ARBEITSHILFE

Christiane Högermann

www.filmwerk.de

ICH STERBE, WIE ICH WILL

AUS DER ZDF-REIHE 37°

ICH STERBE, WIE ICH WILL – ENTSCHEIDUNG AM ENDE DES LEBENS

Eine DVD mit dem recht zur nichtgewerblichen öffentlichen Vorführung erhalten Sie *hier:*

Aus der Reihe 37 Grad
Deutschland 2017
Doku, 29 Min.
Regie: Yves Schurzmann und Ravi Karmalker
Produktion: good karma productions, Christan Stachel (ZDF)

ZUR AUTORIN

Christiane Högermann, Jg. 1956, ist seit 1981 als Gymnasiallehrerin, seit 2001 ausschließlich in der Erwachsenenbildung, am Abendgymnasium Sophie Scholl in Osnabrück, tätig. 1987 erfolgte die Promotion zum Dr. rer nat. an der Universität Osnabrück. Seit 1981 arbeitet sie in loser Folge an Unterrichtsmaterialien für Schüler(innen) und Lehrkräfte mit.

GLIEDERUNG

Kurzcharakteristik	S. 02
Themen	S. 03
Einsatzmöglichkeiten	S. 03
Kapitelüberblick	S. 03
Inhalt	S. 03
Selbstbestimmt und erhobenen Hauptes	S. 05
Weitere Links	S. 06
Weitere Filme	S. 07
Übersicht Materialien	S. 07
M01-M10	S. 08-37

KURZCHARAKTERISTIK

37 Grad: Es werden drei kranke Menschen vorgestellt, die nicht mehr lange zu leben haben. Wie sie sterben möchten, darüber hat jeder seine eigenen Vorstellungen. Selbstbestimmt und in Würde, das ist für alle wichtig.

THEMEN

Abschied nehmen, aktive / passive / indirekte Sterbehilfe, assistierter Suizid, Gesundheit, Heilung, Hoffnung, Hospiz, Krankheit, Loslassen, Sterbebegleitung, in Würde sterben, Therapien, Tod.

EINSATZMÖGLICHKEITEN

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Diese in Artikel 1 des Grundgesetzes formulierte Forderung ist sowohl der Leitgedanke im Film ***Ich sterbe, wie ich will*** als auch eine der Grundvoraussetzungen von Unterricht. Insbesondere in den Unterrichtsfächern aus dem gesellschaftswissenschaftlichen Bereich (ggf. auch Ethik, Philosophie) häufig im Zusammenhang mit dem Recht auf Selbstbestimmung besitzt dieses Thema seine Daseinsberechtigung. Somit bietet es sich in diesen Fächern an, auch die Sterbehilfe unter den in der Arbeitshilfe vorgeschlagenen Blickwinkeln zu beleuchten. In der Religionslehre bzw. im Konfirmandenunterricht kämen Rahmenthemen wie „Einheit, Sterben, Tod, ewiges Leben“ in Betracht. Nicht nur die auf den naturwissenschaftlich ausgerichteten Arbeitsblättern zur Amorphen Lateralsklerose und den Therapieformen bei Krebserkrankungen sind für den Biologieunterricht der Sek II geeignet (Fachkompetenz), sondern der Film bietet als Gesamtwerk reichlich Material zur Schulung der Bewertungskompetenz. Letzteres gilt zudem für die zuvor genannten Unterrichtsfächer. Da das Rahmenthema „selbstbestimmtes Leben, selbstbestimmtes Sterben“ sowie die Art und Weise der inhaltlichen Aufbereitung für so manchen Schüler persönlich belastend sein kann, sollte sich die Entscheidung über den unterrichtlichen Einsatz nicht ausschließlich nach Alter und Entwicklungsstand der Lerngruppe richten; auch dabei sollten individuelle Befindlichkeiten berücksichtigt werden.

KAPITELÜBERBLICK

Kap.	TC	Inhalt/Überschrift
1	(00:00 – 02:27)	Die Protagonisten
2	(02:27 – 11:20)	Biografisch-Familiäres
3	(11:20 – 17:30)	Rückschläge und melancholischer Geburtstag
4	(17:13 – 24:50):	Klaus‘ und Antjes letzte Wege, Andrea kehrt nach Hause zurück
5	(24:50 – 29:26):	Zwei Abschiede und Andreas Zukunftsperspektiven

INHALT

KAP. 1 (00:00): DIE PROTAGONISTEN

Klaus V. (76) aus Herne leidet seit fünf Jahren unter ALS. Ab einem bestimmten, für ihn nicht mehr tragbaren Zustand der Hilfsbedürftigkeit und des Leidens will er um Sterbehilfe bitten. „Ich will so sterben, wie ich gelebt habe – selbstbestimmt, mit erhobenem Haupt und nicht als Pflegefall.“ Für ihn scheint eine tödliche Tablettendosis die beste Lösung zu sein.

Antje W. (37) aus Dessau ist eine alleinerziehende Mutter. Sie hat Lungenkrebs im Endstadium und will alles an Therapien ausschöpfen, um so lange wie möglich am Leben zu bleiben. Einen Freitod will sie ihren Kindern nicht antun.

Andrea W. (58), ebenfalls Lungenkrebspatientin, kennt als Krankenhausseelsorgerin die oft aussichtslose Situation von Menschen, die wie sie selbst, tödlich erkrankt sind.

Nach der dritten wegen der unerträglichen Nebenwirkungen abgebrochenen Chemotherapie erwartet sie die bestmögliche Betreuung in einem Hospiz und möchte daher auch dort sterben. Sie ist dankbar, keine Schmerzen zu haben. Der Film begleitet diese drei Lebens(end)geschichten und die damit verbundenen Sterbewünsche.

KAP. 2 (02:27): BIOGRAFISCH-FAMILIÄRES

2.1. Antje hat bis vor kurzem noch als Ergotherapeutin gearbeitet. Die Chemotherapien haben ihr geholfen, ein Jahr weiterzuleben.
2.2. Klaus genießt es, noch die Spiele von Schalke 04 im Stadion erleben zu dürfen. Zuhause gönnt er sich eine Zigarre, zeigt Fotos und andere Dinge aus seinem aufregenden Leben als Schausteller. Von diesem hat er sich inzwischen verabschiedet. In einem Hospiz bei Stuttgart ist Andrea nun selbst Patientin. Vom normalen Leben hat sie Abschied genommen.
2.3. Antje ist so oft wie möglich mit ihren Kindern unterwegs. Das größte Problem für sie ist, dass sie die Zukunft ihrer Kinder – Lara-Josephine (12) und Dominik (19) – nicht mehr miterleben wird. Daher hat sie eine große Wut auf ihren Krebs. Josie und Dominik wissen um den Zustand ihre Mutter. Sie gehen alle drei offen damit um und stellen sich der Situation und ihren Folgen.
2.4. In seiner Tochter Kerstin hat Klaus eine Verbündete beim Wunsch auf Sterbehilfe gefunden. Sie respektiert den Willen ihres Vaters. In seinem Garten hatte er bereits einen Baum ausgesucht, an dem er sich aufhängen könnte. Sie kann es sich jedoch nicht vorstellen, dass er auf diese Weise seinem Leben ein Ende setzen würde.
2.5. Andreas Ehemann, mit dem sie seit 33 Jahren verheiratet ist, besucht seine Frau regelmäßig im Hospiz. Seine größte Angst besteht darin, dass ihr Sterbeprozess unerträglich wird. Ihrem Wunsch auf Sterbehilfe steht er sehr zögerlich und zwiespältig gegenüber; er kann ihn nicht befürworten.

KAP. 3 (11:20): RÜCKSCHLÄGE UND MELANCHOLISCHER GEBURTSTAG

3.1. Inzwischen hat sich Antjes Zustand stark verschlechtert: Metastasen im Gehirn. Ihr Palliativmediziner gibt ihr unmissverständlich zu verstehen, dass keine Zeit zum Diskutieren mehr verbleibt, sondern die einzige Chance eine Bestrahlungstherapie sei. Antje bleibt weiterhin kämpferisch und die Familie zeigt eine Art schwarzen Humors, indem sie selbst hergestellte Plakate präsentieren.
3.2. Der 24. September: Klaus wird 76 und feiert noch einmal eine große Geburtstagsparty mit vielen Freunden. Viele von ihnen wussten nicht, wie es um seinen Zustand bestellt ist und von seinem Sterbeplan. Sie sind schockiert, als sie davon erfahren. Einer von ihnen fragt ihn, ob er sich das wirklich gut überlegt habe.
Die Geschenke, die sie ihm mitgebracht haben, sind nach wie vor so zum Teil witzig wie in den Jahren zuvor. Insgesamt ist die Stimmung gut. Am Ende des Tages kippt sie jedoch etwas, da Klaus melancholisch wird. Daraufhin erinnert er sich aber daran, dass er ja ein schönes Leben gehabt und alles richtig gemacht habe.
3.3. Anje ist auf dem Weg zur Bestrahlung aufgrund einer erneuten Verschlechterung ihres Zustandes. Dennoch setzt sie sich kleine Ziele, die sie erreichen will.

KAP. 4 (17:13): KLAUS‘ UND ANTJES LETZTE WEGE, ANDREA KEHRT NACH HAUSE ZURÜCK

4.1. Drei Wochen nach der Geburtstagsfeier kann Klaus nicht mehr laufen; er sitzt im Rollstuhl. Das, was er sich noch alles vorgenommen hatte, ist nunmehr unmöglich geworden. Er gibt sich noch drei Wochen, dann will er „aufhören“. Seine Tochter Kerstin ist im Zwiespalt. Soll sie ihren Vater rund um die Uhr betreuen oder weiter in ihrem Beruf arbeiten? Der Vater will keine Rundumbetreuung, sondern sich jetzt lieber mit ihr über andere Dinge unterhalten.

Schon gar nicht möchte er auf eine Palliativstation, sodass ihm nichts anderes übrig bleibt, als alleine zuhause herumzusitzen und zu grübeln. Sein Palliativmediziner, der ihn regelmäßig besucht, ist bereit, ihn in Form eines assistierten Suizids zu unterstützen. Noch gestattet die Gesetzeslage diese Maßnahme, kurz darauf wird sie jedoch geändert. Der Arzt, der meint, zum Freitod sei es noch zu früh, erklärt Klaus, wie bestimmte Medikamentenkombinationen zur Einleitung des Sterbeprozesses wirken würden. Eine solche Hilfe ist zwar nicht verboten, aber dennoch grenzwertig. Auf jeden Fall wäre eine geschäftsmäßige Unterstützung illegal. Dennoch ist auch die geplante Zusammenarbeit zwischen Klaus und dem Mediziner eine juristische Gratwanderung. Ab diesem Zeitpunkt ist Kerstin ständig bei ihrem Vater. Dank einer neuen Einstellung seiner Schmerzmittel keimt in Klaus noch einmal Optimismus auf. Immerhin besteht nun nur noch eine 50:50-Chance, dass er den Freitod wählt.
4.2. Andreas Bett im Hospiz ist leer. Sie kann wieder laufen und kehrt noch einmal voller Erwartung auf einen neuen Lebensabschnitt nach Hause zurück. Ein schöner Sommer dort ist realistisch. Sie und ihr Ehemann genießen die Zweisamkeit. So lässt auch der Besuch einer Freundin ihr Leben wieder nahezu normal erschienen. Diese äußert explizit ihre positive Verwunderung darüber, dass es Andrea gelungen ist, wieder nach Hause zurück zu kommen.
4.3. Antje hat ihre Bestrahlungstherapie abgebrochen und liegt nun auf einer Palliativstation: Ihre einzigen Gedanken kreisen um ihre Kinder. Zwei Wochen hat sie dort noch, dann verstirbt sie an Lungenkrebs.

KAP. 5 (24:50): ZWEI ABSCHIEDE UND ANDREAS ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN

5.1 Nun wird der Weg von Klaus weiterverfolgt. Klaus hat sich das Leben genommen. Nur noch Kerstin ist in der leeren Wohnung. Er hat ein Gemisch aus Rotwein und Tabletten genommen und auch einen Abschiedsbrief hinterlassen. Die Polizei wird sich mit dem Fall beschäftigen müssen. Kerstin sagt, dass „Papa noch gut aussah, als er dort so gelegen habe“. Er hatte ihr vorher nicht über sein Vorhaben Bescheid gegeben und wollte nur, dass sie aus dem Haus verschwindet. In der letzen Zeit war der Druck, der auf ihr lastete, einfach zu groß. Ständig war der Gedanke präsent: „Wann macht er es?“ Klaus ist glücklich aus dem Leben gegangen, ohne jemals vollständig auf fremde Hilfe angewiesen gewesen zu sein.
5.2. Drei Monate nach Antjes Tod: Josie lebt bei ihrem Vater auf dessen Pferdehof und Dominik ist in der zuvor gemeinsamen Wohnung geblieben.
5.3. Andrea hatte einen schönen, beschwerdefreien Sommer und konnte viele kleine Spaziergänge machen. Für ihren Mann ist klar, dass sie ohne Abbruch der Chemotherapie heute nicht mehr am Leben wäre. Andrea möchte selbstbestimmt über ihr Leben entscheiden und dann auch mutig selbstbestimmt sterben. Jeden Tag lebt sie bewusst im Hier und Jetzt.
(Ende: 29:26 Min.)

SELBSTBESTIMMT UND ERHOBENEN HAUPTES

Klaus V. aus Herne ist immer ein Lebemann gewesen, ein gestandener Kerl, ein liebevoller Vater, Schalke-Fan, Unternehmer, Freigeist. Vor knapp fünf Jahren dann die Diagnose: ALS. Die Amyotrophe Lateralsklerose ist eine unheilbare Krankheit, die das Nervensystem und die Muskeln lähmt. Klaus würde irgendwann an einer Atemlähmung sterben. Doch darauf will der 75-Jährige nicht warten: „Ich will so sterben, wie ich gelebt habe - selbstbestimmt, mit erhobenem Haupt und nicht als Pflegefall!“ Also sucht er jemanden, der ihm beim Freitod assistiert. Gemeinsam mit seiner Tochter Kerstin (49) wendet er sich an den Palliativmediziner Dr. Matthias Thöns – einige Monate, bevor das Sterbehilfe-Gesetz in Deutschland neu geregelt wird.

Antje W. hat Lungenkrebs im Endstadium. Die 37-Jährige aus Dessau ist Ergotherapeutin, arbeitete aber zuletzt als Kassiererin, um mehr zu verdienen.

Die Diagnose bekam sie völlig unvorbereitet, als sie im April 2015 eine Plasmaspende machte. Da war es für eine Behandlung schon zu spät. Die Prognose lautete: sechs Monate noch. Für Antje kommt Sterbehilfe nicht in Frage. Sie ist alleinerziehende Mutter von zwei Kindern, 19 und 12 J. alt. Deshalb kämpft sie bis zum Schluss, will so viel Zeit schinden wie möglich, um länger bei ihren Kindern zu sein. Chemotherapie, Immuntherapie, Bestrahlung – jede Möglichkeit nimmt sie wahr, ohne Rücksicht auf die Nebenwirkungen. „Heilung wird es nicht geben, das wusste ich von Anfang an. Für mich ist nur Zeit wichtig."

Andrea W. bekommt im Januar 2016 die Diagnose Lungenkrebs, unheilbar. Der Krebs ist weit fortgeschritten – niemand kann ihr sagen, wie viel Zeit sie noch hat. Wenige Wochen, vielleicht ein paar Monate. Um ihre Lebenszeit zu verlängern, bekommt sie drei Chemotherapien. Die letzte bricht sie ab – die Nebenwirkungen sind unerträglich. Die 58-Jährige aus Bietigheim-Bissingen möchte im Hospiz sterben. Damit kennt sie sich aus, denn bis zu ihrer Krankheit arbeitete die Diplom-Theologin als Krankhausseelsorgerin, hatte ständig mit Menschen zu tun, denen es so erging wie ihr jetzt. Ihr war immer klar, sie möchte auch in einem Hospiz sterben. Die Menschen dort kennen sich mit dem Sterben aus. „Ich brauche die Sicherheit, dass jemand da ist, wenn ich Schmerzen habe und keine Luft mehr bekomme." Ihre Tochter studiert weit weg in Münster, ihr Mann ist beruflich viel unterwegs. Ihrer Familie möchte sie ihre Betreuung und Pflege in den letzten Wochen ihres Lebens nicht zumuten.
(Quelle: ZDF)

WEITERE LINKS (STAND: 17.10.2017)

Informationstexte:
Deutscher Hospiz- und Palliativverband:
http://www.dhpv.de/
http://www.dhpv.de/ueber-uns_der-verband.html
Hospiz macht Schule:
http://www.hospizmachtschule.de/
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:
https://www.dgpalliativmedizin.de/
Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben:
https://www.dghs.de/?gclid=CM_-57LjktYCFc277QodRy4GKg
Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften:
http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe
Deutscher Ethikrat:
http://www.ethikrat.org/themen/ende-des-lebens/sterbebegleitung-sterbehilfe
Evangelische Kirche Deutschlands (EKD):
https://www.ekd.de/ekd_texte_97_3.htm
Katholische Kirche:
http://www.bpb.de/mediathek/245108/sterbehilfe-das-sagt-die-katholische-kirche
Deutsche Bischofskonferenz (DBK):
http://www.dbk.de/themen/sterben-in-wuerde/
http://www.dbk.de/nc/presse/details/?presseid=2644
Bundesärzteblatt zur Sterbebegleitung:
https://www.aerzteblatt.de/archiv/80946/Grundsaetze-der-Bundesaerztekammer-zur-aerztlichen-Sterbebegleitung
Formen der Sterbehilfe:
https://dejure.org/gesetze/StGB/217.html

Übersicht zur Sterbehilfegesetzgebung in Deutschland und anderen europäischen Ländern:
https://dejure.org/gesetze/StGB/217.html
http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-Europa.html
https://www.domradio.de/nachrichten/2012-04-01/ueberblick-ueber-sterbehilfe-europa
http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sterbehilfe-im-europaeischen-ausland-a-951995.html
Umfrage zur Sterbehilfe:
http://www.presseportal.de/pm/52678/3470064
Fallbeispiel zur Sterbehilfe:
http://www.berliner-zeitung.de/gesundheit/sterbehilfe-wie-organisiert-man-eigentlich-den-eigenen-tod--25247656

LITERATURHINWEISE:

Niedersächsisches Ärzteblatt, Mitteilungsblatt der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Dezember 2015: Palliativmedizin „Unsere ärztliche Aufgabe ist es Leiden zu lindern und Sterbenden beizustehen.“, S. 18-29.
Flaspöhler, Svenja: Mein Tod gehört mir. Pantheon Verl., München 2013.
https://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/nav_lpCategory.php?landingPage=Sterbehilfe&gclid=CJ6CIO3kktYCFeeV7QoddA8AjA

WEITERE FILME ZUM THEMA TOD / STERBEN / STERBEBEGLEITUNG BEIM KFW (AUSWAHL, STAND: 17.10.2017)

Spielfilme:
Am Ende eines viel zu kurzen Tages
https://lizenzshop.filmwerk.de/shop/detail.cfm?id=2003
Das Meer in mir
https://lizenzshop.filmwerk.de/shop/detail.cfm?id=1021
Halt auf freier Strecke
https://lizenzshop.filmwerk.de/shop/detail.cfm?id=1920

Dokus:
Er sollte sterben, doch Tim lebt
https://lizenzshop.filmwerk.de/shop/detail.cfm?id=1005
Hospiz – Sterbenden helfen
https://lizenzshop.filmwerk.de/shop/detail.cfm?id=46
Lebenshungrig und todesmutig
https://lizenzshop.filmwerk.de/shop/detail.cfm?id=989

ÜBERSICHT MATERIALIEN / ARBEITSBLÄTTER (JEWEILS SUS UND L)

M01 Die drei Protagonisten und ihre gesundheitliche Situation
M02 Klaus, Antje und Andrea - Drei unterschiedliche Wege des Umgangs mit Sterben und Tod
M03 Hintergrundinformationen zum Thema Sterbehilfe
M04 Positionen der ev. und kath. Kirche (EKD, DBK)
M05 Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)
M06 Immun-, Strahlen- und Chemotherapie – (stumpfe) Waffen gegen Krebserkrankungen
M07 Ein langer Abschied und eine schwere Entscheidung
M08 Biologische Hintergründe von Selbstheilungskräften
M09 Interview mit Hans-Jürgen Kuhlmann, Pastor im Ruhestand
M10 Sprichwörter zu Sterben und Tod

M01_SuS Die drei Protagonisten und ihre gesundheitliche Situation

AUFGABEN

1. Stellen Sie in jeweils einem Fließdiagramm die Entwicklung der Krankheit bei Klaus V., Antje W. und Andrea W. dar.

2. Fertigen Sie eine tabellarische Übersicht an, in der folgende Gesichtspunkte formuliert werden:

   - die generelle Lebenseinstellung der drei Patienten.
   - Umgang mit der Krankheit bzw. dem Schicksal.
   - Gründe für bzw. gegen den Freitod.

Fakultativ nur für die Sek II:
Wenn Sie in einer, wie im Film beschriebenen aussichtslosen gesundheitlichen Situation wären, welche Lebenseinstellung und/oder Entscheidung käme für sie in Frage? Begründen Sie Ihre Aussagen.

© kfw GmbH 2017

M01_L Die drei Protagonisten und ihre gesundheitliche Situation

1.

Klaus (ALS):

- Klaus ist noch so mobil, dass er zu einem Fußballspiel gehen kann.
- Er feiert noch seinen 76. Geburtstag, wird am Ende melancholisch.
- Drei Wochen nach der Feier kann er nicht mehr laufen und sitzt im Rollstuhl.
- Klaus wählt den Freitod mit einer Medikamentenmischung.

Antje (Lungenkrebs im Endstadium):

- Eine Chemotherapie bringt zumindest ein Jahr Aufschub im Krankheitsverlauf / Lebensgewinn.
- Im Gehirn haben sich Metastasen gebildet.
- Eine Strahlentherapie ist die einzige weitere Therapiechance.
- Eine erneute Verschlechterung tritt ein.
- Antje bricht die Therapie ab und liegt nun auf einer Palliativstation.
- Zwei Wochen später stirbt sie.

Andrea (Lungenkrebs):

- Andrea bricht wegen der Nebenwirkungen eine dritte Chemotherapie ab.
- Von nun an lebt sie im Hospiz.
- Andreas Zustand verbessert sich.
- Sie kann wieder laufen und kehrt nach Hause zurück. Dort verlebt sie einen schönen Sommer.

2.

	Lebenseinstellung	**Umgang mit der Krankheit**	**Gründe für / gegen den Freitod**
Klaus	hat sein Leben gelebt und alles richtig gemacht.	nimmt die Krankheit an, will so sterben wie er gelebt hat.	will mit erhobenem Haupt sterben, nicht als Pflegefall.
Antje	ist kämpferisch bis zum Schluss, möchte ihre Kinder aufwachsen sehen.	nimmt die Krankheit an und nutzt alle therapeutischen Möglichkeiten.	möchte ihren Kindern keinen Freitod antun.
Andrea	sieht die noch verbleibende Lebenszeit als Chance, ein selbstbestimmtes Leben zu leben, lebt bewusst Tag für Tag.	nimmt die Krankheit an, möchte möglichst ohne Schmerzen zu gegebener Zeit „gehen“.	möchte über ihr Leben entscheiden und auch so sterben.

© kfw GmbH 2017

M02_SuS Klaus, Antje und Andrea - Drei unterschiedliche Wege des Umgangs mit Sterben und Tod

Die Klasse/der Kurs wird in drei Gruppen aufgeteilt: „Gruppe Klaus“, „Gruppe Antje“ und „Gruppe Andrea“. Pro Gruppe erhalten die Schüler(innen) die Gesichtspunkte, unter denen sie das Schicksal „ihrer“ Person analysieren. Dazu werden von der Lehrkraft DIN-A4-Bögen vorbereitet mit dem jeweiligen Aspekt als Überschrift:

- Bewusstsein der eigenen Vergänglichkeit (01)
- Sichtweise des Todes als Ende des Lebens (02)
- menschenwürdiges Sterben (03)
- Sterbebegleitung (04)
- Entscheidung für den Freitod (05)
- Entscheidung gegen den Freitod (06)
- loslassen können (07)
- Lebenswille, um noch ein bestimmtes Ziel zu erreichen (08)
- Nutzung der verbleibenden Lebensqualität (09)
- Vorbereitung auf den Tod (10)
- Hoffnung auf Heilung, Beteiligung von Selbstheilungskräften (11)

Zusätzlich bekommt jede Gruppe einen Bogen Zeichenkarton im DIN-A3-Format, auf dem mittig ein Schwarzweiß-Foto von Klaus, Antje bzw. Andrea aufgeklebt ist, sowie Klebstoff, der sich wieder lösen lässt (z. B. Fixogum).
Die Schüler(innen) schauen nun den Film jeweils mit dem Fokus auf „ihren“ Protagonisten an und notieren, sofern es im Film angesprochen wird, auf dem jeweiligen Bogen stichwortartig relevante Aspekte zu (01) bis (11). Die Bögen werden anschließend sternförmig um das jeweilige Foto herum aufgeklebt.
Abschließend fassen die drei Gruppen in ein bis zwei Sätzen ihre Erkenntnisse zu Klaus, Antje und Andrea zusammen und teilen sie ihren Mitschüler(inne)n mit. Um einen Vergleich der drei sehr verschiedenen Umgangsweisen mit Sterben und Tod zu erhalten, können die DIN-A4-Bögen wieder vom Zeichenkarton gelöst und nach den Überschriften geordnet nebeneinander gelegt werden. So liegen gleiche Aspekte auf einer Höhe und können verglichen werden.

Alternativ könnten die Bögen auch bereits mit den unten stehenden Vorschlägen von der Lehrkraft beschriftet und ohne Zuweisung zu den drei Personen auf Tischen ausgelegt werden. Dann wäre es die Aufgabe der drei Gruppen, jeweils diejenigen Aussagen herauszusuchen, die auf „ihre“ Person zutreffen (könnten). Die weitere Vorgehensweise entspricht dem Vorschlag s. o.

© kfw GmbH 2017

M02_L Klaus, Antje und Andrea - Drei unterschiedliche Wege des Umgangs mit Sterben und Tod

Aspekte, die aus dem Film herausgearbeitet werden können:

Klaus:

(01):
- sieht fortschreitende Symptome der ALS
- weiß um den „Trend nach unten“
- gerät nach dem 76. Geburtstag in melancholische Stimmung
- ist sich bewusst, dass dieser Geburtstag vermutlich sein letzter war

(02):
- ca. drei Wochen nach dem Geburtstag: rechnet mit einem baldigen Tod

(03):
- will den Freitod eingehen, wenn sein Dasein menschenunwürdig wird

(04):
- möchte nicht ins Hospiz oder eine Palliativstation
- alleine zu Hause sitzen ist der Preis dafür, dass er diese Möglichkeiten ausschlägt
- will unbedingt seine Unabhängigkeit bewahren

(05):
- ja, wünscht sich Einschlafen mit einem Tablettencocktail
- Entscheidung, wann er sein Leben beenden möchte, soll selbstbestimmt sein

(06):
- nein

(08):
- aktuelle Schalke-Saison will er „noch packen“

(09):
- geht zu jedem Spiel von Schalke, denn jedes könnte das letzte sein
- schmiedet noch Unternehmungspläne für die Zukunft

(10):
- Tochter Kerstin hat ihm bei der Suche nach einem Palliativmediziner geholfen
- Mediziner wird ihn unterstützen und erklärt ihm die Kombination der todbringenden Medikamentenkombination

(11):
- keine Hoffnung auf Heilung
- Selbstheilungskräfte nicht thematisiert

Antje:

(01):
- Diagnose war ein Schock, hatte sich mit dem Thema vorher nicht beschäftigt

© kfw GmbH 2017

(02):
- ja, da eine Heilung ohnehin nicht möglich

(03):
- akzeptiert schwere Nebenwirkungen der Strahlentherapie
- fragt dabei nicht nach „menschenwürdig“ oder „-unwürdig

(04):
- wird nicht thematisiert

(05):
- klares Nein, kommt für sie nicht in Frage
- kann ihren Kindern keinen Freitod antun

(06):
- ja

(07):
- vermisst Unbeschwertheit ihres ehemals gesunden Körpers/Lebens
- ist wütend auf die Diagnose, da ihr so Vieles aus dem Leben der Kinder entgeht

(08):
- kann und will nicht aufgeben
- entscheidet sich trotz möglicher Konsequenzen für eine Strahlungstherapie
- gibt sich insgesamt kämpferisch
- wertet jeden noch so kleinen Lichtblick als Motivation
- möchte unbedingt den nächsten Sommer noch erleben

(09):
- hat mit Chemotherapie Zeit gewonnen
- feiert nun zweimal im Jahr Geburtstag
- Wunsch: noch so viel wie möglich mit den Kindern unternehmen

(10):
- lässt alles auf sich zukommen

(11):
- keine Hoffnung auf Heilung
- Selbstheilungskräfte nicht thematisiert

Andrea:

(01):
- Bewusstsein darüber, dass der Weg bis zum Tod schon mit Krankenhaus, Pflegeheim, Hospiz vollzogen ist

(02):
- hat sich den Tod als Lebensende als Krankenhausseelsorgerin stets vergegenwärtigt

© kfw GmbH 2017

M02_L Klaus, Antje und Andrea - Drei unterschiedliche Wege des Umgangs mit Sterben und Tod

(03):
- bricht dritte Chemotherapie ab und geht ins Hospiz
- Abschied vom normalen Leben fällt ihr dort leichter
- selbstbestimmtes Sterben in Würde richtet sich gegen gängige Meinung, „sich hinzustellen und zu sagen: Ich riskiere es, ich lebe Tage, wo ‚Das' überhaupt nicht im Kopf ist."

(04):
- wird Sterbebegleitung im Hospiz nutzen

(05):
- nicht direkt, lässt Entscheidung offen
- Credo: selbstbestimmt leben und sterben

(06):
- s. (05)

(07):
- lässt sich Tag für Tag auf das ein, was kommt
- würde zu Hause merken, was sie nun lassen muss
- zurück nach Hause wäre Rückschritt

(08):
- tritt in einen neuen Lebensabschnitt ein

(09):
- lebt jeden Tag ohne Schmerzen neu
- Freude und Erwartung, wie sie zu Hause mit der Diagnose zurechtkommen wird

(10):
- Hospizmitarbeiter: „Sie fühlt sich im Sterben eigentlich schon weiter als sie ist."

(11):
- Chemotherapie hat Lungenkrebs zum Stillstand gebracht
- Selbstheilungskräfte schwingen im Hintergrund mit, sind nicht ausgeschlossen

© kfw GmbH 2017

M03_SuS Hintergrundinformationen zum Thema Sterbehilfe

Text 1:
Für den medizinischen Laien bedeutet „Sterbehilfe“ in der Regel nur ganz allgemein eine Hilfestellung zum Suizid / Freitod, wenn ein unheilbar Kranker in einer für ihn aussichtslosen Situation sein Leben selbstbestimmt und zu einem bestimmten Zeitpunkt beenden möchte. In der Medizin und Ethik jedoch gibt es verschiedene Formen der „Hilfe im Sterben“, die häufig kaum voneinander abzugrenzen sind und in einer juristischen „Grauzone“ liegen.

Einführung und grundlegende begriffliche Unterscheidungen (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften)
Mit Sterbehilfe kann zum einen „Hilfe im Sterben“, d.h. „Sterbebeistand“ oder „Sterbebegleitung“ gemeint sein. Sterbehilfe in diesem Sinne besteht in der Unterstützung Sterbender durch Pflege, schmerzlindernde Behandlung sowie menschliche Zuwendung und ist als dringendes Erfordernis im Umgang mit Sterbenden unumstritten. Zum anderen kann mit Sterbehilfe aber auch „Hilfe *zum* Sterben“ gemeint sein. Sterbehilfe meint dann das Töten oder Sterbenlassen eines sterbenden, schwer kranken oder leidenden Menschen aufgrund seines eigenen, ausdrücklichen oder mutmaßlichen Verlangens oder Interesses.
Die Frage nach einer „Hilfe *zum* Sterben“ wird mit Blick auf unterschiedliche Situationen diskutiert. In dieser Diskussion werden häufig vier Formen von Sterbehilfe im Sinne einer „Hilfe *zum* Sterben“ unterschieden:

1. „Sterbenlassen“ / „Passive Sterbehilfe“: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (unter Beibehaltung von „Grundpflege“ und schmerzlindernder Behandlung),
2. „Indirekte Sterbehilfe“ / „Indirekte aktive Sterbehilfe“: Schmerzlindernde Behandlung unter Inkaufnahme eines (nicht intendierten) Lebensverkürzungsrisikos,
3. „Beihilfe zur Selbsttötung“ / „Freitodbegleitung“ / „Assistierter Suizid“: Hilfeleistung zur Selbsttötung, z.B. durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Medikaments,
4. „Aktive Sterbehilfe“ / „Direkte aktive Sterbehilfe“ / „Tötung auf Verlangen“: Absichtliche und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todeseintritts: im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe ist der Tod nicht nur in Kauf genommen, sondern beabsichtigt, im Gegensatz zur Beihilfe zur Selbsttötung liegt die letztentscheidende Tatherrschaft nicht beim Betroffenen selbst, sondern bei einem Dritten. […]

Aus medizinethischer Sicht gibt es zwar eine grundsätzliche Verpflichtung des Arztes Leben zu erhalten, aber nicht unter allen Umständen; darüber hinaus können lebensverlängernde Maßnahmen dann nicht verpflichtend sein, wenn sie ineffektiv sind, wenn ihre Wirksamkeit zweifelhaft ist oder wenn sie für den Betroffenen ein unverhältnismäßig großes Leiden verursachen. Hier wird sowohl aus medizinischer als auch aus moralischer Sicht die Unterscheidung zwischen der Verwendung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen Behandlungsmitteln diskutiert.

(Quelle: http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe, verändert)

© kfw GmbH 2017

Text 2: Strafgesetzbuch

Besonderer Teil (§§ 80 - 358)
16. Abschnitt - Straftaten gegen das Leben (§§ 211 - 222)

§ 217
Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

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

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

Vorschrift eingefügt durch das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 03.12.2015 (BGBl. I S. 2177), in Kraft getreten am 10.12.2015 […]

(Quelle: https://dejure.org/gesetze/StGB/217.html, verändert)

Text 3: Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung: Eine steigende Dunkelziffer
Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(36): A-2360 / B-1986 / C-1914

Klinkhammer, Gisela
In den Niederlanden werden immer weniger Euthanasiefälle gemeldet. Ausgehend von dieser Entwicklung, veröffentlicht das DÄ jetzt zu dieser Thematik erschienene Beiträge sowie zahlreiche Dokumente in einem neuen Dossier.
Für das Jahr 2003 wurden 1.815 Fälle von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden gemeldet, was einen Rückgang von 300 Fällen im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Was sich wie eine gute Nachricht anhört, bedeutet jedoch, dass es eine steigende Dunkelziffer gibt. Es ist anzunehmen, dass in weit mehr als den gemeldeten Fällen aktive Sterbehilfe vorgenommen wird. […]

Quelle: https://www.aerzteblatt.de/archiv/43177/Sterbehilfe-Euthanasie-und-Sterbebegleitung-Eine-steigende-Dunkelziffer

AUFGABEN

1. Fassen Sie die Aussage von Text 1 zusammen Leiten Sie anschließend aus Text 1 ein mögliches Dilemma ab, in das ein Palliativmediziner geraten kann.

2. Stellen Sie die Texte 1 und 2 einander gegenüber, indem Sie die Hauptunterschiede formulieren.

3. Bewerten Sie die Verwendung des Begriffes „Euthanasie“ als Synonym für „Sterbehilfe“ aus historischer und ethischer Sicht. Berücksichtigen Sie dabei, dass es sich um eine Veröffentlichung des Deutschen Ärzteblattes handelt.

© kfw GmbH 2017

M03_L Hintergrundinformationen zum Thema Sterbehilfe

1. Der Begriff „Sterbehilfe“ umfasst zwei Bereiche: die unumstrittene Hilfe im natürlich eintretenden Sterbeprozess sowie die Unterstützung des Sterbeprozesses selbst, abgestuft in der Art der Hilfestellung zwischen „passiver“ bis „aktiver Sterbehilfe“ und vielfach kontrovers diskutiert. Ein Mediziner ist zwar zur Erhaltung von Leben verpflichtet, jedoch nur solange, wie es für den Sterbenden Aussicht auf Besserung bzw. Heilung bedeuten könnte. Hier kommen sowohl medizinische als auch moralische Sichtweisen zur Diskussion.
   Ein mögliches Dilemma in Form eines Gewissenskonfliktes könnte dann entstehen, wenn zwar noch medizinische Maßnahmen zur Besserung möglich sind, damit aber eine unzumutbare Belastung für den Sterbenden verbunden wäre und dieser sich eventuell selbst um den Tod bittet, also den Arzt um Sterbehilfe bittet, und /oder Angehörige dieses tun.

2. In **Text 1** werden Fakten zur formalen Differenzierung von Sterbehilfe dargestellt sowie ein kurzer, allerdings bzgl. einer Entscheidung offen gelassener Abriss zum Konflikt zwischen Medizin und Moral. Text 2 dagegen macht keinerlei derartige Differenzierung, sondern hier sind in lediglich zwei Aussagen die juristischen Folgen von geschäftsmäßiger bzw. nicht geschäftsmäßiger Sterbehilfe festgelegt.

3. Der Begriff „Euthanasie“ ist insbesondere in der deutschen Geschichte sehr belastet, denn zu Zeiten des Nationalsozialismus wurde damit Missbrauch getrieben, in dem – zum Teil subjektiv eingestuft und menschenunwürdig – „unwertes Leben“ vernichtet werden musste bzw. Menschen mit bestimmten gesundheitlichen Defiziten durch Zwangssterilisation an der Fortpflanzung gehindert wurden. „Sterbehilfe“ dagegen lässt die Möglichkeit der in Text 1 beschriebenen Differenzierungen zu und berücksichtigt auch die Bedürfnisse des Sterbenden, also die Menschenwürde. Von daher ist es zumindest überaus ungeschickt, im Ärzteblatt den belasteten Begriff zu verwenden. Das könnte zu Missverständnissen und bei vielen Lesern zu belastenden Erinnerungen führen.

© kfw GmbH 2017

M04_SuS Positionen der ev. und kath. Kirche (EKD, DBK)

Text 1
Karl Kardinal Lehmann, Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz
Präses Manfred Kock, Vorsitzender der Evangelischen Kirche in Deutschland

Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe

1. Einführung

Mit unserer Textsammlung wollen wir an die vielen guten Gründe erinnern, die für Sterbebegleitung, aber gegen aktive Sterbehilfe sprechen. Der Abdruck früherer kirchlicher Erklärungen macht deutlich, wie beharrlich die Kirchen diese Grundsätze öffentlich zur Geltung gebracht haben. Daran wollen wir erinnern. Aktive Sterbehilfe ist und bleibt eine ethisch nicht vertretbare, gezielte Tötung eines Menschen in seiner letzten Lebensphase, auch wenn sie auf seinen ausdrücklichen, verzweifelten Wunsch hin erfolgt. Wir wissen, wohin es führen kann, wenn Menschen von Dritten für nicht mehr lebenswert erklärt werden, statt in ihrer Schwäche, Krankheit oder Behinderung als Menschen akzeptiert und nach ihren Bedürfnissen umsorgt zu werden.
Die derzeitige Diskussion um die aktive Sterbehilfe ist in Deutschland beeinflusst durch die Erfahrungen der Vergangenheit (Gesetzgebung und mörderische Praxis der Nazizeit), die uns sensibel machen gegen jede Form von Ausgrenzung, Aussortierung und Vernichtung anhand scheinbar objektivierbarer Kriterien. Wir wenden uns gegen alle Aussagen, die das Leben von Menschen als „nicht mehr lohnend“ oder „nicht mehr lebenswert“ abqualifizieren. Wir verweisen demgegenüber auf die Kostbarkeit jedes einzelnen Menschen und die unabdingbare Würde jeder einzelnen Person. In zwei unserer Nachbarländern gibt es bereits Ergebnisse der Diskussion um das Für und Wider einer aktiven Sterbehilfe. Die Legalisierung aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien gibt Anlass zu ernster Besorgnis. In den nordeuropäischen Ländern wird die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe dadurch aufgeweicht, dass eine neue Form von Euthanasie diskutiert wird. Durch sog. „terminale Sedierung“ versetzt der Arzt den Sterbenden in Schlaf und bricht dann alle medizinischen Behandlungen ab, bis der Tod eintritt. […]
Wir stehen mit dieser Ansicht nicht allein. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zum Fall Diane Pretty vom 25. April 2002 hat verdeutlicht, dass die Europäische Konvention für Menschenrechte die Verpflichtung für die Staaten enthält, das Leben seiner Bürgerinnen und Bürger in bedrohlichen Situationen zu schützen, gerade wenn sie schwach und verletzlich sind. Das biblisch-christliche Verständnis vom Menschen beinhaltet vor allem, dass jeder und jede eine Würde besitzt, die in der Gottebenbildlichkeit des Menschen gründet, unabhängig von Vorleistungen oder Kriterien. Diese Würde muss man sich weder erwerben, noch kann sie verloren gehen oder von Dritten abgesprochen werden. Um das Menschenwürde-Argument zu entkräften, wird bisweilen der Versuch unternommen, schwerstpflegebedürftigen Menschen nur noch ein „biologisches“ Leben zuzusprechen. Man spricht vom sog. Dahinvegetieren. Der Verlust von Selbstbestimmung und das totale Angewiesen-Sein auf andere wird als unwürdig angesehen, so dass man einem solchen Zustand ein vorzeitiges Ende bereiten möchte. Doch dies ist eine inakzeptable Schlussfolgerung. Die Devise heißt vielmehr: so viel medizinische, schmerztherapeutische, menschliche und seelsorgliche Zuwendung wie möglich. Wir plädieren durchaus für selbstbestimmte Vorsorge der Patienten. Wir wissen aber auch um Maß und Grenzen solcher Selbstbestimmung. Oft wird ein Tötungswunsch schwerstkranker und sterbender Menschen aus der Verzweiflung geboren.

© kfw GmbH 2017

M04_SuS Positionen der ev. und kath. Kirche (EKD, DBK)

Wo wir die Tötung eines Menschen als „Lösung“ der zugegebenermaßen schwierigen Situationen von Krankheit und Sterben akzeptieren, ist dies eine Bankrotterklärung an die Menschlichkeit. Wir würden zulassen, dass Tod und Aussichtslosigkeit die Oberhand gewinnen. Menschlichem Leid (Schmerzen, Einsamkeit und Verzweiflung) dürfen wir nicht durch Tötung, sondern müssen ihm durch menschliche Zuwendung und Fürsorge begegnen. Wir wollen Leiden lindern und uns nicht der Leidenden entledigen.
Wir wissen uns einig mit den Ärzten und Ärztinnen in unserem Land. Sie tragen einen großen Teil der Verantwortung für Kranke und Sterbende. Wie die Bundesärztekammer, so lehnt auch der Vorstand des Weltärztebundes die Legalisierung aktiver Sterbehilfe nach niederländischem oder belgischem Vorbild ab, weil sie wesentlichen ethischen Prinzipien der medizinischen Praxis entgegensteht.
Die vorliegende Textsammlung enthält bisherige Aussagen der Katholischen Kirche und der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Problem der aktiven Sterbehilfe. Die Zusammenstellung der Texte unterschiedlichen Genres und unterschiedlicher Autorenschaft aus den letzten beiden Jahrzehnten dient der Orientierung. Aus ihnen wird deutlich, dass auf der Basis des christlichen Menschenbildes aktive Sterbehilfe auch in Zukunft deutlich abzulehnen ist. Es geht um mehr als um pragmatische Lösungen. Die Auseinandersetzung jedes Einzelnen mit seinem Sterben und dem Sterben anderer zeigen wie die Diskussionen in Gesellschaft und Politik, dass es bei der aktiven Sterbehilfe um ein gleichermaßen urmenschliches wie modernes Problem geht, dem sich jede Generation neu stellen muss.
Die Sorge der Kirchen gilt seit jeher gerade auch den Menschen in den schwächsten Phasen ihres Lebens. Sie unterstützen deshalb eine menschenwürdige Behandlung nicht nur durch Vorbringen guter Gründe, sondern auch durch ihr praktisches Engagement in Caritas und Diakonie, in den Sozialstationen, Hospizen und Krankenhäusern. Wir wollen Mut machen, sich für eine menschenwürdige Begleitung Kranker und Sterbender einzusetzen und sich den Tendenzen zu aktiver Sterbehilfe entgegenzustellen.

Bonn / Hannover, im Januar 2003
(Quelle: https://www.ekd.de/sterbebegleitung_2003.html)

Text 2: Deutsche Bischofskonferenz (DBK)

Sterben in Würde
Viele Menschen fürchten sich davor, dass sie am Lebensende unnütz und einsam sind und nicht mehr über sich selbst bestimmen können. Sie fürchten sich vor Schmerzen und einem schwer ertragbaren Schwebezustand zwischen Leben und Tod. Sie möchten in Würde sterben können.

Verbot der Hilfe bei der Selbsttötung aufheben?
Seit einiger Zeit ist eine Debatte entbrannt, ob aktive Sterbehilfe und assistierter Selbstmord erlaubt werden sollten. Dürfen wir der Erlösung von Leid und Schmerz nachhelfen? Eine Gruppe von Medizinern hat die Forderung an die Politik gestellt, das Verbot von Hilfe bei der Selbsttötung aufzuheben und dies Ärzten unter bestimmten Umständen zu erlauben.

© kfw GmbH 2017

M04_SuS Positionen der ev. und kath. Kirche (EKD, DBK)

Seit einiger Zeit ist eine Debatte entbrannt, ob aktive Sterbehilfe und assistierter Selbstmord erlaubt werden sollten. Dürfen wir der Erlösung von Leid und Schmerz nachhelfen? Eine Gruppe von Medizinern hat die Forderung an die Politik gestellt, das Verbot von Hilfe bei der Selbsttötung aufzuheben und dies Ärzten unter bestimmten Umständen zu erlauben.

father's hand holds a palm of his wife and daughter

Das Leben eines jeden Menschen ist kostbar

Aus Sorge um den Menschen setzen sich Christen dafür ein, dass das Leben eines jeden Menschen – gerade auch in der Nähe des Todes – zu jedem Zeitpunkt geschützt wird. Sie glauben daran, dass wir alles, was ist, Gott verdanken. Gott hat den Menschen als sein Abbild geschaffen und ihm eine unantastbare Würde verliehen. Diese Würde gründet nicht in seiner Leistung oder in dem Nutzen, den er für andere hat. Die Würde des Menschen folgt daraus, dass Gott ihn bejaht. Aus dem Wissen um Gottes Zuwendung und Liebe heraus darf und kann der Mensch auch im Leiden und im Sterben sein Leben bejahen und seinen Tod aus Gottes Hand annehmen. Aus der Überzeugung, dass das menschliche Leben von Gott geschenkt ist, folgt auch die Überzeugung, dass der Mensch keine volle Verfügungsgewalt über sein Leben haben kann. Christen müssen bekennen: In Würde stirbt, wer anerkennt, dass sein Leben als solches unverfügbar ist. Es hat einen Wert in sich, auch wenn der Körper keine Leistung erbringt oder nicht voll funktionsfähig ist. Die Entscheidung gegen das eigene Leben, auch wenn es durch Schmerzen und Leid geprägt ist, widerspricht fundamental dem Wesen des Menschen. Anfang und Ende des Lebens sind der Verfügung des Menschen entzogen. Daraus folgt, dass der Tod nicht herbeigeführt werden sollte.

Sterbende begleiten und den Tod zulassen

Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass der Tod zugelassen werden darf. Sterben in Würde zu ermöglichen, bedeutet aus christlicher Sicht, dass der Sterbende an der Hand eines Menschen stirbt und nicht durch sie. Gerade in seinem letzten Lebensabschnitt braucht der Mensch Zuwendung, Schutz und Trost. Ein Sterben in Würde für jeden Menschen zu ermöglichen, ist daher auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die katholische Kirche spricht sich nachdrücklich gegen alle Formen der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung aus. Sie ist der Überzeugung, dass der Staat dann ein würdevolles Sterben ermöglicht, wenn er die flächendeckende medizinische und pflegerische Begleitung Schwerstkranker und Sterbender in den Mittelpunkt stellt und nach Kräften fördert. Die Kirche beteiligt sich hier mit einer intensiven seelsorglichen Betreuung der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Es ist notwendig, die Palliativversorgung und die Hospizarbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen zu fördern und auszubauen. Sie stellen eine zunehmend wichtige Antwort auf die Lebenslage und Bedürfnisse der Menschen dar. Viele Haupt- und ehrenamtliche Hospizhelfer leisten einen wertvollen Dienst, indem sie Menschen im Sterben beistehen. Die Gesellschaft darf nicht zulassen, dass der künstlich herbeigeführte Tod in der Endphase eines Lebens zu einer ärztlichen Dienstleistung wird. Eine gesetzliche Reglung, die derartige Angebote duldet, würde dazu führen, dass der innere und äußere Druck auf alle Alten, Schwerkranken und Pflegebedürftigen zunimmt, von derartigen Optionen Gebrauch zu machen – um keine Last für Angehörige zu sein.

(Quelle: http://www.dbk.de/themen/sterben-in-wuerde/)

© kfw GmbH 2017

M04_SuS Positionen der ev. und kath. Kirche (EKD, DBK)

AUFGABEN

Text 1:

1. Unterstreichen Sie alle Argumente, die eindeutig die Sichtweise der EKD und katholischen Kirche wiedergeben und fassen Sie diese zu einer Gesamtaussage zusammen.

2. Suchen Sie diejenigen Passagen heraus, welche die Haltung der beiden Kirchen vor historischem Hintergrund rechtfertigen.

Text 2:

1. Erörtern Sie die mit christlichen Grundsätzen begründete Ablehnung der Sterbehilfe.

2. Stellen Sie die von der Katholischen Kirche geforderten Alternativlösungen zur Sterbehilfe dar.

© kfw GmbH 2017

M04_L Positionen der ev. und kath. Kirche (EKD, DBK)

Text 1:

1. Zeilen 4-6, 13 f., 35-37, 66-68 Zusammenfassung:
   Aktive Sterbehilfe ist ethisch trotz eines ggf. eindringlichen Wunsches des Erkrankten nicht vertretbar. Dabei steht die Beurteilung eines Lebens als „nicht mehr lebenswert / lohnenswert“ nicht zur Debatte. Selbst bei Verlust der Selbstbestimmung und völliger Abhängigkeit von anderen kommt diese Bewertung nicht in Betracht. Menschlichem Leid muss stattdessen durch besondere Zuwendung und Fürsorge Rechnung getragen werden.

2. Z. 10-16, 19-24, insgesamt jedoch unterschwellig als „roter Faden“/Leitgedanke im gesamten Text

Text 2:

1. Da der Mensch als Gottes Abbild geschaffen wurde, wird ihm eine unantastbare Würde verliehen, an die der Mensch nicht Hand anlegen darf. Im Wissen und Vertrauen auf die Liebe und Zuwendung Gottes kann der Mensch auch darauf im Sterben und im Tod vertrauen und diesen aus Gottes Hand annehmen. Leben ist ein Geschenk Gottes. Folglich hat der Mensch darüber keine vollständige Verfügungsberechtigung. Der Wunsch auf eine Selbsttötung ist nicht vereinbar mit dem Wesen des Menschen.

Hinzukommt eine eigene Stellungnahme, wie sie für eine Erörterung typisch ist.

2. Eine intensive pflegerische und medizinische Begleitung Schwerstkranker und Sterbender einschließlich Palliativversorgung und Hospizarbeit ist in den Mittelpunkt zu stellen. Alle Angebote müssen mit einer entsprechenden seelsorgerischen Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen einhergehen und bundesweit realisiert werden.

© kfw GmbH 2017

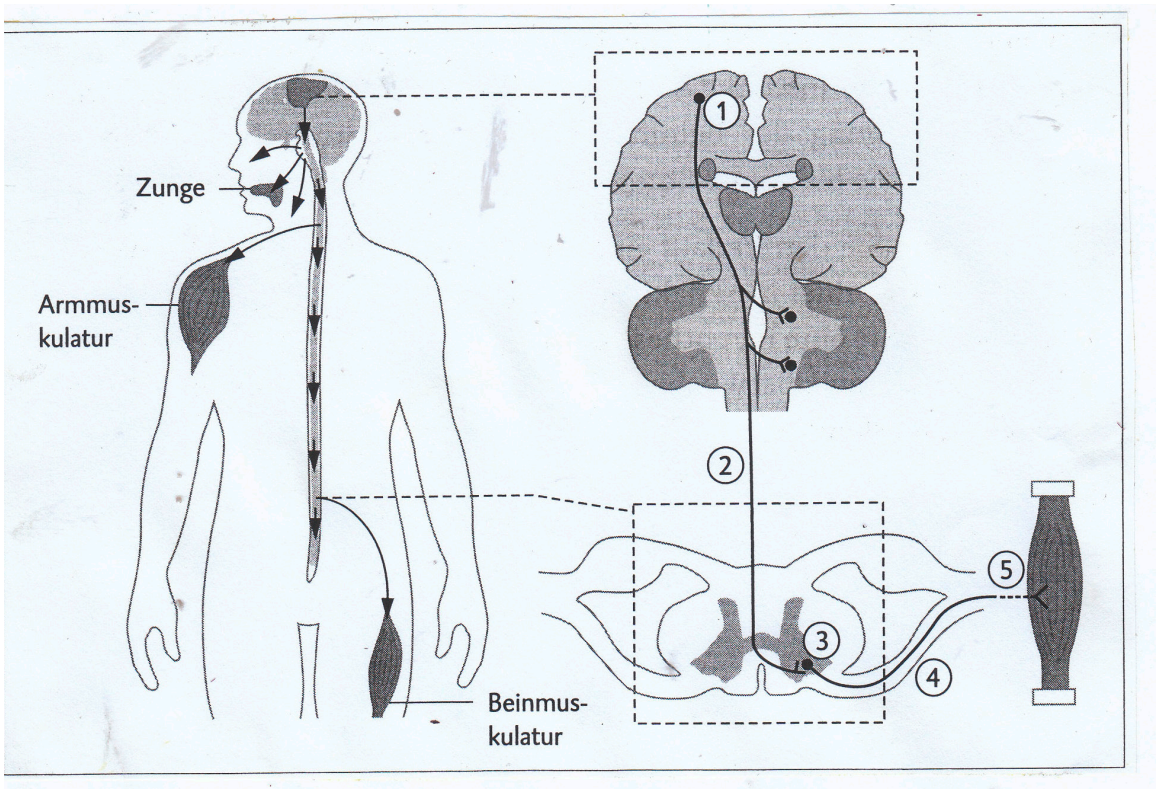
M05_SuS Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)

Einer der drei im Film vorgestellten Personen, Klaus V., leidet unter der amyotrophischen Lateralsklerose.

Diese letztendlich zum Tode – zumeist durch Atemlähmung – führende Erkrankung wird auch nach ihrem Entdecker, dem französischen Neurologen Jean-Marie Charcot (1825-1893), als Charcot-Krankheit bezeichnet.

In einem medizinischen Fachlexikon wird sie wie folgt beschrieben:
„[…] progressive degenerative Erkrankung des 1. und 2. motorischen Neurons […]; Manifestation meist zwischen 40. und 65. Lebensjahr; asymmetrische Paresen der proximalen und distalen Muskulatur, Muskelatrophie, Spastik, Krämpfe, Faszikulationen; im weiteren Verlauf Lähmung der Atemmuskulatur […]“.

(Quelle: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl., De Gruyter, Berlin, 2014, S. 1186, verändert)



Legende zur Abbildung:
(1) Großhirnrinde mit Zellkörpern des 1. motorischen Neurons
(2) Axone des 1. Motoneurons
(3) Zellkörper des 2. Motoneurons im motorischen Vorderhorn im Rückenmark
(4) Axone des 2. motorischen Neurons
(5) Motorische Endplatte

(Quelle: 625 Unterrichtsmaterialien Biologie Sek II, U. 1.62, Stark Verlag, Hallbergmoos, 2017, S. 03 ff.)

© kfw GmbH 2017

M05_SuS Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)

Mit „Sklerose“ wird die Verhärtung von Axonen bezeichnet, die Charcots Erkenntnissen zufolge durch Gliazellen (Hüll- und Stützgewebe von Neuronen) verursacht werden, welche die betroffenen Nervenfasern überwuchern. Eine Atrophie liegt vor, wenn sich Gewebe oder ganze Organe zurückbilden. Bei der ALS ist damit jedoch nur die Verkümmerung der durch die geschädigten Nervenzellen nicht mehr innervierten Muskeln (Wortteil „myo-“) gemeint.

AUFGABEN

1. Übertragen Sie das Zitat aus dem medizinischen Fachlexikon in eine auch für den medizinischen Laien verständliche Sprache. Nehmen Sie dazu ein Fremdwörterlexikon, ein medizinisches Lexikon und/oder geeignete Quellen im Internet zu Hilfe.

2. Erläutern Sie anhand der Abbildung die Innervierung eines Oberschenkelmuskels.

3. Stellen Sie eine Hypothese auf, wie es durch ALS zu einer Atemlähmung kommen kann.

© kfw GmbH 2017

M05_L Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)

1. Bei der amyotrophischen Lateralsklerose handelt es sich um eine voranschreitende / sich verschlimmernde Erkrankung des 1. und 2. motorischen Neurons, die zu deren Verkümmerung führt. Sie wird meist zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr sichtbar. ALS äußert sich in ungleichmäßig verteilten Lähmungserscheinungen der betroffenen Muskelpartien, die sich im Innen- oder Randbereich der jeweiligen Körperregionen befinden, Verkümmerungen / Rückbildungen von Muskeln, Verkrampfungen / Zuckungen, Krämpfe, blitzartiges Zusammenziehen von Muskelbündeln ohne Bewegungssinn; im weiteren Verlauf Lähmung der Atemmuskulatur.

2. Im motorischen Zentrum der Großhirnrinde erfolgt der Befehl zur Bewegung von Beinmuskeln (1). Axone des 1. motorischen Neurons durchziehen das Rückenmark. In ihnen werden Aktionspotenziale zur Weiterleitung des Befehls aus dem Großhirn geleitet (2). Im motorischen Vorderhorn des Rückenmarks sind die 1. Motoneurone auf die 2. Motoneurone geschaltet (3). Letztere regen die Beinmuskulatur an (4). An der motorischen Endplatte erfolgt die Impulsübertragung (5). Infolgedessen reagieren diese mit Kontraktion oder Entspannung.

3. Sowohl Axone des 1. als auch des 2. Motoneurons sind unverhältnismäßig stark von Gliazellen umgeben („überwuchert“) und können ihre Erregungsleitungsfunktion bald nicht mehr erfüllen. Schließlich sterben sie aufgrund mangelnder stofflicher Versorgung ab. Als Ursache der übermäßigen Gliazellenbildung wären Stoffwechselstörungen und / oder entzündliche Prozesse denkbar.

© kfw GmbH 2017

M06_SuS Immun-, Strahlen- und Chemotherapie – (stumpfe) Waffen gegen Krebserkrankungen

Antje gehört zu den Krebspatienten, die alle schulmedizinisch möglichen Krebstherapien über sich ergehen lässt, um geheilt zu werden. Leider jedoch vergeblich …: „Deshalb kämpft sie bis zum Schluss, will so viel Zeit schinden wie möglich, um länger bei ihren Kindern zu sein. Chemotherapie, Immuntherapie, Bestrahlung – jede Möglichkeit nimmt sie wahr, ohne Rücksicht auf die Nebenwirkungen.“
(Quelle: ZDF)

BASISINFORMATIONEN ZU DEN DREI THERAPIEFORMEN

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie nutzt die Tatsache, dass krankhaft veränderte Zellen – also auch Krebszellen – Strahlenschäden schlechter reparieren können und so durch die Bestrahlung absterben. Sie wirkt nur lokal, gleichzeitig kann trotz moderner Geräte nicht ausgeschlossen werden, dass auch gesundes Gewebe in der umliegenden Nähe des Tumors in Mitleidenschaft gezogen wird.

Chemotherapie

Die Chemotherapie richtet sich gegen alle schnell wachsenden Zellen. Dies sind in erster Linie Krebszellen. Aber auch manche gesunde Zellen zeichnen sich durch schnelles Wachstum aus und werden von einer Chemotherapie geschädigt. Dies trifft zum Beispiel auf Haarwurzel- oder Schleimhautzellen sowie auf Blutzellen zu – Haarausfall, Verdauungsbeschwerden und Störungen bei der Blutbildung sind daher typische Nebenwirkungen einer Chemotherapie.

Was ist eine Krebsimmuntherapie?

Krebsimmuntherapien nutzen eine besondere Eigenschaft des Immunsystems: Das körpereigene Netzwerk aus Organen, Zellen und Botenstoffen schützt nicht nur vor von außen kommenden Krankheitserregern, sondern kann sich auch gegen krankhaft veränderte Körperzellen im Inneren richten. Im Idealfall ist es also in der Lage, Krebszellen anzugreifen und zu vernichten. Hier leistet die Immuntherapie Unterstützung, indem sie dem Immunsystem hilft, Krebszellen zu erkennen.
Quelle: https://www.wissen-immuntherapie.de/krebsimmuntherapie/krebsimmuntherapie-was-ist-das/?r=PCOwebWITGAgo1170

© kfw GmbH 2017

M06_SuS Immun-, Strahlen- und Chemotherapie – (stumpfe) Waffen gegen Krebserkrankungen

Immun-Checkpoints sind Rezeptormoleküle auf der Membran von T-Zellen (T-Lymphozyten), die dazu dienen, eine Immunantwort einzuleiten und zu regulieren. Über diese „Kontrollstelle“ erfolgt die Unterscheidung zwischen gesunden körpereigenen Zellen, gegen die keine Immunreaktion erfolgen darf, sowie körperfremden, entarteten oder infizierten Zellen, deren Vernichtung notwendig ist. Nur bei einem aktivierten Checkpoint (Abb. 1) unterbleibt die Abwehrreaktion gegen die betreffende Zelle.

AUFGABEN

1. Geben Sie die Wirkungsweise und die Risiken einer Strahlen- und Chemotherapie mit Ihren eigenen Worten wieder.

2. Stellen Sie anhand der beiden Abbildungen eine (begründete) Hypothese auf, warum Krebszellen sich vermehren können.

3. Machen Sie einen Vorschlag, wie der in **Abb. 2** dargestellte Mechanismus durchbrochen und so die Vernichtung der Krebszelle eingeleitet werden kann.

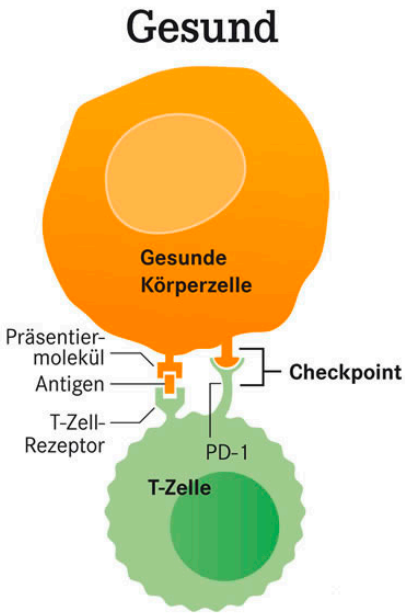


Abb. 1:
T-Lymphozyten binden an eine gesunde Körperzelle.

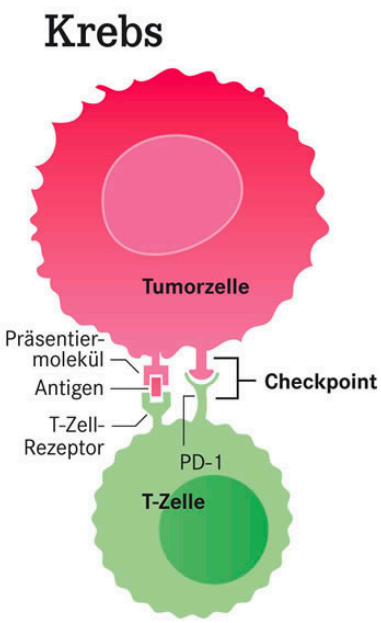


Abb. 2:
T-Lymphozyten binden an eine Tumorzelle.

(Quelle Abb. 1, 2: Kupferschmidt, Kai: Immuntherapie gegen Krebs. In: Apotheken Umschau, Wort und Bild Verlag, 13.02.2017, online: http://www.apotheken-umschau.de/Krebs/Immuntherapie-gegen-Krebs-532029.html)

© kfw GmbH 2017

M06_L Immun-, Strahlen- und Chemotherapie – (stumpfe) Waffen gegen Krebserkrankungen

1. Normale Zellen sind in gewissen Grenzen in der Lage, leichte Schäden, so auch durch Strahlung, zu reparieren. Krebszellen können das nicht mehr und können so durch bestimmte Formen von Strahlung an der Vermehrung gehindert werden. Bei einer Strahlentherapie besteht die Gefahr, dass ungewollt auch das Tumorgewebe umgebende gesunde Zellen geschädigt werden. Bei einer Chemotherapie soll durch bestimmte Wirkstoffe die Vermehrung von in der Regel schnell wachsenden Tumorzellen ausgeschaltet werden. Auch hier besteht die Gefahr der Zerstörung von umliegenden gesunden Zellen, und zwar solchen, die naturgemäß ebenfalls schnell wachsenden und entsprechend regeneriert werden. Störungen im Verdauungsapparat, bei der Blutbildung und/oder Haarausfall können die Folgen einer Chemotherapie sein.

2. Da das „Andocken“ des T-Lymphozyten auch an der Checkpoint-Position der Tumorzelle funktioniert, bleibt der Checkpoint aktiv. Folglich kommt es zu keiner Immunreaktion, die ansonsten eine Vernichtung der Tumorzelle bewirken würde.

3. Wenn es gelingt, den Checkpoint zu inaktivieren, auszuschalten, würde die Tumorzelle als körperfremd bzw. entartet erkannt und es würde eine Immunantwort mit dem Ziel ihrer Vernichtung eingeleitet.

.

© kfw GmbH 2017

M07_SuS Ein langer Abschied und eine schwere Entscheidung…

11. Juni 2000, Pfingstmontag, 21.00 Uhr: Einen Tag nach seinem 73. Geburtstag starb Bernt M. Er ist friedlich eingeschlafen, ohne Schmerzen. Seine Ehefrau Anneliese hatte den ganzen Nachmittag an seinem Bett gesessen. Eine Einladung zum Abendessen hatte ich erst nach langem Zögern angenommen, denn – so die Prognose – würde sich Vaters Zustand erstmal nicht verändern. Wir hatten gerade Suppe gegessen, als mich der Anruf meiner Mutter erreichte: Vater lag im Sterben. Dirk, mein damaliger Lebensgefährte, und ich haben es gerade noch rechtzeitig ins Krankenhaus geschafft, oder auch nicht? Als ich atemlos das Krankenzimmer betrat, rief meine Mutter: „Schnell, er atmet noch!“ Ich weiß bis heute nicht genau, ob ich Vaters letzten Atemzug wirklich noch mitbekommen habe. Warum hatte ich mich nur überreden lassen, an diesem „blöden Spargelessen“ teilzunehmen…Ein Gedanke, der mich in den nächsten Tagen zunehmend quälte. Am Bett beteten wir auf Mutters Wunsch das Vaterunser. Doch dann war da plötzlich diese seltsame Stimmung, eine Mischung aus Leere, Zweifel, Auflehnung. Bei meinem Vater hatte es diese Auflehnung nicht gegeben. Er hat immer geduldig sein Schicksal akzeptiert, klaglos die Therapien über sich ergehen lassen und stets ein Bewusstsein seines nahenden Todes gehabt. Wie ich später von Mutter erfuhr, hatte er zwei Tage vor seinem endgültigen Abschied mit schon ganz schwacher Stimme um „eine letzte Zigarette“ gebeten. Ihm war sehr wohl bewusst, dass das Leben vergänglich ist und er sterben würde.

Mein Vater war in den letzten Monaten insulinpflichtiger Dialysepatient gewesen und eine Amyloidose (Eiweißablagerungen als Plaques in Organen) hatte begonnen, seine Organfunktionen zu schwächen. Eine Heilung war nicht möglich. Meine Mutter saß in jeder freien Minute an seinem Bett, konnte sogar im Krankenhaus bei ihm im Zimmer schlafen. Das war ihre Art der Sterbebegleitung. Mir war, so glaube ich heute, gar nicht ganz bewusst, wie schlimm es um Vater stand oder ich habe es einfach nur verdrängt.

Mutter und ich hatten wenige Tage vor seinem Geburtstag in getrennten Gesprächen mit den behandelnden Ärzten deren Vorschlag zugestimmt, keine unnötigen, lebensverlängernden Maßnahmen einzuleiten, nur alles zu tun, was Vater Linderung und Schmerzfreiheit garantierte. Ich habe nie an meiner Entscheidung gezweifelt. Was in meiner Mutter vorging, weiß ich nicht. Sie hat nämlich nie wirklich über ihre Trauergefühle gesprochen, auch in der Folgezeit nicht. Stattdessen entwickelte sich bei uns beiden eine Art Aktionismus, verständlich für die folgenden zwei Wochen, die mit Kondolenzbesuchen und (Beerdigungs-)Formalitäten gefüllt waren. Das war sicherlich auch gut so. Während ich nach der Urnenbeisetzung einmal richtig heftig, von Weinkrämpfen geschüttelt, zusammenbrach, schien meine Mutter weiterhin sehr selbstbeherrscht. Von nun an engagierte sie sich zunehmend im Frauenkreis unserer Kirchengemeinde und ihre Zeit war voll ausgefüllt. Erst viele Monate später zeigte sich bei ihr eine therapiebedürftige Angstneurose, nach Aussagen der Ärzte eine Spätfolge der unterdrückten Trauergefühle. Bei mir baut sich auch 17 Jahre später immer noch eine melancholische Stimmung auf, wenn ich einen älteren Herrn auf der Straße sehe, der ein Eis schleckt, dann mein Vater und ich hatten, für ihn wegen des Diabetes verbotenerweise, wie zwei Verschwörer ab und zu heimlich bei mir in der Wohnung ein Eis genossen…

Christiane M.

© kfw GmbH 2017

M07_SuS Ein langer Abschied und eine schwere Entscheidung…

AUFGABEN

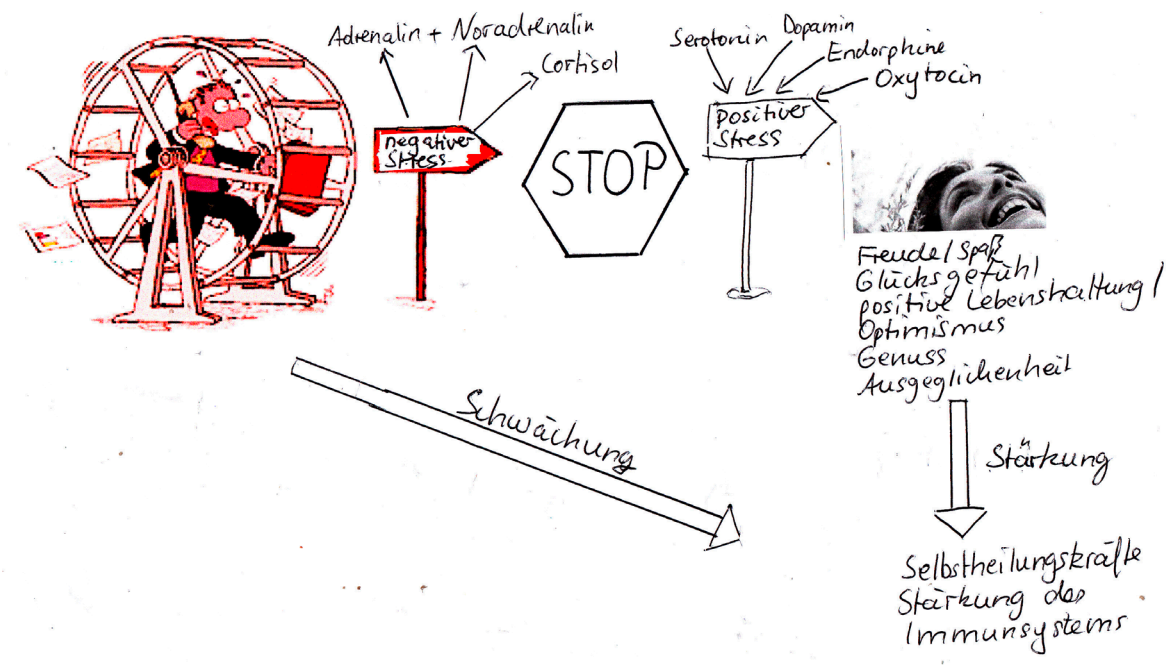
1. Beurteilen Sie die Zustimmung zum Vorschlag der Ärzte, keine lebensverlängernden Maßnahmen einzuleiten, unter der Fragestellung, ob meine Mutter während des „einfach nur bei ihm sein“ ihren Mann im Sterben begleitet hat oder ob wir beide eine Form von Sterbehilfe geleistet haben.

2. Stellen Sie das Für und Wider eines in Krisensituationen zunächst erfolgenden Aktionismus einander gegenüber.

3. Vollziehen Sie die Gründe nach, die bei mir Melancholie beim Anblick eines Eis essenden älteren Herrn auslösen.

© kfw GmbH 2017

M08_ SuS Biologische Hintergründe von Selbstheilungskräften



Adrenalin / Noradrenalin: Kurzzeit-Stresshormone, die bei Stress ausgeschüttet werden und über die Aktivierung des Herz-Kreislaufsystems, der Muskeltätigkeit sowie der Freisetzung von Energiereserven die Reaktion- Angriffs- und Fluchtbereitschaft erhöhen.

Cortisol: Langzeit-Stresshormon mit ähnlichen Wirkungen

Serotonin: Neurotransmitter, der durch die Beeinflussung der entsprechenden Gehirnregionen für eine ausgeglichene bis euphorische Stimmung sorgt und auch entscheidend den Biorhythmus und den Appetit beeinflusst.

Dopamin (unterstützt von Noradrenalin): Neurotransmitter, beteiligt an Motivation und Antrieb bzw. Begeisterung sowie der Entstehung von Freude und Lustempfindungen.

Endorphine: körpereigene Neuropeptide aus der Gruppe der Morphine, die in Schocksituationen kurzzeitig eine Schmerzdämpfung bewirken und zu euphorischen Zuständen führen können.

Oxytocin: Peptidhormon, das in erster Linie die Milchausschüttung stillender Mütter sowie die Kontraktion der Gebärmutter beim Geburtsvorgang auslöst. Es wird vermutet, dass es als Neurotransmitter auch für die Bereitschaft zu körperlichem Kontakt („Kuscheln“) mitverantwortlich ist.

© kfw GmbH 2017

M08_ SuS Biologische Hintergründe von Selbstheilungskräften

Zwei Fallbeispiele zum Schaubild:

Fallbeispiel 1:
Herr Mecker ist ein ehrgeiziger Mitarbeiter mit Karriereabsichten und versucht, möglichst alle Aufgaben seines Chefs so schnell wie möglich optimal zu erfüllen. Dabei ist er oftmals „kurz angebunden“ oder sogar ein wenig unkollegial, wenn eine Kollegin oder ein Kollege etwas von ihm wissen oder nur einfach mit ihm plaudern möchte. Zuhause sieht es auch nicht viel anders aus. Jede Kleinigkeit regt ihn auf und er meckert ständig mit Frau und Kindern herum. Fast immer hat er an Vorschlägen seiner Mitmenschen etwas auszusetzen und ist insgesamt ein eher pessimistischer Mensch. In letzter Zeit plagten ihn mehrfach Magenschmerzen und Erkältungsinfekte. Auch sein Herz rast manchmal unvermittelt. Zum Arzt gehen mit der Konsequenz, dann evtl. krankgeschrieben zu werden, kommt für ihn nicht in Frage. Schließlich würde er dann ja in der Firma fehlen und wichtige Insiderinformationen verpassen.

Fallbeispiel 2:
Frau Berger nimmt regelmäßig ihre Vorsorgetermine beim Gynäkologen wahr. Bei der letzten Untersuchung dann die schockierende Diagnose, dass sie Brustkrebs hat. Die sofort eingeleitete Behandlung bestand in einer Operation mit anschließender Chemotherapie. Trotz dieses Schicksalsschlages war Frau Berger immer optimistisch, dass sie den Krebs besiegen würde und dankbar gegenüber allen Mitmenschen, die mit ihr über die Krankheit offen sprachen. Ihr großer Wunsch bestand darin, einmal den Jakobsweg zu erwandern. Schon in zwei Monaten hätte es losgehen sollen, doch zunächst stand die nächste Runde „Chemo“ an. Sie berichtete dem Arzt von ihrem Traum und ließ deutlich durchblicken, dass sie es unbedingt schaffen wolle, bis zum Reisebeginn wieder soweit fit zu sein, dass sie wandern könne. Ihr Arzt war da nicht so optimistisch und sagte: „Wir werden sehen, wie die zweite ‚Chemo‘ anschlägt und sie sich dann fühlen. Die Hoffnung stirbt zuletzt.“ Von nun an hatte Frau Berger eigentlich nur einen Gedanken im Kopf: „Ich will es schaffen – einmal in meinem Leben der Jakobsweg.“ Je näher der Abreisetermin kam, desto stärker wurde sie körperlich und psychisch, denn sie merkte, dass „da was ging“. Auch ihr Arzt bestätigte diese gesundheitlichen Fortschritte. Nach der zweiten „Chemo“ sah es gut aus mit dem Brustkrebs und sie schaffte es tatsächlich, den Jakobsweg zu erleben.

AUFGABEN

1. Formulieren Sie die Aussage des karikativen Schaubildes und weisen Sie die beiden Fallbeispiele begründet dem entsprechenden Abbildungsteil zu.

2. Formulieren Sie jeweils eine Hypothese, wie es zu den gesundheitlichen Veränderungen bei Herrn Mecker und Frau Berger gekommen sein könnte.

3. Prüfen Sie, ob ggf. eines der beiden Fallbeispiele auch im Film angesprochen wird. Begründen Sie Ihre Entscheidung.

© kfw GmbH 2017

M08_L Biologische Hintergründe von Selbstheilungskräften

1. Formulieren Sie die Aussage des karikativen Schaubildes und weisen Sie die beiden Fallbeispiele begründet dem entsprechenden Abbildungsteil zu.

Die Grafik sagt aus, dass negativer Stress über die Aktivierung von Stresshormonen die Selbstheilungskräfte sowie das Immunsystem schwächt, wohingegen Stressabbau zur Aktivierung von Hormonen führt, die einen positiven Effekt auf Selbstheilungskräfte und Immunsystem haben.
Fallbeispiel 1 gehört demnach zum „Hamsterrad“, denn bei Herrn Mecker hat der Stress zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt. Frau Berger dagegen hat durch ihre positive, optimistische Lebenshaltung den Stresspegel maßgeblich reduziert, was positive Auswirkungen auf ihre (beginnende/zu erwartende) Genesung hatte.

2. Formulieren Sie jeweils eine Hypothese, wie es zu den gesundheitlichen Veränderungen bei Herrn Mecker und Frau Berger gekommen sein könnte.

Hypothese zu Fallbeispiel 1: Die stressbedingte Hormonausschüttung von Adrenalin/Noradrenalin und Cortisol hat die Wechselwirkung zwischen Psyche, Nerven- und Immunsystemsystem ins Ungleichgewicht gebracht und zu körperlichen Ausfallserscheinungen geführt.

Hypothese zu Fallbeispiel 2: Bei Frau Berger wurde das zuvor durch den Krebs gestörte Gleichgewicht über die Wirkung der Hormone Serotonin, Dopamin und Endorphinen weitestgehend wiederhergestellt, was sich in Kombination mit der hormonell bedingten positiv-optimistische Lebenseinstellung günstig auf Selbstheilungskräfte und Immunsystem auswirkte. (Die Beteiligung von Oxytocinen kann hier ausgeschlossen werden, da Frau Berger vermutlich nicht schwanger ist.)

3. Prüfen Sie, ob ggf. eines der beiden Fallbeispiele auch im Film angesprochen wird. Begründen Sie Ihre Entscheidung.

Bei Andrea könnten Selbstheilungskräfte gewirkt haben, denn sie fühlt sich nach Abbruch der Chemotherapie deutlich besser und entwickelt eine sehr positive Lebenseinstellung. Sie lebt im „Hier und Jetzt“ und hadert nicht mit ihrem Schicksal. Die Vorfreude auf jeden neuen Tag ohne Schmerzen gibt ihr Kraft und Mut zum Widerstand gegen die Krankheit. Ob mittel- bis langfristig tatsächlich eine Heilung eintritt, wird im Film jedoch offengelassen.

© kfw GmbH 2017

M09 Interview mit Hans-Jürgen Kuhlmann, Pastor im Ruhestand

Antwort auf Fragen zur Seelsorgeerfahrung im Umgang mit dem Tod

Frage 1: Welchen Stellenwert nimmt die Sterbebegleitung in der seelsorgerischen Tätigkeit sowie bei Ihnen persönlich ein?

In einem Lied, das in seinen Grundzügen schon aus der karolingischen Zeit stammt, äußert sich als Grundgedanke: *Media in vita in morte sumus*. Martin Luther hat es 1524 in eine deutsche Fassung gebracht, die beginnt: Mitten wir im Leben sind mit dem Tod umfangen (EG 518). Formulierungen, die in diesem Lied enthalten sind, zeigen, dass die Begegnung und der Umgang mit dem Wissen um den Tod und unser Sterben zu den Grunderfahrungen im Leben gehören. Zwar ist es nicht mehr so, dass erwachsene Menschen etwa im Alter von dreißig Jahren – wenn sie denn lesen und schreiben konnten – sich mit Schriften beschäftigten, die sich der Tatsache widmeten, dass der Mensch sterblich ist (ars moriendi), sondern der Tod und das Sterben gehören heute zu verschwiegenen Themen, von denen man sich mit Scheu – vielleicht auch aus Angst (?) – fernhält, solange es geht.
Nicht selten erweist es sich als brutaler Einbruch in die Familiengeschichte, wenn man sich plötzlich in der Situation befindet, einen liebgewordenen Menschen in seiner – offensichtlich – letzten Lebensphase begleiten zu müssen. Und da geschieht es dann, dass die ganze Familie erlebt: Nicht nur der uns vertraute und von uns geliebte Mensch braucht jetzt unsere besondere Zuwendung, sondern wir, die wir ihn oder sie begleiten müssen, brauchen sie eigentlich auch. Menschen in dieser Phase ihres Lebens zu begleiten, ist eine der intensivsten Aufgaben in der Seelsorge. Nur wenige Menschen scheinen heute in der Lage, in solch einer Situation, den Seelsorger oder die Seelsorgerin, zumeist Pastor oder Pastorin in der eigenen Gemeinde, um entsprechende Begleitung zu bitten. (Auch dies gehört offensichtlich zur Scheu und zur Sprachlosigkeit im Umgang mit Lebensenderfahrungen dazu.)
Oft sind es Freunde oder Nachbarn, die mir als Pastor einen entsprechenden Hinweis gegeben haben. Beim sich daraufhin ergebenden „Krankenbesuch“ zuhause lerne ich die Betroffenen kennen und wir versuchen, miteinander ins Gespräch zu kommen. Mit dem oder der Patientin ist eine andere Form der Zuwendung nötig und möglich (?) als mit den sie mehr oder minder begleitenden Angehörigen, für die draußen der „Alltag“ mit seinen Herausforderungen weitergeht, als sei nichts geschehen.
In solch einer Begleitphase bleiben auch die Betroffenen gegenüber der Umwelt, in der sie leben, nicht selten isoliert und einsam. Hier kommt es neben eigener Lebenserfahrung des Seelsorgers auch darauf an, dass die Seelsorge bereit ist, sich den Betroffenen „an die Seite“ zu stellen. Sicher, „Trauerarbeit“ müssen die Betroffenen je an ihrer Stelle und – nicht selten auch auf ihre besondere Weise – leisten. Aber dazu muss man ihnen nicht selten zunächst helfen, aus ihrer Erfahrungs- und Sprachlosigkeit herauszukommen. Therapeutisches Spiegeln der Leidenserfahrungen hilft zu anfänglich nötigem Vertrauen, aber bricht normalerweise die Isolierung der Betroffenen zu ihrer Umwelt nicht auf.
Leider führt diese – zunächst zeitweilige – Vereinsamung der betroffenen Familienglieder von deren Seite auch zu temporärer „Ablehnung“ der Menschen, mit denen man sonst im Alltag zu tun hat: man bittet in der Todesanzeige darum, „von Beileidsbekundungen am Grabe abzusehen“. Oder die Beisetzung erfolgt „in aller Stille“ bzw. „nur im engsten Familienkreis“ – obwohl diejenigen, die hier einen geliebten Menschen bis an das Ende seines Lebens nicht selten unter großem seelischen und auch körperlichen Kraftaufwand begleitet haben, gerade jetzt die freundliche Nähe und Sympathie derer, mit denen man täglich umgeht, besonders brauchen würden.

© kfw GmbH 2017

M09 Interview mit Hans-Jürgen Kuhlmann, Pastor im Ruhestand

In diesem Umfeld hat die Seelsorge ihre besondere Aufgabe.
Das Sterben eines Menschen zu begleiten, bringt viele verschiedene Aufgaben mit sich. Sie lassen sich nur sehr begrenzt durch die Weitergabe hilfreicher Informationen erledigen, sondern verlangen zumeist einen längeren Zeitraum der Begleitung und die Bereitschaft des Seelsorgers zu begleitenden Gesprächsangeboten an den schwer Erkrankten und seine Angehörigen, bzw. Hinterbliebenen.

Frage 2: Auf welche Weise wird Ihnen mitgeteilt, dass eine Sterbebegleitung erwünscht bzw. nicht erwünscht ist?

Die – zumeist telefonisch erfolgende – Bitte um den Besuch am Sterbebett eines Menschen, ist die Aufforderung, der ich als Seelsorger unmittelbar zu folgen habe.
Bei suizidankündigenden Menschen bleibt einem oft nur das Telefon als Brücke und man tut gut daran, sich auf eine lange Gesprächsdauer einzurichten. Wenn dabei der Gesprächspartner seine Anonymität bewahrt wissen will, ist ein Gespräch zwar möglich, aber der Rückgriff zur Hilfe für die Klärung der zu Grunde liegenden Probleme wird dadurch erschwert. Ich habe Gesprächspartner erlebt, die in Tränen ausbrachen, aber nur durch immer neu und anders vorgebrachte vorsichtige Rückfragen ein wenig preisgaben von dem, was sie in die augenblickliche Situation gebracht hat.
Die endgültige Ablehnung meines Angebotes zur Begleitung in einer schweren Lebenssituation habe ich bewusst persönlich nie erfahren. Aber ich musste auch lernen, wann man in einem Austausch von Gedanken und „Erfahrungen“ als Pastor auch respektvoll schweigen muss und den längeren Atem braucht, als Gesprächspartner sich wieder anzubieten. Seelsorge braucht Zeit und verlangt vom Seelsorger viel Kraft und den immer neuen Versuch, das Wünschbare und das jetzt (?) Mögliche voneinander zu unterscheiden.

Frage 3: Bitte geben Sie einige für sie besonders bewegende Momente aus Begegnungen mit Sterbenden und / oder unheilbar Kranken wieder, vielleicht sogar solche, die sie als gläubigen Christen an ihrem Glauben und Gottvertrauen zweifeln ließen.

Da auch der Umgang mit Schwerkranken und / oder Schwertraumatisierten der unverbrüchlichen seelsorgerlichen Schweigepflicht unterliegt, ist es nur sehr begrenzt möglich, Einzelheiten aus dem seelsorgerlichen Umgang mit Menschen öffentlich weiterzugeben.
Manche Katastrophe für einzelne und ihre Familien konnte man nicht verhindern, das belastet und bleibt lange auch als Anklage: hast du alles versucht?
Anderes ging am Ende doch gut aus – Gott sei Dank:
Schwer zu ertragen war ein eine ganze Nacht über – immer wieder unterbrochenes – Gespräch über Telefon mit einem jüngeren Familienvater, der – wie er mir im Laufe der Nacht offenbarte – mit Unregelmäßigkeiten in seinem Betrieb finanziellen Schaden angerichtet hatte, der am anderen Morgen auffliegen würde und dessen Folgen er sich mit einem Suizid mit seinem Auto in dieser Nacht entziehen wollte.
Alle meine Argumente beantwortete er eloquent und – in vielem auch logisch – als unmögliche Lösungen. Am Ende der langen Nacht, in der er mich immer wieder von verschiedenen Orten aus anrief, war er offenbar zur Ruhe gekommen, bedankte sich bei mir, dass ich unermüdlich gegen die „roten Warnlampen“ die grünen „Lichtsignale“ gesetzt hätte, die ihm doch den Mut gäben, sich seiner Verantwortung zu stellen. „Sie haben mir gezeigt, dass es immer eine Möglichkeit gibt.

© kfw GmbH 2017

M09 Interview mit Hans-Jürgen Kuhlmann, Pastor im Ruhestand

Dadurch, dass Sie immer wieder den Hörer abgenommen haben, haben Sie mir gezeigt, dass ich Ihnen wichtig bin… Es tut gut zu wissen, dass man nicht allein ist, wenn es hart wird“. Ein anderer Fall: Eine junge Frau rief mich nachts an, nachdem sie eine Überdosis Schlaftabletten genommen hatte. Erst als sie schon kaum noch sprechen konnte, kam mir der Verdacht, um wen es sich handeln könnte. Ich weckte meine Frau und gemeinsam fuhren wir zu der mutmaßlichen Wohnung, nicht ohne über Notruf einen Krankenwagen dorthin bestellt zu haben. Gewaltsam wurde schließlich die Wohnungstür geöffnet und die junge Frau konnte – schon bewusstlos – ins Krankenhaus gebracht werden, wo meine Frau und ich bis zu ihrem Erwachen bei ihr blieben.
In diesen und anderen Fällen, wenn es um die Begleitung zum Sterben oder der Angehörigen nach dem – manchmal auch ganz unerwartbaren – Tode nach Unfall o.ä. kommt man als Pastor an die Grenze seiner Glaubensfähigkeit. Es bleiben die Fragen, die durch Antworten aus der eigenen Erfahrung nicht mehr abgedeckt sind. Glaube hat immer die Anfechtung als Spiegelbild. Manchmal hilft der Faktor Zeit, oft aber wird hier Gott auch dunkel und man spürt, dass glauben und vertrauen zu können, immer ein Geschenk ist und nie formelhaft gelernt werden kann.

Frage 4: Zum Schluss möchte ich noch gern Ihre Einstellung zum Tod in der Begleitung eines Sterbenden erfahren.

Ich erinnere mich an eine – hochgebildete – Frau, der ich immer wieder mal begegnet war und die sehr schwer erkrankte und auf ihren Tod zuging. Verzweifelt rief mich ihr Mann an und bat mich, seine Frau, „so gut es gehe“ zu begleiten. Sie sei ohne Begegnung mit christlicher Tradition aufgewachsen, habe darum auch keinen Zugang zum christlichen Glauben und in ihrer „schrecklichen Angst“ vor dem Sterben sei er absolut hilflos.
Ich besuchte die Dame mehrfach und wir erzählten einander aus unserem Leben, wobei sie sich gerne an schöne Erfahrungen in ihrem Leben erinnerte. Manches war da ganz anders ausgegangen, als sie es ursprünglich erwarten konnte. Ich versuchte, sie auf diese wunderbaren Seiten in ihrem Erfahrungsschatz aufmerksam zu machen und fragte, ob sie verstehen könne, dass ich in diesen Erfahrungen Gottes – anonymes – Geschenk an sie, ihren Mann und ihre Familie erkennen möchte. „Gott gedachte es gut zu machen“ sagt die Bibel – und dies alles sei uns Vorschuss einer Liebe zu uns, die auch mit unserem Tode nicht zu Ende sein soll, meint Paulus. Die Frau ist – so erzählte mir ihr Mann – ruhig und dankbar für ihr Leben für immer eingeschlafen. Ich vertraue darauf, dass Gott unser Leben gewollt hat und es über unseren Tod hinaus begleitet. Gottes Liebe zu uns greift weiter als wir es begreifen können. Darum steht immer noch etwas aus, auch wenn der eine zurückbleibt und seine Trauer um den anderen lange tragen muss. Am Ende werden wir sagen dürfen: Wie wunderbar sind deine Werke (Ps 66,3).

(Interview: Christiane Högermann)

AUFGABEN

1. Welche Aspekte fallen Ihnen besonders auf, wenn der Pastor über seine seelsorgerische Tätigkeit im Umgang mit Kranken, Sterbenden bzw. Angehörigen von Verstorbenen spricht?

2. Wie könnte ein Pastor / Pfarrer mit den drei Protagonisten des Films umgegangen sein? Hätte er z.B. Klaus Perspektiven aufzeigen können?

© kfw GmbH 2017

M10 Sprichwörter zu Sterben und Tod

01. Den Löffel abgeben

02. *Sterben kann gar nicht so schwer sein – bisher hat es noch jeder geschafft.* Norman Mailer

03. *Ich habe nichts dagegen zu sterben. Ich will nur nicht dabei sein, wenn's passiert.* Woody Allen

04. Ab in den Sarg! Bezieht sich auf AIDS.

05. Wenn der Tod kommt, ist Sense.

06. *Das, was wir Tod nennen, ist in Wahrheit der Anfang des Lebens.* Thomas Carlyle

07. Ins Gras beißen

08. *Nichts ist gewisser als der Tod, nichts ungewisser als seine Stunde.* Anselm von Canterbury

09. Die Radieschen von unten angucken.

10. *Unter jedem Grabstein liegt eine Weltgeschichte.* Heinrich Heine

11. Jemanden unter die Erde bringen

AUFGABEN

1. Sortiere die Sprüche nach

   - ironisch-witzig
   - sarkastisch
   - „Versteckte Wahrheit" / Lebensweisheit / philosophische Aussage

   Begründe deine Zuordnung.

2. Worin liegt der Ursprung der Sprüche 04, 05, 09 und 11 bzw. wie mögen sie entstanden sein?

3. Erkläre die Bedeutung von Spruch Nr. 06, 08, 10, 11

4. Wählt in Partnerarbeit zwei Sprüche aus und erfindet jeweils einen kleinen Dialog dazu.

© kfw GmbH 2017

M10_L Sprichwörter zu Sterben und Tod

1. Sortiere die Sprüche nach
   - ironisch-witzig
   - sarkastisch
   - „Versteckte Wahrheit“ / Lebensweisheit / philosophische Aussage

   Begründe deine Zuordnung.

- ironisch-witzig: Nr. 01, 02, 03, 05, 07, 09, 11. Diese Sprüche beruhen zumeist auf einer bildhaften Vorstellung, die wörtlich genommen gar nichts mit Sterben und Tod zu tun hat, aber bei genauerem Hinschauen die Endgültigkeit des Lebensendes offenbart.

- sarkastisch: Nr. 04. Der Sarkasmus besteht darin, eine so schwere Erkrankung wie AIDS (bedeutet so viel wie „erworbene Immunschwäche“) in eine würdelose, menschenverachtende Formulierung zu verpacken.

- „Versteckte Wahrheit“ / Lebensweisheit / philosophische Aussage: 06, 08, 10.
  Hier geht es um Lebensweisheiten, die sich erst auf den zweiten Blick als echte Wahrheiten zeigen und „Mitdenken“ bzw. „Weiterdenken“ erfordern.

2. Worin liegt der Ursprung der Sprüche 04, 05, 09 und 11 bzw. wie mögen sie entstanden sein?

- Nr. 04: Es handelt sich um die Ausformulierung der Abkürzung AIDS, einer Krankheit, die in der Regel zum Tod führt.

- Nr. 05: Der Tod wird häufig als „Sensenmann“ dargestellt, als eine Figur mit Totenkopf und einer Sense in der Hand.

- Nr. 09 und Nr. 11: Radieschen wachsen unter der Erde. Auch Tote werden unter der Erde begraben.

3. Erkläre die Bedeutung von Spruch Nr. 06, 08, 10, 11

- Nr. 06: Der Tod ist das biologisch vorgegebene Ende des Lebens; gehört zu den sogenannten „Kennzeichnen des Lebens / Lebendigen“.

- Nr. 08: bekannt ist, dass jedes Lebewesen irgendwann sterben wird (vgl. Nr. 06), doch der Zeitpunkt ist nicht abzusehen.

- Nr. 10: Unter jedem Grabstein bzw. in dem dazugehörigen Grab liegt ein Mensch begraben, der seine eigene Geschichte, seine eigene „kleine Weltgeschichte“ hat.

- Nr. 11: Dahinter steht die rituelle, traditionelle Form des endgültigen Abschieds von einem Menschen: Jemanden mit einer Beerdigung oder (Urnen-)Beisetzung in ein Grab legen.

© kfw GmbH 2017

ICH STERBE, WIE ICH WILL

AUS DER ZDF-REIHE 37°

Katholisches Filmwerk GmbH
Ludwigstr. 33
60327 Frankfurt a.M.

Telefon: +49-(0)69-97 14 36-0
Telefax: +49-(0)69-97 14 36-13
E-Mail: info@filmwerk.de

www.filmwerk.de