

Michael de Ridder

Warum Ärzte nicht jedes Leben verlängern sollten

Es war in der Frühzeit meiner ärztlichen Ausbildung: Gerade hatte ich als junger Stationsarzt einer internistischen Station die Oberarztvisite beendet, als mir der Aufnahmearzt telefonisch einen alleinstehenden 64-jährigen Patienten im Endstadium einer Tumorerkrankung ankündigte: „Leg den am besten in ein Einzelzimmer, der stirbt sowieso bald.“ Der Krankentransport übergab mir einen blassen, hüstelnden und vom Tode gezeichneten Mann, der mich aus großen Augen eines ausgezehrten Gesichts anschaute.¹

Über ein freies Einzelzimmer jedoch verfügte ich nicht und auf eine andere Station auszuweichen, war wegen fehlender Betten nicht möglich. Aber war da nicht noch ein freies Bett im einzigen Sechsbettzimmer meiner Station? Ich zögerte. Konnte ich den fünf Patienten dieses Zimmers einen zu Tode Erkrankten wirklich zumuten? Ich erschrak vor meiner eigenen Frage und begriff in diesem Moment: Das Sterben gehört ins Leben – unter Menschen! Und nicht in die Verlassenheit eines Einzelzimmers.

Eine halbe Stunde lang sprach ich mit den anderen Patienten, deren anfängliche Be-

klommenheit und Bedenken ich schließlich zerstreuen konnte. „Stell Dir vor, Du hättest Krebs, im Endstadium, wie er“, sagte einer von ihnen in die Runde; und zu mir gewandt: „Wir nehmen den, Herr Doktor, er kriegt einen Fensterplatz.“ Die anderen nickten zustimmend.

Nie wieder habe ich Ähnliches erlebt: Sie organisierten untereinander für ihn eine 24-Stunden-Sitzwache, sie saßen an seinem Bett, fütterten und wuschen ihn und lasen ihm aus der Zeitung vor. Fünf Tage später starb er, in ihrer aller Anwesenheit. Einer seiner Mitpatienten sagte bei der Entlassung zu mir: „Diese fünf Tage meines Lebens waren wichtig, ich werde sie nie vergessen.“

Sterben – nichts scheuen wir so sehr, nichts erzeugt in uns so viel Unbehagen und Angst, ja Abwehr, wie eben unserer Sterblichkeit, unserer Endlichkeit ins Gesicht zu schauen. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand – ist doch nichts dem „farbigen Abglanz“, an dem wir nach einem Goethe-Wort das Leben haben und an dem wir doch mit all unseren Fasern hängen, so sehr abgewandt wie das Sterben. Widerspricht doch nichts dem Leben in so fundamentaler Weise wie das Sterben. Und doch – beide sind ineinander verschränkt; denn zweifellos: Jeder Sterbende ist ein Lebender, oder sollten wir besser sagen: Wir Lebende sind zu jeder Zeit auch Sterbende?

Wie aber wollen wir sterben? Wir alle würden sicherlich einander ähnliche, schlichte und einleuchtende Antworten auf diese Frage geben: Leicht sollte es sein, unser Sterben, frei von Angst und Schmerz, im Frieden mit uns selbst, unseren Angehörigen und Freunden.

Doch betrachten wir die Wirklichkeit des Sterbens, dann spricht sie allzu oft eine andere, eine bedrückende Sprache: Er oder sie hatte ein schweres Sterben, ein qualvolles, ein grausames gar, ein nicht enden wollendes, zumal, wenn es sich in einer Klinik vollzog.

Sinnvolle Lebensverlängerung oder qualvolle Sterbeverzögerung?

Vor fünf Jahren verhandelte der Bundesgerichtshof den Fall eines schweren, ja würdelosen Endes einer alten Dame: Der Ausgang des Prozesses um ihr Sterben beherrschte im Frühsommer 2010 die Schlagzeilen und Kommentare der Tagespresse. An ihrer Leidensgeschichte – und die ist bei weitem kein Einzelfall – lässt sich die ganze Tragik des Sterbens im Zeitalter lebensverlängernder Maßnahmen darstellen. „Wann wird Lebensverlängerung zu einem Akt der Inhumanität?“ lautet die zentrale, uns alle berührende Frage, die auch das Gericht zu beantworten hatte. Und – gleich bedeutsam: Welche Rolle darf oder muss der Wille eines Menschen spielen, der in einer Patientenverfügung

Dr. med. Michael de Ridder ist Intensiv- und Notfallmediziner. Er war rund 35 Jahre im ärztlichen Beruf tätig, zuletzt als Chefarzt der Rettungsstelle eines Berliner Krankenhauses, als Geschäftsführer des von ihm mitbegründeten Vivantes Hospizes und als Vorsitzender einer Stiftung für Palliativmedizin.

oder in anderer Weise deutlich gemacht hat, was an seinem Lebensende ärztlicherseits zu tun und zu unterlassen ist?

Frau K., eine 76-jährige alte Dame, erleidet im Oktober 2002 eine schwere Hirnblutung. Mehrfach wird sie operiert, jedoch ohne Erfolg. Letztlich diagnostizieren die Ärzte ein Wachkoma, ein Zustand unumkehrbarer Bewusstlosigkeit bei erhaltener Spontanatmung, in dem man auf dauernde Pflege angewiesen ist. Hierüber werden die Angehörigen von den Ärzten aufgeklärt, mit Besserung sei nicht mehr zu rechnen. Ein solches Siechtum mittels künstlicher Ernährung eventuell über Jahre aufrecht zu erhalten, hatte Frau K. noch Wochen vor ihrer Erkrankung der

Tochter gegenüber mit plausiblen Argumenten und unmissverständlich abgelehnt. Sterben wolle sie dann, am liebsten zuhause.

Kann es, so fragt man sich – nicht allein als Arzt, sondern schlicht als mit Empathie und Vernunft ausgestatteter Mensch – irgendeinen plausiblen Grund geben, das natürliche Sterben dieser Frau aufzuhalten? Ist es nicht vielmehr – jenseits aller ärztlichen und juristischen Erwägungen – ein unmittelbares und schlichtes Gebot der Menschlichkeit, dem Willen einer aussichtslos kranken Patientin zu entsprechen und ihr ein friedliches Sterben zu ermöglichen? Wo sollte hier ein Grund dafür liegen, dass ihr Sterben zu einst-

weiligen Verfügungen und Klageschriften führt, die letztlich, wie schon angedeutet, gar den Bundesgerichtshof auf den Plan rufen?

Weit gefehlt. Frau K. wird nach fehlgeschlagener Rehabilitation von einem Pflegeheim als Wachkomapatientin übernommen. Mehr als fünf lange Jahre vergeht man sich an ihr, indem sie über eine Sonde zwangsernährt wird und man ihr Sterben nicht zulässt: Ihr verblendeter Ehemann weigert sich, dem Willen seiner Frau den Ärzten gegenüber Geltung zu verschaffen; ein hasenfüßiger Hausarzt hält die Ernährungssonde zwar für schon lange nicht mehr sinnvoll, traut sich aber nicht, ihre Entfernung dem Pflegeheim gegenüber durchzusetzen; die Heimleitung hält eigenmächtig und entgegen ärztlicher Anordnung die Sondenernährung aufrecht, „weil es dem Leitbild unserer Einrichtung widerspricht, Maßnahmen vorzunehmen, die letztlich zum Tode unserer Bewohner führen würden“². Hier regierte offenbar das Prinzip des unbedingten Lebensschutzes, der weder vor dem Willen des Patienten noch vor qualvoller Sterbeverzögerung Halt macht. Man kann die Heiligkeit des Lebens auch bis zur Unmenschlichkeit pervertieren.

Allein Tochter und Sohn sowie der schließlich von ihnen beauftragte Rechtsanwalt kämpfen unbeirrt einen geradezu heroischen Kampf für die Einstellung der Sondenernährung und ein Ende ihres Leidens, das in ihrem beklagenswerten Zustand auch noch die Amputation eines Armes umfasst. Nach schier endlosen Kontroversen zwischen Kindern, Heimleitung, Hausarzt, Betreuungsgericht und Rechtsanwalt – Frau K. liegt inzwischen im Sterben – droht die Heimleitung den Kindern ultimativ die eigenmächtige Zwangsernährung an, falls sie nicht innerhalb kürzester Zeit die zuvor doch noch einvernehmlich beendete Sondenernährung wieder aufnehmen. Als Ultima Ratio gibt deshalb der Anwalt den Kindern die Empfehlung, die Ernährungs-sonde ihrer Mutter zu durchtrennen, der die Kinder kurz vor Weihnachten im Jahre 2007 nachkommen: Das Entfernen der Sonde sei gebotene Selbsthilfe (und nicht Selbstjustiz!) zur Abwendung der angedrohten erneuten Körperverletzung

Die Würde des Kranken ist unantastbar. (CC BY ND 2.0 orangefan_2011 via flickr.com)



durch Zwangsernährung, so der Anwalt. Dem folgt das Landgericht Fulda überraschenderweise nicht, vielmehr verurteilt es den Anwalt am 30. April 2009 – Frau K. verstarb zwischenzeitlich bei laufender Sondenernährung eines natürlichen Todes – wegen versuchten Totschlags zu neun Monaten Haft auf Bewährung. Ein Urteil, gegen das der unerschrockene und scharfsichtige Rechtsanwalt beim Bundesgerichtshof Revision einlegt.

Der hat schließlich am 25. Juni 2010 – der Anwalt wurde in allen Punkten freigesprochen – ein insbesondere für die deutsche Ärzteschaft richtungweisendes Urteil gesprochen, das den Arzt in kritischen Entscheidungssituationen am Lebensende entlastet und die Palliativmedizin in Deutschland stärken wird: Ärzten, Pflegeeinrichtungen und auch Richtern gegenüber ist endlich von höchstrichterlicher Instanz ins Stammbuch geschrieben worden, dass das Zulassen des natürlichen Sterbens mit lindernden Maßnahmen nichts, aber auch gar nichts mit aktiver Sterbehilfe – sprich „Töten“ – zu tun hat.³ Sterben lassen (passive Sterbehilfe) ist – bei fehlender ärztlicher Behandlungsindikation und/oder klar geäußertem oder vorausverfügten Patientenwillen – nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten: Ursächlich für das Lebensende des Kranken ist hier seine Krankheit bzw. sein Alter.

Töten eines Patienten – ob von ihm verlangt oder nicht – meint dagegen die direkte gezielte Lebensbeendigung. Sie bleibt nach derzeitiger Rechtslage weiterhin verboten: Ursächlich für den Tod ist in diesem Fall eine ärztliche Handlung oder Eingriff.

Sterbenlassen ist nicht gleich Töten

Ich erinnere mich an den Fall eines 86-jährigen Pflegeheimbewohners, der in diesem Heim bereits über zwei Jahre lang nach einem schweren Schlaganfall gepflegt wurde. Dieser alte Herr war nicht mehr in der Lage zu kommunizieren, er konnte an nichts mehr teilnehmen, er konnte nicht lesen, er lag im Bett und die Tage vergingen. Man konnte seinen Willen nicht mehr deutlich machen, um daran auch eine Behandlungsentscheidung auszurichten.

Solche Fälle machen die Entscheidung ganz besonders schwer. Aber ein 86-Jähriger in einem solchen Zustand, frage ich, was ist in einem solchen Zustand, zum Wohl eines solchen Patienten wirklich indiziert? Denn er kam zu uns in die Klinik mit einer beidseitigen Lungenentzündung, und das Heim erwartete jetzt von uns, dass wir diese Lungenentzündung behandelten und ihn wieder zurückbringen, wenn er die Lungenentzündung überstanden hätte.

Ich und unser Team haben das ganz anders gesehen. Wir haben gedacht, was tun wir dem Mann bei dem, was wir von ihm wissen, Gutes, wenn wir ihn jetzt aggressiv behandeln mit Antibiotika, ihn möglicherweise auf die Intensivstation legen, ihn beatmen, ihn mit Kreislauftherapie, weil er bereits eine Blutvergiftung hatte, behandeln – was tun wir ihm Gutes?

Auftrag der Medizin ist es, die Flamme des Lebens am Brennen, nicht aber seine Asche am Glimmen zu halten – so sehr sie auch dieses Glimmen noch zu hüten hat.

Und wir sind zu der Entscheidung gekommen, eine solche Behandlung ist nicht mehr indiziert, eine solche Behandlung tut dem Patienten nichts Gutes, und ein solcher Mann, der in einem solch hohen Lebensalter mit einer solch schweren Krankheit bei so dramatischen Vorerkrankungen ist, darf sterben! Und daran haben wir unsere Behandlung auch ausgerichtet, indem wir alles dafür getan haben, dass er keine Schmerzen hatte, dass er keine Luftnot hatte, dass er friedlich das Leben verlassen konnte. Und so war es auch: Er ist dann gestorben. Ganz nach der Devise, die ein großer amerikanischer Arzt aus dem 19. Jahrhundert einmal formuliert hat: Die Lungenentzündung kann auch „the old man's friend“ sein – also eine Krankheit am Ende des Lebens, die einen wegdämmern lässt, ohne große Schmerzen, ohne Angst, die auf eine friedliche Weise das Leben beendet.

Nun glauben – neben vielen Laien und manchen Juristen – auch zahlreiche Ärzte immer noch, dass im Zustand einer töd-

lichen Erkrankung die Einstellung einer künstlichen Ernährung oder Beatmung ärztlich aktives Handeln im Sinne der Todesursächlichkeit sei. „Aktive Sterbehilfe sei das – und die stehe doch unter Strafe!“, so der unerschütterliche Glaube vieler meiner Kollegen. Welch fataler Irrtum! Die Einstellung einer künstlichen Ernährung ist zwar, rein äußerlich betrachtet, eine bloße Handlung. Ist aber die Einstellung zwingend geboten, weil ihr die ärztliche Indikationsgrundlage entzogen ist oder der Patientenwille ihr entgegen steht, kann sie nicht zugleich eine Tötungshandlung sein; vielmehr lässt man mit dem Einstellen der Ernährung das Sterben zu. Entsprechendes gilt für die Beendigung einer Beatmung. In seinem Urteil geht der Bundesgerichtshof sogar so weit, selbst das „aktive“ Durchschneiden der Ernährungs- sonde für rechtens zu erklären, weil es der Beendigung einer von der Patientin nicht gewollten Behandlung diene.

Die Ursächlichkeit einer Handlung sagt indes noch nichts über ihre mögliche Strafbewehrtheit aus. Die Strafbarkeit der Lebensbeendigung hängt nämlich nicht davon ab, ob der Tod durch aktives Handeln oder passives Unterlassen eintritt, sondern ausschließlich von der Willensrichtung des Patienten. Angesichts eines Kranken, der sterben will, ist jedes Verhalten, sei es Tun oder Unterlassen, legal, wenn es den Tod des Patienten zur Folge hat, mit Ausnahme der Herbeiführung des Todes durch seine direkte gezielte Herbeiführung („aktive Sterbehilfe“), die durch die §§ 211, 212 und 216 StGB verboten ist.⁴

Des Menschen Wille

Summa summarum gilt: Ein Arzt, der – mit Ausnahme der direkten aktiven Sterbehilfe – dem frei verantwortlichen Willen des Patienten folgt und/oder eine nicht mehr indizierte Behandlung einstellt oder unterlässt, begeht niemals Rechtsbruch. Damit ist den Ärzten Rechtssicherheit gegeben, weil aktive und passive Sterbehilfe klar voneinander unterschieden sind: Sterben lassen ist nicht gleichzusetzen mit töten! Und für den Patienten ist gleichfalls Klarheit geschaffen: Sein Wille ist ausschlaggebend und unbedingt zu respektieren.

Der Wille des Patienten, seine Selbstbestimmung oder Autonomie war es, der im Mittelpunkt der jahrelangen Auseinandersetzungen um das Für und Wider der Verbindlichkeit der Patientenverfügung stand.

Betrachtet man den Konflikt um die Patientenverfügung⁵ – und der existiert trotz der seit dem 1. September 2009 in Deutschland geltenden Gesetzeslage – aus der Nähe, so fällt auf, dass die verfassungsrechtlich so elementare Figur der Selbstbestimmung unter Druck und in Rechtfertigungsnot geraten ist. Einerseits deshalb, weil ihre Tragfähigkeit als Grundlage der Patientenverfügung bezweifelt wird; zum anderen, weil sie nach Auffassung mancher ihrer Kritiker in Konflikt mit dem grundgesetzlich ebenfalls garantierten Lebensschutz gerät. Und letztlich, weil sie auf die Gestaltung einer Zukunft zielt, deren Voraussetzungen, da sie doch in der Gegenwart liegen, die Konstruktion der Patientenverfügung an sich hinfällig werden lässt.

Diese Bedenken finden sich ganz konkret in bestimmten „Bereichsethiken“ wieder, also verschiedenen weltanschaulich oder religiös geprägten Vorstellungen vom Lebensende, die sich mehr oder weniger nachdrücklich gegen das Selbstbestimmungsrecht als dominierendes Konzept der Patientenverfügung aussprechen. Dies trifft auch auf Teile der Ärzteschaft zu, wiewohl die ärztliche Standesethik sich offiziell unmissverständlich zur Patientenautonomie bekennt.

Stellvertretend für diejenigen Ärzte, die offen oder verdeckt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten torpedieren, mag hier ein bekannter deutscher Herzchirurg genannt werden, dessen Äußerungen nur als skandalös bewertet werden können. Die Debatte um Patientenverfügungen hält er für „absurd“ und tut sie als „Scheindiskussion“ ab. Im Jahre 2007 ließ er in einem Interview mit der Wochenzeitung *Die Zeit* verlauten: „Wenn Patienten oder Angehörige von Patienten kommen und sagen, Herr Doktor, hier ist die Patientenverfügung, dann sage ich: Sie können sie ruhig in Ihrem Nachtkästchen liegen lassen. Sie interessiert mich nicht.“⁶



An der kurzen Leine. (Public Domain)

Selbstbestimmung als Kern der Menschenwürde

Niemand leugnet, dass die Selbstbestimmung des Individuums immer auch eine soziale Dimension hat, dass sie auch der Formung durch andere Personen und Gruppen unterliegt und eine Fülle von politischen und gesellschaftlichen Kräften auf sie einwirkt. Der dialogische Prozess mit dem Arzt vor der Abfassung einer Patientenverfügung oder die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines einwilligungsunfähigen Patienten im Dialog von Betreuer, Arzt und Angehörigen ist von kaum zu überschätzender Bedeutung. Doch ungeachtet dessen, ja vielleicht gerade im Wissen um dieses Spannungsfeld hat unsere Rechtsordnung die Selbstbestimmung – einschließlich derjenigen zum Tode – als eine eigenverantwortlich zu nutzende Freiheit in ihrem Zentrum verankert, die, wie von Verfassungsjuristen immer wieder betont, klein zu reden oder als menschliche Selbstüberschätzung an den Pranger zu stellen, vollkommen verkennen würde, dass gerade sie, die Selbstbestimmung, die tragende Säule unseres Grundgesetzes ist und den Kern unseres Grundrechtsverständnisses ausmacht.

Die Selbstbestimmung – und nicht, wie so häufig angenommen der Lebensschutz, so hoch auch der anzusiedeln ist – ist es, die

den Kern der Menschenwürde ausmacht! Sie wird von unserer Verfassung garantiert, aus gutem Grund von ihr jedoch nicht definiert. Denn nur der einzelne Mensch als Grundrechtsträger ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht, einschließlich der Verfügung darüber, wie weit seine körperliche Unversehrtheit und sein Leben zu schützen sind. Mit den Worten des Bundesverfassungsgerichts: „Die Freiheit des Einzelnen besteht in der Selbstbestimmung eben dieses Einzelnen über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug.“ Als Quintessenz ließe sich sagen: Die Menschenwürde, so wie unsere Verfassung sie versteht, schützt den Menschen eben auch davor, zum Objekt der Menschenwürde definitionen anderer zu werden – ein Entwurf, der, wie ich meine, umfassender, überzeugender und unanfechtbarer nicht sein könnte.

Über den hohen Stellenwert der Selbstbestimmung hinaus signalisiert das Urteil des Bundesgerichtshofes vom Juni 2010 insbesondere der deutschen Ärzteschaft, im therapeutischen Prozess, gerade bei schwerster Krankheit und im hohen Lebensalter, inne zu halten. Die Frage, die es vor einer therapeutischen Empfehlung oder Entscheidung für den Arzt zu beantworten gilt, darf nicht lauten: Dürfen wir aufhören? Vielmehr muss sie lauten: Dürfen wir noch weitermachen? Ist das,

was gestern noch zum Besten unseres Patienten war, auch heute noch zu seinem Besten und, besonders bedeutsam, auch heute noch von seinem Willen gedeckt?

Beatmung, Dialyse, Wiederbelebung, künstliche Ernährung und Chemotherapie sind Beispiele großer Errungenschaften der Medizin, auf die ich, selbst begeisterter Notfall- und Intensivmediziner, stolz bin. Millionen Menschen in aller Welt profitieren tagtäglich von diesen Maßnahmen, sind mit ihrer Hilfe von schwerer Krankheit genesen und haben gesunde Lebensjahre gewonnen. Diese Errungenschaften gilt es zu erhalten für alle die Kranken, bei denen es um sinnvolle Lebensverlängerung geht. Halten sie hingegen einen qualvollen Sterbeprozess aufrecht, sollten sie nicht mehr zum Einsatz kommen.

Der Philosoph Hans Jonas hat in einem ebenso zutreffenden wie wunderbaren Bild die Herausforderung, der sich ärztliches Handeln am Lebensende stellen muss, auf den Punkt gebracht: Auftrag der Medizin ist es, die Flamme des Lebens am Brennen, nicht aber seine Asche am Glimmen zu halten – so sehr sie auch dieses Glimmen noch zu hüten hat. ♦

Die nun folgenden Fußnoten wurden von der forum Redaktion hinzugefügt.

- 1 Auf Einladung von Omega 90 hielt Dr. Michael de Ridder am 10. Juni 2015 einen öffentlichen Vortrag in Luxemburg zum Thema „Medizinische Entscheidung am Lebensende – sinnvolle Lebensverlängerung oder leidvolle Sterbeverzögerung?“. Der Artikel reflektiert zentrale Passagen dieser Konferenz. Das Zitat ist in der Faktenschilderung im Urteil des Bundesgerichtshofs, kurz BGH so wiedergegeben.
- 2 Vgl. Faktenschilderung im Urteil des Bundesgerichtshofs.
- 3 BGH, 25.06.2010 – 2 StR 454/08.
- 4 Der vorliegende Beitrag nimmt Bezug auf die Gesetzgebung und Rechtsprechung in der Bundesrepublik Deutschland. In Luxemburg ist die Rechtslage u. a. aufgrund der Gesetze vom 16. März 2009 über 1) Palliativpflege, Patientenverfügung und Begleitung am Lebensende sowie 2) Euthanasie und Beihilfe zum Suizid teilweise anders gelagert.
- 5 In Luxemburg lief diese Diskussion bis vor zehn Jahren. Der CSV-interne Generationswechsel nach den Wahlen 2004 hatte zur Folge, dass sich beim Thema Patientenverfügung ein politischer Konsens herausstellte.
- 6 Die Zeit Nr. 24 vom 7.6.2007. „Ich hasse den Tod.“

Was würden Sie schreiben? (© Omega 90)

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

(1) Ich fordere die Beendigung jeglicher Untersuchungen und Behandlungen für den Fall, dass diese keine Linderung, keine Verbesserung meines Zustandes, keine Hoffnung auf Heilung bringen und den Tod nur hinauszögern, ohne den Verlauf meiner Krankheit aufzuhalten.

Dies beinhaltet den speziellen Fall des irreversiblen Komas, das heißt den Fall, wo mein Gehirn schwerwiegend und nachhaltig durch einen Unfall oder durch eine Krankheit beschädigt wurde und einen wahrscheinlich irreversiblen Bewusstseinsverlust zur Folge hätte.

ja nein

(2) Zur Linderung der physischen und psychischen Schmerzen stimme ich einer Behandlung meiner physischen und psychischen Leiden zu, die gegebenenfalls als Nebenwirkung mein Lebensende beschleunigen kann.

ja nein

(3) Im Einklang mit meiner Entscheidung unter (1) und (2) bitte ich meinen Arzt folgende Behandlungen und Maßnahmen zu unterlassen, wenn diese keine Verbesserung meines Zustandes oder keine Hoffnung auf Heilung bringen und den Tod nur hinauszögern.
Ich verzichte auf folgende Behandlungen / Massnahmen, wenn ich sterbend bin:

- Künstliche Beatmung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- Künstliche Ernährung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- Künstliche Flüssigkeitszufuhr (Hydratation)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- Sämtliche Medikamente, die nicht zu meiner Lebensqualität beitragen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- Dialyse	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- Behandlung im Krankenhaus	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- Andere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

(4) Zusätzliche Anmerkungen:

.....

.....

.....

(5) Zur Pflege und zur Begleitung am Lebensende wünsche ich:

a) **Bezüglich der pflegerischen Begleitung, der körperlichen Pflege und meines Wohlbefindens:**
 (z.B. Mobilisation und Lagerung in Bett / Sessel, Massagen, ätherische Öle, Musik, Lieblingssessen / Getränke, ...)

.....

.....

.....