



DGHS-Schriftenreihe Nr. 14

# Aus freiem Willen gehen

Briefe einer über Achtzigjährigen  
zum Freitod im Alter

Von Ines Moll-Schmidhäuser

**DGHS**  
Mein Weg. Mein Wille.

- 3 Editorial
- 4 Briefe
- 32 Über die DGHS  
Impressum



## Liebe Leserinnen und Leser,



diese Broschüre ist keine wie die anderen in der Reihe der Broschüren der DGHS. Sie informiert, dokumentiert und regt eigenes Nachdenken an. Auch ist sie nicht weniger aktuell. Das Thema, das sie aufgreift, ist das international, aber auch hierzulande mehr und mehr diskutierte Thema des Altersfreitods – des selbstbestimmten Lebensendes in hohem Alter ohne zum Tode führende oder unheilbare Krankheit. Aber sie ist vor allem ein sehr persönliches Bekenntnis und sogar ein Stück

Bekenntnisliteratur. Denn die Autorin, eine ältere und seit längerem mit zahlreichen körperlichen Behinderungen lebende ehemalige Psychiaterin hat für ihre Überlegungen die aus der klassischen Literatur bekannte Form von Briefen an eine anonym bleibende verstorbene Freundin gewählt. Diese Form erlaubt der Autorin nicht nur viele Freiheiten. Sie verleiht ihren Briefen auch Glaubwürdigkeit und Authentizität.

Was sie in einem ihrer Kernsätze über den Freitod im Alter sagt: dass er ein „Zeichen von Mut, Würde und letzter Freiheit sein“ kann, gilt ohne Weiteres auch für diesen bemerkenswerten Text.

Eine gewinnbringende Lektüre wünscht Ihnen

Prof. Dr. Dr. h. c. Dieter Birnbacher  
Präsident der DGHS e. V.

## Briefe einer über Achtzigjährigen zum Freitod im Alter

**Für Ch.**

Liebe Freundin,

ja, Du fehlst mir sehr, ich vermisse die Gespräche über „unser Thema“. Du hast das Ziel erreicht: Die betreuende Ärztin hat Dich im letzten Stadium Deiner Krebserkrankung mit Hilfe von schmerzlindernden und betäubenden Medikamenten einschlafen lassen – vor einigen Jahren.

Ein kleines Buch hattest Du mir einmal geschenkt, von einem Japaner geschrieben: Es handelt vom Freitod der alten Menschen bei einem von ständiger Hungersnot bedrohten Bergvolk. Diese Erzählung beeindruckte mich tief und war der Beginn meiner eigenen Auseinandersetzung mit dem Thema „Freitod im Alter“. – Nun bin ich selbst alt geworden, lebe in einer hübschen kleinen Zweizimmerwohnung in einem Heim, bin weitgehend selbstständig, habe ausreichend Hilfen, die ich selbst bezahlen kann. Ich suche Antwort auf die Fragen: Was will ich – was kann ich – was soll ich tun im Hinblick auf mein eigenes Sterben, meinen eigenen Tod? Gespräche mit Heimbewohnern zu diesem Thema finden nicht statt. Bei Andeutungen in dieser Richtung erfolgen sinngemäß zwei unterschiedliche Meinungen: „Wenn es eine Schmerzgrenze, sichere und erlaubte Methode gäbe, würde ich gerne den selbstbestimmten Freitod wählen.“ Und dagegen: „Da kann man nichts machen, da muss man eben durch, bis der Herrgott einen holt.“

Nur einmal, als ich vorübergehend Hilfe durch eine Pflegekraft brauchte, kam es in meinen eigenen vier Wänden zu einem offenen Gespräch. Der junge examinierte Altenpfleger zeigte Verständnis für Freitod-Wünsche alter Menschen: Dass sie den Zeitpunkt ihres Sterbens und Todes selbst bestimmen können sollten. Er war auch der Meinung, dass Beihilfe zum Freitod durch Arzt oder Pflegekraft human sei. Nur sei die Zeit leider dafür noch nicht reif und man könne nicht offen darüber spre-

chen. Zwar habe sich in den letzten zwanzig Jahren doch schon etwas geändert, wie er gehört habe. Damals sei häufiger invasive Sonden-Ernährung durchgeführt worden: Lebenserhaltung als oberste Maxime. Heute toleriere man eher die „Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit“ und lasse der Natur ihren Lauf. – So weit der junge Altenpfleger.

Es geschieht langsam ein Bewusstseinswandel: Die Entscheidung über Leben und Sterben wird bei den Betroffenen selbst liegen. Und sie werden dabei Hilfe erhalten. Die Tatherrschaft wird eine gemeinsame sein von Betroffenen und Begleitern. Weißt Du noch? Eines unserer Deutsch-Abitur-Themen war: „Der Menschheit Würde ist in eure Hand gegeben. Sie stirbt mit euch, mit euch wird sie sich heben“ (Friedrich Schiller: Die Künstler). Ich dachte damals nicht entfernt daran, dass Freitod im Alter zur Würde des Menschen am Lebensende gehören könnte.



Achtzig von hundert alten pflegebedürftigen Menschen werden zurzeit von den Angehörigen zu Hause betreut. Es gibt sehr unterschiedliche Gründe für diese häusliche Pflege. Aus Dankbarkeit, Liebe und innerer Verbundenheit werden Eltern oder andere Verwandte bis zu ihrem Tod von den Angehörigen versorgt. Tradition und Sitte spielen, vor allem im ländlichen Raum, noch eine Rolle. Entscheidend sind oft finanzielle Gesichtspunkte bei der häuslichen Pflege. Vermögen oder Grundbesitz des alten Menschen würden durch die Kosten des Pflegeheims verbraucht. Oder gut verdienende Angehörige müssten einen erheblichen Beitrag zu den Pflegeheimkosten zahlen. Häufig sind auch Vereinbarungen, in denen Pflege bis zum Tod mit dem Versprechen des Erbes verbunden ist. Sind deshalb so viele Mittellose und Sozialhilfeempfänger in den Altenpflegeheimen? In der Regel spielen mehrere Gründe eine Rolle, weshalb im Einzelfall häusliche Pflege stattfindet. Viele Angehörige erreichen jedoch nach einer gewissen Zeit oder Zunahme des Pflegeaufwandes die Grenze der eigenen Belastbarkeit. Die körperlichen und seelischen Kräfte sind erschöpft. Zwar steht in den Altenheimen inzwischen Kurzzeitpflege für pflegebedürftige alte Menschen zur Verfügung, damit Angehörige die dringend notwendige Erholung haben können. Ambulante Hilfen kommen von den Sozial-Stationen. Oft muss die Pflege aber doch dauerhaft im Pflegeheim fortgeführt werden.

Das Pflegepersonal einer Station, wo die meisten Alten gewaschen, an- und ausgezogen, gefüttert und gewandelt werden müssen, ist mit diesen Tätigkeiten voll ausgelastet. Verwirrte, unruhige und umherirrende oder laut aggressive Insassen sind für die Pflegenden eine weitere, nicht tragbare Belastung. Sie können die oben genannte Grundpflege nicht mehr leisten. Um den ordnungsgemäßen Tagesablauf zu erhalten, müssen die Störenden zur Ruhe gebracht werden. Dies geschieht durch Medikamente.

Niemandem, der solch eine Station betritt, entgeht diese dortige niederdrückende Stimmung, auch wenn die räumlichen Ausstattungen noch so freundlich und ansprechend gestaltet sind. Die Pflegebedürftigen sitzen stumm und verbraucht da,

der Gesichtsausdruck erstarrt und traurig. Ein Gespräch untereinander, eine Beschäftigung ist nicht mehr möglich, Gedächtnis und Erinnerungen sind erloschen. Die Betroffenen können die Frage, wie sie selbst ihre Lage erleben, weder verstehen noch beantworten. Ihre Gesichter dagegen geben eine beredte Antwort. Gerade weil immer mehr alte Menschen so lange wie möglich im eigenen häuslichen Bereich bleiben, befinden sich in den Altenheimen vorwiegend ganz Hilflose, voll Pflegebedürftige und Demente. Dieser Personenkreis wächst ständig und erreicht auch ein immer höheres Alter. Dies wird möglich durch eine sorgfältige Grundpflege und lebenserhaltende medizinische Maßnahmen, durch personalaufwendige, jedoch letztlich erfolglose Rehabilitationsversuche.

### **Wie stelle ich mir mein Lebensende vor?**

Es gibt allerdings – je nach Träger, Personal und Ausstattung – beachtliche kreative Bemühungen, den Alltag für die Bewohner von Pflegeheimen zu bereichern. Der integrierte Sozialdienst bietet eine Vielfalt von Abwechslung und regelmäßiger Aktivierung an: Gedächtnis- und Geschicklichkeitstraining, Gruppen-Sitz-Gymnastik, Singstunde, Andachten, gemeinsames Malen, Basteln, Backen, Kochen, Sommer-, Herbst-, Weihnachts- und Faschingsfeste. Es kommen auswärtige Gruppen zu Besuch: Jugend-Musikschule, Kindergruppe vom Turnverein, Senioren-Tanzgruppe, Ein-Zwei-Personen-Theater, Instrumentalkreis, Kirchenchor, „Hunde-Besuch“ und anderes mehr.

### **Liebe Freundin!**

Ohne Ausnahme sollte heute jeder Erwachsene folgende Fragen für sich selbst beantworten: Wie stelle ich mir mein Lebensende vor? Möchte ich einen Zustand völliger Hilflosigkeit erreichen? Sehe ich einen Sinn darin, später einmal ohne Gedächtnis, Erinnerungsvermögen und ohne Verstand zu sein, mit Medikamenten ruhig gestellt, vielleicht lange Zeit bettlägerig? Will ich die Entscheidung zur medizinischen Behandlung in meinem Fall anderen Menschen, also Ärzten und Pflegepersonal in die Hand geben, die dadurch weitgehend über den Zeitpunkt meines Todes bestimmen? So gestellt, werden diese Fragen von den meisten Menschen

Aus freiem Willen gehen



mit „Nein“ beantwortet. Wer möchte so dahinvegetieren, unter schweren Schmerzen und Behinderungen leiden oder in halb bewusster Teilnahmslosigkeit nur noch auf das künstlich hinausgezögerte Lebensende warten? Auf die Frage, wie man diesen nicht gewünschten Zustand zu verhindern suche, kommen unbestimmte Antworten: „Das wird man abwarten müssen.“ „Kommt Zeit, kommt Rat.“ „Es ist noch eine Weile bis dahin, wer weiß, wie dann die Zeiten sind.“ Oder: „Vorher nehme ich mir lieber das Leben!“ Handlungsbestimmend ist jedoch die durch nichts begründete Hoffnung, man werde vor solch einem Schicksal durch einen raschen Tod ohne vorhergehende Leidenszeit verschont.

Viele von denjenigen, welche die Menschen pflegen – ambulant oder stationär –, wirken bedrückt, von Zeitdruck belastet und manchmal gereizt. In den Heimen herrschen Pflegenotstand, häufiger Personalwechsel, häufige Krankmeldungen. Der Wert, den die heutige Gesellschaft der pflegerischen Arbeit beimisst, kann am Gehalt abgelesen werden: Dieses ist geringer zum Beispiel im Vergleich zu manchen Facharbeiter-Löhnen. Gäbe es keinen Personalmangel mehr, wenn die Pflege-Arbeit entsprechend dem Gehalt eines angestellten Arztes oder Studienrates bezahlt würde? Wenn die Gesellschaft bereit wäre, diesen Preis für die Pflege zu zahlen, was mit Sicherheit auch das Prestige des Pflege-Berufs erhöhen würde?

Die Pflege und Lebenserhaltung alter hilfsbedürftiger Mitbürger wird sich zunehmend zu einem ökonomischen Problem entwickeln. Die frühere Alterspyramide wandelt sich zum drohenden Alters-Pilz. Die jüngere Generation kann und will die Last nicht weiter tragen, das Leben der Alten um jeden Preis zu erhalten. Die Wenigen, die diese Arbeit dann noch leisten, werden überlastet sein. Es hat den Anschein, als ob sich bereits heute ein langsam wachsender, aber noch nicht offen ausgesprochener Widerstand gegen die Pflege und Lebenserhaltung der zu vielen alten Menschen entwickelt, trotz Freisetzung von Arbeitskräften durch fortschreitende Rationalisierung: „Pflegeroboter“ in Japan!

Ich frage: Wie sollen wir Alten darauf reagieren? Die heute Neunzigjährigen waren jung, als die Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin die trügerische Euphorie und Hoffnung nährten, fast alles sei machbar in der Medizin. Geboren während und nach dem Ersten Weltkrieg, haben sie dessen wirtschaftliche und politische Folgen als Jugendliche erlebt.

Als junge Erwachsene standen sie im Zweiten Weltkrieg, kämpften zunächst für den „Endsieg“, danach ums bloße Überleben. Sie entwickelten in Entbehrungen und harter Arbeit einen starken Überlebenswillen. Sie waren mit dem Wiederaufbau beschäftigt. Es galt, hier und jetzt zu leben, Besitz und Ansehen in der Welt wieder zu gewinnen. Im Wirtschaftswunder-Rausch und danach im Rentenstatus haben viele der heutigen Senioren versucht nachzuholen, was in ihrer Jugend nicht möglich war. Genießen, konsumieren, „noch etwas vom Leben haben“. Der bekannte Text eines Liedermachers (Udo Jürgens) drückte diese Haltung aus: „Mit 66 Jahren, da fängt das Leben an ...“.

Die heute Neunzigjährigen hatten im jungen Erwachsenenalter viele fremde Todeserfahrungen. Haben sie diese oft grausamen und belastenden Erinnerungen verarbeitet oder lediglich verdrängt? Die damals Überlebenden scheinen heute als Senioren nicht bereit und seelisch nicht in der Lage zu sein, sich mit dem näher kommenden Sterben und Tod ernsthaft zu befassen. Dies zeigen auch Publikationen oder Veranstaltungen, in denen vorrangig die aktive Lebensgestaltung von Senioren thematisiert wird. Es werden folgende wichtige Fragen nur am Rande behandelt: Wie stehe ich zu dem letzten und abschließenden Ereignis meines Alters: zu meinem Sterben, zu meinem Tod?

## **Erst die überwundene Angst ermöglicht die notwendige Gelassenheit**

Wie kann und sollte ich mich – auch seelisch – darauf vorbereiten? Es ist ein gesellschaftliches Tabu. Allerdings bestätigen Seelsorger, dass in persönlichen Einzelkontakten diese Themen öfters angesprochen werden. Wir Menschen sind die einzigen Lebewesen, die voraussehend um den eigenen Tod als das unausweichliche Ende ihres Lebens wissen. Alle Kulturen haben ihre jeweils eigene Sterbe- und Toteskultur entwickelt, in welche der Einzelne eingebunden war. Dies verminderte die Angst gegenüber dem eigentlich Unfassbaren und Unheimlichen des Todes.

Gibt es die elementare „Todesangst“ heute nicht mehr? Wird diese Angst beseitigt oder zumindest gemildert durch die heroische Haltung und Einsicht, dass evolutionsbedingt Leben nur möglich ist durch Tod? Oder vermindert die Aussicht auf langes Leben die Todesfurcht – wie zum Beispiel die Empfehlung eines Mittels ge-

gen geistigen Alters-Abbau im Schaufenster einer Apotheke: „Das biologische Alter des Menschen ist 120 Jahre – die Wissenschaft hat jetzt Mittel entwickelt, dieses Alter auch tatsächlich zu erreichen.“ – Hier wird indirekt die Illusion geweckt, dass durch das Hinauszögern von Sterben und Tod diese ihre Bedrohlichkeit verlieren werden.

Aber wahr ist: Erst die überwundene Angst ermöglicht die notwendige Gelassenheit. Haben nicht alle Religionen Formen der Todesangst-Überwindung entwickelt? Die vielen Vorstellungen von Auferstehung, Ewigem Leben, Seelenwanderung, Wiederverkörperung zeugen von dem Bemühen, den Schrecken vor dem endgültigen „Tot sein“ zu mildern oder ganz zu nehmen. „Der Wunsch ist der Vater des Gedankens – und des Glaubens!“ Manche Zeitgenossen der älteren Generation haben heute noch Glauben, Vertrauen, Hoffnung auf ein Weiterleben nach dem Tod. Oder gar Angst vor dem Jüngsten Gericht mit der Möglichkeit ewiger Verdammnis und Bestrafung im Höllenfeuer?

Verdrängte Todesangst kann psychosomatisch wirksam sein. Die heute alten Menschen sind geprägt durch eine diesseitig ausgerichtete Lebenseinstellung. Themen über Sterbensangst und Todesfurcht sind tabu, man spricht nicht darüber, auch wenn man vielleicht im Stillen gelegentlich darüber nachdenkt. Eine wichtige Ursache für die weit verbreitete Alters-Depression scheint auch darin zu liegen, dass sich die Alten von heute nicht mit innerer Zustimmung auf das näher rückende Lebensende einstellen können – oder wollen?! – Gefühlsmäßig erlebt sich der vorwiegend ichbezogene Mensch als Mittelpunkt der Welt. Dementsprechend bedeutet der Tod auch das Ende der Welt – das Nichts, obwohl man rational „weiß“, dass der eigene Tod keineswegs das Weltende darstellt. Man lässt sich überfluten von den medialen Angeboten der Ablenkung und Zerstreuung. Besonders Natur- und Tierdokumentationen werden als interessant, bewundernswert und sogar als wohltuend erlebt. Dazu kommen ärztlich verordnete Psychopharmaka, welche die Gefühle von Niedergeschlagenheit, Angst, Unruhe und innerer Leere mildern.



Liebe Freundin,

ich stelle mir immer wieder die Frage, was uns Alte eigentlich noch am Leben erhält? Ist es noch immer der starke – vielleicht sogar unbewusste – Lebenstrieb? Das Lebendige will leben – unter allen noch so widrigen Umständen. Sonst würden wir doch nicht die umfassenden Hilfsangebote in Anspruch nehmen, die uns am Leben erhalten: Die tausenden von Möglichkeiten an prothetischen, medikamentösen, operativen Maßnahmen – alles, um unser Leben auch im Alter einigermaßen erträglich zu halten.

Warum plant – nur – eine verschwindende Minderheit den Freitod im Alter gezielt, bewusst, in Würde? Weil die Möglichkeit dazu in unserer heutigen Gesellschaft – noch! – nicht vorhanden ist. Warum kämpfen wir nicht entschieden dafür? Ist es am Ende nicht doch das „Leben Wollen“ um jeden Preis? Freitod im Alter kann als folgerichtige Konsequenz der modernen Medizin verstanden werden. Die von der modernen Medizin ermöglichte Lebensverlängerung könnte in freiwilliger Lebensbeendigung eine Entsprechung haben. Dazu bedarf es persönlicher und gesellschaftlicher Voraussetzungen.

Die persönlichen Voraussetzungen beinhalten ein allmähliches, bewusstes Abschied nehmen und Loslassen von allem, was das eigene Leben noch ausmacht: besonders von Beziehungen und Besitz. Dazu gehört auch, dass Bilanz gezogen und – wenn möglich – Unerledigtes noch zu Ende gebracht wird. Allmählich sollten das Vertrauen und die Überzeugung sich festigen, dass der Tod im Alter ein Freund ist und Erlösung bedeutet, der hinüberführt in eine andere Seins-Form.

Ein von Johann Sebastian Bach vertonter Text drückt diese Haltung aus:

„Komm süßer Tod, komm sel'ge Ruh,  
komm führe mich in Frieden,  
weil ich der Welt bin müde.  
Ach komm, ich wart' auf dich.  
Komm bald und führe mich.  
Schließ mir die Augen zu, komm sel'ge Ruh.“

Oft hört man von alten Menschen die Äußerung, sterben zu wollen und sterben zu dürfen. Meistens wird abwehrend und beschwichtigend reagiert. Ist dies richtig und ehrlich? Warum gilt es als unmenschlich, solch einen Sterbewunsch zu akzeptieren und auch konkret zu unterstützen? Warum soll man nicht darüber sprechen dürfen, wie dieser Wunsch nach dem Lebensende erfüllt werden kann? Stattdessen werden scheinbar positive Lebensmöglichkeiten aufgezeigt, die meistens doch nicht verwirklicht werden können. Wenn der alte Mensch solche Möglichkeiten nicht mehr selbst erlebt, soll man sie ihm nicht einreden.

### **Gesellschaftliche Voraussetzung ist eine offene und öffentliche Diskussion**

Es ist angemessen, alte Menschen in ihrem Sterbewunsch zu unterstützen, wenn er eindeutig und nachhaltig ist. In bestimmten Situationen ist es für die Betroffenen die humanere Lösung, sterben zu dürfen. Das betreuende Umfeld muss sich über die eigenen Ängste vor Sterben und Tod im Klaren sein, dann erst kann es dem Sterbewilligen wirklich wohltuend und hilfreich beistehen.

Eine gesellschaftliche Voraussetzung für den Freitod im Alter ist zunächst eine offene und öffentliche Diskussion über dieses Thema. Im Nachbarland Schweiz und in Ansätzen bereits auch in Deutschland findet eine Auseinandersetzung statt. Alle Altersgruppen sollten sich angesprochen fühlen, immer jedoch in Bezug auf das eigene Sterben. So könnte ein allgemeiner Bewusstseinswandel entstehen: Der Wunsch nach Freitod im Alter ist nicht grundsätzlich Anzeichen von Depression, Verzweiflung oder Vorwurf an die Umwelt. Freitod im Alter kann die bessere Alternative sein statt eines elenden Weiterlebens um jeden Preis. Freitod im Alter kann Zeichen von Mut, Würde und letzter Freiheit sein, die dem Menschen als einzigem Lebewesen möglich sind: Suizid im Alter als eine alternative Todesform, von der Gemeinschaft nicht nur geduldet, sondern auch als recht und richtig anerkannt.

Eine gesellschaftliche Regelung ist vorstellbar, die allgemein verpflichtend, trotzdem aber freiwillig wäre: Alle rüstigen Rentner/innen machen für eine bestimmte Zeit ein „Praktikum“ als Hilfskraft in einem Altenpflegeheim. In diesem Dienst würden sie Art und Ausmaß der altersbedingten Behinderungen und Krankheiten kennenlernen – nicht auf sich alleingestellt im häuslichen Umfeld, sondern in einer

strukturierten größeren Gemeinschaft. Diese praktische Erfahrung könnte zum Nachdenken anregen über die eigene mögliche Pflegebedürftigkeit in höherem Alter, das eigene Sterben und den Tod.

Liebe Freundin,

wie oft habe ich von Anderen nach einem Besuch im Altenpflegeheim Folgendes gehört: „In diese Situation möchte ich selbst niemals kommen, vorher mache ich Schluss, nehme mir das Leben.“

„Ja – Schluss machen – aber wie?“ „Wenn es doch die Pille dazu gäbe. – Wird sie entwickelt werden?“

Die älteren Senioren sollten in ihrer eigenen Patientenverfügung ihren Willen eindeutig so formulieren, dass unterschiedliche Deutungen ausgeschlossen sind. Es muss in der Patientenverfügung eindeutig sein, wenn sie es ablehnen, mit allen Mitteln am Leben erhalten zu werden für den Fall, dass sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Die Gültigkeit einer solchen Patientenverfügung ist gesetzlich festgelegt seit 2009. Eine Alternative zum Freitod durch Medikamente ist der „Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ (FVNF), auch „Sterbefasten“ genannt. Diese Form des Suizids wird zurzeit häufiger in Deutschland diskutiert, nachdem die begleitete Suizidhilfe in „geschäftsmäßiger“ Form durch das Strafgesetz, § 217, seit 2015 verboten ist.



Sterbefasten wird geduldet und sowohl ärztlich wie pflegerisch begleitet. Anders als noch vor einigen Jahren und Jahrzehnten: Durch kalorienreiche Infusionen oder Ernährung durch eine Sonde (PEG) wurden alte, lebensmüde und sterbewillige Menschen am Leben erhalten – oft gegen ihren Willen. Diese inhumanen Maßnahmen werden in Altenpflegeheimen kaum noch durchgeführt. Persönliche Erinnerungen an schreckliche Formen des Todeskampfes von Eltern, Großeltern, nahen Angehörigen erzeugen Angst vor dem eigenen Sterben.

Nicht der Tod selbst ist das Angstmachende, sondern der Weg dorthin. Heute ist es jedoch möglich, qualvolles Leiden im Sterbeprozess zu mildern, oder ganz zu vermeiden: Durch hochdosierte Schmerz- und/oder Beruhigungsmittel kann unter Umständen allerdings der Sterbeprozess verkürzt werden und der Tod früher eintreten. Dies wird billigend in Kauf genommen. Es ist eine Form von indirekter Sterbehilfe; ebenso wie die „terminale Sedierung“, welche ein Betäubungsschlaf ist, aus dem kein Erwachen folgt. Jeder oder jede Hochbetagte braucht sich vor dem Sterben nicht mehr zu fürchten und kann der ärztlichen Zusicherung eines humanen Sterbens trauen.

Im 16. Jahrhundert beschrieb der englische Philosoph Thomas Morus bereits eine mögliche Sterbekultur in seinem Roman „Utopia“: „Indessen, wenn die Krankheit (hier: das Alter) nicht nur unheilbar ist, sondern auch noch den Kranken (hier: den alten Menschen) beständig quält und martert, dann reden die Priester und Behörden ihm zu, er möge bedenken, dass er ... anderen zur Last und sich selbst schwer erträglich sei und somit seinen eigenen Tod bereits überlebe; deshalb möge er ... nicht zaudern, in den Tod zu gehen, da ihm das Leben doch nur eine Qual sei; somit möge er getrost und guter Hoffnung sich selbst aus diesem schmerzreichen Leben wie aus einem Kerker oder einer Folter befreien oder willig gestatten, dass andere ihn der Qual entrissen. Daran werde er weise handeln, da er durch den Tod ja nicht die Freuden, sondern nur die Marter des Lebens abkürze, zugleich werde es eine rechtschaffene und fromme Tat sein, da er ja damit nur dem Rate der Priester gehorche, die Gottes Willen auslegen. Wen sie mit

diesen Gründen überzeugen, der endet sein Leben freiwillig durch Fasten oder findet in der Betäubung ohne Todesempfindung seine Erlösung. Gegen seinen Willen aber schaffen sie niemand beiseite, vernachlässigen auch um der Weigerung willen in keiner Weise die Pflege. Wer sich überreden lässt, so zu sterben, wird hoch in Ehren gehalten.“

Bis heute ist diese Vision lebendig geblieben, aber nicht verwirklicht. Suizid (lat. Selbsttötung) ist bei uns in Deutschland Sache eines jeden Einzelnen. Wenn er sich zu diesem Schritt entschlossen hat, muss er sein Vorhaben alleine heimlich vorbereiten und durchführen – oder in das nahe gelegene Ausland gehen: In der Schweiz können organisierte Sterbehilfe-Vereine legal Suizid-Hilfe leisten. Es sollte offen und öffentlich eine Debatte über Sterben – Tod – und Freitod im Alter geführt werden. Damit der Freitod eigenverantwortlich vollzogen werden kann: ohne Heimlichkeit, mit Anteilnahme des persönlichen Umfelds und mit ärztlich-medizinischem Beistand.

Schmerzqualität ist durch Instrumente nicht messbar. Schmerz ist subjektiv. Man kann nur angeben, „wo es weh tut“! Auch die Schmerz-Skalen können die Schmerzen nur vom Subjekt her „messen“, trotz aller hochentwickelten, technischen Verfahren. Auch Schmerzen, die von organischen Ursachen ausgelöst werden, können zwar beschrieben und dadurch nachempfunden werden – messbar werden sie dadurch nicht. Wie stark Schmerzen und das dadurch bewirkte Leiden subjektiv erlebt werden, ist von den körperlichen, seelischen und geistigen Voraussetzungen der Betroffenen abhängig.

## **Schmerzlinderung hat ihren Preis**

„Divinum est sedare dolorem – Göttlich ist es, den Schmerz zu lindern.“ So hieß es schon im Altertum. Mit den heute verfügbaren Mitteln kann fast jeder noch so starke Schmerz ausgehalten oder auf ertragbarem Maß gehalten werden. Dies hat aber – besonders im Alter – seinen Preis: Die hochwirksamen Medikamente schalten Schmerzempfindungen zwar aus, lähmen aber gleichzeitig wichtige, selbständig arbeitende Regulationszentren im Gehirn. Mögliche Nebenwirkungen sind motorische Schwäche, Gangunsicherheit, Schwindel, Übelkeit und anderes mehr. Es

Aus freiem Willen gehen



kann im Endstadium z. B. einer Krebserkrankung die hohe Gabe eines Schmerzmittels zur Lähmung des Atemzentrums führen und dadurch den Tod zur Folge haben: Prinzip der legalen indirekten Sterbehilfe bei Hospizen und Palliativ Care. Alte Menschen sollten klare Entscheidungen treffen und klare Aussagen machen, wie sie behandelt werden wollen, wenn sie in einen Zustand geraten, in dem sie sich nicht mehr äußern können. Patientenverfügungen sind rechtsverbindliche schriftliche Willenserklärungen. Formulierungsvorschläge können im Internet abgerufen werden; persönliche Ergänzungen sind möglich. Die Patientenverfügung sollte durch eine notariell beglaubigte Vollmacht für eine Vertrauensperson ergänzt sein.

### **Viele alte Menschen würden den Freitod wählen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt wären:**

- 1.** Gesellschaftliche Anerkennung des Freitodes im Alter als Zeichen von Freiheit, Selbstbestimmung und sozialer Verantwortung (siehe dazu den Text von Thomas Morus).
- 2.** Unterstützung und Beihilfe beim Freitod: Beschaffung erforderlicher Medikamente, Hilfe bei Vorbereitung der Einnahme. Ärztliche und pflegerische Begleitung beim Sterbefasten.
- 3.** Entlastung von Schuldgefühlen. Ein Suizid gilt noch weitgehend als Schuld und Sünde. Das Verbot „Du sollst nicht töten“ bezieht sich aber auf ein fremdes und nicht auf das eigene Leben. Im Neuen Testament gibt es keine Hinweise zur Verurteilung des Freitodes. Die Selbsttötung des Judas, der Jesus verriet, wird ohne Wertung nur mit einem Satz erwähnt.
- 4.** Wahlfreiheit zwischen Sterbefasten oder der Einnahme eines Medikamentes, das innerhalb kurzer Zeit zum „Einschlafen ohne Erwachen“ – zum Tode führt.

Im 4. Jahrhundert n. Chr. wurde durch Augustinus der Suizid verdammt, von Papst Nikolaus I. im 9. Jahrhundert zur Todsünde erklärt, kirchliches Begräbnis verweigert (Konzil von Braga im Jahr 561 n. Christus), Suizid mit Exkommunizierung bestraft. Diese Kirchengesetze sind erst durch Papst Johannes Paul II. 1983 aufgehoben worden. – Dieser Sachverhalt sollte durch die christlichen Kirchen eindeutig vermittelt werden. Das könnte einen alten Menschen, der sich mit dem eigenen Freitod beschäftigt, von Schuldgefühlen entlasten.

Wie bereits erwähnt, erschien in den 1950er Jahren von einem zeitgenössischen Japaner ein kleines Buch, das damals großes Aufsehen erregte. Die Fabel handelt von dem Brauch eines sehr armen, ständig von Hungersnot bedrohten Bergstammes und schildert das dortige Sterbe-Ritual alter Menschen: Nach dem siebzigsten Geburtstag haben die Alten freiwillig das Dorf zu verlassen. Sie gehen zum Sterben auf einen Berg, der nur für diesen Zweck bestimmt ist und erwarten dort den Tod. Zuvor gibt der Abschied Nehmende ein Abschiedsmahl, an dem nur Altersgenossen teilnehmen. Wer schon zu schwach ist, um alleine auf den Berg zu gehen, wird von einem Angehörigen dorthin getragen. Die Geschichte stellt zwei sehr verschiedene Alte dar, deren Zeit gekommen ist. Eine Frau, die nach sorgfältiger Regelung aller Angelegenheiten und nach ihrem Abschiedsmahl die Wanderung auf den Berg antritt. Ein Stück des Weges wird sie von ihrem Sohn begleitet, dann schickt sie ihn zurück. Im Gegensatz zu ihr steht ein Mann, der nicht freiwillig geht. Schließlich muss ihn sein Sohn mit Gewalt auf den Berg bringen und dort aussetzen.

Noch im letzten Jahrhundert war jedes „gesunde“ hohe Alter ein Zeichen von Kraft und/oder göttlichem Segen. Heute ist hohes Alter Ergebnis ärztlicher Behandlung mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten, Erfolgen operativer Maßnahmen, Folgen von privater und institutioneller Pflege. Und hohes Alter kann Ausdruck eines diesseitigen, hartnäckigen Lebenswillens sein. Was nach dem Tode kommt ist ungewiss; jedenfalls eine „Glaubens-Sache“. Die Angst vor dem „Nicht-Sein“ verhindert eine gelassene Auseinandersetzung mit Tod und Freitod im Alter. Trotz der täglichen Krimi-Toten im Fernsehen ist und bleibt der eigene Tod das unheimliche Ereignis und wird unbewusst verleugnet, verdrängt, verschwiegen. Der Lebenstrieb kann mächtig sein trotz nachlassender Vitalität, trotz Behinderung und Beschwerden.

Ein halbseitig gelähmter 84-Jähriger – nach einem Schlaganfall seit zwei Jahren voll pflegebedürftig – wird nach seinem Wunsch zum Geburtstag gefragt: Er möchte 100 Jahre alt werden, ungeachtet seines Zustandes, den er wegen gelegentlicher Verwirrung nicht mehr voll wahrnimmt. Arzt und Pflegende erhalten diesen Menschen mit guter Pflege und den zur Verfügung stehenden medizinischen Mitteln und Maßnahmen am Leben. Sie erfüllen damit seinen ausdrücklich geäußerten Wunsch – und einen Auftrag der Gesellschaft. Doch wie lange noch? Denn zunehmend entstehen Zweifel, die bereits geäußert werden, ob der Auftrag der Lebenserhaltung um jeden Preis noch sinnvoll sei und sein Recht habe. Der Hippokratische Eid sowie seine neuere Form im Genfer Gelöbnis greifen nicht in den Prozess des Alterns und Sterbens ein, sondern der Eid verpflichtet zum Lindern von Schmerzen bis zum Lebens-Ende. Altern ist eben keine Krankheit, die geheilt werden kann – trotz aller „anti-aging“-Maßnahmen.



## Das Leiden in der christlichen Tradition

Zwischen hohem Alter und einer unheilbaren, zum baldigen Tod führenden Krankheit in jüngerem Alter besteht eine wichtige Gemeinsamkeit: Das Lebensende ist in absehbarer Nähe. Im Alter durch Natur und Biologie, in jüngerem Alter durch Krankheit, ist das Sterben-Müssen nahe. Für eine junge Frau mit inoperablem Hirntumor liegt der Zeitpunkt des Sterbens und Todes – vor der Diagnose – in ebenso weiter Ferne wie bei allen Gleichaltrigen. Durch die Krankheit ist ein unerwarteter dramatischer Abbruch der Zukunft geschehen. Die Zukunft ist auf einen kurzen Zeitraum reduziert. Dies ist die Gemeinsamkeit mit den alten Menschen: Der Tod ist nahe. In beiden Situationen lautet die Frage, wie die verbleibende Lebenszeit gestaltet wird: Ob der mit Gewissheit in Bälde eintretende Tod durch eigenes Handeln rascher herbeigeführt wird, oder ob er durch alle möglichen Maßnahmen hinausgezögert wird. Niemand soll zu der einen oder anderen Entscheidung gezwungen oder unter Druck gesetzt werden. Aber die Alternativen sollen ehrlich aufgezeigt werden und reale Möglichkeiten zum humanen Freitod vorhanden sein. Wer sein Leben länger ertragen möchte, weil persönlich ein Sinn darin erfahren wird, soll nicht daran gehindert werden, den späteren Todeszeitpunkt abzuwarten. Das betreuende Umfeld spielt dabei eine entscheidende Rolle. In der



christlichen Tradition hatte das „Leiden“ einen metaphysischen Hintergrund und wurde immer wieder so gedeutet: Gott schickt Leiden, er lässt es zu: zur Läuterung, zur Prüfung, zum Erlernen von Geduld und Gott-Ergebenheit, ja sogar als Strafe.

Liebe Freundin,

meine Mutter, schwere Schmerzen leidend, stellte immer wieder diese Frage: „Wofür werde ich bestraft?“ Wir wussten keine Antwort – wie sollten wir auch? Könnte es „eine Pflicht zu leiden“ geben? Pflichten und Verpflichtungen existieren nur im Zusammenhang mit Beziehungen. Ohne Beziehung keine Pflichten. Unsere Sprache drückt es aus: Bürger-Pflicht, Eltern-Pflicht, Arbeits-Pflicht und viele andere Pflichten mehr.

Wenn heute in unserer Kultur Kinder, Enkel, Partner einen geäußerten Freitodwillen ablehnen, kann es sogar von dem/der Betroffenen als Pflicht empfunden werden, ihnen zuliebe am Leben zu bleiben. Sollte und könnte sich eine Sterbe-Kultur entwickeln, in der es zur Pflicht wird, das Leben rechtzeitig selbst zu beenden? Ein früherer Präsident der Bundesärztekammer sprach abwertend vom Suizid im Alter als einem „Sozialverträglichen Frühableben“, das verhindert werden müsse. Meine Frage: Ist Freitod im Alter ab fünfundsiebzig Jahren ein „Frühableben“? Bei dem erwähnten japanischen Bergstamm war es sowohl Tradition wie auch Pflicht, durch rechtzeitiges „Gehen auf den Berg“ die Gemeinschaft zu entlasten.

„Salus aegroti suprema lex“ (das Wohl des Kranken/Alten ist oberstes Gesetz). Kann der/die heute tätige Arzt/Ärztin noch ausschließlich das Wohl des alten Patienten beachten? Ob freiberuflich, niedergelassen, ob angestellt in der Klinik – Leitlinien hinsichtlich der Behandlung, sogar Diagnosen werden gestellt im Hinblick auf die Kostenerstattung durch Krankenkassen. Dazu die Anspruchshaltung vieler Menschen: „Für meinen Kassenbeitrag kann ich eine Therapie verlangen“; Gewinnerzielung als Maxime börsennotierter medizinischer Einrichtungen; der Patient und auch der pflegebedürftige alte Mensch ist zum Kunden geworden und „das Geschäft boomt“. Wie kann da noch das Gesamtwohl des alten Menschen



oberste Priorität behalten? Wenn ökonomische Gesichtspunkte die ärztliche Entscheidung beeinflussen, dass ein lebensmüder alter Mensch mit allen Mitteln und hohen Kosten am Leben erhalten wird, ist das inakzeptabel. Es gibt keine ärztliche Verpflichtung, den Freitod eines alten Menschen zu verhindern. Wie vielen Geretteten, nach einem erfolglosen Suizidversuch, geht es wirklich besser? Ist es nicht inhuman, sie in einen Zustand zurückzuholen, dem sie durch Freitod entgehen wollten? Wie oft ist es wirklich möglich, eine neue Lebensqualität zu vermitteln, die den vorherigen Suizidwunsch aufhebt? – Das Recht auf selbstbestimmten Freitod muss vom Arzt respektiert werden.

Liebe Freundin,

welche Selbsttötung im Alter verdient den Namen „Frei-Tod“? Wann kann dieser Alterssuizid als „frei“ bezeichnet werden? Welche Freiheit ist gemeint? Die Entscheidung zu diesem Schritt reift langsam und stetig: Man hat über die freiwillige Beendigung des eigenen Lebens längere Zeit nachgedacht. Man hat Gelegenheiten zum Gespräch über dieses Thema gesucht und gefunden; das ist zum Beispiel seit vielen Jahren in den regionalen Gesprächskreisen der „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben“ (DGHS) möglich. So entsteht der nachhaltige Entschluss zum Freitod im Alter: Er wäre begründet als Bilanz eines sorgfältigen verantwortungsvollen Nachdenkens. Ohne Zweifel würde die Mehrheit der Bevölkerung einen begründeten, nachvollziehbaren Freitod im Alter respektieren, wenn er unter Wahrung der Menschenwürde vollzogen wird. Hier liegt das aktuelle Problem: Wie kann im Jahre 2017 ein alter Mensch in der Bundesrepublik Deutschland den Suizid menschenwürdig vollziehen? Gibt es reale und legale Möglichkeiten?

Seit 2015 gibt es ein neues Gesetz zur Suizid-Beihilfe: § 217 StGB. Sehr vereinfacht ausgedrückt verbietet das Gesetz die wiederholte Beihilfe zur Selbsttötung: Solches Verhalten sei geschäftsmäßig: Strafbar macht sich derjenige, der „geschäftsmäßig“ wiederholt und in immer gleicher Absicht medikamentös begleitete Suizidhilfe anbietet. Für einen sterbewilligen alten Menschen, der sich für den Freitod entschieden hat, gibt es also in Deutschland zurzeit keine legale Form der Suizidbeihilfe durch Medikamente und Ärzte. Von den harten Methoden der Selbsttötung wird im Alter – und dies vorwiegend von Männern – das Erhängen vollzogen. Es ist ein einsamer und inhumaner Suizid, weil der alte Mensch keinen legalen Zugang zu humanen Freitod-Formen hat.

Was bleibt als reale und legale Möglichkeit, wenn die Beschaffung von tödlichen Medikamenten illegal und die Freitod-Hilfe in der Schweiz aus finanziellen Gründen nicht möglich ist? Deshalb entschließen sich vermutlich mehr alte Menschen als bekannt zum Sterbefasten. Der Wille, aus dem Leben zu scheiden, muss so stark sein, dass die anfänglichen Beschwerden von Durst und Hunger ertragen werden. Begleitung durch Arzt und Pflegekräfte ist erforderlich.

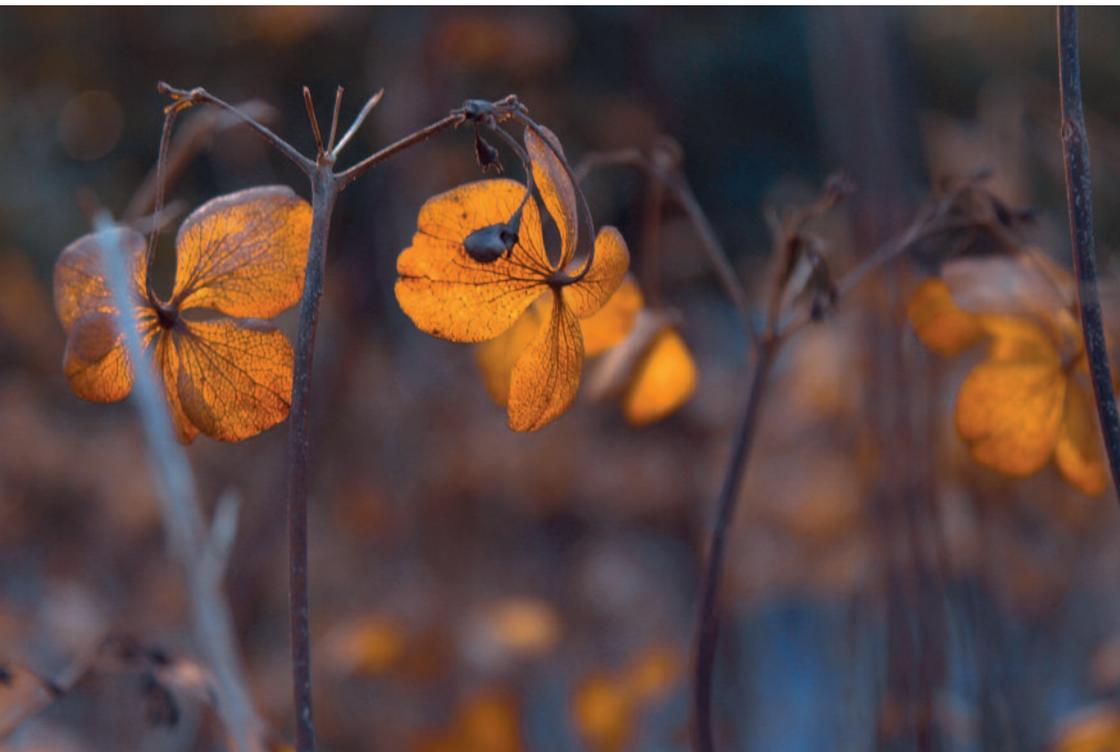
Die Reaktionen der Umwelt auf den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) oder Sterbefasten haben sich in den zurückliegenden Jahren deutlich geändert. Sterbewunsch und Selbstbestimmung werden häufiger respektiert: Weniger Lebenserhaltung durch Sonden-Ernährung; keine vorwurfsvollen Argumente gegenüber Angehörigen: „Sie wollen ihre(n) Mutter/Vater doch nicht verhungern und verdursten lassen?“ Sondern Duldung von FVNF und Linderung aller Art von Beschwerden. – Für Angehörige, Betreuer, begleitenden Arzt und Pflegekräfte ist eine vom Betroffenen unterzeichnete Patientenverfügung und entsprechende Willenserklärung verbindlich und eine Hilfe beziehungsweise Absicherung für alle an der Begleitung Beteiligten.

Wenn ein Arzt nun wiederholt den Patienten beim Sterbefasten Hilfe leistet, indem er Beschwerden und Schmerzen mit Medikamenten lindert, wie wird diese Hilfe juristisch beurteilt? Ist sie legal, weil es ärztliche Pflicht ist, Leiden zu lindern? Oder ist diese Form wiederholter ärztlicher Sterbebegleitung bei FVNF „geschäftsmäßig“ und somit strafbar? Wird diese ärztliche Tätigkeit von den Krankenkassen bezahlt, wenn der Sterbewille durch FVNF zuvor eindeutig vom Patienten mündlich und schriftlich geäußert wurde?

Diese Fragen erfordern dringend Antworten durch die Ärzteschaft und von Seiten der Gesundheitspolitik. Alle, die konkret in der Pflege, Betreuung und Behandlung alter Menschen tätig sind und mit Suizid-Wünschen konfrontiert werden, haben Anspruch auf Rechts-Sicherheit: Pflegekräfte, Ärzte, gesetzliche Betreuer. Sie wollen und sie sollen wissen, was sie wie und wann tun dürfen bei der Begleitung alter Menschen, die den Weg des Sterbefastens gewählt haben. Sterbefasten braucht Zeit, menschliche, pflegerische und ärztliche Begleitung, sowie einen starken belastbaren Willen des/der Betroffenen selbst.

Völlig anders ist auch für den alten Menschen der Suizid durch Einnahme einer tödlichen Dosis von einem Medikament oder mehreren Medikamenten, die ärztlich verordnet werden müssen. Dies ist ein rasches, schmerzloses und sicheres Sterben, das in kurzer Zeit zum Tod führt. Es ist nachvollziehbar, wenn die Mehrheit der suizidwilligen alten Menschen diesen Weg des Freitodes wählen und gehen möchte. Möglichkeiten, das heißt die erforderlichen Medikamente, sind vorhanden, können aber wegen des zurzeit gültigen Verbots-Paragrafen § 217 StGB nicht genutzt werden.

Anders ist es in der Schweiz. Dort gibt es bereits seit Jahren legale Suizid-Begleitung durch Sterbehilfe-Organisationen: „Exit“ hat weit mehr als 100 000 Mitglieder. Voraussetzung für die Suizid-Hilfe waren bisher ausschließlich unheilbare Krankheit, verbunden mit schweren Schmerzen, Verlust der subjektiv empfundenen Würde, nachhaltiger Entschluss zum Suizid und Entscheidungsfähigkeit. Nach Prüfung dieser Voraussetzungen und deren positiver Beurteilung stellt ein Arzt das Rezept für das benötigte Medikament aus. In jüngster Zeit wird von dieser Suizidhilfe-Organisation auch hohes Alter als Freitod-Voraussetzung akzeptiert. Selbstbestimmung, Entscheidungsfähigkeit und Nachhaltigkeit des Suizid-Willens müssen erhalten sein. – Vereinzelt konnten bereits Freitod-Begleiter in Schweizer Alten- und Pflegeheimen Suizidhilfe leisten. – Wann wird dies auch in Deutschland möglich sein? Eine ehrliche, offene und öffentliche Debatte müsste zunächst erfolgen.



## **Thema „Freitod im Alter“ darf kein Tabu bleiben**

Eine umfassende Auseinandersetzung mit Alter, Krankheit, Tod, Armut brachte vor etwa vierzig Jahren das Buch „Das Alter“ von Simone de Beauvoir. Danach hatten „Interviews mit Sterbenden“ von Kübler-Ross große Beachtung gefunden. Und schließlich entstand die Hospiz-Bewegung: Cicely Saunders, eine englische Krankenschwester, setzte sich engagiert für eine Veränderung der unwürdigen Umstände ein, unter denen Patienten in Krankenhäusern sterben mussten. In Deutschland bestanden ähnliche Verhältnisse. Der Einsatz für eine durchgreifende Verbesserung der Sterbe-Umstände ist wirkungsvoll gewesen: Flächendeckend bestehen heute in Deutschland ambulante Hospiz-Gruppen und stationäre Hospize. Menschen mit tödlicher Erkrankung im Sterbeprozess sind nicht allein gelassen: Hilfe durch erfahrene konkrete Anwesenheit und Begleitung ehrenamtlicher Helferinnen, die eine entsprechende Vorbereitung haben. Palliative Betreuung ist die Ergänzung von Hospiz: medizinisch durch Arzt und Krankenpfleger geleistete Sterbebegleitung, in ruhiger, würdiger, wohlwollender Umgebung und Atmosphäre. Seit diesen Anfängen ist eine Flut von Publikationen zu den Themen unheilbare Krankheit, Sterben, Sterbehilfe, Tod und Freitod erschienen. Die Autoren der „Sterbebücher“ berichten über Erfahrungen der letzten Lebensphasen bei nahestehenden Menschen oder schildern die eigene letzte Lebenszeit. Es handelt sich meistens um einen Tod „vor der Zeit“ durch eine unheilbare Krankheit, das heißt vor dem Erreichen eines höheren Alters. Es sind bewegende Zeugnisse von verzweifeltem, anklagendem Protest gegen das Sterben, selten auch eine versöhnte Einwilligung in das Sterben.

Die Faszination dieser Dokumentationen liegt auch darin, dass der Leser sich mit diesen Schicksalen nicht identifizieren muss. Man beschäftigt sich mit Sterben und Tod anderer Menschen und nicht mit dem eigenen Lebens-Ende. Eine wahrscheinlich unbewusste Erleichterung wird gespürt: Noch ist man nicht selbst unmittelbar betroffen, der eigene Tod wird erst noch zu einem jetzt unbekanntem Zeitpunkt eintreten. Weshalb sind Krimis in Literatur, Kino und Fernsehen so gefragt? Eine einfachste Basis-Antwort wäre: Es geht „um Leben und Tod“ – die elementarsten Gegensätze. Ausgangspunkt der Handlung im Krimi ist fast immer der gewaltsame Tod eines Menschen. Es soll der Schuldige gefunden werden und er

wird dabei oft selbst getötet. Töten als Ultima Ratio: Hass, Neid, Rache, Vergeltung, Strafe, Notwehr, Verteidigung – und über allem die uralten Gebots-Verbote: „Du sollst nicht töten – du sollst nicht morden.“

Freitod im Alter ist keine Schuld. Der Mut zum Sterben ist in bestimmten Situationen moralisch wertvoller als Angst vor Sterben und Tod. Die Erlösung von einer für ihn untragbaren Situation darf der alte Mensch sich durch den Freitod gewähren. Die Einstellung der nächsten und übernächsten Generation zum Freitod im Alter wird sich ändern. Alle Bemühungen um sogenannte Struktur-Reformen werden den Pflegenotstand nicht wesentlich ändern. Denn viele Pflegekräfte sehen die Lebenserhaltung der alten Menschen nicht mehr als sinnvoll an. Auch die Anhebung der Löhne im Altenpflegebereich wird langfristig keine sinnstiftende Wirkung haben. Es gibt zurzeit 14 000 offene Ausbildungsstätten für Pflegeberufe. Warum werden sie nicht besetzt?

Vor etwa zwanzig Jahren erhielt ich von einer pensionierten Ärztin den hier im Wortlaut wiedergegebenen „Vorschlag“ zum Freitod im Alter:

### **Vorschlag einer Achtzigjährigen**

#### **Eine Idee:**

Man könnte Menschen, die achtzig Jahre gelebt haben, erlauben, selbst zu bestimmen, wann sie gehen wollen und ärztliche Hilfe dabei zulassen.

#### **Argumente dafür:**

- ❑ Achtzigjährige haben ein volles Leben gehabt (Jugend, Arbeits- und Familienphase, fünfzehn Jahre Ruhestand – wenn nicht Arbeitslosigkeit: Sinnverlust).
- ❑ Eigener Wunsch = freier Wille, durch Ärzte festgestellt.
- ❑ Überbevölkerung der Erde (Armut, Hunger, Arbeitslosigkeit, Abfall, Umweltschädigung).
- ❑ Alte beanspruchen zu lange zu viel Wohnraum.
- ❑ Alte belasten Finanzhaushalt übermäßig durch Jahrzehnte Rente, Pension, wachsende Arzt- und Pflegekosten.
- ❑ Belastung für Kinder/Enkel, die sich bis ins eigene hohe Alter physisch und psychisch um Greise kümmern müssen.

### **Vermeintliche Argumente dagegen:**

- Gedankliche Gewöhnung (wie bei Abtreibung).
- Gottes Gebot nicht zu töten bleibt wirksam, nur ab dem achtzigsten Lebensjahr teilweise ausgesetzt. Umgekehrtes Argument = künstliche Lebensverlängerung verstößt gegen Gottes Absicht, den Betreffenden sterben zu lassen.
- Missbrauch – jedes gute Prinzip lässt Missbrauch zu. Gegenüber der Tausenden gewährten Befreiung wiegen einzelne Missbräuche leicht.
- Ethische Belastung der Ärzte ändert sich mit der öffentlichen Meinung (siehe Abtreibung).

Das Thema „Freitod im Alter“ darf kein Tabu bleiben. Dann könnten in den zahlreichen Seniorentreffen die Fragen, Ängste, Sorgen und gegensätzlichen Meinungen offen besprochen werden. Zum Beispiel: Warum befürworte ich den Freitod im Alter? Warum lehne ich ihn ab? Was denken meine Altersgenossen? Wer hat eigene Erfahrungen beim Suizid von älteren Menschen? Wie ist die Gesetzeslage? In einer offenen Gesprächs-Atmosphäre könnte allmählich der Freitod im Alter vertrauter werden. Er wäre kein negatives bedauernswertes Ereignis, sondern das respektierte Handeln eines alten Menschen.

### **Dafür sind Voraussetzungen zu schaffen:**

Eine geistig-seelische Vorbereitung auf den Freitod  
Konkrete Hilfe und Begleitung beim Suizid  
Anerkennung durch die Gesellschaft

Ob diese Bedingungen entstehen, wird vor allem davon abhängen, ob die heute und jetzt lebenden entscheidungsfähigen alten Menschen sich dafür einsetzen.

*Ines Moll-Schmidhäuser  
im November 2017*

### **Vita · Ines Moll-Schmidhäuser**



1933 geboren,  
Ärztin für Psychiatrie – Öffentlicher Gesundheitsdienst;  
nach Berentung ambulanter Hospiz-Dienst; danach einige  
Alters-Freitodbegleitungen bis 2013.  
Lebt bei Stuttgart, ist stark gehbehindert.

## Unsere Arbeit, unsere Ziele

Die DGHS e. V. ist eine Patientenschutzorganisation, die sich seit fast 40 Jahren für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen am Lebensende einsetzt. Sterben ist ein Teil des Lebens. Selbstbestimmung bei Krankheit wie auch im Sterben gehört zu den Grundrechten der Menschen und Bürger in Deutschland. Dies wollen wir für unsere Mitglieder bis zur letzten Lebensminute sichern.

Wir bieten Menschen, die ihren Willen rechtzeitig festlegen möchten:

- Kompetente Beratung bei der Formulierung Ihrer persönlichen Patienten- und Vorsorgeverfügung.
- Eine juristisch geprüfte und ständig aktualisierte Patientenschutz- und Vorsorge-mappe.
- Alle Verfügungen können bei uns elektronisch gespeichert und hinterlegt werden.
- Einen Notfall-Ausweis und QR-Code, mit dem die Verfügungen rund um die Uhr über das Internet abgerufen werden können, z. B. im Krankenhaus.
- Juristischer Beistand (nur für Mitglieder), falls Ihre Verfügungen nicht eingehalten werden, u. v. m.

Mit derzeit rund 25 000 Mitgliedern und Unterstützern in Deutschland ist die DGHS die größte und erfahrenste Organisation auf ihrem Gebiet. Die DGHS ist parteipolitisch und konfessionell neutral sowie unabhängig. Als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Berlin finanziert sich die DGHS ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Wenden Sie sich für weitere Informationen gerne an unsere Berliner Geschäftsstelle. Unsere Mitarbeiterinnen freuen sich auf Ihren Anruf!

### Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für  
Humanes Sterben (DGHS) e. V.  
Kronenstraße 4 · 10117 Berlin

info@dghs.de · www.dghs.de  
www.facebook.com/DGHSde  
www.twitter.com/DGHSPresse

Telefon: 0 30/21 22 23 37-0

Fax: 0 30/21 22 23 37-77

Hinweis: In unserer Broschüre verwenden wir wegen der leichteren Lesbarkeit geschlechtsneutrale Bezeichnungen. Dies soll niemanden diskriminieren.

Stand: Februar 2018

