



**Jörg Augustin**  
Allgemeinarzt und Palliativmediziner



**Katarina TheiBing**  
Pflegefachkraft im stationären Hospiz,  
MAS Palliative Care

## Wie wir sterben (wollen)

### Ein persönliches Gespräch im Christophorus-Haus München

Das Gespräch führte Josef Raischl (hz)

*hz:* Bei der Geburt sprechen wir vom „geboren werden“, beim Sterben eher von etwas Aktivem. Müsste man nicht „Ich werde gestorben“ sagen? Ist das Sterben tatsächlich so abhängig von dem, wie wir das wollen, was wir uns wünschen?

*Theodor Degkwitz:*

Ich beobachte, dass es Leute gibt, die noch auf etwas oder jemand warten. Ich glaube, dass aktiv Einfluss genommen werden kann.

*Jörg Augustin:*

Ich hatte immer wieder mit Menschen zu tun, die eigentlich in die Schweiz fahren wollten, um dem Leben ein Ende zu setzen,

es dann aber doch nicht gemacht haben. Und wenn sie dann im Hospiz sind, hat man den Eindruck, dass sie doch mehr am Leben hängen. Oder wenn man eine palliative Sedierung macht, dann die Sedierung wieder zurücknimmt, um zu sehen, ob das ein Zustand war, der akzeptabel war, dass dann diese Menschen Interesse am Leben haben und erst einmal etwas zu essen und zu trinken haben wollen. Dass da durchaus eine Diskrepanz zu dem ist, was sie vorher äußerten.

*Kerstin Hummel:*

Das hängt vielleicht auch mit den Rahmenbedingungen zusammen. Ich denke an eine ALS-Patientin, die ich im Pflegeheim ken-



**Dorothea Bergmann**

Pfarrerin, Fachstelle Spiritualität, Ethik und Palliative Care der Hilfe im Alter gGmbH



**Kerstin Hummel**

Palliativ-Geriatischer Dienst

nengelernt habe. Der erste Satz, den sie zu mir sagte, war: „Das ist nicht mehr meine Welt“. Später ist sie ins stationäre Hospiz gezogen und hat es als „Schutzraum“ erlebt. Sie konnte sich wieder mehr der Welt öffnen, Dinge genießen. Ich denke, da hat der Rahmen, sich sicher und geschützt zu fühlen, eine wesentliche Rolle gespielt.

*Claudia Mäßiggang:*

Auf vieles im Leben wie im Sterben hat man keinen Einfluss. Aber die Dinge bzw. Umstände, die man beeinflussen kann, die spielen dann eine große Rolle, also gerade die Angehörigen, das Umfeld, das vorher gelebte Leben, die Sehnsucht nach dem ungelebten Leben. „Hätte man doch!“

*Katarina TheiBing:*

Ich glaube, dass das, was das Sterben ausmacht, eigentlich das ist, was wir nicht kontrollieren können. Sterben ist etwas ganz Elementares! Der Versuch, es zu kontrollieren, macht es nicht einfacher.

*Dorothea Bergmann:*

Ich meine, es ist auch eine Typ-Sache. Wenn ich an meinen Vater zurückdenke, der ist „gestorben worden“. Der war aber auch ein Mensch, der viel vom Schicksal angenommen hat.

*Katarina TheiBing:*

Letztendlich entkommt man dem Sterben ja nicht, egal, was man macht. Die Einflussnahme ist immer begrenzt. Ich bin dem Prozess trotz allem ausgeliefert.

*Kerstin Hummel:*

Das ist etwas, was mir im Pflegeheim häufiger begegnet. Da möchten Menschen sterben, sie warten darauf und können noch nicht.

*Jörg Augustin:*

Weil man mit ihnen eher zu wenig über den Tod spricht. Wenn man es anspricht und versucht, Sicherheit zu vermitteln, verlieren viele Menschen die Angst vor dem Sterben und können loslassen. Wir sollten mit unseren Äußerungen vorsichtig sein. Es ist nicht sinnvoll so zu tun, als könnten wir jede Situation problemlos in den Griff bekommen. Es ist hilfreich, mitzuteilen, dass aus unserer Erfahrung gute Hilfestellung möglich ist.

*Claudia Mäßiggang:*

Ich meine, da wird einfach deutlich, dass das Sterben ein Teil vom Leben ist, ein Lebensabschnitt, ein Ende, auf das man zum Teil Einfluss nehmen kann und zum Teil eben auch nicht, wie in früheren Lebensphasen auch.



**Claudia Mäßigang**  
Hospizhelferin



**Theodor Degkwitz**  
Freiwilligendienst

*hz: Äußern Menschen tatsächlich ihre Wünsche wie sie sterben wollen?*

*Jörg Augustin:*

Ja, selbstverständlich. Ganz häufig. Vielleicht liegt es daran, dass die Patienten wissen, dass ich Palliativmediziner bin. Je nach Alter und Situation – Gespräch über Patientenverfügung oder über eine konkret neu gestellte ernste Diagnose – sind die Wünsche aber durchaus unterschiedlich. Wenn die Diagnose eines Karzinoms gestellt wird, dann ist das Gespräch ein ganz anderes als mit einem ungewissen längeren Verlauf.

*Dorothea Bergmann:*

Im Pflegeheim formulieren viele „Ich möchte gerne sterben!“ Aber der Weg dann zu sagen, wie das geschehen soll, das braucht immer die Interaktion, also das Nachfragen. Das passiert eigentlich erst im Dialog, oder sie haben es irgendwo gesehen, dass der Bettnachbar oder der Mitbewohner nebenan, zu dem man Kontakt hatte, verstorben ist und sagen dann: „So möchte ich es nicht!“ Oder: „So möchte ich es genau, weil ihr das so schön begleitet habt.“ Aber es braucht den Anlass, um über einen Wunsch und ein Bedürfnis zu sprechen.

*Katarina Theißing:*

Manchmal wird auch noch das „Wie ich auf keinen Fall sterben möchte“ angesprochen, also nicht mit Schmerzen, dass man Angst hat vor bestimmten Dingen, die man schon erlebt hat – z. B. die Mutter ist so schlimm gestorben. Ich frage manchmal, ob sie Angst haben vor dem Tod. Dann sagen ganz viele: „Vor dem Tod nicht, aber vor dem davor.“ Das ist häufig mit Sorge und Angst verbunden, dass es ganz schwer werden könnte. Das ist ein wirkliches Bedürfnis: es soll nicht schwer sein! Für viele Menschen dauert das Sterben manchmal zu lange, scheint mir. Das erlebe ich hier häufiger als die Sorge, es könnte zu schnell gehen.

*Jörg Augustin:*

Über die Dauer rede ich eigentlich ganz selten. Ich frage fast alle im Hospiz neu aufgenommenen Patienten: „Haben Sie Angst vor dem Sterben? Kommen Sie damit zurecht, dass Sie hier in einem stationären Hospiz sind?“

*Katarina Theißing:*

Das ist ja sozusagen das Ende des Weges. Diesen ganzen Prozess, diese Angst vor dem Sterben hat man dann, wenn man ins Hospiz kommt, eigentlich schon hinter sich.

*Claudia Mäßiggang:*

Das erlebe ich als Hospizhelferin auch so, v. a. wenn es um Patientenverfügungen geht. Im Vordergrund steht die Angst vor Schmerzen. Da kann man sagen: „Ich wünsche mir keine Schmerzen zu haben“ oder auch alleine oder nicht alleine zu sein. Es gibt durchaus Menschen, die sagen, sie möchten alleine sein, wenn sie sterben. Ich war letztes bei einem Mann, der unbedingt wollte, dass nur seine Frau da ist. Er sagte: „Du hast mir versprochen, dass du dich um mich kümmerst, und jetzt schickst du mir da fremde Leute ins Haus!“. Beide waren etwa 85 Jahre alt.

*Katarina Theißing:*

Wenn ein Bewohner sagt: „Ich möchte nicht alleine sterben!“, versuche ich Angehörigen mitzugeben, dass das nicht unbedingt bedeutet, dass beim letzten Atemzug jemand am Bett sitzen muss, sondern dass das bedeuten kann, „Ich möchte mit dem Gefühl sterben, geborgen zu sein, vermisst zu werden, geliebt zu sein, irgendwo aufgehoben zu sein.“ Unsere Erfahrung zeigt, dass der Sterbeprozess häufig so unberechenbar ist, dass Angehörige wirklich an ihre Grenzen kommen, aber sich nicht trauen, das Zimmer zu verlassen. Sie denken, sie haben etwas versprochen und müssen es jetzt halten. Und das geht dann über Tage und Tage. Dann ermutigen wir, dass sie mal raus gehen, einfach auch, um dem Sterbenden ein bisschen Platz und Zeit zu geben. Diesen Druck zu nehmen ist für viele ganz wichtig. Da können sie Jahre lang wunderbar begleitet haben und ganz innig und gut und fürsorglich gewesen sein, und dann sind sie in dieser einen Minute nicht da! Als würde das, was vorher war, alles ausgelöscht!

*hz: Im unserem stationären Hospiz gab es vor Jahren eine Untersuchung, wann Bewohner sterben. Die Ergebnisse legten nahe, dass es einfach mit der Ruhe zusammen hing, die besonders abends und nachts einkehrte. Wenn Angehörige da sind, kann das große Unruhe und Aufregung bedeuten, die jemand am Sterben hindern können.*

*Dorothea Bergmann:*

Das ist schon der Übergang, dass ich mich in eine andere Welt begeben, wo es kein Raum- und kein Zeitzentrum mehr gibt, weil es eine diesseitige Welt gibt und weil es eine jenseitige gibt, wo Grenzen aufgehoben sind. Und ein zweiter Punkt beschäftigt mich: Das „alleine“ ist für mich in dem Moment aufgehoben, wenn ich an den denke. Der kann an der Tankstelle stehen und sagen, jetzt habe ich besonders an meinen Vater gedacht und in dem Moment ist er verstorben. Und was da passiert, ich glaube da passiert Beziehung und Kontakt noch einmal auf einer Ebene.

*Claudia Mäßiggang:*

Dass ich als Hospizhelferin in einen Haushalt komme, ist oft sehr hilfreich, besonders für die Angehörigen. Der Sterbende steht manchmal gar nicht im Mittelpunkt. Es kommt immer darauf an,

wie die Beziehungen sind. Wenn früher in gesunden Zeiten vieles schon besprochen wurde, dann ist das in der Regel sowieso viel einfacher, als wenn man am Ende mutmaßen muss, was der Sterbende möchte.

*Katarina Theißing:*

Aber ich muss gerade an das denken, was du vorhergesagt hast: wie bei allen anderen Lebensphasen auch, kann man ein bisschen etwas kontrollieren, vieles aber nicht. Und manchmal läuft es so wie man möchte und manchmal nicht. Auch im Sterben kann es sein, dass jemand da ist, auf den ich gar keine Lust habe. Oder jemand macht das Fenster auf, ich hätte es aber gerne geschlossen, jemand macht Mundpflege mit Limo und ich hätte lieber Wasser. Auch im Sterben kann es sein, dass Dinge passieren, die ich mir halt anders gewünscht hatte.

*Jörg Augustin:*

Aber so ist doch das ganze Leben!

*hz: Sterben ist letztlich etwas Einsames und vollzieht sich trotzdem in einem großen Zusammenhang. Das, was wir als Hospiz-Team noch beitragen können, ist häufig nicht direkt an den Sterbenden gerichtet, sondern für die Familie von großem Wert. Theo, Du bist als freiwilliger junger Mensch im stationären Hospiz, 19 Jahre jung. Was machst Du und wie erlebst Du das Sterben hier?*

*Theodor Degkwitz:*

Ich bin im Hospizbetrieb involviert mit hauswirtschaftlichen Aufgaben im weitesten Sinne und komme durch Hilfstätigkeiten sehr viel in Kontakt mit Bewohnern, indem ich das Frühstück herrichte oder mich um die Pflegeartikel im Zimmer kümmere. Ich komme manchmal kürzer, manchmal länger mit den Bewohnern und auch Angehörigen ins Gespräch. Mir fällt auf, dass es für viele so eine emotionale Grenzerfahrung ist, dass eine große Ehrlichkeit und Offenheit hier herrscht. Ein Angehöriger, der gerade weinen muss, der dreht sich nicht weg, wenn ich reinkomme. Ich sehe das und gehe drauf ein. Und irgendwie wissen hier viele, es ist okay, so wie es ist. Und deswegen nehme ich das als gar nicht so belastend wahr. Es ist ein Raum, wo Gemeinschaft entsteht. Ich werde eigentlich immer zuerst gefragt, „wie halten Sie das denn hier aus?“ Das finde ich ganz interessant, dass Leute, die selbst in dieser Situation sind, mich das fragen. Ich sage, „ich muss das nicht aushalten, weil ich das gerne mache. Es geht eigentlich auch gar nicht um etwas negativ Belastendes. Diese Meinung ist in mir mit der Zeit gewachsen. Ich freue mich, wenn ich irgendwie eine Freude machen kann.“ Natürlich sind es schon Fragen an mich als jungen Menschen. Es gibt zunächst zwar viel Verwunderung, dann mit den Tagen, die ich die Leute dann kennenlerne, auch viel Bereicherung. Also, wenn die Enkel nicht so oft kommen, dann bin ich eben der Enkel.

*hz: Wenn ich richtig verstanden habe, ist es die Offenheit und der natürliche Umgang, die es Dir ermöglichen, hier zu sein. Und dass Du Dich in diesen Raum mit hinein begeben darfst. Ich habe viel mit Menschen schon beim Eintritt ins stationäre Hospiz gesprochen, die gesagt haben: „Hoffentlich ist das bald vorbei, hoffentlich muss ich nicht lange aushalten!“ Sie konnten sich nicht vorstellen angesichts des Todes noch lange zu leben! Der Wunsch, dass es schnell gehen soll, ist sehr weit verbreitet.*

*Claudia Mäßiggang:*

Es ist für mich ein Grund, warum ich schon seit 14 Jahren Hospizhelferin bin. Das Sterben ist eine äußerst intensive letzte Lebensphase. Da fällt alle Oberflächlichkeit ab. Die verbleibende Zeit wird lebenswert und wertvoll – und auch irgendwie normal. Dass man sich eben nicht wendet, wenn man weint. Es fallen einfach die Masken, weil keine Zeit mehr da ist. Und das ist irgendwie toll.

*Theodor Degkwitz:*

Das ist einfach eine Realität, der man nicht mehr ausweichen kann. Vorher konnte man immer noch Ausflüchte finden, und alle haben das akzeptiert. Jetzt steht man davor, im wahrsten Sinne des Wortes. Und das gehört dazu.

*hz: Wie sterben Menschen tatsächlich? Wir haben schon die Ängste angesprochen, Angst vor Schmerzen oder anderen Symptomen.*

*Jörg Augustin:*

Das ist schwierig zu beantworten. Ich glaube, man muss es in zwei Phasen unterteilen. Die letzten Tage bzw. die letzten Minuten. Ich hoffe, dass wir unsere Arbeit in der Begleitung ordentlich machen. Und genau werden wir es erst wissen, wenn es ein Leben nach dem Tod gibt. Und wir sehen die, die wir begleitet haben. Dann werden wir es erst dann wissen, wie die uns da drüben begrüßen. Haben wir einen sicheren Rahmen gegeben? Haben wir Schmerzen, Atemnot, Angst oder Durst ausreichend gut behandelt? Wir müssen immer bedenken, dass die, die uns am besten kritisieren können, nicht mehr leben.

*Kerstin Hummel:*

Ich finde eine gewisse Unsicherheit gut, weil diese uns immer wieder hilft, kritisch hinzuschauen und zu hinterfragen. Habe ich den Eindruck: „Das passt jetzt oder muss etwas verändert werden?“ Ich fände es eher bedenklich, wenn wir uns zu sicher fühlen.

*Katarina Theißing:*

Das kann man auch nicht sein. Es ist schon so, dass viele Menschen ganz am Ende nicht mehr reagieren. Aber es gibt auch Gott sei Dank die, die fast bis zum letzten Atemzug zumindest noch ja und nein sagen oder mit den Augen andeuten

können. Das finde ich sehr hilfreich. Und dann geht es im Sterben nur noch um das Elementare. Da frage ich nicht, „wollen Sie das rosa oder hellblaue Nachthemd anziehen?“ Sondern da geht es um (mögliche) Schmerzen, atmen und gut liegen können und um die Frage: „Geht es Ihnen gut?“ Wir fragen das immer wieder. Und oft antworten die Menschen mit „Ja!“ Ich will hier nichts weichzeichnen, es gibt natürlich auch schwere Sterbeprozesse mit Unruhe und Ängsten. Aber bei vielen ist es doch so, wenn es mal über eine gewisse Klippe gegangen ist, dann scheint das Sterben für viele gar nicht so schlimm zu sein. Und wenn man fragt „Wollen sie Ihre Ruhe haben?“ sagen sie „Ja!“ Das sind nur wenige Fragen, aber die sind sehr hilfreich. Und klar, heißt das nicht, dass es für alle gilt. Trotzdem ist es eine Rückmeldung inmitten diesen vielen Lassens. Von der pflegerischen Seite frage ich dann nicht so sehr nach der Therapie, sondern, ob es in Ordnung ist, nicht mehr so oft gelagert zu werden, nicht gewaschen zu werden, nicht nochmal umgezogen zu werden.

*hz: Wir wissen, dass Menschen das sehr genau spüren. Und wenn sie gut um- und versorgt sind, kann es ihnen beim Sterben wirklich gut gehen.*

*Kerstin Hummel:*

Mir gehen Menschen mit Demenzerkrankung durch den Kopf, die wir begleiten. Es kann sein, dass ich über lange Zeit wenig Reaktionen spüre oder Reaktionen nicht sicher einordnen kann, also wo es schon ganz, ganz lange eine hohe Achtsamkeit und Aufmerksamkeit für die Menschen braucht, wo ich oft auch nicht weiß, wie erleben sie ihre Erkrankung. Das ist der eine Aspekt. Du hattest auch nach verschiedenen Rahmenbedingungen gefragt. Im Pflegeheim sterben Menschen unter deutlich anderen Rahmenbedingungen als beispielsweise im stationären Hospiz. Diese wirken sich erheblich auf alle Beteiligten und die Sterbebegleitung aus. Pflegeheime sind nach wie vor der zweithäufigste Sterbeort. Es macht mir Sorge zu sehen, dass sie dafür personell und fachlich nicht gut ausgestattet sind und ihnen die erforderlichen Ressourcen nicht zur Verfügung gestellt werden.

*Dorothea Bergmann:*

Und das führt dann manchmal auch da-

zu, dass eine ganz unruhige Situation entsteht. Dann frage ich mich oft, ob das für die Bewohner ein Rahmen ist, wo man ruhig sterben kann. Oder wenn jemand unruhig ist, dann ruhig wird, wenn jemand ans Bett sich setzt. Gott sei Dank haben wir ehrenamtliche Hospizbegleiter, die die Pflege entlasten. Da ist jetzt wenigstens jemand da! Ich erlebe das Sterben im Heim tatsächlich manchmal als ein Sterben zweiter Klasse. Von den Rahmenbedingungen her: Hausärzte sind oft nicht kompetent, eine ordentliche Schmerzmedikation zu geben. Und das ist das A und O! Gerade für die alten Menschen, denen alles weh tut beim Lagern und bei sonstigem. Die brauchen ordentliche Schmerzmedikamente.

*Kerstin Hummel:*

Aber selbst wenn das Sterben im Heim gut begleitet wird. Allein schon der Ort Pflegeheim ist oft negativ besetzt. Dann traut man dem vielleicht auch gar nicht, obwohl es für den Bewohner eine ganz stimmige Situation ist und er eine adäquate, gute Begleitung erfährt.

*Dorothea Bergmann:*

Also, das gibt es auch. Und, weil sie das gesagt haben mit den demenzerkrankten Menschen, das ist manchmal schon irre, dass die gegen Ende sind, wie als wären sie nochmal richtig wach. Und das kann sich keiner wissenschaftlich erklären. Sie erkennen oft am Schluss dann nochmal ihre Angehörigen, die sie lange schon nicht erkannt haben. Also, und bedanken sich oder sagen endlich die Worte, die vielleicht lange hätten gesagt werden müssen. Also, da passieren auch Dinge, wo ich das Gefühl habe, da begegnen sich zwei Welten in diesem Übergang. Da gibt es Menschen, die ganz ruhig einschlafen und nicht mehr aufwachen. Das sind dann auch Situationen, wo man sogar im Pflegeheim sagt, plötzlich und unerwartet verstorben! Mit 102 Jahren! Während dann andere Bewohner über Monate oft bettlägerig sind, hochpflegebedürftig. Und die dann so langsam, wie als würden sie sich auf eine große Reise machen, Schritt für Schritt diese Welt verlassen. Und zwischendurch mal kurz da sind und vielleicht aber schon mehr da drüben leben, ...

*hz: Was würdest Du zur Qualität der hausärztlichen Versorgung in den Pflegeheimen sagen?*



*Jörg Augustin:*

Da liegt sicherlich manches im Argen, auch die Angst vor Verordnung von Opiaten, Opiatabhängigkeit, Morphin-Mythos. Es bedarf immer noch der Aufklärung bezüglich Flüssigkeitsgabe versus Mund-/Schleimhautpflege und der in der letzten Phase doch belastenden Nahrungsaufnahme. Für das Versterben im Seniorenheim ist die Aufgabe des Arztes eine dreigeteilte. Man muss natürlich die Sterbenden versorgen, die Angehörigen und die Mitarbeiter/Pflegekräfte. Von den Mitarbeitern muss unbedingt Druck genommen werden. Sie sollten keine Angst vor der Heimaufsicht oder, den Vorgesetzten haben müssen.

*Kerstin Hummel:*

Die Krankheitsbilder und -verläufe sind natürlich oft andere. Im Hospiz sind in der Regel viele Menschen mit einer Tumorerkrankung. Im Pflegeheim stehen andere Erkrankungen wie Demenz, COPD oder Herzinsuffizienz im Vordergrund. Da kommt mir oft in den Sinn, der Tod kommt und der Tod geht auch wieder. Es ist manchmal schwierig, das Sterben zu erkennen oder wann ein guter Zeitpunkt ist, Maßnahmen nochmal anzupassen.

*Jörg Augustin:*

Man täuscht sich manchmal. Ich werde nie eine Bewohnerin vergessen, wo ich der felsenfesten Überzeugung war, sie würde demnächst versterben. Die Familie hat mich einberufen und wir haben über das Sterben gesprochen, alle Medikamente abgesetzt. Sie hat dann noch anderthalb Jahre gelebt, ist über die Station gelaufen und hat mich noch darauf aufmerksam gemacht, wenn ich etwas vergessen habe. Ganz wichtig, glaube ich, ist es von vornherein allen Beteiligten zu vermitteln, dass wir die Abläufe nicht sicher vorhersehen können. Und das ist keine Schwäche! Und das bringt dann wiederum Si-

cherheit. Denn wenn ich sage: „Ich kann Ihnen sagen, wie es laufen wird und ich habe das im Griff“, und es kommt anders, dann sagen die mir auch: „Der hat keine Ahnung! Der hat sich getäuscht, also wie sollen wir dem jetzt vertrauen?“ Man darf Unsicherheiten kommunizieren.

*Kerstin Hummel:*

Es geht immer darum, nicht nur die letzten Tage, kritisch hinzuschauen, ob eine Maßnahme noch geboten ist oder ob man etwas lassen sollte. Tut etwas gut oder ist es eher eine Belastung? Dann ist es vielleicht auch gar nicht mehr so relevant, ob es noch zwei Tage oder drei Monate sind. Wenn ich schaue, was jetzt in dem Moment wichtig ist, was das für jemanden an Lebensqualität bedeutet, dann muss ich es gar nicht mehr unbedingt wissen.

*Dorothea Bergmann:*

Eigentlich ist Pflege im Heim genauso gestrickt. Die Menschen ziehen bei uns ein, und es wird geschaut, was ist für die jetzt wichtig, zum jetzigen Zeitpunkt – biografie- und bedürfnisorientiert – und wenn es dann an das Sterben geht, dann wird immer verlangt, dass das die Pflegekräfte add-on machen, weil sie sich nämlich persönlich verbunden fühlen und so bereit sind, ein Mehr zu geben, als das, was eigentlich rückfinanziert ist. Dann kann es auch sein, dass es als schön empfunden wird im Heim zu leben und zu sterben. Das spiegeln die Bewohner ganz oft. Sie sagen „Ich wär’ doch blöd jetzt zu sterben, jetzt darf ich endlich, wie ich möchte. Jetzt darf ich endlich trinken und essen, so wie ich möchte. Jetzt darf das endlich sein!“ Dann leben die tatsächlich noch einmal ein Jahr, und sagen „Gott sei Dank!“

*Jörg Augustin:*

Etwas nicht zu tun, heißt ja nicht, nichts zu tun! Ein Verzicht auf eine therapeutische Maßnahme kann mitunter ein Gewinn für die Patienten sein. Allerdings ist der argumentative Aufwand eher größer als bei „Aktionismus“.

*hz: Es gibt eine Freiheit, und die führt vielleicht sogar zu einem längeren Leben.*

*Claudia Mäßiggang:*

Ja, und darum ist es vielleicht auch nicht für jeden das Beste, zu Hause zu sterben. Je nachdem, wie das häusliche Umfeld ist und wie Angehörige mit der Situation umgehen können. Es gibt ja oft auch dann von den Angehörigen Druck.

*hz: Wie begegnet Euch der Wunsch, den Tod schneller herbeizuführen, Stichwort aktive Tötung, Selbsttötung? Ist das häufig? In der Öffentlichkeit hat man ja in Deutschland den Eindruck Selbstbestimmung im Sterben ist vor allem, den Tod selber herbeizuführen.*

*Kerstin Hummel:*

Mir ist es gestern bei einem Besuch im Pflegeheim begegnet. Ich begleite dort eine Frau, die immer wieder Sterbewünsche äußert und überlegt, welche Möglichkeiten sie hätte. Sie kommt nicht auf mich zu und fragt: „Können Sie mir da helfen?“ Aber das Thema treibt sie um und sie spricht es in jeder unserer Begegnungen an. Für mich ist es immer ein Gesprächsangebot und ein Vertrauensbeweis, denn die Frau riskiert auch etwas, wenn sie

sich so offen äußert. Manche Mitarbeiter reagieren darauf mit großer Aufregung und Verunsicherung. Mir ist wichtig, erstmal zu hören, was steckt da dahinter, was treibt die Frau um? Und gut nachzufragen und auch klar zu benennen, wo ich etwas für sie tun kann, wo aber auch meine Grenzen sind.

*Theodor Degkwitz:*

Ich habe das Gefühl, dass mich manche mit dem Thema verschonen wollen. So werden Metaphern benutzt, zum Beispiel wird von Schweiz geredet, aber nicht gesagt: „Ich habe überlegt, ob ich mir das Leben nehme.“ Ich bekomme das aus Erzählungen ganz vorsichtig und behutsam mit, nicht direkt.

*Dorothea Bergmann:*

Also vor zwei Jahren hat uns das Thema wirklich noch viel mehr beschäftigt als es uns inzwischen beschäftigt. Das hängt damit zusammen, dass die Menschen, die den Wunsch äußern, gar nicht mehr in irgendeiner Form aktiv werden könnten. Und wenn, dann ist es oft ganz hilfreich nachzufragen, was beschäftigt sie, wie meinen sie das, was ist eigentlich los, wie kommt es zu diesem Wunsch? Und dann ist es häufig so, dass der Gedanke, „Ich nehme mir jetzt selber das Leben,“ gar nicht mehr da ist, also dass sich das auch verändert. Unsere Grenzerfahrung ist, wenn die Leute frisch einziehen bei uns im Haus und noch einigermaßen fit sind, dann bricht für die erstmal tatsächlich das Leben, so wie es bisher war, zusammen und das neue Leben, das sich im Heim auftut, da haben sie noch überhaupt keine Idee, wie sich das gestalten kann. Da ist es ganz wichtig, präsent zu sein und zu begleiten. Dann verändert sich der Wunsch manchmal oder ist es zumindest so, dass die Leute sagen, ich hätte es zwar jetzt gerne, aber ich möchte auch niemanden dazu bringen, dass er mir Medikamente dazu gibt. Es wäre zwar schön, es wäre jetzt zu Ende, aber man kann es auch noch aushalten. Also da gibt es einen Veränderungsprozess.

*Jörg Augustin:*

„Geben Sie mir eine Spritze. Können Sie nicht etwas machen, dass es schneller vorbei ist?“ das wird schon oft angesprochen, aber wenn man sich dann ein bisschen Zeit nimmt, und einfach nur mal sagt, welche Möglichkeiten bestehen, dann werden die Leute schon etwas ruhiger, und diese Fragestellung mag durchaus nochmal kommen, aber sie kommt immer seltener. Und es wird auch akzeptiert, wenn ich sage, dass ich es für mich nicht verantworten kann, eine Spritze zu geben. Das wird akzeptiert. Allerdings muss ich auch wirklich untermauern, also nicht einfach nur hinknallen, sondern dem muss man schon ein Gespräch folgen lassen.

*hz: Dieser Wunsch kommt auch im stationären Hospiz auf?*

*Jörg Augustin:*

Ja, aber häufiger in der Praxis oder im Altenheim bzw. betreuten Wohnen.

*hz: Wie wollt Ihr selber sterben?*

*Theodor Degkwitz:*

Ich habe gemerkt, das ist tatsächlich zum ersten Mal, dass ich konkret darüber nachdenke. Ich bin früher auch einer von denen

gewesen, der meinte, es muss schnell gehen. Mittlerweile würde ich schon Zeit haben wollen, um Abschied zu nehmen von Leuten, von dieser Welt, dass ich mir des Ganzen bewusst werde – aber trotzdem in einer schonenden Zeit!

*Katarina TheiBing:*

Ich möchte ein bisschen Zeit haben, um mich im Sterben zurechtzufinden oder es wenigstens zu versuchen. Und dann hoffe ich, es so nehmen zu können, wie es kommt. Das ist meine Erfahrung, dass das hilfreich ist, wenn einem das gelingt. Vor Schmerzen habe ich gar nicht so viel Angst, weil ich hoffe, irgendwo zu sein, wo man Schmerztherapie beherrscht. Ich weiß, das ist eigentlich in der Regel kein Problem. Ich möchte keine Angst haben.

*Claudia Mäßiggang:*

Bei meinen Begleitungen bis jetzt habe ich bisher nichts erlebt, wo ich gesagt habe, das Sterben macht mir Angst. Daher bin ich da ganz vertrauensvoll. Ich vertraue darauf, dass mein Sterben zu meinem bis dahin gelebten Leben passt.

*Kerstin Hummel:*

Mir wäre es auch wichtig, dass ich mich gesehen und sicher fühle. Ich möchte also an einem Ort sein, der den Rahmen dafür bietet und Menschen um mich haben, die das unterstützen.

*Jörg Augustin:*

Ich würde gerne nicht plötzlich versterben, sondern ein bisschen Zeit haben, um mich und meine Nahestehenden darauf vorzubereiten.

Ich hätte auch gerne ein Versterben ohne Angst. Ich würde ganz gerne nicht zu Hause versterben, weil ich denke, dass es für die Angehörigen belastend ist, an dem Ort zu leben, an dem ein Nahestehender verstorben ist. Wenn ich mich mit meinem Tod beschäftige, bin ich sehr dankbar für bisher 60 gute Jahre auf dieser Erde, das ist wahrlich nicht jedem vergönnt.

*Dorothea Bergmann:*

Mir gefällt der Gedanke „gestorben zu werden“. Ich möchte beim Sterben auch mal nichts mehr machen und planen müssen, mich zwar schon vorbereiten und damit auseinandersetzen, dass es weniger wird, dass ich weniger Kräfte habe, und irgendwie auch ausöhnen können, das wäre mein Wunsch. Nicht schnell und von jetzt auf gleich. Je älter ich werde, desto mehr merke ich, wie ich am Leben hänge, bis zuletzt. Und ich würde gerne Menschen um mich rumhaben, die mir etwas an tatsächlichem Leben zumuten und ein Einfühlungsvermögen haben für das, was mir jetzt guttut. Und ich möchte gerne meinen Kindern hinterlassen, was sie für tolle Menschen sind.

*hz: Vielen Dank für das Gespräch!*

Kontakt: **Dr.med. Jörg Augustin**, [augustin@augustin-praxis.de](mailto:augustin@augustin-praxis.de)  
**Katarina TheiBing**, [theissing@chv.org](mailto:theissing@chv.org)  
**PfarrerIn Dorothea Bergmann**, [dbergmann@im-muenchen.de](mailto:dbergmann@im-muenchen.de)  
**Kerstin Hummel**, [hummel@chv.org](mailto:hummel@chv.org)  
**Claudia Mäßiggang**, [Claudia.Maessiggang@lindl.org](mailto:Claudia.Maessiggang@lindl.org)  
**Theodor Degkwitz**

## SORGEKUNST – Mutbüchlein für das Lebensende

Andreas Heller, Patrick Schuchter

In Gesellschaften des langen Lebens braucht es Mut, das Leben bis zuletzt anzunehmen. Die Lektüre dieses Büchleins erfordert Mut und soll Mut zurückgeben, um das alltägliche Leben im Jetzt vom Ende her zu betrachten. Die antike Philosophie war der Überzeugung: Dieser Mut ist notwendig, um das Denken klarer zu machen. Was sind die Möglichkeiten des Glücks? Wie lässt sich Vertrauen zu Mitmenschen aufbauen?

Dieses Denken entspricht der „Sorge“. Die Sorge hat zwei Seiten. Sorge beschwert. Der Tod, der Voraus-Blick auf die eigene mögliche Gebrechlichkeit und das Lebensende wecken diese Sorge. Die zweite Seite der Sorge ist aktiver. Sorgen heißt: Verantwortung übernehmen, sich kümmern, bedenken, gestalten, nicht ausweichen. Auf dem Spiel steht eine neue Sorgekunst.

Dieses Mutbüchlein steht in der langen Tradition der Lebenskunstliteratur. Es ermutigt zu einer Sorge um sich, mit Anderen und für Andere. Es ist ein leidenschaftliches Plädoyer für ein wesentlicheres Leben in menschlichen Beziehungen, hier und heute. Es wird getragen von der Einsicht, dass nicht „Planung“ der angemessene Umgang mit den existenziellen Herausforderungen ist, sondern Sorgekunst.



SORGEKUNST – Mutbüchlein für das Lebensende, Andreas Heller, Patrick Schuchter, 124 Seiten, engl. Broschüre, Esslingen 2017, ISBN: 978-3-946527-14-5, Preis: € 14,90 (D)/€ 14,90 (A)

Bestellungen unter: **Tel. 07 154/ 13 27 37** oder **[www.hospiz-verlag.de](http://www.hospiz-verlag.de)**