Die Gefahr, hier direkt vom Ball am Herz getroffen zu werden, war eben wesentlich geringer.

Schiedsrichter müssen erfahrungsgemäß sehr viel laufen. Mir und meinem Herz jedoch, tat dieser Ausdauersport sehr gut. Die Spiele auf den großen Fußballfeldern, haben mir am meisten Spaß gemacht, auch wenn sie für mich sehr anstrengend waren. Durch das Laufen, trainierte ich automatisch auch mein kaputtes Herz.

So vergingen Tage, Wochen und Monate....

2006 stand die erste Kur an. Meine anfängliche Skepsis wich schnell und der Aufenthalt in der Rehaklinik in Boltenhagen erwies sich als positiv. Mir ging es dort sehr gut. Leider hielt dieser Zustand jedoch nicht an.

Während meiner anschließenden Ausbildung beim Hauptzollamt, ging es mir sichtlich schlechter. Ich verbrachte mehr Zeit bei Ärzten oder in Krankenhäusern als an meiner Arbeitsstelle. Vor allem in der zweiten Jahreshälfte im Jahr 2010 war mein Zustand so schlecht, dass ich auch um einen Rettungsdienstinsatz nicht umhinkam.

Die Ärzte der medizinischen Hochschule Hannover eröffneten mir im Oktober 2010, dass ich dringend ein neues Herz benötigte.

Laut meiner Ärzte, war meine Lebenserwartung nun vielleicht auf zwei Jahre geschrumpft. Diese Aussage brachte mich psychisch an den Rand dessen, was ich verarbeiten konnte. Ich brach zusammen und weinte.

Um psychisch stabiler zu werden, begann ich eine erneute Rehabilitation in Tannheim. Der Austausch mit bereits Transplantierten und Menschen, die unter anderen schweren Erkrankungen litten, erweckte Hoffnung in mir. Auch die Gespräche mit Sozialarbeitern ermutigten mich sehr.

Im März 2011 setzte man mich im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der medizinischen Hochschule Hannover, auf die Herz-Transplantationsliste! Die Wochen in der MHH kamen mir vor wie eine Ewigkeit! Obwohl ich durch sehr viel Besuch Ablenkung hatte, zog sich die Wartezeit in die Länge. Sonographie, MRT, Zahnarztbesuche und Röntgen, sowie häufige Blutabnahmen, wechselten sich ab.

Nach Abschluss sämtlicher Untersuchungen wurde meinen Eltern und mir eröffnet, dass es viel zu viele Faktoren gäbe, die gegen eine Transplantation

sprächen. Also doch kein Spenderherz!?! Ich war schockiert!

Meine Eltern weinten, während ich versuchte mich zusammen zu reißen. So verließ ich das Krankenhaus, wie man sich denken kann, psychisch total angeschlagen.

Ich wurde ein anderer Mensch. Meine Lebenslust ging verloren, ich blieb meistens zu Hause, während meine Freunde feiern gingen und da mir vieles egal wurde, machte ich fortan Schulden und lebte in einer Stimmung, in der mir alles egal war.

Erst eine weitere Reha im Juli 2011, hat mich wieder in die Spur gebracht. Meine Betreuer, Ärzte und auch der Austausch mit anderen Patienten, gab mir erneut meine Hoffnung zurück. Wir schreiben das Jahr 2025. Ich lebe!

Inzwischen ist sehr viel passiert. Einige Reha-Aufenthalte und zudem eine riskante Operation, in der man mir einen Teil der Lunge verschloss, warfen mich zwar zurück, aber ich stand immer wieder auf.

Halbes Herz - Volles Leben... ist zu meinem Lebensmotto geworden!

Warum lieber Leser, schreibe ich meine Geschichte auf?

Das Leben, mit einem derart kranken Herz, ist kein einfaches, aber es ist MEIN Leben. Ängste, Schmerzen, Gefühlsschwankungen, Hoffnungslosigkeit und Mutlosigkeit sind Worte, mit denen ich sehr wohl Gefühle und Situationen verbinde. Das ist menschlich und bleibt bei einer solchen Krankheit nicht aus.

Dennoch aber, kenne ich auch die anderen vielen Gefühle, die das Leben mit sich bringen kann und auf die ich mich zu konzentrieren versuche. Denn ... ich will LEBEN... und dieses Leben mit all seinen Facetten, mit all seinen Fürs und Widers, mit all seinen Ups und Downs annehmen! Ich war und bin ein Kämpfer und werde nicht aufgeben, solange mich das Leben nicht aufgibt!



Gerne möchte ich euch an meiner Geschichte teilhaben lassen. Sie soll euch Mut machen, Hoffnung bringen und ein kleines Licht sein, inmitten all der Dunkelheit. Danke an meine Familie, meine Freunde, meine Betreuer, Ärzte und Krankenschwestern für jede Hilfe und Unterstützung!!!

Halbes Herz – volles Leben.... 2025 und ich bin immer noch hier!
Mit HERZlichen Grüßen

Kenth

Wenn ihr mehr über mich erfahren möchtet, könnt ihr gern eine Mail an info@kenthjoite.com senden oder schaut auf die Website <https://www.kenthjoite.com>

Der Mensch im Fokus

Ein Praxisbericht

Von Dominik Stark

Der Frühdienst auf der Intensivstation beginnt für mich mit der Übergabe und der Vorbereitung auf die anstehenden Aufgaben und Herausforderungen. Mein erster Patient im heutigen Frühdienst ist ein 60-jähriger Mann, der vor einigen Monaten noch eine relativ erfolgreiche, wenn auch anstrengende Behandlung gegen Lungenkrebs hinter sich gebracht hat. Doch die Krankheit ist zurückgekehrt, diesmal mit einem Rezidiv und einer akuten Influenza-Lungenentzündung. Er befindet sich isoliert an einer nicht-invasiven Beatmung. Eine Maske auf dem Gesicht bietet mit 70 Prozent Sauerstoff über ein Beatmungsgerät eine erhebliche Entlastung. Für uns Intensivpflegende ist es eine Herausforderung, den Patienten in diesem Zustand bestmöglich zu unterstützen, seine Beschwerden zu lindern und gleichzeitig seine Würde zu wahren.

Beim ersten Kontakt begrüße ich ihn freundlich, stelle mich vor und beginne den Austausch. Es ist mir wichtig, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der der Patient offen sprechen kann. Ich frage nach Schmerzen, Atemnot und Komfort: „Bekommen Sie gut Luft? Geht das mit der Maske? Soll ich Sie etwas aufrechter im Bett positionieren?“ Dabei versuche ich, auf jede Kleinigkeit zu achten, um die Behandlung individuell anzupassen. Intensivpflege ist eine ständige Feinabstimmung, bei der ich versuche, an jeder „Schraube zu drehen“, um das Beste für meinen Patienten zu erreichen. Für den Moment scheint es ihm besser zu gehen: Die Atmung ist erleichtert, die Schmerzen sind vorübergehend unter Kontrolle.

Im Verlauf der Behandlung nehme ich die Maske kurzzeitig ab, um mit ihm zu sprechen und die Mundpflege durchzuführen. Für ihn ist das klei-

ne „grüne Schwämmchen“, mit dem ich seine Lippen etwas befeuchte, ein kleines Highlight in einem sonst so belastenden Moment. Ich wechsle auf eine sogenannte High-Flow-Therapie durch einen Schlauch in die Nase, da die Maske ihn zu sehr bedrückte und er eine kurze Pause brauchte. Dabei ist es für mich als Fachintensivpfleger essenziell, immer wieder auf die Signale des Patienten zu achten, seine Bedürfnisse zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Doch dann öffnet sich mein Patient langsam und spricht mit einer Klarheit, die mich tief berührt: „Danke für alles, was Sie tun. Aber ich bin ehrlich: Ich möchte nicht mehr. Der Krebs ist zurück, und die letzte Therapie war sehr hart. Ich habe gelebt. Ich möchte keine weitere Intensivbehandlung mehr.“ Diese Worte gehen mir eiskalt den Rücken runter.

Es ist eine Situation, die mich als Pfleger vor eine enorme Herausforderung stellt: Der Patient lehnt eindeutig die weitere Therapie ab, obwohl wir aktuell alles tun, um ihn zu stabilisieren. Für uns ist es nun eine Gratwanderung zwischen medizinisch-pflegerischer Verantwortung und dem Respekt vor den Wünschen des Patienten.

Ich nehme seine Worte sehr ernst. Er ist bei vollem Bewusstsein und hat alle Tests auf ein Delir bestanden. Seine Entscheidung ist für uns rechtsverbindlich und es ist für mich eine klare Botschaft: Hier spricht jemand, der sein Leben selbstbestimmt gestalten möchte, auch, wenn die Situation kritisch ist. Ich verspreche ihm, seine Wünsche in der nächsten Visite zu vertreten und alles zu tun, um seine Entscheidung zu respektieren.

In der nachfolgenden Visite ergreife ich Partei für meinen Patienten. Ich schildere die Situation, diskutiere im multiprofessionellen Team und wir wägen



Foto: Marilena Werth

gemeinsam ab, welche Maßnahmen im Sinne des Patienten sind. Nach eingehender Diskussion entscheiden wir, die Intensivtherapie nicht fortzuführen und den Wunsch des Patienten zu respektieren. Stattdessen tun wir alles dafür, um ihn bestmöglich palliativ zu begleiten, seine Schmerzen zu lindern und ihm die Würde zu bewahren, die er sich wünscht.

Nachdem wir den Patienten weitestgehend stabilisiert haben, verlegen wir ihn auf die Normalstation. Hier wird fortan eine palliative Therapie im Sinne des Patienten erfolgen.

Ich werde niemals vergessen, wie dankbar er mir gegenüber war. Diese Momente zeigen mir, wie wichtig eine Kommunikation auf Augenhöhe ist und welche gute Wirkung wir dadurch in der Intensivpflege für unsere Patientinnen und Patienten haben können. Pflege bedeutet immer nah an den Menschen zu sein und sie in ihrer Selbstbestimmung zu stärken, auch wenn es eine Beendigung der kurativen Therapie bedeuten kann.

”

„Diese Worte gehen mir eiskalt den Rücken runter.“

Zur Diskussion über lebensverkürzende Maßnahmen

„Sterbehilfe“

Eine gesetzliche Differenzierung zwischen der erlaubten Form der passiven Sterbehilfe und der nicht erlaubten Form der aktiven Sterbehilfe gibt es bislang nicht (erster Ansatz zur Unterscheidung vom BGH 2010).

Unklare Definitionen führen zu Fehlgebrauch. Aus hospizlich-palliativer Sicht ist dieser Begriff ein unangemessener Euphemismus und deswegen zu vermeiden. Deshalb in Anführungszeichen.

Patientenwille

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

Der Patientenwille ist für jeden Behandler verbindlich.

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

Patientenverfügung

Schriftlich oder mündlich möglich: Vorausverfügter Wille eines Menschen für den Fall, dass dieser Mensch seinen Willen zu gegebener Zeit nicht mehr äußern kann, wenn Entscheidungen, z. B. zu medizinisch begründeten Therapien getroffen werden müssen (§ 1901a (1) BGB).

Mutmaßlicher Wille

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

Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen

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

Therapiezieländerung

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

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

Aktive „Sterbehilfe“ besser: Tötung auf Verlangen

Aktiver Eingriff in den Lebensprozess um ein Leben zu beenden.

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

Problem: Kann ein Patient keine Selbsttötung(mehr) begehen, hätte er dann ein Recht zur Tötung auf Verlangen oder ohne direktes Verlangen?

Passive „Sterbehilfe“, besser: Sterben zulassen

Medizinisch begleitetes Sterben Zulassen sind Unterlassung oder Nicht-Fortführen lebenserhaltender Maßnahmen wie künstliche Ernährung und Beatmung, Behandlung mit Antibiotika u. a. m., wobei dem natürlichen Krankheits- oder Sterbeprozess seinen Lauf gelassen wird. Es muss entsprechend dem Patientenwillen geschehen. Sterben Zulassen ist also geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht (wegweisendes BGH-Urteil aus 2010).

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

Indirekte „Sterbehilfe“ besser: Nebenwirkung der Therapie

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

Wegweisendes Urteil des BGH 1996: Es ist erlaubt oder sogar geboten, lindernde Medikamente auch in einer Dosis zu verabreichen oder Behandlungen vorzunehmen, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung die Sterbephase verkürzen könnten. Gleiches gilt bei Nebenwirkungen anderer Maßnahmen.

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

Problem: Irreführender Begriff, da eine symptombezogene Indikation nicht auf Verkürzung des Lebens abzielt.

Suizid = Selbsttötung (fälschlich: Selbstmord oder Freitod)

Selbsttötung ist der eindeutig neutrale Begriff für Handlungen, mit denen ein Mensch sich selber das Leben nimmt.

Wie frei ist der Tod durch eigene Hand? Inwieweit ein Bilanzsuizid, der als Ausdruck einer freien Willensäußerung verstanden wird, überhaupt gegeben sein kann, ist gerade bei Psychiatern sehr umstritten. Ein Bilanzsuizid findet nur sehr selten in einer Palliativsituation statt.

In der Regel liegt in der Palliativsituation ein Zustand vor, bei dem bestimmte Ängste ursächlich für den jeweiligen Sterbewunsch sind.

Problem: Freitod (wirklich frei und selbstbestimmt?) oder Selbstmord (Mord geschieht aus Niedertracht) sind wertend und deswegen sollte in der Diskussion der neutrale Begriff Selbsttötung oder Suizid benutzt werden.



Suizidassistentz = Beihilfe zur Selbsttötung

Beihilfe zum Suizid ist straffrei, da Selbsttötungsversuche in Deutschland straffrei sind. Dies gilt für alle Menschen jeder Berufsgruppe. So handeln Ärzte straffrei, die Suizidassistentz leisten, auch wenn dies standesrechtlich teilweise nicht zulässig ist.

Durch Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas, Exit, den früheren Hamburger Justizsenator Roger Kusch und Einzelpersonen ist das Problem der gewerblichen (gegen eine Vergütung), organisierten (z.B. vereinsmäßig) und geschäftsmäßigen (wiederholten, routinemäßigen) Förderung der Beihilfe zur Selbsttötung ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt.

Hier gibt es konträre Standpunkte:

1. Ablehnung jeglicher organisierter Beihilfe zum Suizid, also z. B. auch durch gemeinnützige Vereine, um die bestehende Hemmschwelle für einen Suizid so hoch wie möglich anzusetzen.

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

Das Bundesverfassungsgericht hat 2020 festgestellt, dass die Gründe für einen (freiverantwortlichen) Suizid nicht rational oder nachvollziehbar sein müssen.

Problem 1.: Suizidassistentz als entlohnte Dienstleistung. Soll

eine erforderliche Überwachung, Qualitätssicherung und Gebührenordnung staatlich geregelt werden?

Problem 2: Extremschicksale mit Suizidassistentz als tatsächlich einzig denkbarer Lösung sind nicht immer auszuschließen, mit guter hospizlich-palliativer Versorgung werden sie sich auf wenige Einzelfälle beschränken. Einzelfälle sind nicht gesetzlich regelbar.

Symptomkontrolle

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

Problem: Wissenslücken, Unsicherheit zu medizinischen und juristischen Fragen verhindert häufig den rechtzeitigen Einsatz der lindernden Medikamente.

Sedierung

= Beruhigung. Dabei erhält der Patient beruhigende Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, Betäubungsmittel) in einer ausreichenden Dosis, damit er ruhiger wird, leicht schläft, aber erweckt- und ansprechbar bleibt. Eine Sedierung kann bei krankhafter Angst und Unruhe nötig sein. Eine Sedierung an und für sich muss so ausgeführt werden, dass sie nicht das Leben verkürzt.

(Siehe auch palliative Sedierung)

Palliative Sedierung

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

Bei sachgerecht durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle der Sterbeprozess nicht beschleunigt.

Die palliative Sedierung kann intermittierend geschehen, sehr kurz oder viele Tage erforderlich sein.

Problem 1: vermeintliche Nähe und Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen

Problem 2: Missbrauchspotenzial (siehe auch terminale Sedierung)

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

Terminale Sedierung

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

Problem: Für Nicht-Experten ist die terminale Sedierung kaum von der palliativen Sedierung zu unterscheiden. Beides sieht aus, als ob der Patient sanft einschläft und verstirbt.

Aktive Lebensverkürzung oder Lebensverkürzende Maßnahmen

Vorschlag eines Sammelbegriffes für alle Maßnahmen, die beabsichtigt durch aktives Handeln den Tod schneller herbeiführen ohne den natürlichen Sterbelauf abwarten zu wollen wie Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung. Damit sollte die Diskussion klarer gestaltet werden können.

Körperverletzung (am Lebensende)

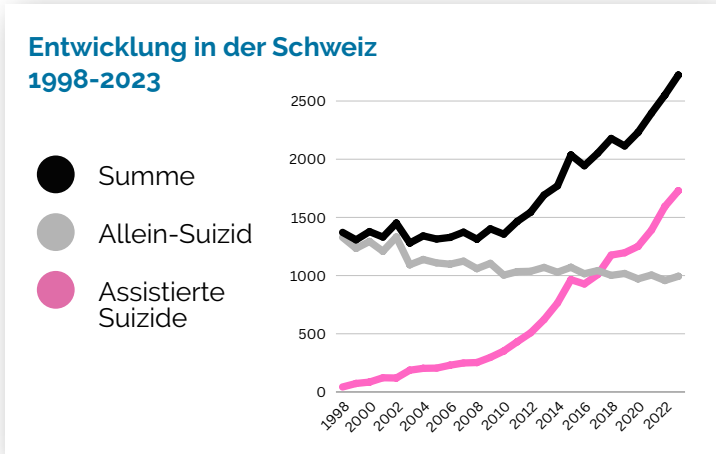
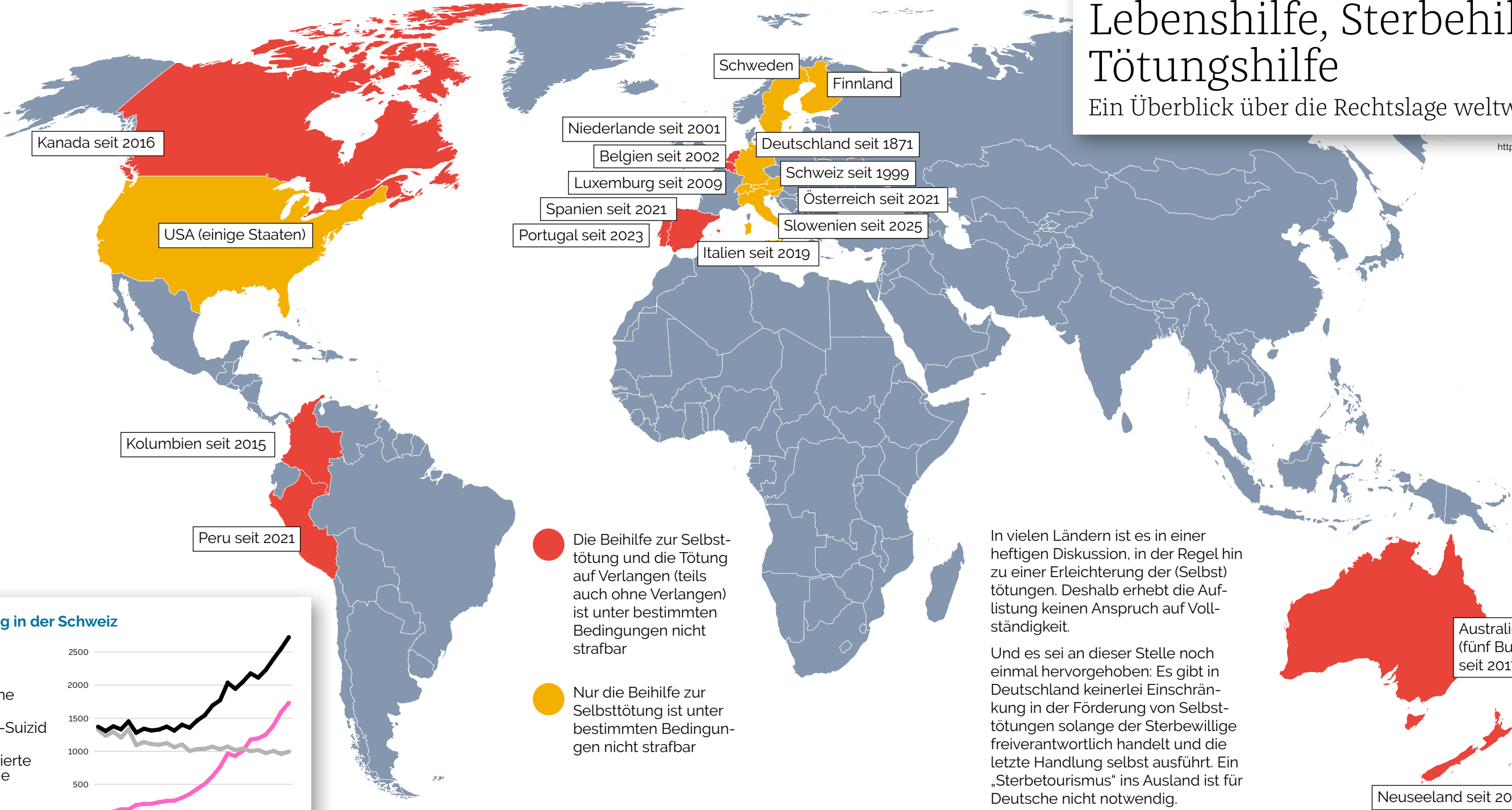
Hier: Durchführung medizinisch indizierter Maßnahmen gegen den Patientenwillen (siehe dort), Durchführung nicht indizierter Maßnahmen und die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten. Beides sind häufige Probleme in der täglichen Praxis der Versorgung von Palliativpatienten.

Es sind häufige, grundsätzlich strafbare Vergehen im Rahmen einer Futility („Vergeblichkeit“, Fehl- oder Überversorgung) am Lebensende. Sie werden in der Regel aber nicht verfolgt, weil sie nicht angezeigt werden.

Problem: Behandlung gegen den Patientenwillen (Körperverletzung § 223 StGB) wird als normal und unvermeidbar wahrgenommen.

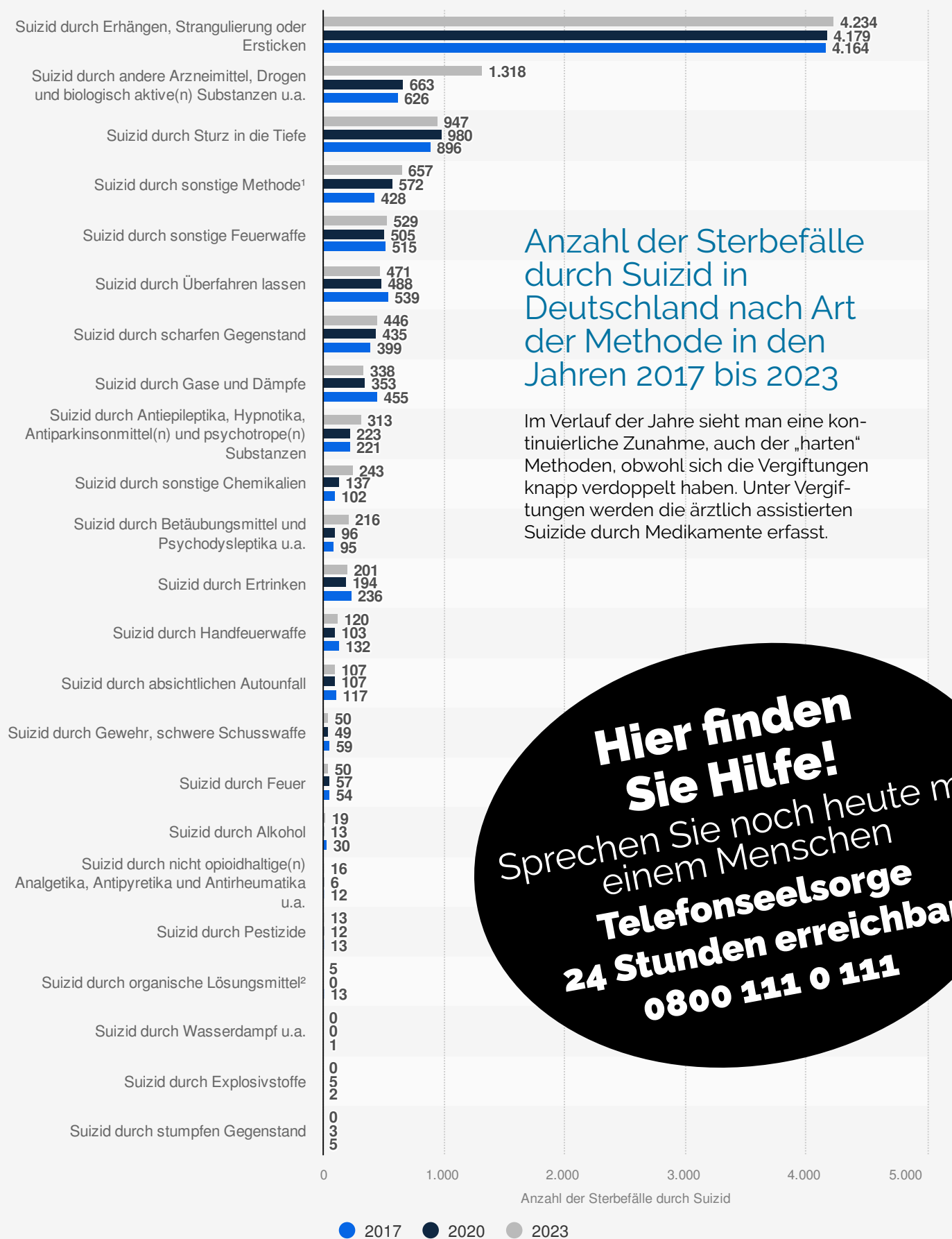
Lebenshilfe, Sterbehilfe, Tötungshilfe
Ein Überblick über die Rechtslage weltweit.

<https://www.istockphoto.com>



Entwicklung in der Schweiz 1998-2023

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Freitodbegleitung	43	73	85	122	120	187	203	205	230	249	253	297	352	431	508	622	764	965	928	1009	1176	1196	1251	1391	1594	1729
Allein-Suizid	1328	1234	1293	1209	1331	1093	1138	1109	1098	1124	1060	1105	1004	1034	1037	1070	1029	1071	1016	1043	1002	1018	972	1005	958	994
Summe	1371	1307	1378	1331	1451	1280	1341	1314	1328	1373	1313	1402	1356	1465	1545	1692	1771	2036	1944	2052	2178	2114	2231	2396	2552	2723



Spritze oder Strick – Was ist die bessere Wahl?

Von Thomas Sitte

Als Arzt bin ich schon viele hundert Male gebeten worden, beim Sterben nicht nur im Sinne von Linderung zu helfen, sondern den Tod herbeizuführen, beim Sterben also quasi „nachzuhelfen“.

Was ist ein guter Tod? Was ist eine gute Methode zur Selbsttötung? Die erste Frage fällt mir für mich persönlich leicht. Ein guter Tod kommt für mich mit einem natürlichen Sterben ohne großes Leiden nach einem erfüllten Leben.

Aber: Was ist eine gute Methode zur Selbsttötung? Letztlich schüttelt es mich, wenn ich darüber nachdenke, wie man diese zweite Frage beantworten kann. Wenn ich jetzt danach google und „Suizid Methode sicher“ eingebe, erscheint sofort:

Sprechen Sie bei Suizidgedanken mit jemandem. Wenn Sie niemanden haben, ist rund um die Uhr die Telefonseelsorge erreichbar.

Und das soll auch die durchgehende Botschaft dieses Magazins sein.

Ganz wichtig ist es zu wissen: Die letzten zehn Minuten vor dem Suizid sind entscheidend, wie es gerade Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, die erste deutsche Professorin für Suizidologie & Suizidprävention in Frankfurt im Interview mit dem Hessischen Ärzteblatt sagte. Wenn dann der Suizid unterbrochen wird, werden je nach Studie 75 bis 95 % der lebensmüden Menschen keinen zweiten Versuch unternehmen: „Das kann auch der Fall sein, wenn jemand auf der Brücke steht und ich ihn anspreche oder am Springen hindere. Man kann

diese Menschen vor dem Tod bewahren, auch dauerhaft. Wichtig ist natürlich auch, dass anschließend Hilfen erfolgen.“ Hessisches Ärzteblatt 9/2025, S. 482

Und ganz wichtig sei es auch, den Zugang zu Suizidmethoden zu beschränken. Will ich an Schienen und komme nicht (leicht) heran, bringe das viele Menschen schon vom Suizid ab.

Nun werden Ärzte, besonders jene, die Schwerstkranken behandeln, immer wieder um Rat und Hilfe gefragt. Hier ist es für mich jedes Mal eine schwierige Entscheidung, wie weit ich dann mit dem Rat gehen sollte. Und die Antwort wird durchaus sehr kontrovers gesehen. Prinzipiell finden solche Gespräche im geschützten Rahmen einer gewachsenen und verbindlichen Arzt-Patienten-Beziehung statt.

Juristisch ist ein Gespräch über Wege zur Selbsttötung bei selbstbestimmten und entscheidungsfähigen Patienten möglich und legal. Bei mir ist es immer verbunden mit der Zusage, dass ich weiß, wer mit welchen Möglichkeiten körperliches Leiden in der Krankheit soweit lindern kann, dass der Patient mit dem Erreichten weiter leben und auch weiter sterben kann.

Auf jeden Fall gilt in Deutschland: Zur Selbsttötung muss kein Mensch in die Schweiz oder nach den Niederlanden fahren. Und das über Jahre vehement in tausenden von Berichten in Zeitungen, Radio- und Fernsehsendungen als unersetzbar eingeforderte Natriumpentobarbital ist für eine Selbsttötung nicht sonderlich geeignet. Nach den Statistiken

aus den Niederlanden liegt hier die Versagerquote bei rund 7,0 bis 15,1 %. Das ist alles andere als todsicher. Es gibt eine große Zahl an Medikamenten, die Ärzte (auf Privatrezept) für eine Selbsttötung verschreiben können und ungestraft verordnen dürfen. Nur ist es eben (noch) keine Kassenleistung. Aber für wenige Dutzend Euro kann man die notwendige Dosis in der Apotheke kaufen.

Und es gibt noch reichlich andere Methoden, für die es keinen Arzt braucht.

Für mich das Tröstliche ist: Auch wenn ich mit einigen hundert meiner Patienten sehr ernsthaft über die Möglichkeiten der Lebensverkürzung gesprochen habe, hat es dann keiner getan. Keiner? So war es bis vor ein, zwei Jahren. Seither werden die Möglichkeiten der Linderung körperlicher Beschwerden zwar weiter besser.

Aber die Gesellschaft verändert sich und – so glaube ich – der Druck auf die Patienten, das Leben nicht mehr ertragen zu können, nimmt zu.

Hinweis

Eine Selbsttötung, auch mit Hilfe, ist niemals „todsicher“. Deswegen wird in der Leitlinie der niederländischen Ärzte- und Apothekergesellschaften ausdrücklich davon abgeraten. Die Versagerquote der ärztlich assistierten Selbsttötung schwankt dort zwischen 7,0 % (2018) und 15,1 % (2022). Dann greift ein Arzt ein und gibt die finale Giftspritze.

Barmherzigkeit als Maß in großen Fragen



Foto: privat

Pastor Michael Brems

Koordinierungsstelle für Krankenhausseelsorge in der Nordkirche und Vorsitzender der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD

michael.brems@seelsorge.nordkirche.de

von Michael Brems

Hund – Haus – Pferd – Hamster

Welches Wort passt nicht zu den anderen?

Richtig: Haus – denn alles andere sind Tiere.

Richtig: Pferd – denn alle anderen Begriffe beginnen mit „H“.

Richtig: Hamster – denn nur dieses Wort hat zwei Silben.

Für mich ist das ein Bild für die Komplexität des Lebens und dafür, dass es keine eindeutigen Antworten gibt.

Es gibt gute Gründe, gegen die Möglichkeit eines assistierten Suizids zu sein und alles dafür zu tun, ihn zu verhindern.

Es gibt gute Gründe, ihn zu ermöglichen.

Menschen sind unterschiedlich. Manche können viel Leiden ertragen, andere verzweifeln in derselben Situation und können irgendwann und dauerhaft nicht mehr. Wer will urteilen?!

Bei einer umfassenden palliativen

und hospizlichen Versorgung werden Sterbewünsche nur sehr selten geäußert werden. Aber wenn ein Mensch an den Punkt kommt, endlich sterben zu wollen, hat er das Recht, auf dem Weg heraus aus seiner Qual gut begleitet zu werden.

Natürlich muss unsere Gesellschaft mehr tun, um Suizide zu vermeiden.

Und natürlich beeinflusst es das Denken und Fühlen v.a. von An- und Zugehörigen und von Pflegekräften, ob entweder die Möglichkeit eines assistierten Suizids wie selbstverständlich mit im Raum ist, wenn z.B. Flyer im Altenheim dafür werben würden – oder wenn er eine Ausnahme ist. Das ist für mich das stärkste Argument gegen eine Liberalisierung. Jedes Leben, auch das beschädigte, kranke und alte, hat seine Würde. Ich habe Angst vor „tödlichem Mitleid“.

Aber ich möchte nicht in einer Welt leben, die mir die Hilfe zum Sterben versagt, wenn meine Situation und mein Leiden für mich anhaltend unerträglich geworden sind.

„Es reicht! Es reicht,“ sagt eine gute Bekannte unter Tränen. Jahrelang hat sie gekämpft. Nun kann sie nicht mehr. Ihre Aussichten mit ihrer seltenen Erkrankung sind dunkel. So hat sie sich entschieden, den Weg eines assistierten Suizids zu gehen. Wenn dieses Heft erscheint, wird sie tot sein. Und erlöst.

„Darf ich das“, fragt sie mich als Pastor und Christ. Und ich antworte Ja: Gott ist barmherzig. Und das Herz aller Religionen ist Liebe.

In meinen Jahren als Krankenhausseelsorger sind mir viele Menschen und Lebensgeschichten begegnet. Zu denen, die mich besonders berührt haben, gehört Herr S.:

Seit einem Fahrradsturz ist er vom Hals ab gelähmt und steuert seinen E-Rollstuhl mit dem Kinn. Rund um die Uhr ist er auf Hilfe angewiesen. Neun Monate war er im Krankenhaus und ist dann in ein Heim in Flensburg entlassen worden. Über E-Mail sind wir locker in Kontakt geblieben. „Jeden Morgen lasse ich mir vom Pflegepersonal die Beine an den Rolli binden“, schreibt er. „Ich lebe gern und möchte noch ein paar Jahre dabei sein. Aber wenn es für mich nicht mehr geht, wenn mich auch mein Kopf im Stich lässt, will ich noch selbstständig Schluss machen können: Es gibt hier einen Anleger an der Förde, den ich mit dem Bus erreichen kann. Dort würde ich mich ins Wasser stürzen.“

Sehr schwer sei für ihn, seine immense Abhängigkeit anzunehmen. Er kann ja nur noch den Kopf bewegen! Sich nicht einmal selbst seine Tränen abwischen zu können, sei hart. Aber: erstmal hat er sich für das Leben entschieden.

Dann: ein sehr stürmischer November-

morgen 2015. Ich höre Nachrichten. Gegen Ende wird von den Sturmschäden der letzten Nacht berichtet: abgedeckte Dächer, Autounfälle, Zugausfälle und: „Von einem Anleger in Flensburg wurde ein Rollstuhlfahrer vom Sturm in die Förde geweht. Er konnte nur noch tot geborgen werden.“ Sofort kommt mir Herr S. in den Sinn und ich schreibe ihm, dass ich bei der Radiomeldung an ihn gedacht habe: „... Ich hoffe sehr, dass es Ihnen gut geht, und sende Ihnen diesen kleinen herzlichen Gruß!“ Nur wenig später antwortet mir sein Bruder: „Sehr geehrter Herr Brems, ich melde mich als Bruder von P. und muss Ihnen mitteilen, dass es sich bei dem Rollstuhlfahrer, der in der Förde zu Tode kam, um meinen Bruder handelt. Wir sind alle zutiefst betroffen von dieser Nachricht.“

Auch ich bin tief erschüttert! Vor meinem inneren Auge sehe ich ihn, seinen E-Rollstuhl mit dem Kinn steuernd, mit dem Bus an die Förde fahren und durch Sturm und Regen die Rampe zum Anleger hinunterfahren: festgebunden an seinen Rollstuhl und entschlossen, nicht mehr weiterleben zu wollen. Und dann fährt er immer weiter, ohne zu bremsen, und stürzt ins Wasser, wird in die Tiefe gezogen – und ertrinkt!

Ich hätte ihm und allen so sehr einen friedlichen Abschied und ein würdevolles Hinübergehen in die kommende Welt gewünscht.

”

Gott ist barmherzig. Und das Herz aller Religionen ist Liebe.

Hilfe für Angehörige nach Suizid

Suizid über alle gesellschaftlichen Schichten hinweg

von Thomas Sitte

Jährlich sterben etwa 10.000 Menschen in Deutschland durch Suizid - das sind doppelt so viele wie durch Verkehrsunfälle ums Leben kommen (Quelle: Statistisches Bundesamt). Nicht berücksichtigt sind hier die unerkannten Suizide (unklare Verkehrsunfälle, heimliches Absetzen von lebenswichtigen Medikamenten, Essensverweigerung in Altenheimen u.a.).

Suizid ist „demokratisch“, er kommt in allen sozialen Schichten, allen Lebensaltern und Berufsgruppen vor. Die Ursachen sind vielfältig; es gibt nicht „den Suizid“, jeder Todesfall ist anders. Manchmal sind psychische Erkrankungen, Depressionen oder Alkohol mit im Spiel, manchmal erfolgt der Suizid ohne vorher erkennbare Hinweise auf die Gefährdung. Die Frage einer erblicher Disposition wird kontrovers diskutiert, wobei sowohl die genetische Veranlagung wie auch das Erlernen von Suizid als Problemlösungs-Strategie thematisiert werden.

Trotz dieser großen Unterschiede bei einem Tod durch Suizid befinden sich die Hinterbliebenen in sehr ähnlichen Situationen. Der Schmerz des Verlustes geht einher mit dem Verlassensein, mit Schuldgefühlen und Schuldzuweisungen. Die Frage nach dem Warum ist ein Ringen um Verständnis für etwas, das kaum nachvollziehbar ist.

Rund 10.000 Suizide in Deutschland jedes Jahr. Das sind viele hunderttausend Menschen, die in irgendeiner Weise davon betroffen wurden. Ich selbst habe Großvater, Bruder, enge Freunde, Kameraden, Bekannte, Patienten so verloren.

Wenn Sie, lieber Leser einmal kurz nachdenken, fallen Ihnen ganz sicher wesentlich mehr Menschen ein, die Suizid „erfolgreich“ begangen haben, als Sie es jetzt erwarten.

Auf einen Suizid kommen rund sieben Menschen, denen durch diesen Tod Spuren in die Seele eingebrannt werden. Wenige suchen Hilfe. Ich auch nicht. Letztes Jahr hat mich ein Bekannter um Hilfe bei einer AGUS-Gruppe gebeten.

Ich sollte „nur“ begleiten, moderieren. Nach einigen Sitzungen merkte ich erst, wie betroffen ich selbst bin und dass mir diese (Selbst)Hilfe auch selbst hilft ...

Auch Sie sind vom schweren Verlust eines nahe stehenden Menschen durch Suizid getroffen worden? Ganz frisch oder vor langer Zeit? Dies ist ein Schicksalsschlag, auf den keiner vorbereitet ist. AGUS kann dieser schweren Zeit etwas unterstützen.

Suizidgedanken in der Trauer nach Suizid

Nach dem Suizid eines nahe stehenden Menschen scheint das Leben der Hinterbliebenen zerstört. Alles, auf das man bisher vertraute, kommt ins Wanken. Suizidtrauer ist eine schwere Lebenskrise.

In dieser Zeit können auch Gedanken an den eigenen Tod auftreten. Häufig führen diese Gedanken zu einer Neuordnung des Lebens, zur Überprüfung der eigenen Werte und Lebensinhalten.

Wenn Sie bemerken, dass bei Ihnen Gedanken an Selbsttötung zunehmend auftreten und immer mehr Macht gewinnen, ist es an der Zeit, sich professionelle Unterstützung zu suchen.

Angehörige nach Suizid – Jeder Suizid ist eine individuelle Katastrophe

Die Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organisation) geht davon aus, dass jeder Suizid tote fünf bis sieben Angehörige hinterlässt, d. h. jährlich sind in Deutschland etwa rund 70.000 Menschen direkt vom Suizid betroffen.

Unberücksichtigt bleiben dabei Personen mit mehr Distanz zum Verstorbenen, wie z. B. Schulklassen, Arbeitskollegen, Vereinsfreunde, Nachbarn und andere Gruppen. Auch sie sind fassungslos, hilflos und trauern. So werden bei einem Suizid etwa 20 weitere Personen aus dem nahen Umfeld tief berührt und durchleben persönliche Krisen.

Bei der (geschätzten) Zahl von rund 70.000 Suizidbetroffenen jährlich ist zu berücksichtigen, dass sich diese Zahl nur auf EIN Jahr bezieht. Die Trauer nach der Selbsttötung eines nahe stehenden Menschen ist aber oft über viele Jahre hinweg ein lebensbestimmendes Thema.

Es kann davon ausgegangen werden, dass etliche hunderttausend Menschen in Deutschland die Trauer nach einem Suizid aktuell beschäftigt. Das Tabu um die Todesart Suizid führt dazu, dass wenig über die Häufigkeit von Selbsttötungen und die große Zahl der Hinterbliebenen bekannt ist. Die Zahl der jährlich durch Suizid Verstorbenen ist erschreckend!

<https://www.agus-selbsthilfe.de>

Kinder und Jugendliche

Scheuen Sie sich nicht, offen mit Kindern und Jugendlichen über den Suizid zu sprechen. Junge Menschen wollen wissen, was in ihrer Welt geschieht und brauchen die Erfahrung, sich auf Erwachsene verlassen zu können. Wenn ein Elternteil oder Geschwisterkind sich getötet hat, müssen die überlebenden Erwachsenen sich als glaubwürdig und zuverlässig erweisen. Kinder schützen sich selbst vor überfordernden Informationen, indem sie weghören oder spielen gehen.

Jugendliche sprechen meist lieber mit Freundinnen und Freunden als mit ihren Eltern über das, was sie bewegt. Geben Sie betroffenen Kindern und Jugendlichen Zeit und immer wieder neue Gelegenheiten, sich auf ihre eigene Weise mit den Themen Tod, Trauer und Suizid zu beschäftigen. Halten Sie den normalen Tagesablauf mit den für die Kinder üblichen Aktivitäten möglichst aufrecht, damit Ihre Kinder sich darin sicher fühlen können. Suchen Sie dabei die Unterstützung von Freunden und Verwandten, damit Sie Zeit für Ihre eigene Trauer finden.

Von Dr. Tod und den Sterbeengeln

Im Medizinbereich gibt es neben „weiß“ viele Schattierungen in „grau“ aber – leider – auch einen sehr klaren „schwarzen“ Bereich, der nur wenig wahrgenommen wird. Immer wieder wird, meist hinter vorgehaltener Hand von Sterbeengeln gesprochen, Dr. Tod und anderen.

Es gibt, zum Glück, einige sehr gute und exzellent recherchierte Bücher.

Der Arzt, dein Freund und Mörder

Strafsache Dr. U. – ein Lehrstück

Von Christoph Gebhardt und Christine Gutmann

HIRZEL, Neuauflage 2022, 188 Seiten, 23 EUR

ISBN 978-3-7776-2256-9

Dieser Tatsachenbericht ist nicht der Phantasie eines Krimi-Autors entsprungen, sondern das wahre Leben hat ihn geschrieben. Ein angesehener niedergelassener Orthopäde aus Hoechst wird beschuldigt, einen Patienten umgebracht zu haben – er wird zu einer Gefängnisstrafe verurteilt und rückt in die JVA Butzbach ein. Dort fällt er durch hervorragende Führung auf, berät, behandelt, hilft und rettet fachlich immer exzellent Mitgefängene und auch Gefängnispersonal.

Seine Fachgesellschaft kämpft mit großem Einsatz gegen diesen vermeintlichen Justizskandal. Als er auf Bewährung frei kommt und wieder als Arzt arbeitet, wird ein zweiter Patient ermordet. Was steckt hinter diesen Morden? Ist der Arzt tatsächlich der Täter? Zwei Juristen forschen nach und zeichnen ein faszinierendes Bild einer gestörten Persönlichkeit.



Zu den Autoren

Dipl. Psych. Dr. Christoph Gebhardt, Jhrg. 1950. Studium der Rechte in Frankfurt am Main und Gießen, Studium der Psychologie in Gießen. Er war als Richter bei verschiedenen hessischen Gerichten in Straf- und Zivilsachen tätig, unter anderem Vorsitzender eines Zivilsenats des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main.

Dr. Christine Gutmann, Studium der Rechte in Würzburg und Frankfurt am Main, Promotion zur Dr. Jur. über die Resozialisierung entlassener Strafgefangener. Sie war leitend in verschiedenen hessischen Justizvollzugsanstalten tätig und arbeitet seit 1995 in der Abteilung Strafvollzug des Hessischen Justizministeriums.

Zu diesem Fall des Dr. U. gibt es eine dreiteilige ARD-Dokumentation unter dem Titel „Auf den Spuren von Dr. Mord“

Tatort Krankenhaus:

Ein kaputtes System macht es den Tätern leicht

Von Prof. Karl H. Beine.

DROEMER, 2021, 272 Seiten, 14,99 EUR

Schockierende Erkenntnisse über Tötungen in deutschen Krankenhäusern:

Wenn nicht der Mensch – als Patient und als Pfleger – im Mittelpunkt des Gesundheitssystems steht, sondern Profit, Apparate und Pharmazeutika, dann wird das Gesundheitssystem zur Gefahr. Die Folge: Gestresste Pfleger und Ärzte, Unzufriedenheit, Behandlungsfehler und eine zunehmende Resignation. Einige Mitarbeiter reagieren mit Gewalt auf diese Überforderung und entscheiden nach eigenem Gutdünken über Leben und Tod.

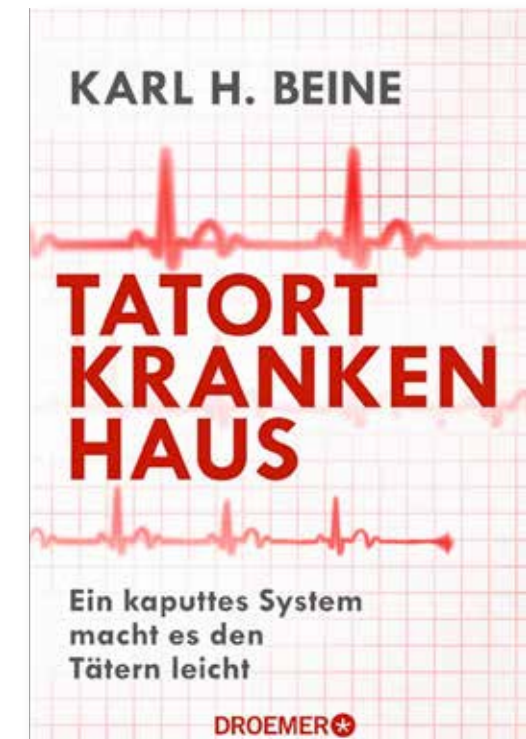
Das ist das schockierende Ergebnis einer preisgekrönten Studie, für die Professor Karl H. Beine im Herbst 2018 mehr als 5000 Beschäftigte in Gesundheitsberufen befragen konnte. Ärzte und Pflegekräfte aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wurden befragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten Krankentötungen beobachtet oder es selbst getan hätten.

Die Studie war nicht repräsentativ und es ist auch nicht klar, ob die Befragten wirklich verstanden hatten, was erlaubt (Sterben zulassen, Leiden lindern) und was verboten ist (Gezielte Tötung mit einer Überdosis). So oder so, die Lage scheint bedrückend zu sein. Dies und was sich – auch politisch – ändern muss, beschreibt Beine in diesem Buch.

Auf Youtube gibt es dazu als weitere Hintergrundinformation auch einen sehr guten Beitrag von WDR Lokalzeit zu einer Mordserie in einem Krankenhaus in Gütersloh

<https://www.youtube.com/watch?v=wnZNjw3-12Y>

In dieser Ausgabe von schöner leben ... drucken wir für Sie ein Interview mit dem Autor ab, für die nächste Ausgabe wird Prof. Beine noch einen weiterführenden Beitrag verfassen.



Wenn Pfleger töten...

Interview mit Prof. Dr. med. Karl Heinz Beine

”

„Manche Täterinnen und Täter sagten sogar vor Gericht, dass sie das Fehlen von Reaktionen seitens ihrer unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen als unausgesprochene Zustimmung für ihr Tun empfunden hätten.“

rbb|24: Herr Beine, Sie beschäftigen sich seit langer Zeit mit Tötungen durch Pflegende, durch Ärzte und Ärztinnen. Wie viele Fälle haben Sie sich im Laufe Ihrer langen Laufbahn angesehen?

Karl Beine: Gut untersucht und gut dokumentiert habe ich insgesamt 62 gerichtsbekannte Fälle von Tötungsseerien in Kliniken und Heimen. 17 davon waren im deutschen Sprachraum, hauptsächlich in Deutschland. Berufsgruppenbezogen handelt es sich überwiegend um Pflegekräfte, die rechtskräftig verurteilt wurden, in wenigen Fällen um Ärztinnen oder Ärzte.

Wieso wurden Ärzte viel seltener verurteilt?

Warum Ärztinnen oder Ärzte vergleichsweise selten verurteilt wurden, ist aus meiner Sicht und meiner Erfahrung ungeklärt. Die Hypothesen dazu sind spekulativ, sodass ich mich an ihnen auch nicht beteiligen möchte. Ich will nur feststellen: Es gibt deutlich mehr verurteilte Pflegekräfte.

Auch beim aktuellen Fall um den Berliner Palliativarzt fragt man sich: Wie kann es sein, dass ein Arzt, der dem hippokratischen Eid verpflichtet ist, einen Menschen tötet?

Zum Berliner Fall kann ich keine Aussage treffen, da ich mich damit nicht beschäftigt habe. Ich nehme Analysen erst vor, wenn alle gerichtsbekannten Tatsachen gewertet und das Urteil gesprochen wurde. Nach den bisherigen Analysen von Tatmotiven kann man nicht davon ausgehen, dass sie primär aus Mordlust gehandelt haben. Es handelte sich immer um ein Motivbündel.

Was sind die wichtigsten Motive?

Bei forensisch-psychiatrischen Untersuchungen zeigen sich immer eine ausgeprägte Selbstunsicherheit, ein ausgeprägter Narzissmus und eine ausge-

prägte Verslossenheit im Sinne von: „Wir reden nicht über das, was wir tun und was in uns vorgeht, sondern werden mit dem, was uns belastet, selbst fertig.“ Wie sich dann die Motivlagen im Einzelfall ausgewirkt haben, ist unterschiedlich.

Es gab eine ganze Reihe von Täterinnen und Tätern, die sich in allererster Linie darauf berufen haben, sie hätten das sinnlose Leiden nicht mit ansehen können, sie hätten das sinnlose Leiden beenden wollen. Andere haben die Situationen, in denen sie steckten, nicht ertragen und haben vorsätzlich mit Medikamenten Notfallsituationen ausgelöst, und dann versucht, sich als grandiose Retter zu profilieren.

Was ist diesen Motivbündeln gemeinsam?

Allen gemeinsam ist, dass sie die Ohnmacht, die sie angesichts schwerer und schwerster Leidenszustände empfunden haben, nicht ertragen haben und meinten, sich auf diese Art und Weise befreien zu können.

Warum suchten die Täter keine Hilfe?

Genau das war ihnen nicht möglich. Sie verharrten in dieser Situation, in der sie ständig konfrontiert waren mit neuem Leiden, gegen das sie sich nicht schützen konnten. Sie projizierten das eigene Mitleid, das Selbstmitleid mit der unauflöslichen eigenen Situation in den Patienten und handelten: mal durch das Auslösen von Notfallsituationen, mal durch aktive Tötungshandlungen.

War es denn letztlich ihr Ziel, das eigene Leid zu lindern?

Nach allem, was wir bisher wissen, war das bei der Ersttat das primäre Motivbündel. In aller Regel sank nach der ersten Tat die Hemmschwelle für weitere Tötungen. Viele Täterinnen und Täter sagten, sie hätten im Sinne der

Patienten gehandelt, indem sie die in ihren Augen sinnlose Leidenssituation beendeten.

Andere, wie der Pfleger Nils H., Deutschlands berühmtester Fall, sagten, den „Kick“ gebraucht zu haben. Nils H. gestand, dass er gern auf dem „Podest“ gestanden habe, und dass er auf diese Weise die Ohnmacht für diesen Augenblick überwunden habe.

Welche Folgen hatte das für die Täter?

Die Täterin oder der Täter vereinsamt weiter, muss sich weiter verschließen. Im Wissen um das Unrecht seines Tuns, entfernt er sich weiter von Kolleginnen und Kollegen, und von seinem privaten und persönlichen Umfeld. Ich kenne keinen Fall, in dem während des Tatzeitraumes mit Kolleginnen, Kollegen oder Angehörigen darüber gesprochen wurde. Manche Täterinnen und Täter sagten sogar vor Gericht, dass sie das Fehlen von Reaktionen seitens ihrer unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen als unausgesprochene Zustimmung für ihr Tun empfunden hätten und sich darüber wunderten, dass niemand sie stoppt.

Wie könnten solche Tötungen besser verhindert werden?

Die beste Möglichkeit ist eine Kombination aus vielen Interventionen. Grundvoraussetzung ist die ausreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal. Personalmangel und dadurch provozierte Hektik erhöhen das Risiko für Fehler - und im Extremfall können solche entsetzlichen Ereignisse passieren.

Personalausstattung ist also ein Faktor. Wir dürfen nicht in jedem Kollegen einen potenziellen Täter sehen, Wir sollten uns aber auch schützen vor blindem kollegialem Vertrauen und vor Korpsgeist. Und wir müssen wissen, dass es solche Tötungsserien gegeben hat. Erforderlich ist außerdem eine Führung, die präsent und gesprächsbereit ist, mit Gespür für Unstimmigkeiten, für Spaltungen im Team, die offen dafür ist, auch unangenehme Themen mit einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anzusprechen.



Foto: privat

Und es gibt die Pflicht, die Patientensicherheit allemal höher zu stellen als den befürchteten Skandal, die befürchteten negativen Schlagzeilen. In vielen Fällen haben die jeweiligen Geschäftsführungen aus Sorge um wirtschaftliche Folgen für ihre Einrichtung, das Informieren von Kriminalpolizei oder der Staatsanwaltschaft verhindert.

Das Interview führte Ulf Morling, freier Mitarbeiter beim RBB

Prof. Dr. med. Karl Heinz Beine,

Nervenarzt, Psychotherapeut, Autor. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie.

Prof. Beine ist der deutsche Experte zum Thema Krankentötungen in Deutschland. Im nächsten schöner leben ... wird er noch einen eigenen Beitrag bringen. Im Blog auf seiner Webseite finden Sie exzellente Beiträge zum Thema.

www.khbeine.com

”

„Warum konnten wir Dir nicht helfen? Wie halten wir das aus in unserem kaputten Quartett? Wir sind unfassbar traurig über Deine Entscheidung.“ (Frau, 16 Jahre)

Menschen sind wie Blätter,
die lautlos fallen;
man kann sie nicht aufhalten
auf ihrem Weg.

Ruth Schwegler
19. Juli 1938 bis 28. Oktober 2021

Verena Schwegler
15. November 1939 bis 28. Oktober 2021

Aus gesundheitlichen Gründen haben wir Schwestern wohlgedacht, selbstbestimmt und in Würde still, leise und gänzlich anonym die letzte grosse Reise angetreten.

Im Tod vereint auf dem Bremgartenfriedhof.

„Wir sind fassungslos, dass Du so aus dem Leben geschieden bist!“

Todesanzeigen über Suizid und assistierten Suizid

Von Margit Schröer und
Susanne Hirsmüller

Unser Artikel stellt keine Bewertung unterschiedlicher Todesarten dar, sondern beschreibt die verschiedenen sprachlichen Ausdrucksformen, die Hinterbliebene in Todesanzeigen für ihre Verstorbenen gewählt haben.

Wie in den vorausgegangenen Artikeln beschrieben, übermitteln Todesanzeigen – neben den Fakten – häufig auch von den Inserent:innen beabsichtigte Botschaften an die Leser:innen.

Seit wenigen Jahren wird – nach langem völligem Vermeiden bzw. Umschreiben – zunehmend mehr Suizid bzw. assistierter Suizid explizit benannt.

Selbsttötungen unterlagen – bedingt durch religiöse Verurteilung und die Verbote der Kirchen sowie die negative Einstellung der Gesellschaft – jahrhundertlang einem Tabu. So durften Suizidenten nicht auf dem „Gottesacker“, sondern nur außerhalb der Friedhöfe bestattet werden. Die damit verbundenen Gedanken, Einstellungen und Handlungen führten zu massiven Scham- und Schuldgefühlen bei den Hinterbliebenen, die bis heute relevant sind und noch immer bewirken, dass Suizide in Todesanzeigen oft verschwiegen werden oder keine Todesanzeige aufgegeben wird. Wegen des Sprachtabus werden schonende, verhüllende Umschreibungen bzw. Euphemismen („Wir hoffen, dass Du endlich den Frieden gefunden hast, den Dir die Welt

nicht geben konnte.“ „Jetzt bist Du an einem Ort, an dem es endlich kein seelisches Leid mehr gibt.“) verwendet. In einer Todesanzeige von 2024 heisst es jedoch „Bitte spricht nicht von Selbstmord. Ein Mord verlangt niedere Beweggründe und ich sehe das in meinem Fall als das Gegenteil an, als Selbstfürsorge; ich wollte freiwillig und gerne sterben.“

Aktuell lassen sich drei verschiedene Ausdrucksformen – und damit auch Umgangsweisen – in Bezug auf diese Todesart in Anzeigen finden:

a) Verbergen durch Nichtbenennen aufgrund des Stigmas und vermeintlichen Makels, der mit einer Selbsttötung verbunden ist: „Dein plötzlicher Tod lässt uns fassungslos zurück“ (Frau, 22 Jahre). „Völlig unerwartet wurden wir von deinem Tod überrascht“ (Mann, 51 Jahre) – aus anderen Quellen ist jedoch dieser Suizid bekannt. Durch die Unterlassung der konkreten Benennung – und Verwendung üblicher Formulierungen – wird der Anschein eines anders verursachten Todes vermittelt.

b) Benennung der Selbsttötung, jedoch mit dem Ausdruck von Unverständnis: „Wir standen alle bereit, um ihr zu helfen, aber sie hat keinen anderen Ausweg mehr gesehen. Fassungslos, entsetzt, bestürzt und tieftaunig müssen wir damit klarkommen.“ (Frau 18 Jahre). „Der Tod verändert das Leben der Hinterbliebenen, nichts ist mehr so wie es war. Der Schmerz des Verlustes geht oft einher mit der Frage nach dem „Warum“, dem Verlassensein, mit Schuldgefühlen und Schuldzuweisungen; ein Chaos der Gedanken und Gefühle bricht herein. Das mühsam gelegte Lebensmosaik ist zerstört.“ (Mann, 18 Jahre). „Warum konnten wir Dir nicht helfen? Wie halten wir das aus in unserem kaputten Quartett? Wir sind unfassbar traurig über Deine Entscheidung.“ (Frau, 16 Jahre). „Über Monate hast Du der Diagnose Hirntumor getrotzt. Fassungslos sind wir heute, dass Du freiwillig aus dem Leben ausgeschieden bist.“ (Mann 77 Jahre).

Die Bande der Liebe werden mit dem Tod nicht durchschnitten.
Thomas Mann

Sandra Fritz
* 17. 2. 1974 – † 16. 2. 2024

Mein Leben, meine Regeln – und aus diesem Grunde habe ich beschlossen, dem Fährmann den Obolus für meine Überfahrt zu zahlen. Auf meinem Wunsch hin wurde ich im engsten Kreise bestattet.

In Liebe und immer im Herzen:
dein Paps **Tone** mit **Lima**
deine Tante **Jasmine** und **Hans** mit Familie

Kondolenzadresse:
Anton Dür, Birkenfeld 21, 6972 Fußach

Fußach, Hard,
im Februar 2024

Das Sterben ist zu wichtig,
um es dem Tod alleine zu überlassen

Susanna Verena Aebersold-Stettler
10.4.1953 – 30.6.2025

Das war einmal...

Wir haben leider die traurige Pflicht, Sie/Dich vom Hinschied unserer Schwester, Tante und Grosstante in Kenntnis zu setzen. Mit Unterstützung von exit setzte sie ihren vielen grossen, unheilbaren Leiden glücklich ein Ende.

Susanne dankt allen, die in ihr Leben Sinn und Freude gebracht haben.

In stiller Trauer:
Kathrin Ernst-Stettler (Schwester)
Miriam und Stefan Zaugg mit den Kindern Yanic und Luca (Nichte mit Familie)
Urs und Christa Aebersold (Kinder von Ehemann aus erster Ehe)
Regula Jenni (Freundin)
Freunde von nah und fern

Die Urnenbeisetzung findet am Donnerstag, 17. Juli 2025, um 11.00 Uhr, im Gemeinschaftsgrab auf dem Friedhof Horgen statt. Die Jahreszahlen der Verstorbenen werden auf der Namenstafel eingraviert. Auf eine Trauerfeier wird verzichtet.

Traueradresse: Kathrin Ernst, Schulstrasse 8, 2556 Schwadernau



Traurig
respektieren wir
Euren Mut für ein
selbstbestimmtes
Lebensende.“
(sie 74, er 80
Jahre)

Here's to the crazy ones. The misfits. The rebels. The troublemakers. The round pegs in the square holes. The ones who see things differently. They're not fond of rules. And they have no respect for the status quo. You can quote them, disagree with them, glorify or vilify them. About the only thing you can't do is ignore them, because they change things. They push the human race forward. And while some may see them as the crazy ones, we see genius. Because the people who are crazy enough to think they can change the world, are the ones who do.

Dirk Mirow
*23. Juni 1967 † zu früh

O Captain! My Captain! Du konntest die Zukunft nicht mehr sehen, auf die wir uns mit dir gefreut haben. Du hattest so unerträglich viele Gründe. Sie erschienen dir real und unüberwindbar. Doch fast keiner war real. Und gar keiner war unüberwindbar.

Das Teuflische an deiner Krankheit Depression war und ist, dir zur ebenso qualenden wie falschen Gewissheit gemacht zu haben, dass dein Leid und dessen Ursachen keine Krankheit sind, die man heilen kann, sondern scheinbar objektive Realität.

Unsere Bitte an alle Betroffenen und Angehörigen: Wenn jemand von allen guten Geistern verlassen scheint, dann ist diese Beschreibung genau das, was er oder sie fühlt. Glaubt. Sicher weiß. Nehmen Sie es ernst. Reden Sie darüber. Helfen Sie. Und lassen Sie sich helfen. Es gibt einen anderen Ausweg. Es gibt keinen Grund für Scham. Und niemand ist Schuld daran. Am allerwenigsten der Kranke.

Dr. Jens Jeep und Dr. Oliver Pragat, stellvertretend für die vielen, vielen Menschen, denen Dirk so sehr fehlt.

Wir nehmen am 6. Dezember 2019 um 11.00 Uhr in der Kapelle des Neuen Friedhofs in Harburg Abschied und wollen uns gemeinsam an Dirk erinnern. Familie und Freunde bitten um Spenden für die Robert Enke Stiftung. Stichwort: Dirk Mirow, IBAN DE 31 2515 1270 0000 1477 51, robert-enke-stiftung.de

c) Eine explizite Benennung des Suizides (z.B. durch Begriffe wie „selbst in die Hand genommen“, „eigenständig“, „Entscheidung getroffen“, „du hast dich erlöst“) in Anzeigen wird häufig mit Akzeptanz bis hin zur Rechtfertigung bzw. Erklärungen verbunden: „Er hat sich von den Folgen seiner schweren Krankheiten nie wieder ganz erholt und nicht nur physisch, sondern zunehmend auch psychisch darunter gelitten. Er hat sich entschieden, in seinem geliebten Museum aus dem Leben zu scheiden.“ (Mann, 60 Jahre). „Wir sind traurig und schockiert über Deinen Absprung aus diesem Leben. Es ist so schade, dass wir Dir nicht helfen konnten.“ (Mann, 68 Jahre).

Assistierter Suizid

Besonders in Schweizer Tageszeitungen - aber nicht nur dort - wird häufig die assistierte Selbsttötung benannt und gelegentlich den Sterbehilfevereinen gedankt. Hier werden oft Begriffe wie „selbstbestimmt (gelebt und gestorben)“, „in Würde“, „es war dein Entschluss“ verwendet.

Hier finden sich auch vermehrt Anzeigen für Doppelsuizide: „Wir ... haben schöne und erfüllte Jahre verbringen dürfen. Als das Alter zu beschwerlich wurde und der Sinn des Lebens abhandengekommen war, wollten wir davon erlöst werden.“ (sie 79, er 82 Jahre). „Selbstbestimmt und mit sich im Reinen durften unsere Eltern heute gemeinsam den Schritt machen und diese Welt verlassen.“ (sie 88, er 92 Jahre). „Eure Entscheidung kam für uns völlig überraschend. Traurig respektieren wir Euren Mut für ein selbstbestimmtes Lebensende.“ (sie 74, er 80 Jahre).

Die Muthesius Kunsthochschule trauert um ihren Kanzler (2006 – 2019)

*
DIRK MIROW
*

der am Sonntag, den 24. November 2019, in Hamburg verstorben ist. Studierende, Lehrende und Kolleg*innen verlieren mit Dirk Mirow einen engagierten und mutigen Menschen, der tatkräftig und empathisch die Ziele der Hochschule verfolgte. Sein Tod hinterlässt eine große Lücke im Herzen der Kunsthochschule.

Wir sind tief betroffen.
Unsere Gedanken sind bei der Familie.

Im Namen aller Angehörigen der Muthesius Kunsthochschule, Kiel

ASTA STUDIERENDEN PARLAMENT	DR. ARNE ZERBST PRÄSIDENT PROF. IN DR. BETTINA MÖLLRING VIZEPRÄSIDENTIN PROF. MICHAEL BREDÄ VIZEPRÄSIDENT	PERSONALRAT WISSENSCHAFTLICH UND NICHT- WISSENSCHAFTLICH muthesius kunsthochschule
-----------------------------------	---	--

Gefühle der Angehörigen

Häufig benennen Hinterbliebene in den Anzeigen ihre zum Teil ambivalenten Gefühle deutlich: „große Betroffenheit“; „Dein Tod bereitet uns unendlichen Schmerz“; „fassungslos“; „Warum kein letztes Wort ... den tragischen Tod akzeptierend“; „wir fühlen uns so hilflos“; „wütend und traurig zu gleich“; „ich werde es nie verstehen“; „Deinen selbstbestimmten Wunsch muss ich lebenslang schmerzlich akzeptieren“; „wir können es nicht begreifen“ oder „es schreien unsere Herzen“.

Anmerkung

Die in den öffentlichen Medien mittlerweile übliche Warnung „Die Berichterstattung über Suizide gestalten wir bewusst zurückhaltend. Der Grund für unsere Zurückhaltung ist die hohe Nachahmerquote nach jeder Berichterstattung über Suizide. Wenn Sie sich selbst betroffen fühlen, kontaktieren Sie bitte umgehend die Telefonseelsorge. Unter der kostenlosen Hotline 0800-111011 erhalten Sie Hilfe von Beratern, die schon in vielen Fällen Auswege aus schwierigen Situationen aufzeigen konnten.“ (SZ) entfällt bei Todesanzeigen natürlich, obwohl auch hierbei eine Art „Nachahmungs-Effekt“ nicht auszuschließen ist.

von einem langen leiden
habe ich mich erlöst.
es war ein schönes leben.
bisschen kurz.

thomas kraft *18.11.1958 †7.12.2021

es lieben dich

beatrice vinci
maria, lupina und john delacy
rebecca vinci und lennard tröndle
barbara und manfred ruge
monika und michael schmeisser
kristine kraft
dorothee und günter brech
christof kraft und heike bräuer
franziska kraft und lew ludwig
anja peters
und viele weitere menschen

Was kostet der Tod?

Neue Sonderausstellung im Museum für Sepulkralkultur

dazwischen 3.0

Du, das Leben und die Endlichkeit

26. September 2025 – 15. März 2026



Totenkopf als Sparbüchse
Foto: Nasim Mohammadi

Was trägst Du auf Deiner letzten Reise? In welcher Gestalt stellst Du Dir den Tod vor? Wer zahlt für die Letzten Dinge? Was kostet eine Urne, ein Sarg, die ganze Bestattung? Wie kann Dir bei diesen Fragen ein Museum weiterhelfen? Und wie geht es überhaupt weiter mit dem Umbau des Museums für Sepulkralkultur? Diese Fragen stellt die neue Sonderpräsentation „Was kostet der Tod?“

Sich einmischen: ausdrücklich erwünscht!

Das Museum für Sepulkralkultur widmet sich seit über 30 Jahren den Themen Sterben, Tod, Bestatten, Trauern und Gedenken.

2027 wird es temporär geschlossen, umgebaut und saniert. Das Ziel: eine neue Dauerausstellung. „Dafür lenken wir jetzt, in dieser Zwischenzeit bis zur Neueröffnung, den Blick auf aktuelle Entwicklungen, Inhalte und Fragen. Wir wollen neue Exponate finden und bestehende Exponate so in Szene setzen, dass sie auch die Geschichten unserer Besucher*innen erzählen können,“ erklärt Tatjana Ahle-Rosenthal, Kuratorin der Ausstellungssreihe.

In der Sonderausstellungsreihe „dazwischen 3.0. Du, das Leben und die Endlichkeit“ ist es ausdrücklich erwünscht, zu dem

Themen der Sepulkralkultur Stellung zu beziehen. Denn mit den Rückmeldungen der Besucher*innen wird die neue Dauerausstellung vorbereitet. „Wir haben seit der Eröffnung dieses besonderen Formats schon Antworten von Besucher*innen bekommen, die uns nochmal wichtige Anstöße für die Planung der Dauerausstellung geben“ verrät Tatjana Ahle-Rosenthal.

Einkaufszettel für die Bestattung

In diesem dritten Update und der insgesamt vierten Ausgabe geht es um Möglichkeiten und Kosten für die Beerdigung, um Leichenkleidung und -transport sowie um Personifikationen des Todes. Beim

Thema Kosten kann etwa ein Einkaufszettel ausgefüllt werden: Einfach Budget festlegen und los geht der Einkauf für die eigene Bestattung – mit einer Marge von einfach bis pompös. Besucher*innen finden hilfreiche Informationen im Sarg-, Urnen- und Grabmalshop, bei der Wahl des geeigneten und leistbaren Bestattungsortes, für die Beschaffung der nötigen Formulare und die Feierlichkeiten sowie auch das ein oder andere Unerwartete.

Leichenkleidung und -transport

Beim Thema Leichenkleidung stellen Ausstellungsmacher*innen Tatjana Ahle-Rosenthal und Kustodin Dr. Ulrike Neurath die Fragen: Wie sollte das „Letzte Hemd“ aussehen? Soll es überhaupt ein Hemd sein? Erfolgt der Totentransport immer im dunkel-unauffälligen Leichenwagen? Wünschen sich manche die gute alte Kutsche zurück, präferieren das Elektrofahrrad – oder gar die Zustelldrohne? Die Ausstellung wird begleitet von einem Programm mit Vorträgen, Diskussionen, Lesungen und künstlerischen Interventionen für Kinder und Erwachsene.

Neukonzeption und Räumliches „dazwischen“

Auch die Zukunft des Museums für Sepulkralkultur ist Thema der Ausstellung: Denn ab 2027 ist der Umbau des Hauses geplant. Hintergrund: Das teilweise denkmalgeschützte Gebäude ist stark sanierungsbedürftig.

Die Finanzierung des Museums für Sepulkralkultur ist seit September 2025 gesichert – mit Unterstützung von Bund, Land Hessen, Stadt Kassel, dem Trägerverein

sowie mit bürgerschaftlichem Engagement. Für Sanierung und Neukonzeption steht ein Finanzierungsrahmen von 20,64 Mio. Euro (netto) bereit: Das Land trägt 12 Mio. Euro, der Bund 7 Mio., die Stadt 1,44 Mio. Euro. Die Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal e.V., Trägerin des Museums, steuert 200.000 Euro bei. Zusätzlich stellen Land und Stadt bis zu 3 Mio. Euro für mögliche Baurisiken bereit.

Spendenkampagne auf startnext gestartet

Geplant sind die Renovierung des Kückerbaus, eine Teilsanierung des Altbaus, eine Modernisierung der Klima- und Lüftungstechnik sowie die Neukonzeption der Ausstellungsbereiche. „Das Notwendigste ist damit gesichert finanziert, und das bedeutet für uns große Freude und Erleichterung,“ sagt Museumsdirektor Dr. Dirk Pörschmann.

Um gekürzte Maßnahmen wie ein grünes Klassenzimmer oder eine Photovoltaikanlage doch noch umzusetzen, startete das Museum im August eine Crowdfunding-Kampagne auf Startnext. Ziel ist es, bis Jahresende 250.000 Euro einzuwerben – für ein zukunftsfähiges Museum trotz notwendiger Sparmaßnahmen.



Foto: Museum für Sepulkralkultur

<https://www.startnext.com/rettet-das-sepulkralmuseum>

Museum für Sepulkralkultur
Weinbergstr. 25-27
34117 Kassel

Di – So 10 bis 17 Uhr
Mi 10 – 20 Uhr

www.sepulkralmuseum.de

Der Tod hat mit dem Leben zu tun

Thomas Sitte im Gespräch mit dem Schriftsteller Eric Bergkraut

Im Band 8 von schöner leben ... haben wir ein besonderes Buch vorgestellt. Eric Bergkraut beschrieb seine Sicht auf die letzten hundert Lebenstage seiner Frau. Die Lektüre hat uns ermutigt, mit dem Autor eine kleine Korrespondenz zu beginnen, die sich über mehrere Monate und Ausgaben von schöner leben ... erstreckte. Hier kommt der letzte Teil

Im März las er in Zürich aus seinem Buch. Dies geschah im Rahmen einer Tagung zum Thema „Trauer ist das Glück, geliebt zu haben. Von der Krise und dem Sinn des Trauerns“.

Wir fragten ihn, wie es ist aus einem Buch zu lesen, das das Sterben des geliebten Menschen beschreibt.

Lieber Thomas Sitte, hier bin ich wieder – die Zeit vergeht, die Themen bleiben.

Sie fragen danach, welche Erfahrung es bedeutet, aus meinem Buch „Hundert Tage im Frühling“ vorzulesen.

Das Buch trägt den Schmerz des Verlustes und des Abschiednehmens in sich, auch die Verzweiflung darüber, roh mitunter, es ist kein versöhnt ausgewogener Rückblick, der von weit her kommt. Ich würde das Buch heute anders schreiben, eine andere Tonalität wählen, das versteht sich.

Aber so wollte ich es halten und hatte gute Gründe, wie mir viele Reaktionen zeigen, die ich zum

Buch erhalte. Das heisst aber auch, dass ich beim Vorlesen – und es geht weiter, ich habe schon für 2026 Termine – gewissermassen jedesmal in den Keller der Erinnerung steigen muss.

Das kostet zu Beginn Überwindung. Es verhindert aber jedes leere Geplaudere, es schafft von alleine eine verbindliche Atmosphäre. Insofern: Jede Lesung ist ein Erlebnis. Ich beginne stets mit einem Zitat aus Ruth Schweikerts Buch „Tage wie Hunde“, das ist eine Referenz an sie und ihr Schreiben – es ist einfach auch saugut geschrieben.

So wird jede Lesung für mich auch zu einem Gradmesser dafür, wo ich stehe im Hinblick auf den Tod meiner Ehefrau. Die Fragestellung verschiebt sich, weg vom nackten Schmerz: Wie begleitet sie mich, wie begleitet sie die Familie weiter, als physisch nicht mehr gegenwärtige Person.

Ganz sicher hilft mir dabei, dass ich Ruth Schweikert zuhause habe begleiten dürfen, bis zum buchstäblich letzten Atemzug. Im Augenblick des hemmungslosen Schmerzes konnte ich dafür nicht gänzlich empfinden, was ich heute tue: Dankbarkeit.

Ich habe mittlerweile bei Limmat mit zwei Weggefährten eine Sammlung von diversen Ruth-Schweikert-Texten herausgegeben. Der Titel stammt von einer ihrer Erzählungen und ist stimmig, auch für Nachlebende: „Fallen Sie nicht. Fliegen Sie lieber“. Darin

enthalten eine atheistische Predigt. Ruth Schweikert stellt fest, der einzig wahre Trost unserer Existenz liege in ihrer Vergänglichkeit. Interessant, wo wir doch Tendenz haben, von ewigem Leben zu träumen oder der Wiederkehr.

Trauer überfällt mich mitunter weiterhin ansatzlos. Mir hilft, zu wissen, dass ich tue, was ich kann, um „die sich verlierende Spur“ (davon sprach sie selber) von Ruth

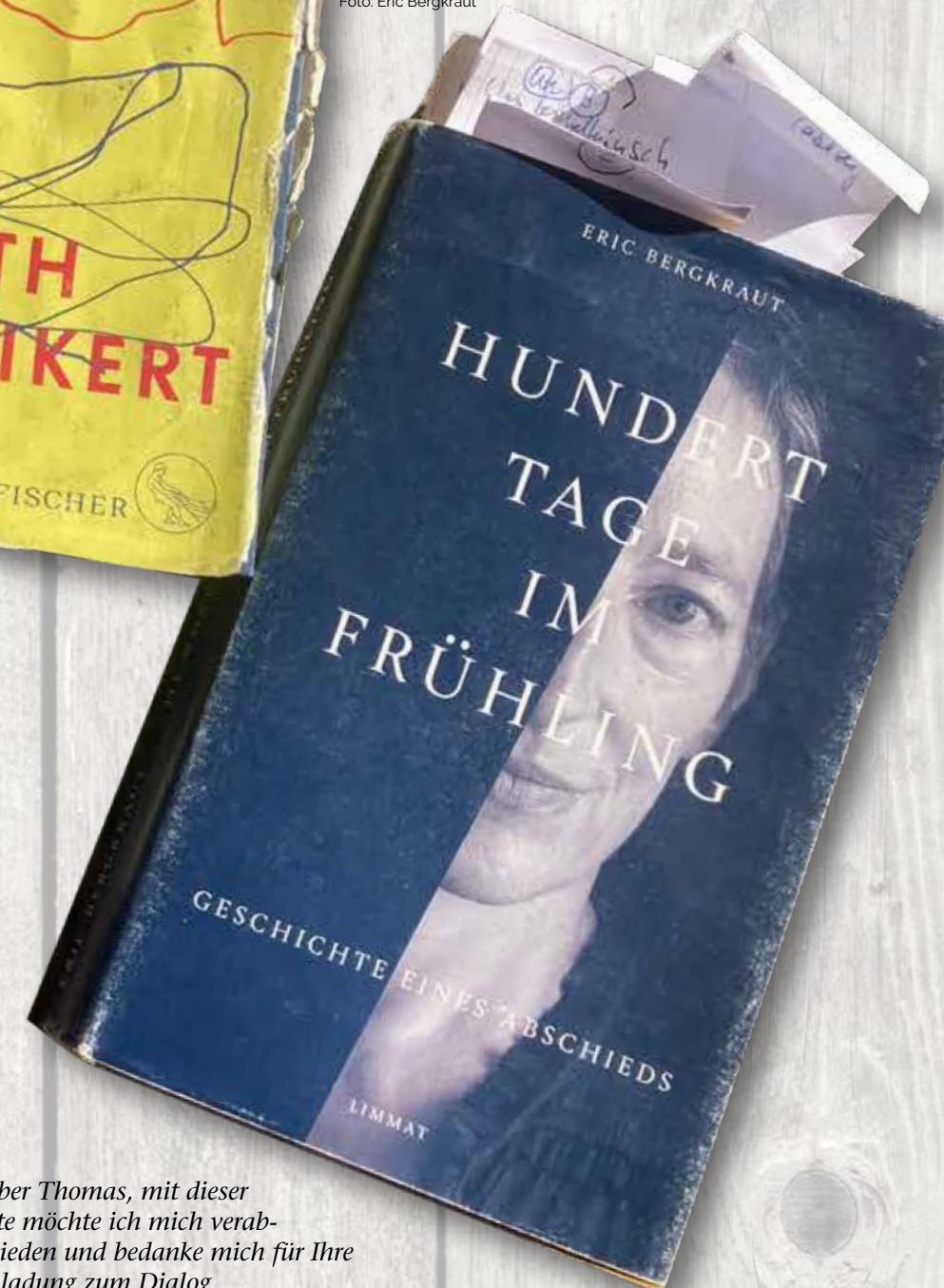


Schweikert am Leben zu erhalten. Ich würde mich freuen, Thomas, wenn auch dieser letzte Band „Fallen Sie nicht. Fliegen Sie lieber“ unter unseren Leserinnen und Lesern ein Publikum finden würde. Selber arbeite ich an einer Sammlung von Miniaturen mit dem Arbeitstitel „Die letzte Begegnung“.

Darunter zufällige Zusammenreffen irgendwo auf irgendeiner Strasse in Paris, Zürich oder Motto. Aber ich erzähle auch von letzten Treffen mit Politikern, Jugendfreundinnen und manch anderen Menschen. Das Ganze ist keineswegs morbide angelegt, denn wie heisst es doch: Der Tod hat mit dem Leben zu tun. Und umgekehrt.



Foto: Eric Bergkraut



Lieber Thomas, mit dieser Note möchte ich mich verabschieden und bedanke mich für Ihre Einladung zum Dialog.

Ganz herzlich, Ihr Eric Bergkraut

Mit Hund, Katze und Leichenwagen in die Ferien

Ein ungewöhnlicher Italien-Urlaub

In Deutschland ist der November für viele Menschen, ob gläubig oder nicht, intensiv mit dem Toten- und Trauergedenken verbunden. Das geht gleich mit Allerheiligen und Allerseelen am Monatsanfang los. Dann kommt der Buß- und Bettag bei der evangelischen Kirche, der Volkstrauertag, wo zum Beispiel der Gefallenen der beiden Weltkriege gedacht wird, sowie der letzte Sonntag vor dem Advent der „Toten- oder Ewigkeitssonntag“, wo Menschen auf Friedhöfen ihrer verstorbenen Angehörigen gedenken. Die letzte Fahrt fast aller Verstorbenen findet fast ausnahmslos in einem Leichenwagen statt. Dass dieser auch anderen Funktionen zugeführt werden kann, hat unser Autor Rocco Thiede – ausgerechnet im November – in Italien, nicht weit von Rom, erfahren ...

Am Lago di Bracciano, am Braccianosee etwa 35 Kilometer nordwestlich von Rom, treffe ich Michael Misch mit seiner Lebensgefährtin, ihren zwei Katzen und einem Hund. Das wäre vielleicht nicht ungewöhnlich, aber die beiden sind mit einem besonderen Auto unterwegs, das sie zu einem kleinen Camper Mobil umgebaut haben: einem Leichenwagen.

„Die Tiere genießen unsere Reisen im Auto. Die haben sich relativ schnell daran gewöhnt, sind lieber drin als draußen, weil es auch sehr bequem ist“, sagt der 62-jährige, der neben einem deutschen auch einen Wohnsitz in Kroatien hat. Seinen Hund Wautze, einen Harzer Fuchshund, fand er in einem ehemaligen Minenfeld in

“
Im Leichen-
wagenforum
fand er auch
Hinweise zum
Ausbau

Ex-Jugoslawien. Da war er gerade drei Wochen alt. Auch die Katzen - eine weiße und eine buntgescheckte - sind zugelaufene Findlinge von der Straße.

Herausforderungen des Reisens mit Haustieren

Der schwarze, langgezogene Ford mit dem Gummersbacher Kennzeichen von Michael Misch fällt im Straßenbild auf: „Leichenwagen klingt skurril und sieht auch kurios aus“, meint er. Aber das hätte die Besonderheit, „dass man relativ schnell mit Leuten ins Gespräch kommt.“ Michael ist mit seiner ruhigen, leicht lässigen Art ein kommunikativer Mensch und zeigt jedem, der Interesse hat, sein besonderes Auto. Dabei erklärt er gerne die Herausforderungen des Reisens mit Haustieren. Und legt Wert darauf, dass die Übernachtungen im Leichenwagen „sehr komfortabel sind“. Das Fahrzeug ist mit kleiner Küche, ausziehbarem Tisch, Koch- und Sanitärmöglichkeiten ausgebaut. Es gibt, sozusagen außen angebaut, Stauraum für Kochutensilien, Lebensmittel, Wasservorräte, Stühle und Campingtische. Im Inneren Staukästen aus Sperrholz über

der Klappmatratze. In Plastik-Boxen werden Wäsche, Tierfutter oder Werkzeug untergebracht. Soviel Platz bietet ein Leichenwagen? fragt man sich staunend. „Ja, denn der Leichenwagen war ursprünglich für zwei Särge gedacht.“

Wie kommt man auf so eine Idee? Sie lässt vermutlich manchem Zeitgenossen eher kalte Schauer über den Rücken laufen, als dass man an gemütliches Campen auf Rädern denken könnte. Für Michael spielten dabei einige Dinge eine Rolle, die er immer wieder auf seinen Reisen beobachtete. „Das freie Abstellen von Caravan und Camper-Mobils wird ja immer mehr verboten. Wer Pech hat, kriegt Strafen und hat Ärger mit der Polizei. Gerade in den südlichen Ländern, in denen das Campingreisen doch besonders schön ist.“

Leichenwagenforum.de

Im Leichenwagenforum fand er auch Hinweise zu Ausbaumöglichkeiten, den Versicherungsmodalitäten und was man für den TÜV beachten muss. und wie es dann zur Zulassung als Sonder-KFZ kommt. Michael entdeckte letztendlich sein Auto bei einem Händler für Sonderfahrzeuge. Ein typischer Leichenwagen mit Vorhängen. Für Sonderfahrzeuge, also auch Leichenwagen, gibt es Sondertarife bei der Versicherung, das sind knapp 50 Prozent des normalen Tarifs, und das wollte er schon ganz gerne mitnehmen.

Michael sieht noch weitere Vorteile gegenüber normalen Wohnmobilen. Er kann fast überall



Text und Foto: www.RoccoThiede.de

parken, weil niemand weiß, ist das ein Leichenwagen oder ein ganz normaler PKW. Zudem ist er ein ehemaliger Bundeswehrsoldat und Kriegsinvalid. „In Italien haben militärische Invaliden einen hochangesehenen Status, und selbst die Polizei weist mir privilegierte Plätze zu“. Wenn er dann sein Reiseziel erreicht, hat er fast nie Parkplatzprobleme und lässt es sich gut gehen: „Hinten wird die Klappe aufgemacht. Tisch rausgezogen. Stühle hingestellt und auf dem Gaskocher werden regionale Gerichte gekocht und gebraten“.

„Morte? Morte!“

Das hört sich alles so idyllisch an. Spielen die Gedanken an den Tod und die Geschichte seines Leichenwagen-Camper-Mobils für Michael eine Rolle? „Überhaupt nicht.“ Dann erzählt er von einer Begegnung auf einem italienischen Parkplatz, wo der Parkplatzwächter auf ihn zukam und fragte: „Morte? Morte!“ Er wollte wohl wissen, ob da im Auto ein Toter läge? „Si, Si? Ja, Ja?“ Er bekreuzigte sich sagte „Mama Mia“ und fuhr schnell davon. So etwas

passiert ihm immer mal wieder, auch wenn Missverständnisse auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse dabei eine Rolle spielen, wie Michael zugibt. Oder die Geschichte, als er im Stau stand und einige Fahrer auf der rechten Spur mit großen Augen an seinem Auto vorbeifuhren. Warum? „Da saß mein Hund, zwischen diesen beiden Vorhängen mit überkreuzten Pfoten und nagte ganz genüsslich einen großen Kalbsknochen und schaute dabei aus dem Fenster.“

Audienz beim Papst verpasst

Michaels Italien-Reise führte bis an die schöne Amalfi-Küste hinter Neapel, nach Salerno und Paestum. Auf der Rückreise hielt er kurz am Vatikan an. Obwohl er katholisch getauft ist, hat er dort „leider die Audienz beim Papst verpasst“. Aber sein Hund nutzte auf dem Petersplatz gleich die Gelegenheit „und ist in den heiligen Brunnen schwimmen gegangen.“

Räucherstäbchen und Gebete geben den Seelen der Toten Ruhe

Wie findet es denn Michaels Lebensgefährtin Thao, die viele Jahre in der Personalabteilung

einer großen Firma gearbeitet hat, im Leichenwagen zu reisen? Die gebürtige Vietnamesin lebt seit 33 Jahren in Deutschland. Im Unterschied zu Michael war es für Thao vor der Reise mit dem Leichenwagen-Camper wichtig, dass sie als gläubige Taoistin aktiv wurde: „Bevor wir erste Mal das Auto benutzten, haben wir so eine Zeremonie mit Räucherstäbchen und Gebeten gemacht, dass die verwandelten Seelen der Toten, die hier schon mal drinnen waren, jetzt ihre Ruhe haben. Die geben uns nun Sicherheit beim Fahren“, ist Thao überzeugt. Demnächst wollen beide mit ihrem Sonder-KFZ Leichenwagen auch Albanien, Griechenland und andere Balkanstaaten, wie z.B. Montenegro besuchen. Frieren werden sie auf ihren Reisen nicht, denn Leichenwagen sind gut isoliert. Zum Abschied möchte ich wissen, wie gut ruhen die beiden in ihrem Leichenwagen? Und Thao bekennt offen: „Die erste Nacht, war für mich ein bisschen komisch. Aber seit der zweiten Nacht habe ich gut geschlafen“.

Und Michael kann es sich nicht verkneifen lachend zu ergänzen: „Wie ein Toter“ ...

Die Kostbarkeit von Lebenszeit

tredition 2025, 162 Seiten,
24,90 EUR

Ein schön gemachtes Buch mit drei Theaterstücken von Annette Schramm.

Ein schön gemachtes Buch mit drei Theaterstücken von Annette Schramm.

„Die Kostbarkeit von Lebenszeit“. Ein überraschender Titel zum Sterben? Doch, der Titel passt. Denn das Leben wird meist immer kostbarer, je näher das Ende kommt.

Wunderbar hat Heiner van Sandt mit Linolschnitten, kleinen Grafiken und auch Texten den Band illustriert.

Drei Stücke über die großen Fragen des Lebens in kurzen Texten, meist knappen Sätzen. Ausgesprochen berührend fand ich das erste, älteste Stück. Ein innerer Monolog eines Menschen an dessen Ende. Frankas Stimme spricht mit sich selbst und berührt mich als Zuhörer doch unmittelbar.

Obwohl ich dies vermeide, war ich oft beim letzten Atemzug dabei. Sterben ist ein so intimer Moment im Leben wie Geburt oder Zeugung. Das ist nichts für Zuschauer. Frei erfundene Kunst darf das, auch so wirklichkeitsnah.

Mit diesem auf den ersten Blick unbestimmten, doch wohlüberlegten Wechsel von Versatzstücken, kürzesten Rückblicken, umnebelten Traumbildern, Selbsterkenntnis, Ängsten kann sich jeder in eine solche Situation hineinversetzen.

„Die Unsterblichkeit des Sandkuchens“ als zweiter Teil ist völlig anders und doch ähnlich. Wir blicken aus der Perspektive verschiedener Personen auf verschiedene Leben.



Im dritten Teil lernen wir Filippa mosaikartig kennen. Ein Kind mit schwerer Verlusterfahrung, das immer wieder goldene Strohhalme findet und immer resilienter wird.

Resilienz, wachsende Widerstands- und Anpassungsfähigkeit ist einer der Schlüssel zu einem gelungenen Leben wie zum gelingenden Sterben.

Es wird für die Leser, insbesondere für jeden Zuschauer des Stückes schwer sein, sich der Kraft der Worte zu entziehen. „Die Zuschauer trauten sich kaum zu räuspern, so intim und real stellte sie die Sterbende dar.“, lautet eine Kritik.

Als PalliativStiftung wollen wir mit „allen Mitteln“ den Tod zurück ins Leben holen, zeigen, dass

leben bis zuletzt mit guter Hilfe meist viel besser, schöner möglich ist, als gedacht.

Besonders als Theaterstück findet man hier ein wunderbares Werkzeug neu zu denken, Wissen zu verbreiten! Da heißt es über Filippa und deren Vater: „Auf der Rückfahrt im Auto sagte der Vater auf einmal in die Dunkelheit der Nacht: ‚Kunst ist die Tochter der Freiheit – und das hat schon Friedrich Schiller gesagt!‘ ...So hatten sie etwas, worüber sie sprechen konnten; es waren ehrliche Momente für beide.“

Ich wünsche diesen Texten, allein gelesen, dem Partner vorgelesen oder gar aufgeführt auch im wirklichen Leben noch viele ehrliche Momente.

Cranberry Chutney

Süß, würzig und passt zu Fleisch und Fisch

Zutaten

500 Gramm rote Zwiebeln
Öl zum Braten
circa 250 Gramm brauner Zucker
250 Gramm getrocknete Cranberrys
250 Milliliter Balsamico-Essig
4 Wacholderbeeren
2 Sternanis
2 Prisen Kardamom
1 Teelöffel Koriander
2 gestrichene Teelöffel getrockneter und geschnittener Rosmarin
Salz
Cayennepfeffer
1 Teepapierfilter

Zubereitung

1 Zwiebeln (500 Gramm) schälen, fein hacken und in etwas Öl anschwitzen. Zucker (circa 250 Gramm) und Cranberrys (250 Gramm) zugeben und kurz karamellisieren lassen. Mit Essig (250 Milliliter) ablöschen.

2 Wacholderbeeren (4) und Sternanis (2) in einen Teepapierfilter füllen, zubinden und hineingeben.

Restliche Gewürze außer Salz und Cayennepfeffer zufügen.

3 Circa 20 Minuten kochen.

Mit Salz und Cayennepfeffer abschmecken.

Gewürzbeutel entfernen.

4 Das Chutney in heiß ausgespülte Gläser füllen.

Gut verschließen und behutsam kurz auf den Kopf stellen.

Tipps

Am besten gleich größere Mengen kochen (gut zum Verschenken).

Das Chutney mindestens 2 Wochen durchziehen lassen, bevor es serviert wird.

Ungeöffnet hält es sich mindestens ein halbes Jahr.



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

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



Schwarzer Humor

„Wie geht es deinem Mann?“
„Ach, der ist weg vom Fenster.“

Ein uns gut bekannter Rollstuhlfahrer hat folgenden Witz erzählt und sich dabei schief gelacht:
Was ist ein Rollstuhlfahrer für einen Kannibalen?
Ganz einfach: Essen auf Rädern!

Helmfrieds Lyrikseite

*Es soll ein Tag sein
Es soll ein Tag Anfang August sein
die Schwalben fort, doch eine Hummel
noch irgendwo, die im Himbeerschatten
ihren Bogen ausprobiert.*

*Ein leichter, doch nicht hartnäckiger Wind
soll über die Wiesen des August gehen.
Du sollst da sein,
aber du sollst nicht viel reden,
mir nur ein wenig über die Haare streichen
und mir in die Augen sehen*

*mit diesem kleinen Lächeln
zuinnerst im Augenwinkel.
Und dann will ich
nicht ohne Erleichterung
diese Welt verschwinden sehen.*

Von Lars Gustafsson
(aus dem Schwedischen von Verena Reichel)

* 17. Mai 1936 in Västerås; † 3. April 2016[1] in Stockholm
Schriftsteller und Philosoph.

Mit der Verleihung der Goethe-Medaille 2009 wurde Prof. Gustafsson für sein umfangreiches literarisches Werk und den darin enthaltenen starken Deutschlandbezug geehrt. Das Goethe-Institut hob in seiner Begründung hervor, der Autor habe „seit den 70er Jahren das deutsche Schwedenbild jenseits der großen Kinderbuchtradition und der populären schwedischen Kriminalliteratur geprägt.“

Vor nicht allzu langer Zeit hatte ich Gelegenheit, mit Hannes Ringlstetter in seinem Podcast „Ringlstetters Rendez-vous“ eine Stunde lang über „Gott und die Welt“ zu sprechen. Es war ein sehr schönes und persönliches Gespräch. <https://www.podcast.de/episode/680128005/13-helmfried-von-luettichau-der-poet-unter-den-schauspielern>



Schließlich ging es auch um den Tod. Ich habe mich dann sehr weit aus dem Fenster gelehnt und gesagt, dass ich es fast als meine wichtigste Lebensaufgabe sehen würde, am Ende heiter und gelassen aus dieser Welt zu gehen, wohl wissend, dass man sich auf den Tod nicht wirklich vorbereiten kann. Aber vielleicht kann man ja versuchen, sich schon vorher im Leben in Gelassenheit zu üben, damit diese einem dann im entscheidenden Moment zur Verfügung steht.

Wenig später las ich dieses berührende Gedicht, das sich von denen, die noch nicht gehen müssen, auch Gelassenheit wünscht: dass sie einfach nur da sind, mit einem Lächeln. Und man kann gehen. Heiter und gelassen.



andrii-smurygin@unsplash

Hilfe oder Panik-Mache?

Was können Symptomchecker leisten?

Prof. Dr. med. Daniel Jaspersen

Hautausschlag, Fingerkribbeln, Rückenschmerzen: Recherchieren Sie dann auch, welche Krankheit dahinterstecken könnte? Symptom-Checker wollen da eine Hilfe sein - manche App schürt aber unnötig Panik.

Sind die Taubheitsgefühle in meinen Händen harmlos – oder Hinweis auf eine ernste Erkrankung? Das ist eine Frage, die nur ein Arzt oder eine Ärztin fundiert beantworten kann. Eine erste Einschätzung, ob und wie schnell man in der Praxis aufschlagen sollte, liefern aber sogenannte Symptom-Checker.

So funktioniert es: Nutzerinnen und Nutzer können auf der jeweiligen Webseite oder in der App ihre Beschwerden eingeben. Ein Algorithmus berechnet dann, welche gesundheitlichen Probleme dahinterstecken könnten. Obendrauf gibt es oft noch Verhaltensempfehlungen.

Doch wie gut sind die Verdachtsdiagnosen, die die digitalen Helfer ausspucken? Das wollte die Stiftung Warentest wissen und hat zehn Angebote auf Herz und Nieren geprüft («Stiftung Warentest»-Ausgabe 3/2025).

Einige Symptom-Checker schießen übers Ziel hinaus

Dafür entwickelten die Testerinnen und Tester fünf fiktive Modellfälle: So sollten die Symptom-Checker unter anderem einen Bandscheibenvorfall, eine Angina Pectoris und eine Depression erkennen. Für die fachliche Expertise holten die Warentester entsprechende Fachärzte bzw. eine Psychotherapeutin mit ins Boot.

Bei der Treffsicherheit der Verdachtsdiagnosen gibt es große Unterschiede. Die Symptom-Checker „Ada“ und «Symptomate» liefern verlässliche Ergebnisse - und sind beide mit der Note 1,9 («gut») auch insgesamt die Testsieger.

Andere Angebote können die Testerinnen und Tester deutlich weniger überzeugen. Punktabzug gibt es unter anderem für Angebote, die eine lange Liste von Verdachtsdiagnosen ohne Priorisierung liefern. «So viel Auswahl hilft dem durchschnittlichen Ratsuchenden wenig», schreiben die Warentester. Sie kann allenfalls Patienten nutzen, die woanders keine Hilfe gefunden haben.

Ein Symptom-Checker rasselt sogar mit der Note „mangelhaft“ durch. Auf die Schilderung von depressiven Symptomen – inklusive Suizidgedanken – lautet dessen Antwort nämlich: „Das habe ich nicht ganz verstanden.“ Derselbe Symptom-Checker schürt im Test bei Symptomen einer Blasenentzündung unnötige Panik und rät zum Arztbesuch innerhalb von vier Stunden. Dabei ist das gar nicht notwendig.

Sonderfall Patienten-Navi

Rasch zum Arzt: Gibt der Symptom-Checker diese Empfehlung, ist oft die Hürde, zeitnah einen Termin zu bekommen. Ein Symptom-Checker im Test bietet für dieses Problem Abhilfe: das «Patienten-Navi» der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Im Test liegt dieses Angebot zwar nur im Mittelfeld, weil es der Stiftung Warentest zu zurückhaltend mit Verdachtsdiagnosen ist. Es kann Kassenpatientinnen und -patienten aber schneller zu einem Arzttermin verhelfen – und zwar dann, wenn der Symptom-Checker einer Behandlung innerhalb von 24 Stunden empfiehlt.

Dann leitet das «Patienten-Navi» Nutzerinnen und Nutzer weiter zu einer bevorzugten Terminbuchung bei einem Haus- oder Facharzt. Dort kann man sich einen Akuttermin holen - online, teils aber auch nur telefonisch.

Wie gut dieser Service tatsächlich funktioniert, haben die Warentester zwar nicht systematisch geprüft, aber immerhin stichprobenartig. «Im Test bekamen wir in Städten und teils auch auf dem Land kurzfristig Termine, oft noch am selben Tag», heißt es.

Sie finden: Ein Versuch unter patientennavi.116117.de lohnt sich.

Vorteile gegenüber Dr. Suchmaschine

Bleibt die Frage: Ist es überhaupt sinnvoll, die eigenen Symptome durch eine App zu jagen? Ja, lautet das «Stiftung Warentest»-Fazit. Auch wenn das den Arztbesuch nicht ersetzt: «Ein guter Dienst ist zur ersten Orientierung besser als eine Google-Recherche – und kann Patienten zeitig zum Arzt lotsen.»

Übrigens: Gerade bei psychischen Erkrankungen können Symptom-Checker sinnvoll sein, so der Hausarzt Jens Lassen in der Zeitschrift. Ohne die Empfehlung der App hätten Betroffene womöglich größere Scheu, zum Arzt zu gehen.

Der Internist und Medizinkolumnist Professor Jaspersen kommentiert dazu:

„Grundsätzlich bieten Gesundheit-Apps viele Möglichkeiten; so von der Terminerinnerung (Service-Apps) über Unterstützung bei der Fitness (Lifestyle-Apps) bis hin zur gesünderen Ernährung. Medizinische Apps, also Programme mit medizinischem Zweck, können bei Krankheiten von Diabetes

bis Tinnitus eingesetzt werden und machen mit Vorbehalt durchaus Sinn zur ersten Orientierung. Gewarnt werden muss aber davor, sich auf die gestellten Verdachtsdiagnosen zu verlassen, denn bei der Treffsicherheit gibt es erhebliche qualitative Unterschiede.

Und ganz besondere Vorsicht gilt bei ernsten und lebensbedrohenden Symptomen sowie in der Palliativversorgung. Hier müssen unbedingt die Spezialisten zurate gezogen werden und nicht zuletzt das entscheidende: Keine App kann den vertrauensvollen Arzt-Patienten Kontakt ersetzen“.



Foto: privat



So viel Auswahl hilft dem durchschnittlichen Ratsuchenden wenig

Brief mit quittier- ter Zu- stellung	Zierfisch		Kletter- papagei		religiöse Splitter- gruppe	Insekten- art (Mz.)	Pilz- fäden		Abk.: und ande- re(s) mehr	Flüs- sigkeit	
					Ort bei Teheran		Indianer der Hoka- Sioux				
Geistli- cher (Mz.)	Hafen- damm		hohe Spiel- karte						6		
kleine Scherbe							Blüten- lese			dt. Barock- dichter († 1677)	
Geheim- dienst/US			Plätze, Stellen	Teil des Rhein. Schiefer- gebirges					Stadt in Spanien		
Geliebte von Leander				Ent- schä- digung	franz.: dich, dir	italien. Insel		veralt.: Ausse- hen, Hal- tung			
		tsche- chischer Schach- meister				österr. Kurort				latei- nisch: Tisch	
konfus	eng- lisch: jetzt	verzierte Borte						hebräi- scher Buch- stabe			
jedoch			8	2	Netto- raumzahl	Mär- chen- figur					
Stall- abteil	1		Abkür- zung für Anhang			Kansas (USA)	kl. jap. Münze				7
		streng			5		lat.: Recht		3		
100 Stotinki (Wäh- rung)		ital. Hefe- gebäck (Mz.)					schwed. Dynastie				

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Das ist immer möglich

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

Mail@schoener-leben.info

Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir je

Ein Hospizkochbuch

<https://palliativstiftung.com/de/shop/das-hospiz-kochbuch>

Ein Doppel-Set Mutmachkarten

<https://palliativstiftung.com/de/shop/die-mutmach-karten>

und ein CD-Set der Deutschen PalliativStiftung.

<https://palliativstiftung.com/de/shop/benefiz-cds>

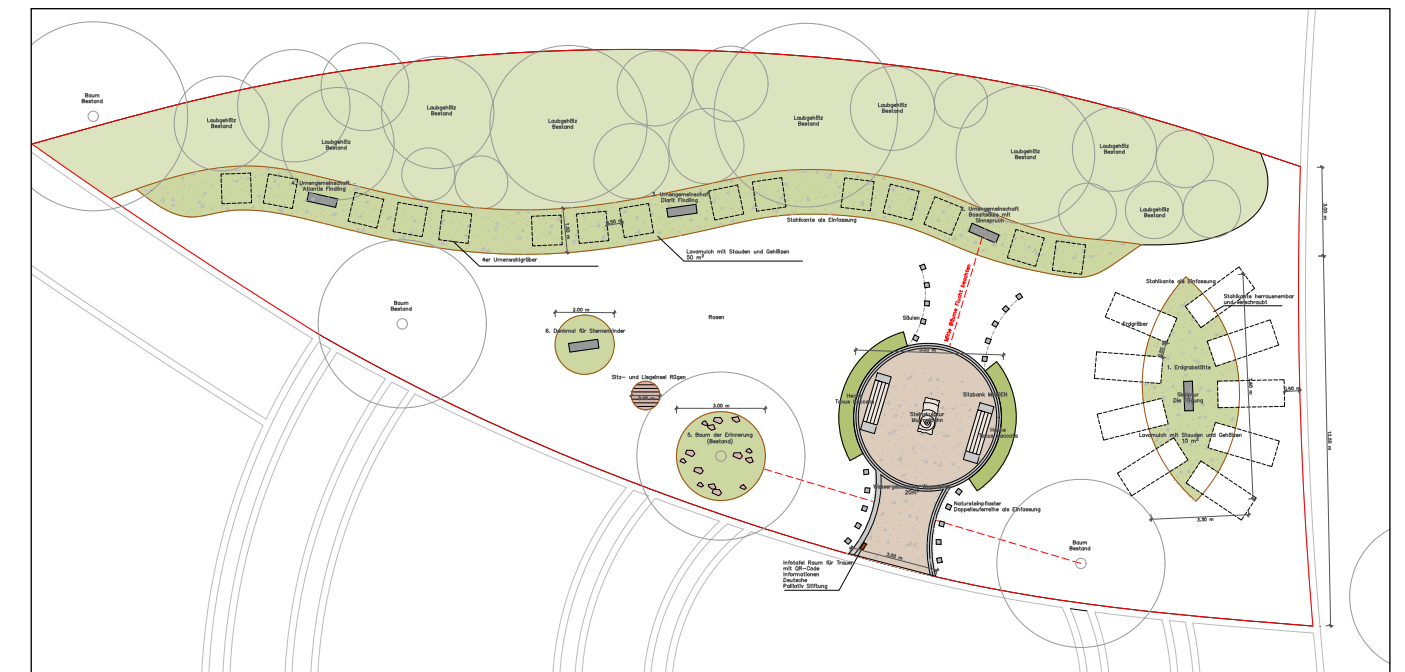
Als Hauptgewinn wird unter allen Einsendern noch eine Zuwendung von 500,00 EUR für eine gemeinnützige hospizlich-palliative Einrichtung/Team/Projekt nach Wahl des Hauptgewinners verlost! Also ordentlich Werbung für Ihr Projekt machen, damit reichlich Einsendungen zusammenkommen ;-)

Die Gewinner werden per Mail benachrichtigt.

Einsendeschluss ist der 1. März 2026 um 24:00

Übrigens gibt es auch wieder aus den vier Rätseln des Jahres ein Lösungswort mit einem extra Preis!

Die 500,00 EUR aus der letzten Ausgabe gewann Kerstin Sternsdorf und spendet den Gewinn zugunsten des Hospizes Westerstede.



Ganz verschieden gelebt. Und dann gemeinsam umsorgt Ruhe finden.

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

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

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

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



Tagen bei der Deutschen PallativStiftung

Öffentlichkeitsarbeit für ein Leben bis zuletzt kann auch ganz anders stattfinden. Zum Beispiel, indem Menschen für Meetings und Veranstaltungen unsere Räume nutzen und dabei niederschwellig über Hospizarbeit und Palliativversorgung informiert werden.

Es gibt wohl kaum einen Platz in Deutschland, der per Bahn, Auto oder wie auch immer so gut erreichbar ist, wie unsere Büroräume ...

Und wir haben **Räume von 20 bis 105 qm**, die wir gerne für große und kleine Treffen, Sitzungen, Konferenzen und Vorträge zur Verfügung stellen. Sie sind mit bestem Internet, Whiteboards, Pinnwänden, Flipcharts, Moderationsmaterial und je nach Wunsch reichlich Technik ausgestattet. Was immer Sie brauchen, erhalten Sie bei uns.

Hybridsitzungen, Livestreams, Podcasts, YouTube-Videos können wir natürlich auch möglich machen.

Die zum Teil voll klimatisierten Konferenzräume für 1 bis etwa 50 Personen liegen sehr zentral in der Fuldaer Innenstadt direkt am Bahnhof. Sie gelangen trockenen Fußes vom Gleis in unsere Räumlichkeiten. Egal aus welcher Himmelsrichtung Sie anreisen – Fulda ist bundesweit in rund drei Stunden mit dem ICE zu erreichen. Bei uns finden Sie den perfekten Raum für Ihre Tagung, Seminare, Meetings in kleiner und großer Runde. Durch die zentrale Lage stehen Ihnen zudem zahlreiche Übernachtungsmöglichkeiten und Restaurants in der Nähe sowie Catering-Angebote zur Verfügung.

Unsere Konferenzräume sind lichtdurchflutet, können jedoch auch abgedunkelt werden. Im Haus selbst gibt es ein Parkhaus. Vor dem Gebäude finden Sie Taxi-stand, Busbahnhof und Hauptbahnhof. Die Räume werden je nach Nutzungszeit gebucht und abgerechnet.

Wir bieten eine (Raum)Pauschale pro 30 min Raumnutzung von 20 EUR netto. Dies gilt auch für unseren großen Veranstaltungsraum, der mit 105 qm angenehm geräumig und flexibel zu gestalten ist.

(Kopf)Pauschale von 15 EUR pro Kalendertag-Nutzung und Person. Diese beinhaltet

- warme und kalte Getränke,
- Süßigkeiten und auch „alles andere“,

weshalb wir für Moderationsmaterial, Pinnwände, Whiteboard, Flatscreen, schnelles WLAN, Reinigung usw. nichts gesondert berechnen.

In Etage E+2 steht im großen Raum mit 105 qm klimatisierter Fläche ein Podium von 3 x 7 m Größe und mit einer Höhe von 30 cm, was Frontalvorträge deutlich besser möglich macht.



Hier haben wir je nach Vereinbarung ein reichliches Angebot für (fast) jeden Zweck:

- Flatscreen diagonal 163 cm
- Flatscreen diagonal 215 cm
- 2 Whiteboards/Pinnwände auf Rollen
- 20 Pinnwände
- 4 Flipcharts
- Diverse Moderationskoffer
- Film- und Tonanlage, Online-Streaming inklusive Techniker

In Etage E+4 haben wir gut Platz für acht Personen, dort finden Sie eine Neuland®-Moderationswand, Flipcharts und Beamer. Dazu haben Sie eine beeindruckende Aussicht.

Je nach Wunsch und je nach Absprache können gegen Aufpreis weitere Technik, belegte Brötchen, Eintopf, Obst und so weiter bestellt werden.

Storno: Bis 14 Tage vor dem Termin ist die Stornierung komplett kostenfrei. Danach berechnen wir 50 % der Raumnutzung. Bei einer Stornierung weniger als drei Tage vor dem gebuchten Termin würden dazu 50 % der weiteren Kosten (Catering) fällig.



<https://www.pallativstiftung.com/de/pallativstiftung/vermietung-von-tagungsraeumen>



Fotos: DPS

Lesermeinung

Einige Rückmeldungen die uns per Mail erreichten, möchten wir gerne hier abdrucken.



Ich, beim syrischen Friseur....
Herzliche Grüße aus Kassel

Foto: Thomas Voelker

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zusendung. Ich habe die Hefte verteilt, bzw. anderen Ehrenamtlichen in unserem Dienst vorgestellt, die sich nun ihrerseits welche besorgen wollen. Dabei habe ich herausgefunden, dass die Broschüren auch in der Geschäftsstelle unseres Dienstes zur Einsichtnahme ausliegen. Danke für Ihre Hilfe bei dieser Recherche. Das Magazin hat jetzt – zumindest in Kassel – einen breiteren Leserkreis erreicht.

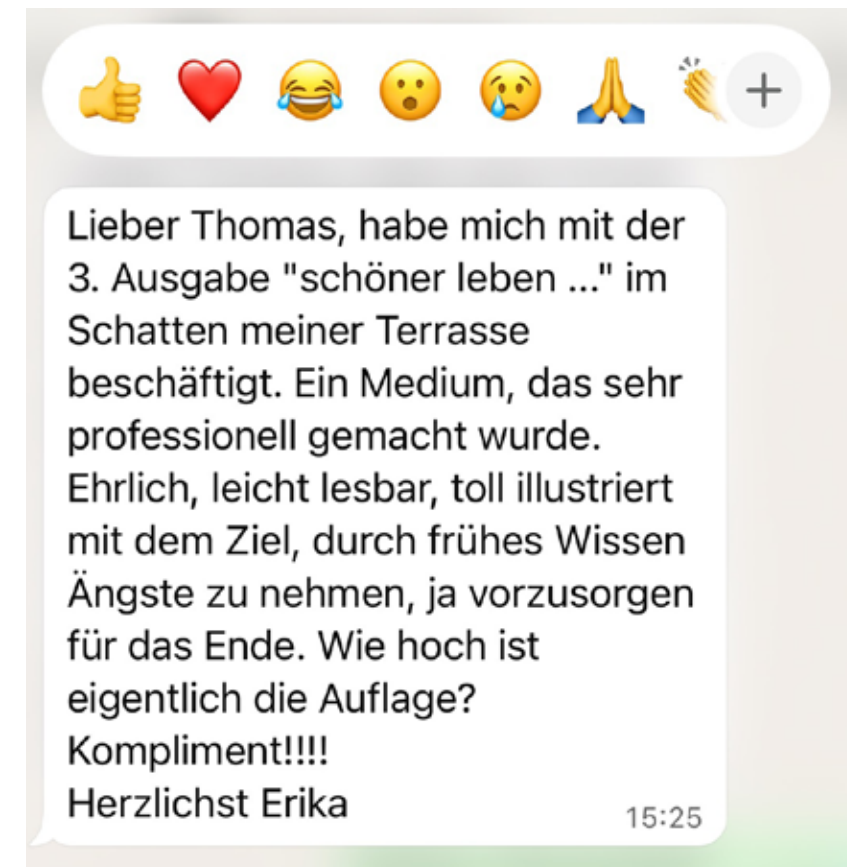
Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen und alles Gute für Ihre segensreiche Arbeit

sowie noch einmal ein großes Kompliment für die qualitativ hochwertige Aufarbeitung der vielfältigen Aspekte rund um das eine zentrale Thema Tod und Sterben!

Andrea Liese, Kassel

Lesermeinung

Gerne können auch Sie uns und allen Lesern schreiben, was Sie denken!



Wenn Sie uns außerdem ein paar Ausgaben des Magazins „Schöner leben bis zuletzt“, gern auch ältere, dazu packen möchten, werden wir diese ebenfalls gern mit auslegen.

Das Magazin gefällt mir persönlich sehr gut, ich lese immer wieder gerne darin. Wenn Sie einmal einen Artikel zu unseren Themen (Friedhof, Krematorium, Arbeit mit Verstorbenen etc.) wünschen, können Sie uns oder mich jederzeit kontaktieren.

Kristin Rogge, Funus Stiftung, Osmünde

Leserzuschriften bitte an mail@schoener-leben.info



„Ich möchte Ihnen noch eine persönliche Rückmeldung zum neuen Heft geben.

Ich denke, dass Sie und andere Menschen da schon etwas Wertvolles geschaffen haben. Und auch, dass es vielen schwerkranken Menschen zu wenig bewusst ist, was sie von der Palliativmedizin für eine Erleichterung erfahren können.

Und gleichzeitig glaube ich, es hängt immer am Einzelfall. Ich habe den schnellen Tod meiner Mutter Anfang Dezember letzten Jahres da vor Augen. Im Krankenhaus wurde man ihr nicht mehr gerecht, das liegt vor allem an der Unterbesetzung.

Und in den letzten fünf Tagen ihres Lebens, sie konnte zu Hause sterben, wurde von einem Hospizteam begleitet, gab es große Missverständnisse zwischen dem Team und meinem alten Vater.

Besonders die Medikation betreffend. Insofern ...

Was ich aber auch sagen kann: Ich durfte meine Mutter ein paar Tage im Sterben begleiten. Das war schmerzhaft schön.

Ich habe da einen Online-Kurs gemacht, wie man das tut und ich konnte sehr viel umsetzen. Eine Grenzerfahrung war es ... Voller Liebe und Trauer ... Das wollte ich Ihnen aus der Basis sagen.

Ansonsten glaube ich, viele Menschen sterben, wie sie lebten.“

P.M. (Name der Redaktion bekannt)

Wichtige Informationen

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



Die PFEGETIPPS – Palliative Care

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

Download und gedruckt in 22 Sprachen
104 Seiten, kostenfrei



Demenz und Schmerz

70 Seiten, 5 EUR



Forum Kinderhospiz

104 Seiten, kostenfrei



Handreichung PiPiP 2020

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

48 Seiten, 20 EUR, kostenfrei in Hessen



Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung

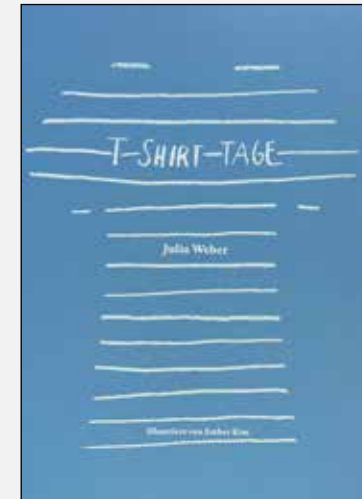
112 Seiten, 5 EUR



Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung

137 Seiten, 10 EUR

Wichtige Informationen



T-SHIRT-TAGE

Der Gedichtband verfasst von Dr. med. Julia Weber, illustriert von Esther Kim.

„Als ich das erste Gedicht las, musste ich zunächst einmal tief durchatmen. Und ich dachte, das ist die Art von Text, wie wir Palli-Aktiven sie dringend für eine effektive Öffentlichkeitsarbeit brauchen.“

Dr. med. Thomas Sitte – Palliativmediziner

64 Seiten
Kaufpreis: 12,- Euro



Die Mutmach-Karten

Die Mutmach-Karten sollen Menschen unterstützen die sich in einer schweren Lebenssituation befinden. Ein Mutmach-Karten Set besteht aus einer hochwertigen Schubladenbox, sechs Karten, Umschlägen sowie Einlegern aus Pergamentpapier mit Zitaten und Gedanken und sechs blanko Einlegern.

18,50 Euro



Am Start das Ziel im Blick haben

Unterrichtsmaterial zum Themenkomplex Sterben, „Sterbehilfe“, Hospizarbeit und Palliativversorgung. Vielfältige Anregungen für den Unterricht speziell in der Sekundarstufe 2.

230 Seiten, DIN A 4 mit Kopier-vorlagen. 20 EUR, kostenfrei in Hessen



Letzte Zeiten

von Sabine Mildenerberger

Man möchte sich nicht damit beschäftigen. Trotzdem trifft es jeden. Irgendwann haben wir mit Sterben und Tod zu tun. Fast immer erst mit dem Sterben anderer. Dann auch mit dem eigenen Tod. Die Autorin hat es in besonderer Weise getroffen. Frau Mildenerberger verlor Ehemann, Vater und Sohn binnen kurzer Zeit an Krebs. Kann man mit so einer Erfahrung überhaupt fertig werden?

Was geschieht unter solchen Erfahrungen mit uns, die wir zurückbleiben müssen?

Frau Mildenerberger lässt uns an ihren sehr persönlichen Erfahrungen teilhaben. Als Leser werden Sie vieles für sich mitnehmen können, dass Ihnen einen anderen, vielleicht leichteren Umgang mit ähnlichen Situationen ermöglichen wird.

132 Seiten, Hardcover, 15,00 €

Die nächsten Hefte

Sie als Leserin und Leser können gerne am Magazin mitwirken, sich einbringen mit Fragen, Ideen, Texten, Fotos, Buchtipps, relevanten Terminvorschlägen. Das kann zum Schwerpunkt passen oder auch „einfach so“.

Die nächsten Hefte haben die Schwerpunkte

**Band 13 Seelsorge.
Nur für Gläubige?**

**Band 14 Ehrenamt
Eine aussterbende
Bürgerpflicht?**

Aussagekräftige Fotos suchen wir immer. Gerne können Sie uns diese zusenden. Für jedes abgedruckte Bild überweisen wir 100 € an eine hospizlich-palliative Einrichtung Ihrer Wahl.

Wir freuen uns über alle Zuschriften unter
mail@schoener-leben.info

Wenn Ihnen unser Magazin gefällt, wenn Ihnen das Thema wichtig ist, dann bitten wir Sie konkret, diese Arbeit mit einer Spende zu unterstützen. Damit wir auch künftig diese Informationen in die Gesellschaft tragen können. Die inhaltliche Arbeit wird komplett ehrenamtlich geleistet. Aber Druck und Verteilung kosten Geld!

Dafür ist wirklich jeder Beitrag wichtig und willkommen. Von der 1-Euro-Spende bis zur großen Erbschaft. Ohne Ihre Spenden können wir die Auflage des palli-aktiven Magazins nicht halten.

Deutsche PalliativStiftung
www.palliativstiftung.com

Spendenkonto
VR Bank Fulda

IBAN DE65 5306 0180 0200 0610 00

VK 10,00 € (D)

