

# Zukunftsforum Politik

Broschürenreihe

Herausgegeben von der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Nr. 34

Martin Honecker, Dorothea Ludewig-Thaut und Eberhard Klaschik

## Humane Sterbebegleitung

Sankt Augustin, September 2001

ISBN 3-933714-18-4

Redaktionelle Betreuung: Norbert Arnold, Anke Neuwirth und Elfriede Krug

### Inhalt

Die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe Martin Honecker	7
Zum Verständnis von Person - Folgerungen für Medizin und Gesellschaft: Eine Problemanzeige Martin Honecker	13
Ethische Aspekte und theologische Perspektiven zu Sterben und Tod Martin Honecker	20
Fragen der praktischen Ethik im klinischen Alltag – Die Hospizbewegung als Herausforderung Dorothea Ludewig-Thaut	27
Möglichkeiten der Palliativmedizin Und der Schmerzlinderung	38
Die Autorin / Die Autoren	46

---

### Download-Publikation

Der Text dieser Datei ist identisch mit der Druckversion der Veröffentlichung. Die Titelei der Printausgabe beträgt 6 Seiten und wurde in der digitalen Version auf einer Seite zusammengefasst.

# Die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe

*Martin Honecker*

Am 10. April 2001 hat die erste Kammer des Niederländischen Parlaments einen Gesetzesentwurf angenommen „Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung“. Die Annahme dieses Gesetzes hat in Deutschland großes Aufsehen erregt und eine heftige öffentliche Diskussion ausgelöst, wird doch mit dieser Regelung dem Arzt erlaubt, aktiv das Leben eines Patienten zu beenden. Man sprach von einem „Dammbbruch“. Im vergangenen Jahr hob ferner der Stadtrat Zürich ein seit 1987 bestehendes Verbot auf, das die Unterstützung von Selbsttötungen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltschutzministeriums untersagte. Ab dem 1. Januar 2001 dürfen in Zürich Insassen von Alters- und Krankenhäusern in diesen Einrichtungen Suizid verüben und sich dabei von Angehörigen oder Mitgliedern von Sterbehilfeorganisationen unterstützen lassen. Nach einer Umfrage der Allensbacher Demoskopie vertreten 64 Prozent der Westdeutschen und 80 Prozent der Ostdeutschen die Meinung, Patienten im Krankenhaus sollen das Recht haben, vom Arzt eine todbringende Spritze zu verlangen.

Die allgemeine Ablehnung der niederländischen Regelung in den öffentlichen Stellungnahmen in Deutschland auf der einen Seite und die Mehrheitsmeinung der Bevölkerung auf der anderen Seite machen auf eine schwierige Diskussionslage aufmerksam. Die niederländische Regelung kann sicher nicht Modell für andere Staaten und Kulturen sein und sie hat, wie noch zu zeigen sein wird, ihre eigenen spezifischen Schwierigkeiten und ethischen Defizite. Aber hinter dieser Regelung steht faktisch gleichwohl ein Problem, das mit der bloßen Ablehnung des niederländischen Beispiels noch nicht beseitigt ist. Viele Menschen befürchten nämlich, dass sie infolge des medizinischen Fortschritts als Sterbende einer künstlichen Lebens- und Leidensverlängerung ausgesetzt sein könnten, dass sie somit nicht in „Würde“ sterben könnten, dass sie vielmehr wider ihren Willen weiterhin künstlich am Leben erhalten werden. Diese Befürchtung und Angst steht häufig hinter einer Befürwortung der Sterbehilfe. Nun ist freilich Sterbehilfe kein eindeutiges Wort. Notwendig sind darum zunächst einmal begriffliche Klärungen und Unterscheidungen.

## 1. Begriffliche Klärungen und Unterscheidungen

Das Wort Sterbehilfe ist die Übersetzung des griechischen Wortes Euthanasia, wörtlich: ein „guter“ Tod. In der Antike verstand man unter Euthanasie einen „leichten“ Tod, die Erleichterung des Sterbens durch Schmerzlinderung und fürsorgliche Pfl-

ge. Im Dritten Reich und in den Euthanasievorstellungen seit Ende des 19. Jahrhunderts diente der Begriff Euthanasie hingegen dazu, euphemistisch die Tötung lebensunwerten Lebens zu verschleiern und zu legitimieren. Der Euthanasie zum Opfer fielen im Dritten Reich nicht Sterbende, sondern durchaus lebensfähige, aber für lebensunwert erklärte Menschen, etwa Behinderte, Geisteskranke, psychisch Erkrankte. Euthanasie in den Tötungsaktionen des Dritten Reiches war nichts anderes als Mord an unschuldigen, aber nicht für lebenswert erachteten Menschen. In der englischen Sprache meint euthanasia bis heute nicht nur die Tötung lebensunwerten Lebens, sondern das Spektrum des ärztlichen Handelns, das im folgenden als Sterbehilfe bezeichnet wird.

Sterbehilfe kann ein doppeltes meinen: Hilfe *im* Sterben und Hilfe *zum* Sterben. Hilfe im Sterben kann man auch Sterbebeistand nennen. Sie ist selbstverständliche mitmenschliche, also auch ärztliche Aufgabe. 1998 hat die Bundesärztekammer „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ veröffentlicht. Diese Grundsätze zur Sterbebegleitung sind insofern ein Novum, als es bis dahin ausschließlich als ärztliche Aufgabe und Pflicht galt, zu heilen, nicht aber Sterbebeistand ärztliche Sache war. Der Arzt sollte sich nur um heilbare Patienten kümmern. Für Sterbende war der Geistliche zuständig. Die Grundsätze der Bundesärztekammer verdeutlichen, dass es zwar Handlungssituationen geben kann, in denen Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht mehr angebracht sind. Unverzichtbar bleibt aber eine pflegerische Grundversorgung, Schmerztherapie, also eine Leidensminderung. Der Wille des Patienten ist in solchen Fällen zu ermitteln und zu beachten. Abgelehnt wird freilich eindeutig die aktive Sterbehilfe. Die Betreuung Sterbender ist also ärztliche Aufgabe. Verzichtet werden kann jedoch bei infauster Prognose auf den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen. Man spricht in dieser Hinsicht von Therapieverzicht und Therapiereduktion, die wie gesagt, nicht mit einem Verzicht auf die Grundpflege und Basisversorgung zu verwechseln ist.

Beachtet man den grundlegenden Unterschied zwischen Hilfe im Sterben und Hilfe zum Sterben, so kann man vier Stufen oder Formen der Sterbehilfe voneinander unterscheiden:

Sterbenlassen oder „passive“ Sterbehilfe meint den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Grundpflege und schmerzlindernde Behandlung bleiben aufrechterhalten.

„Indirekte“ Sterbehilfe als nächste Form und Stufe bezeichnet eine schmerzlindernde Behandlung, die als Nebenfolge eine Lebensverkürzung in Kauf nimmt. Papst Pius XII. hat bereits 1957 in einer Ansprache an Ärzte über „rechtliche und sittliche Fragen der Wiederbelebung“ unterschieden zwischen gewöhnlichen Mitteln, die der Heilung

des Kranken dienen sollen, und dem Einsatz außergewöhnlicher Mittel, deren Nutzen für den Patienten nicht offensichtlich oder umstritten ist. Der Arzt muss nicht alles Machbare anwenden, d.h. keine „außergewöhnlichen“ Mittel einsetzen. Da der Tod vielmehr integraler Bestandteil des Lebens ist, ist Lebenserhaltung nicht um jeden Preis geboten. Diese Wertung beruht auf der alten Lehre der Moraltheorie von einer Handlung mit Doppelwirkung; dabei ist freilich die vom Papst 1957 verwendete Unterscheidung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mitteln inzwischen sehr unscharf geworden.

Die dritte Stufe bildet die „Beihilfe zur Selbsttötung“ oder auch Freitodbegleitung, indem man beispielsweise ein tödlich wirkendes Medikament bereitstellt oder beschafft.

Erst die vierte Stufe ist die „aktive Sterbehilfe“ oder auch direkte Sterbehilfe oder „Tötung auf Verlangen“; der Tod wird hier aktiv und direkt, absichtlich herbeigeführt. Die Tatherrschaft liegt dabei nicht beim Betroffenen selbst, sondern bei einem Dritten. Erweitert werden kann die aktive Sterbehilfe noch zu einer Tötung *ohne* ausdrückliches Verlangen.

Zwischen direkter und indirekter, aktiver und passiver Sterbehilfe gibt es sicherlich gleitende Übergänge. Dennoch sind solche Differenzierungen Voraussetzung ethischer Bewertung.

## 2. Selbsttötung und Fremdtötung

Hinter der heutigen Einschätzung der Sterbehilfe steht auch ein Wandel hinsichtlich der Beurteilung der Selbsttötung oder des Suizid. Selbsttötung, Tötung durch eigene Hand und Fremdtötung, Tötung durch einen Anderen sind allerdings eindeutig zu unterscheiden. Das Tötungsverbot schützt zwar das eigene Leben und das Leben anderer Menschen, aber in verschiedener Weise. Die christliche Tradition hat die Selbsttötung unter das Tötungsverbot gestellt; nicht nur das Leben anderer, sondern auch das eigene Leben wird damit für unantastbar, „heilig“ erklärt.

Die antike Sicht war freilich eine andere. Für den Stoiker war Selbsttötung eine sittlich zulässige Handlung, wenn sie bewusst und aus einsichtigen Gründen geschah. Sie ist Ausdruck der Selbstbestimmung. Seneca lehrte: „Es gibt einen Ausweg – „*exitus patet*“. In der Neuzeit wird diese stoische Einstellung zum Leben wieder entdeckt und aufgenommen, z.B. bei Montaigne, P. Bayle oder Artur Schopenhauer. Eine selbstbestimmte Verkürzung und Beendigung des eigenen Lebens ist um der Wahrung der eigenen Würde willen nicht unbedingt und kategorisch verboten.

Die christliche Wertung betont hingegen, dass Leben Gabe Gottes und deswegen menschlicher Verfügung prinzipiell entzogen sei. Allein Gott ist nach der Sicht christlichen Glaubens Herr über Leben und Tod. Augustin hat diesen Grundsatz entschieden vertreten. Selbsttötung verstößt gegen die göttliche Souveränität. Daraus ist freilich nicht umgekehrt abzuleiten, dass eine Verlängerung des Lebens „um jeden Preis“ geboten sei.

In einer religiös pluralistischen Gesellschaft ist das traditionelle Verbot der Selbsttötung nicht mehr unumstritten und allgemein anerkannt und folglich auch nicht mehr mit den Mitteln des Rechts aufrechtzuerhalten. Selbsttötung wird nicht mehr strafrechtlich verfolgt. Damit stellt sich die Frage nach der Strafbarkeit einer Beihilfe zur Selbsttötung.

Unabhängig von der Frage der Bewertung der Selbsttötung ist die Frage der Zulässigkeit der Tötung durch einen Anderen zu beurteilen. Das aber ist im strengen Sinne die Frage einer aktiven Sterbehilfe. Wird diese zugelassen, so wird eine Preisgabe des kategorischen Tötungsverbotes befürchtet (dies ist der Kern des „Dambruchargumentes“).

### **3. Passive und aktive Sterbehilfe**

Kritiker der aktiven Sterbehilfe berufen sich auf den wesentlichen Unterschied zwischen Tun und Unterlassen. Im Falle einer aktiven Sterbehilfe werde bewusst und gezielt menschliches Leben getötet. Im Falle der passiven Sterbehilfe verzichte man dagegen auf lebensverlängernde Maßnahme, unterlasse also etwas. Nun ist freilich der Unterschied zwischen Tun und Unterlassen nicht völlig trennscharf zu ziehen. Wenn beispielsweise bei einem unwiderruflich Sterbenden oder einem Hirntoten eine Beatmungsmaschine abgestellt wird, dann wird gehandelt, aber gehandelt, um weitere Maßnahmen zu unterlassen. Am Handlungsergebnis lässt sich freilich diese Unterscheidung nicht eindeutig festmachen. Es macht freilich gleichwohl einen Unterschied, ob man gezielt und direkt menschliches Leben beendet oder ob man den Tod hinnimmt, weil er unwiderruflich ist. Die Wahrnehmung des Lebensendes ist bei einer passiven Hinnahme eine andere. Allerdings ist einzuräumen, dass unterlassene Hilfeleistung, beispielweise einen anderen ertrinken oder verbluten lassen, im Ergebnis dieselbe Folge hat wie eine direkte Tötung, nämlich den Tod des Betroffenen. Deshalb ist immer auch die Handlungsabsicht, die Intention des Handelnden oder Nichthandelnden mitzubedenken.

## 4. Recht und Ethik

Die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe wurde in der niederländischen Gesetzgebung als Rechtsfrage beurteilt und gesetzlich geregelt. Leben ist zweifellos das Fundamentalgut. Denn der Schutz des Lebens ist die Voraussetzung für die Inanspruchnahme anderer Grundrechte durch den Menschen. Insofern ist der Lebensschutz unstrittig rechtlich zu sichern. Allerdings gibt es nach aller Erfahrung im konkreten Lebensvollzug Konfliktlagen, die eine absolute Einhaltung und Durchsetzung des Lebensschutzes unmöglich machen. Bekannte Beispiele sind die Tötung im Krieg, Notwehr und Nothilfe unter Einsatz von Gewalt oder die erwähnte Selbsttötung. Das Recht hat solche Ausnahmesituationen zu berücksichtigen. Auch Ärzte stoßen immer wieder an Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten. Solche Ausnahmesituationen und Konfliktlagen sind zu respektieren und nicht von vorn herein als ethisch irrelevant zu betrachten. Gleichwohl stellt sich die Frage, ob solche Konfliktlagen durchgängig rechtlich normiert werden können und ob sie, wie in den Niederlanden geschehen, eindeutig und generell gesetzlich zu regeln sind.

## 5. Die niederländische Gesetzgebung

Bereits 1994 wurde die jetzige Regelung faktisch eingeführt. Damals blieb eine aktive Sterbehilfe dann straffrei, wenn sie in einem Notstand erfolgte und der Arzt diese Handlung anzeigte. Wenn man von einem Dambruch reden will, erfolgte er bereits 1994. Die jetzige Regelung erlaubt dem Arzt eine aktive Sterbehilfe und setzt damit die Straftatbestände der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung außer Kraft, sofern der Arzt besondere Sorgfaltskriterien beachtet: Entweder muss der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung selbst um Sterbehilfe gebeten haben oder der Arzt muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist. Ein anderer Arzt muss ferner den Patienten gesehen haben und ein Urteil über die Beachtung der Sorgfaltskriterien abgegeben haben. Die Lebensbeendigung ist sodann medizinisch sorgfältig auszuführen und einer Behörde mitzuteilen.

Diese Regelung trifft nun doch auf erhebliche Bedenken und Einwände. Zunächst einmal entscheidet am Ende der Arzt, nicht der Patient. Nicht der Patientenwille ist ausschlaggebend, sondern das Urteil des Arztes. Aktive Sterbehilfe ist außerdem sogar ohne Äußerung des Patientenwillens zulässig. Zum anderen stellt sich die Frage, wie authentisch ein Todeswunsch ist. Würde er bei besserer Pflege und effektiverer Schmerztherapie auch laut werden? Und kann seelisches Leiden, Depression Grund für Sterbehilfe sein, wie dies die niederländische Regelung ausdrücklich zulässt? Außerdem wird die Gefahr einer Entsolidarisierung der Gesellschaft be-

fürchtet, wenn Druck auf Kranke und Schwache ausgeübt würde, dass sie die Mitwelt von ihrer Pflege „entlasten“, indem sie in die Tötung einwilligen oder sie fordern. Solche Erwägungen nötigen zu Schutzvorkehrungen, damit nicht wieder die Bewertung „lebensunwert“ die Tötung erlaubt. Neben der Relativierung des Fremdtötungsverbotens spricht vor allem die Veränderung der Aufgabe und Rolle des Arztes gegen die niederländische Regelung. Traditionell begegnete nämlich der Arzt dem Patienten als Helfer und Therapeut; er wird durch diese Gesetzgebung darüber hinaus zum Tötungshelfer. Dieser Wandel kann das Vertrauen zum Arzt grundsätzlich untergraben. In erster Linie sind es freilich Ärzte selbst, welche die Übertragung der aktiven Sterbehilfe an den Arzt mit den herkömmlichen Zielen ärztlichen Handelns für unvereinbar halten.

Historische Erfahrungen mit der Euthanasie wie Überlegungen zum ärztlichen Ethos sprechen folglich gegen eine Übernahme des holländischen Beispiels und lassen seinen exzeptionellen Charakter sichtbar werden.

## **6. Sterbehilfe und Sterbebegleitung**

Die Ablehnung aktiver Sterbehilfe macht ein Nachdenken über die gebotene Sterbebegleitung um so dringlicher. Der Hospizgedanke ist als Alternative an erster Stelle zu nennen. Ferner ist die Beachtung von Patientenverfügungen, welche den Willen des Sterbenden dokumentieren, sowie der Selbstbestimmung des Leidenden und Sterbenden wichtig. Zu bedenken ist ferner bei aktiver Sterbehilfe, ob es sich um unwiderruflich sterbende Menschen handelt oder ob der Todeswunsch von einem Menschen kommt, der sich nicht oder noch nicht in der Sterbephase befindet, also weiterleben könnte, der aber nicht mehr leben *will*. Die menschliche Begleitung und ärztliche Betreuung ist in jedem Fall geboten.

Rechtliche, ethische und medizinische Gesichtspunkte und Überlegungen gebieten also einen differenzierten Umgang mit der Sterbehilfe. Aus theologischer Sicht ist überdies hinzuzufügen, dass Tod, Sterben und Endlichkeit Bestandteil jeden menschlichen Lebens sind. Die Utopie von der künftigen Abschaffung des Todes ist eine Illusion. Die Einsicht in die Begrenztheit allen Lebens, auch des eigenen Lebens sollte Anlass sein, bescheiden, gelassen und klug das Sterben zu bedenken. „Christen gehen aus der Zeit, wie man aus einem Zimmer in das andere geht, ohne alle Umstände, voll kindlichen Vertrauens auf den, der Leben und Tod in Händen hat. Unsere Ärzte sind nicht dazu gesetzt, dass sie uns am Heimgehen hindern sollen“. (Graf Nikolaus Ludwig von Zinzendorf).

## Zum Verständnis von Person – Folgerungen für Medizin und Gesellschaft: Eine Problemanzeige

*Martin Honecker*

Das Leben einer Person ist in besonderer Weise zu schützen. Unter dem Gesichtspunkt der Mitgeschöpflichkeit verdient alles Leben Achtung. Weil der Mensch als Person Rechtssubjekt ist, steht das menschliche Leben unter einem besonderen Schutz. Bei Geburt und Tod steht das Verständnis von Person heute im Streit: Sind Embryonen und Blastozysten bereits Personen? Sind gehirntote Menschen noch Personen? Was konstituiert das Personsein des Menschen? Peter Singer, der bekannte und umstrittene Bioethiker, definiert Person anhand der Merkmale Selbstbewusstsein und Autonomie.<sup>1</sup> Zygoten, Embryonen, Föten, geistig Schwerstbehinderte und irreversibel Komatöse, d.h. nur noch vegetativ Überlebende, sind für ihn folglich keine Personen. Also gilt für sie der Rechtsschutz für Personen auch nicht. Singer verbindet das Recht auf Leben und die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens nachdrücklich und bewusst mit dem Status der Person und zieht daraus sehr weitreichende Konsequenzen: „Wenn der Fötus nicht denselben Anspruch auf Leben wie eine Person hat, dann hat ihn das Neugeborene also auch nicht, und das Leben eines Neugeborenen hat also weniger Wert als das Leben eines Schweines, eines Hundes oder eines Schimpansen.“<sup>2</sup> Die Tragweite eines derartigen Personverständnisses für die Fortpflanzungsmedizin wie für die Transplantationsmedizin liegt auf der Hand. Ein hirntoter oder nur noch vegetativ überlebender menschlicher Körper steht nach dieser Auffassung unbegrenzt als Reservoir für Organentnahmen zur Verfügung. Er ist nämlich nicht mehr Person, nicht mehr geistiges Wesen.

### a) Zum theologischen Begriff Person

Ehe über den anthropologischen Gehalt von Person zu sprechen ist, sei wenigstens kurz an die Herkunft und den Ursprung des Personbegriffs erinnert. Das lateinische Wort *persona* ist abgeleitet von *per-sonare*, „durchtönen“ und bezeichnet ursprünglich „Maske“, „Rolle“, „Charakter“. Person ist wie das griechische Wort *Prosopon* ursprünglich ein Begriff aus der Schauspielersprache.<sup>3</sup> Person bezeichnet die Rollen-

<sup>1</sup> Peter Singer, *Praktische Ethik*, Reclam Verlag, Stuttgart, 1984, S. 90 ff, S. 169.

<sup>2</sup> Singer a. a. O., S. 169.

<sup>3</sup> Vgl. Artikel „Person“, *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Band VIII, Schwabe Verlag, Basel 1989, Sp 276.



identität. In der christlichen Spätantike wird durch den Kirchenvater Tertullian der grammatisch-exegetische Begriff *persona* im Sinne von „Sprecherrolle“ in die christliche Dogmatik eingeführt. Tertullian übertrug nämlich den Personbegriff in die Gotteslehre und prägte die klassische trinitarische Formel *tres personae, una substantia* (drei Personen, Individuen, und eine Substanz, ein Wesen). Im Laufe des 4. und 5. Jahrhunderts kam der ursprüngliche Sinn von *persona* als „Rolle“, Funktion, Relation in Vergessenheit. Daraus resultieren in der Theologiegeschichte schwierige Definitionsprobleme des Personbegriffs in der Gottes- und Trinitätslehre. Ist Gott als Person ein identifizierbares Individuum? Auch das im Mittellateinischen neugebildete Wort *personalitas*, Persönlichkeit, entstand zunächst im Kontext der Theologie. Bei Thomas v. Aquin bezeichnet es die „Personhaftigkeit“ der drei göttlichen Personen.<sup>4</sup> Das Problem der Personhaftigkeit, Personalität Gottes ist hier nicht weiterzuverfolgen, da zu klären wäre, in welchem Sinne Gott Persönlichkeit sein kann, legt man den idealistischen-romantischen Persönlichkeitsbegriff zugrunde, wonach Persönlichkeit die je eigene Individualität meint im Unterschied zu anderen Individualitäten. Festzuhalten bleibt freilich, dass Person ursprünglich ein theologischer Begriff ist und dass der anthropologische Personbegriff erst später gebildet wurde.

Vom Personbegriff als Rollenidentität ist zudem die Gleichsetzung von Person als Rechtssubjekt zu unterscheiden. Person ist der Mensch als Träger von Rechten und Pflichten.

## **b) Zum anthropologischen Personbegriff**

Im Personbegriff findet sich heute ein Ensemble von Vorstellungen und Faktoren.<sup>5</sup> Eine einheitlich anerkannte Definition von Person gibt es heute nicht mehr. Person ist Bezeichnung für das individuelle Subjekt, den „moral agent“. Person ist folglich ein Interpretationsbegriff. Diese Behauptung ist freilich im einzelnen zu belegen. Dabei ist auszugehen vom historischen Hintergrund und der Herkunft des Begriffs Person.

Aristoteles definiert den Menschen als Wesen, das des Logos mächtig ist, als *animal rationale*. Der Mensch ist Naturwesen (*anima*) und Vernunftwesen (*ratio*). Menschsein hat damit einen mehrdimensionalen Bezug: Es besteht ein Selbstbezug, ein Bezug auf die Naturhaftigkeit und ein Bezug zum Logos. In dieser Vielfalt ist der einzelne Mensch unverwechselbar, d.h. Individuum. Die griechische Philosophie spricht im Bezug auf den konkreten Menschen von Individualität (*individualitas*), nicht

---

<sup>4</sup> HWPh VII, 345.

<sup>5</sup> Ludger Honnefelder, Zum Streit um die Person in der Ethik, in: Philosophisches Jahrbuch 100, 1993, S. 246-265.

von Personalität. Die Bibel kennt den Begriff „Person“ gar nicht, sondern nur das Wort Mensch.

1. Das klassische Verständnis von Person findet sich erstmals beim Philosophen Boethius (480-524). Der Ausgangspunkt seiner Überlegungen zur Definition von Person war zunächst das Bemühen, die beiden christologischen Hauptbegriffe Person und Natur sorgfältig zu unterscheiden. Gemäß dem christologischen Dogma ist bekanntlich Christus eine Person in zwei Naturen (*una persona in duabus naturis*). Aus der Summe der begrifflichen Schwierigkeiten dieser christologischen Lehre kommt Boethius zu folgender Definition: „Wenn sich Person nur bei Substanzen findet, und zwar bei vernunftbegabten, wenn außerdem alle Substanz eine Natur ist, wenn Person schließlich nicht in Allgemeinbegriffen, sondern nur im Einzelwesen enthalten ist, dann ist die Definition der Person gefunden: Person ist die individuelle Substanz einer rationalen Natur“: *„Persona est naturae rationalis individua substantia.“*<sup>6</sup> Damit hat der Personbegriff erstmals anthropologisch einen festen Inhalt erhalten. Er schließt an die aristotelische Tradition an, für welche der Mensch „vernünftige Natur“, *zoon logon echon, animal rationale* ist. Aristoteles kennt zwar den Begriff Person noch nicht, aber er bestimmt als Philosoph den Menschen nicht mythisch oder spekulativ, sondern will ihn empirisch, nahezu naturwissenschaftlich bestimmen, indem er dessen physische Eigenart (*natura*) in Zusammenhang setzt mit den geistig-sozialen Fähigkeiten des Menschen (*ratio*). Person ist Vernunftnatur; Boethius lässt daher als Philosoph den ursprünglichen Sinn von Person als Maske, Rolle fallen. Er begründet das Personsein substantiell. Person ist substanz-ontologisch zu verstehen. Die physische „natürliche“ Ausstattung und die Vernunft sind für das Personsein konstitutiv. Der Begriff Person dient nunmehr zur Bezeichnung des vernunftbegabten Individuums, der Individualität. Als individuelle geistige Natur ist der Person dabei eine besondere Würde zu eigen.
  
2. In der Neuzeit hat John Locke (1632-1704) den Personbegriff neu gefasst. Person ist der Mensch als sittliches Subjekt. Ausgangspunkt bei Locke ist eine empirische Beobachtung: Wenn wir Substanz überhaupt denken wollen, dann müssen wir zunächst ein Subjekt denken. Ein denkendes Wesen muss sich daher selbst als „Selbst“ denken und in dieser Reflexion sich selbst damit von allen anderen denkenden Subjekten unterscheiden. Das Selbstbewusstsein konstituiert somit die Identität der Person. Es gibt nach Locke keine substantielle Identität der Person außerhalb dieses Selbstbewusstseins, etwa in Form einer sich durchgängigen Person-, Seelen- oder Ichsubstanz. Mit dem Selbstbewusstsein verbunden

---

<sup>6</sup> Boethius, Contra Eutychem et Nestorium 1-3, HWPh VII, 280.

ist außerdem das *Selbstinteresse*, das auf die Zukunft ausgerichtet ist. Der Mensch sorgt sich als Mensch um sein Glück. Er denkt als Person prospektiv, auf Zukunft hin. Die Sorge um das künftige Glück nötigt das Selbstbewusstsein mit elementarer Kraft zur Einheit und verhindert, dass es zum Traumbewusstsein herabsinkt. Die Selbstkonstitution der Person ist also Ergebnis eines subjektiven Prozesses: „For whatever Substance there is, however framed without consciousness there is no Person.“<sup>7</sup> Ein solches Verständnis von Person interpretiert sie als Kontinuität des Selbstbewusstseins. Selbstbewusstsein und Freiheit sind deswegen Merkmale von Person. Person ist daher Ausdruck der Qualität des Subjekts. Dabei wird von Locke Freiheit im Kontext der praktischen Philosophie begriffen. Dieses Personenverständnis wird in der angelsächsischen Tradition vorherrschend. Bei Berkeley ist Person identisch mit immaterieller, geistiger Substanz, wenn er formuliert „A human spirit or person...“.<sup>8</sup> David Hume denkt sogar noch bewusster den Substanzbegriff weg. Weder Seele noch Geist sind substantiell. Bewusstsein ist vielmehr ein Bündel von Wahrnehmungen. So mag es denn zwar noch personale Identität und Person geben. Aber philosophisch begründbar ist diese Annahme von personaler Identität nicht mehr. In dieser Tradition angelsächsischen Denkens steht Peter Singer. Ähnlich argumentieren Sydney Shoemaker und Derek Parfit.<sup>9</sup> Parfit führt personale Identität zurück auf eine irgendwie ausgezeichnete Form psychischer oder physischer Kontinuität. Person ist überhaupt keine separate Entität gegenüber Körpern oder Gehirnen. Person beinhaltet das Bewusstsein der Identität, eines *continuant*. Im Extremfall wird freilich dann der Begriff der Identität einer Person überhaupt zweifelhaft, wenn man diese nur an der Kontinuität des Selbstbewusstseins festmacht. Eine derartige Definition des Personenverständnisses hält an der intelligenten, bewussten Qualität von Identität fest, abstrahiert jedoch von Leibhaftigkeit und Körperlichkeit.

3. Immanuel Kant (1724-1804) kritisierte ebenfalls die Begründung des Personbegriffs in der Philosophie der theoretischen Vernunft mit Hilfe des Verständnisses der Seele als Substanz. Kant versteht dagegen Person als sittliches Subjekt im Rahmen einer Metaphysik der Freiheit. Sachen haben nach Kant einen relativen Wert, weil sie Mittel sind. Der Mensch als sittliches Wesen ist hingegen Zweck an sich selbst. Der Mensch, welcher seine Freiheit als sittliches Wesen in Autonomie verwirklicht, ist deswegen zur Anerkennung der Würde der Person des anderen verpflichtet. Würde ist das Privileg der Person. Diese unbedingte Achtung der

---

<sup>7</sup> John Locke, *An Essay Concerning Human Understanding*, § 23, HWPh VII, 304f.

<sup>8</sup> George Berkeley, *A Treatise Concerning the Principles of Human Knowledge*, I, § 36, zit. HWPh VII, 305.

<sup>9</sup> Sydney Shoemaker, *Identity, Cause and Mind*, 1984, S. 2, vgl. dazu HWPh VII, 321.

Person fordert der kategorische Imperativ: „Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“<sup>10</sup> Im moralischen Handeln des Menschen geht es somit darum, ein Interesse an der Person als solcher zu entwickeln. Der Mensch, der nicht nur der intelligiblen Welt angehört, sondern auch der Sinnenwelt, muss gerade die aus der Sinnenwelt herrührenden Hindernisse, die einer Achtung der Würde der Person entgegenwirken, überwinden. Daraus folgt die ethische Aufgabe, jedem Gebrauch der Person, jeder Instrumentalisierung zu widerstehen. Freiheit und Vernunft in ihrem Widerstreit gegen die Sinnenwelt haben deshalb einen unbedingten Vorrang vor der sinnlichen Natur des Menschen. Wie Kant betont ebenso Hegel die Selbständigkeit der Person. Die Person wird anerkannt, indem sie Subjekt von Rechten wird. In der „Rechtsphilosophie“ wird das Wesen der Person aus dem Zusammenhang aller Beziehungs- und Handlungssysteme entwickelt. Zum Wesen der Person gehört für Hegel die Rechtsfähigkeit, d.h. das Gebot der wechselseitigen Respektierung und Anerkennung, die Menschen als Personen einander schulden. Person ist Ausdruck der Anerkennung des Mitmenschen. Die Subjektivität der Person muss sich äußern, um ihren Willen realisieren zu können. Durch die Nötigung zur Äußerung folgt, dass zum Dasein der Person notwendigerweise auch der Körper gehört, in welchem der konkrete Mensch als Person unmittelbar einzeln und konkret ist. „Aber als Person habe ich zugleich mein Leben und Körper, wie andere Sachen, nur insofern es mein Wille ist.“<sup>11</sup> Bei Kant und Hegel besteht das Personsein des Menschen in dessen Achtung als sittlichem Subjekt und in der Anerkennung der Rechtsperson.

4. Die Anerkennung der Person als Rechtssubjekt berührt sich schließlich mit einer relationalen Anthropologie. Diese versteht den Menschen nicht als Substanz, wie eine Seelenmetaphysik, sondern als relationales Wesen. Person ist der Mensch durch die Beziehung zu anderen Menschen, als Mitmensch. Person bezeichnet ein relationales Aktzentrum vom anderen her. Der Mensch ist Person, weil er kommunikatives Subjekt ist, weil er mit anderen zusammenlebt. Das ist das Personverständnis des Personalismus, etwa bei Martin Buber, bei dem die Person, das Selbst, das Ich sich in der Begegnung von Ich und Du ereignet. Dieser Personalismus denkt nicht substantialistisch. Die Person ereignet sich im Zwischen von Ich und Du; Person wird in Beziehungen. Auch Max Scheler fundiert in seiner Aktphänomenologie Person durch Handlungsvollzüge: „Person ist die konkrete,

---

<sup>10</sup> Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Akad. Ausg. 4, 429 f. vgl. HWPh VII, 308f.

<sup>11</sup> Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts, (Herausgegeben von Hermann Glockner), Frommans Verlag, Stuttgart, 1952, Bd. 7, S. 101.

selbst wesenhafte Seinseinheit von Akten verschiedenartigen Wesens.“<sup>12</sup> Eine Person vollzieht Akte wissender, willentlicher, fühlender, liebender und hassender Art. Als Aktzentrum ist also jede Person einmalig, einzigartig und unverwechselbar. Für Scheler sind folglich Ich und Person zu unterscheiden. Das Ich, nicht die Person, steht im wesensnotwendigen Zusammenhang mit dem Leib. Das Ich erlebt sich im Leib; die Person erlebt zwar auch den Leib, aber dieses Erleben wirkt sich zugleich als Herrschaft aus. Für die Person bleibt der Leib wegen seiner Gegenständlichkeit Sache. Die Person als Vollzieher der Akteinheit rückt damit an die Seite des Geistes. Max Scheler will mit Hilfe der Phänomenologie Person als konkreten Geist, als geistige Individualität begreifen. Seine Sicht führt deshalb am Ende der Wertungen zu einem „Wertpersonalismus“, weil für ihn die Person Wert aller Werte ist. Die Person wird freilich nicht als einzelnes Individuum, in ihrer Selbstzwecklichkeit, was Scheler mit Kant verbindet, gesehen, sondern immer zugleich auch in Sozialität und Personalität. Die Interpretation der Person als relationales Aktzentrum kann somit einerseits die Aktuosität des Personseins, das kommunikative Geschehen betonen, andererseits auf die Relationen zur Außenwelt und zu den Mitmenschen zielen. Im äußersten Fall wird dann Person nur noch durch ihre Relationen, von ihren Bezügen her, definiert. Person ist man dann allein als Mitmensch.

Dieser anhand historischer Positionen erfolgte Überblick führt am Ende zu einem verwirrenden Ergebnis. Das Verständnis und die Definition von Person sind heute mehr denn je strittig. Je nachdem, ob man Person als „vernünftige Natur“, von der Kontinuität des Bewusstseins, von der Anerkennung des Menschen als sittliches Subjekt oder von Phänomenen personaler Begegnung und dem Ereignis von Kommunikation her definiert, variiert das Personverständnis erheblich. Vom Personbegriff wird aber abhängig gemacht, wem die Anerkennung als Person überhaupt zukommt und wer unter den Schutz der Menschenwürde fällt. Die Debatte um Peter Singer hat diese Strittigkeit des Personbegriffs nur freigelegt und nicht etwa erst verursacht. Eines jedenfalls steht fest: Person ist ein ethisches Phänomen, dessen genauere Bestimmung jedoch kontrovers ist.

Die Auswirkungen des Personverständnisses auf konkrete ethische Entscheidungen sind deutlich. Sind Embryonen „Personen“, oder sind sie etwas anderes? Embryonen sind potentielle Personen, sie werden zur Person. Ist Bewusstlosen, komatösen Patienten Personqualität beizumessen, oder haben sie nur noch einen vegetativen Status? Ist man nämlich Person nur, solange man über Bewusstsein und Autonomie

---

<sup>12</sup> Max Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, Ges. Werke Band 2, Francke Verlag, Bern, München, 1954, 4. Aufl., S. 393 f, vgl. HWPh VII, 314f.

verfügt, dann wären und sind Bewusstlose, Schlafende keine Personen. Ist ferner nur Person, wer kommunikationsfähig ist? Am Verständnis von „Person“ brechen heute fundamentale ethische Kontroversen auf.

Exemplarisch sei nur die Bedeutung des Personverständnisses in der Fortpflanzungsmedizin – etwa im Blick auf ein Embryonenforschen – oder für die Transplantationsmedizin angesprochen: Welche Bedeutung hat das Kriterium „hirntot“? Haben Personen Rechte nur im Zustand des Bewusstseins? Was aber wäre dann mit schlafenden oder zeitweilig bewusstlosen oder emotional verwirrten Personen? Zu John Lockes Personverständnis wird zutreffend kritisch angemerkt: „Wenn eine Interpretation die Konsequenz ermöglicht, dass Menschen ihre Rechte nur im Zustand des Bewusstseins haben, dann ist das Leben gefährlicher geworden.“<sup>13</sup> Das Problem des Personverständnisses besteht somit darin, dass eine unabdingbare Gültigkeit der Anerkennung der Person nach wie vor unverzichtbar ist, diese unbedingte Geltung als Person aber theoretisch nicht zu beweisen ist. Es bleibt damit nur die Möglichkeit, in einem Kommunikationsprozess jedem anderen Menschen dieselbe Personwürde zuzuerkennen, die man für sich selbst beansprucht. Der Streit um die Person wird darüber zum Thema praktischer Ethik und von Verfahrensregeln. „Person ist im ethischen Zusammenhang eine Zuschreibung, mit der ich mich selbst und den anderen als sittliches Subjekt identifiziere. Diese Identifizierung impliziert eine Anerkennung der Würde des sittlichen Subjekts, d.h. eine Anerkennung der Unantastbarkeit seines Subjektseins.“<sup>14</sup> Person ist ein praktischer Zuschreibungsbegriff, um den moralischen Status der Person zu kennzeichnen.

Angesichts der Strittigkeit des Begriffs Person ist die Orientierung am Menschsein als solchem zu überlegen. Man spricht bekanntlich von der Unantastbarkeit der Menschenwürde, nicht von der Würde der Person. Zum Menschsein gehört zwar das Personsein, Personalität; aber zum Menschen gehört auch als Grundbedingung das Leibapriori. Mensch ist, wer als Mensch geboren wird. Der Leib ist der Träger der personalen Eigenschaften der Person. Als naturale Basis hat der Leib des Menschen teil an der unbedingten Achtung der Menschenwürde. Darauf gründet sich das Gebot des Lebensschutzes und das Verbot der aktiven Tötung von Menschen. Die Zugehörigkeit zur Gattung Mensch gibt die Begründung ab für die Forderung nach Achtung und Schutz der Würde und des Lebens der Person. Personsein ist dann Chiffre und Symbol für die Anerkennung des unbedingten Lebensrechtes jedes einzelnen Menschen. In diesem Sinne hat die ökumenische Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens“, 1989, sich auf den Persongedanken berufen.

---

<sup>13</sup> Rainer Specht, zit. bei Honnefelder (Anm. 5), S. 249.

<sup>14</sup> Honnefelder (Anm. 5), S. 264.

# Ethische Aspekte und theologische Perspektiven zu Sterben und Tod

*Martin Honecker*

Wer die aktive Sterbehilfe kritisch betrachtet und ablehnt, hat Alternativen zu prüfen. Alternativen sind Schmerztherapie, Sterbebegleitung, Palliativmedizin und Palliativstationen und nicht zuletzt der Hospizgedanke. In diesem Zusammenhang sind Orte und Weisen des Sterbens zu bedenken. Dabei geht es freilich nicht nur um organisatorische Fragen, sondern ebenso um Fragen der Einstellung zu Sterben und Tod, also um Fragen der Mentalität und einer Sterbe-„Kultur“.

Der Tod ist von jeher ein Rätsel für das Selbstverständnis des Menschen. Epikur (Brief an Menoikeus) formulierte einen schaurigen Witz, einen Sophismus: „Das schauerlichste Übel, der Tod, geht uns nichts an. Denn solange wir sind, ist der Tod nicht da; und wenn er da ist, sind wir nicht da.“ Ludwig Wittgenstein (Tractatus logico-philosophus Nr. 6.4311) bemerkt ebenso scharfsinnig: „Der Tod ist kein Ereignis des Lebens. Den Tod erlebt man nicht.“ Es gibt für niemanden, der lebt, bekanntlich eine eigene Erfahrung mit Sterben und Tod („selbst erlebt“), sondern nur Erfahrung mit dem Tod des anderen. Das zeigt sich auch an Bestrebungen, das Sterben menschlich zu gestalten. Das ist das Ziel der Hospizidee.

## Der Hospizgedanke

Zum Verständnis des Hospizgedankens kann man ausgehen von einer Stellungnahme der VELKD (Vereinigte Evangelisch-Lutherische Kirche Deutschlands) zur Hospizbewegung von 1990. Die Studie stellt fest: Die Hospizbewegung ist Reaktion auf problematische Entwicklungen in unserer Gesellschaft und hat ein unbestreitbares Verdienst, indem sie Probleme sichtbar macht.

Solche Probleme sind:

- die Verdrängung des Todes in einer auf Jugendlichkeit und Gesundheit ausgerichteten Gesellschaft;
- die Überforderung der Kleinfamilien und der zunehmenden Zahl der Einzelhaushalte in einer leistungsorientierten, arbeitsteiligen und mobilen Gesellschaft;
- die Schattenseiten einer am technischen Fortschritt teilhabenden Medizin, die hohe Erwartungen an die Wiederherstellung von Gesundheit weckt, aber zugleich auch in schwerwiegende ethische Konflikte führt;

- das zunehmende Bedürfnis der Menschen nach einer uneingeschränkten Selbstverfügung über das Leben und die damit verbundene Forderung nach einer rechtlichen Billigung der „aktiven Sterbehilfe“.

Die Hospizbewegung versucht demgegenüber,

- „den Tod als Teil des Lebens anzunehmen und stärker ins Bewusstsein der Menschen zu heben;
- die Sterbebegleitung als allgemein menschliche Aufgabe wiederzuentdecken und Formen gemeinschaftlicher Problembewältigung zu entwickeln;
- einer Medizin, die in ihrem Bemühen um Gesundheit gelegentlich einseitig technisch und kämpferisch eingestellt ist, die im Angesicht des Todes wichtige Haltung der Annahme und Begleitung wieder stärker zu vermitteln;
- durch Schmerzlinderung, gute Pflege und mitmenschliche Zuwendung der Versuchung zur aktiven Sterbehilfe zu begegnen.“

Die Hospizbewegung trägt nach dieser Stellungnahme wesentlich zur Problembewältigung bei. Gleichzeitig freilich werden kritische Anfragen an die Hospizbewegung nicht verschwiegen, sondern Einwände benannt, die Kritiker gegen sie vorbrachten. Kritisch befragt wurde die Einrichtung besonderer Sterbehäuser; befürchtet werden ferner eine Ghettoisierung der Sterbenden und ihrer Begleiter, die Möglichkeit eines Einweisungsschocks für Menschen, die damit wahrnehmen, dass sie unheilbar krank sind, sowie eine Überforderung der Mitarbeiter.

Als Problem wird ferner genannt, dass die Modelleinrichtungen wohl besonders günstige Bedingungen haben und ihre Mitarbeiter hoch motiviert sind, dass aber die Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Einrichtungen oft noch verbesserungsbedürftig ist.

Als eine weitere Gefahr wird angesprochen, dass ein neues medizinisches Spezialfach, „Thanatologie“, entsteht und dass dann professionelle Sterbebegleiter die Angehörigen und andere Ärzte vom Sterbebeistand entlasten und Sterbende damit aus der Allgemeinmedizin und aus dem Allgemeinkrankenhaus ausgegliedert werden. Kann man aber Sterbekunde lehren und lernen?

Nach diesen einleitenden Bemerkungen sei der Versuch unternommen, drei Ebenen des Umgangs mit Sterben und Tod zu unterscheiden. Dies ist vor allem eine methodische Unterscheidung. In der Lebenswirklichkeit verzahnen sich nämlich die drei Ebenen fortwährend.



## 1. Die institutionelle Ebene

An welchen Orten und unter welchen Bedingungen sterben Menschen heute? Zu nennen sind hier die Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, sodann das Zuhause, mit Hilfe von Sozialstationen, und schließlich Hospize.

Unter institutionellen Gesichtspunkten geht es beim Sterben um Kostenfragen (Finanzierung); um Organisationsfragen, (Wie werden Institutionen, in denen sich das Sterben vollzieht, in einem Netzwerk miteinander verknüpft? Welche Aufgaben haben Kirchengemeinden bei der Begleitung Sterbender?); um Sozialpolitik (das umstrittene Thema Pflegeversicherung); überhaupt um das Zusammenspiel von Kranken, Angehörigen, Pflegekräften, Ärzten, Seelsorgern und anderen Betreuern. Zur institutionellen Versorgung von Sterbenden gibt es inzwischen ein ganzes Bündel von Vorschlägen.

## 2. Die Ebene des konkreten Handelns, der Entscheidung, der moralischen Wertung

Was ist hinsichtlich der Sterbehilfe ethisch vertretbar? Da die Debatte um aktive Sterbehilfe entscheidend von Peter Singer angestossen und geprägt wurde und in Auseinandersetzung mit Singer geführt wurde, sei von Thesen von ihm ausgegangen. Mit Blick auf das Handeln wird vor allem eine Debatte um passive und aktive Sterbehilfe und um künstliche Lebensverlängerung geführt. Peter Singer plädiert für Euthanasie im Sinne aktiver Tötung Sterbender.<sup>15</sup> Singer hält sogar nicht-freiwillige Euthanasie für moralisch zulässig: Er spricht sich aus für eine Tötung von missgebildeten Säuglingen, die noch nicht Eigenschaften wie Autonomie, Rationalität und Selbstbewusstsein besitzen. Dazu zieht er einen Analogieschluss zur Abtreibung: „Der Kern der Sache ist freilich klar: die Tötung eines behinderten Säuglings ist nicht moralisch gleichbedeutend mit der Tötung einer Person. Sehr oft ist sie überhaupt kein Unrecht.“ Denn geistig Behinderte, Neugeborene und Embryonen sind nach seiner Auffassung keine Personen. Er empfiehlt ferner, eine aktive Sterbehilfe bei komatösen Patienten, sie sei ethisch legitim. Sodann fordert er die Legalisierung, die rechtliche Freigabe, der freiwilligen Euthanasie.<sup>16</sup>

Im Zentrum der kontroversen Diskussion steht letztlich eine prinzipielle Alternative, nämlich die zwischen Selbstbestimmung des Patienten oder absolutem Lebens-

---

<sup>15</sup> Peter Singer, *Praktische Ethik*, Reclam Verlag, Stuttgart, 1984, S. 174ff.

<sup>16</sup> Die Debatte um Singers Thesen ist dokumentiert in dem Sammelband Rainer Hegselmann/ Reichhard Merkel, *Zur Debatte über Euthanasie*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M., 1991.

schutz. Ist ferner ein moralischer Paternalismus zulässig, d.h. ein stellvertretendes Handeln an der Stelle nicht entscheidungsfähiger Patienten (Kinder, Bewusstlose, Verwirrte)? Ist nicht der Wille des Patienten unbedingt zu befolgen? Ist es eine mögliche Missachtung des Patientenwillens, seines Selbstbestimmungsrechts, wenn dieser selbst eine Tötung fordern würde, aber um seines Wohles willen eine Therapie erfolgt (*salus aegroti suprema lex esto*)?

Die Kontroverse wird geführt unter der Alternative *sanctity of life* (absolute Unantastbarkeit, Heiligkeit menschlichen Lebens) oder *quality of life* (ein menschliches Leben, bei dem nur ein qualitativ anspruchsvolles Leben als unantastbar gilt). Was ist allerdings hier der ethische Maßstab? Was heißt im konkreten Fall menschenwürdig sterben? Menschenwürdig kann nämlich ein Doppeltes besagen: Lebenserhaltung unter allen Umständen, keine Lebensverkürzung, oder es kann bedeuten, in Würde, d.h. in Freiheit, sterben. Der Streit um das Wort „menschenwürdig“ spitzt sich zu auf die Entscheidung zwischen Lebenserhaltung oder Lebensverkürzung.

Die Frage ist verknüpft mit der moralische Bewertung des Suizids, im besonderen des assistierten Suizids (Beihilfe zur Selbsttötung).

Diese Debatte hat zwei Aspekte:

- a) Ein überdehntes Verständnis von Selbstbestimmungsrecht will auch das Sterben vollständig beherrschen. Die Ausgangsthese ist dabei: Ich selbst lege als frei Verfügender meinen Todeszeitpunkt fest; dem entspricht zumeist ein unterbestimmtes Verständnis von Menschsein und Personalität - Schmerzen, Bewusstseinstrübung, Einsamkeit gelten als Verlust des Personseins.
- b) Aber es gibt auch die durchaus verständliche Angst, zum bloßen Objekt von ärztlichen Eingriffen zu werden. Man befürchtet, dass ein Therapieverzicht unterbleibt und eine künstliche Lebensverlängerung durch Intensivmedizin nur eine Verlängerung von Leiden und Qualen bewirkt.

Diese Debatte ist im Blick auf ihre Argumente sehr sorgfältig und möglichst ohne emotionale Aufgeregtheit nüchtern und sachlich zu führen.

Vor allem ist zu bedenken: Was besagt in diesem Kontext die Formulierung, der Mensch ist Person? Welche Bedeutung hat dabei die Natur des Menschen, die biologische Existenz für das Leben? Können und dürfen über Bewusstsein und Autonomie verfügende Personen Interessen, Ansprüche (*claims*) vertreten, und was heißt es überhaupt, Ansprüche erheben können, sich artikulieren können? Gibt es Grenzfälle zwischen Tun (Lebensverlängerung) und Unterlassen (Sterbenlassen)?

Das öffentliche Echo, das Singers Thesen gefunden haben, ist gerade als Indiz und Hinweis auf ein ungelöstes Problem oder auf ein als ungelöst empfundenenes Problem aufzunehmen.

### 3. Die ideelle, geistige oder religiöse Ebene

Singer polemisiert im Namen der Aufklärung scharf gegen die jüdisch-christliche Lehre, Leben sei „an sich heilig“, gegen einen Glauben an Himmel und Hölle als Voraussetzung auch innerweltlichen Verhaltens. Er lehnt kategorisch jede Lebensanschauung ab, welche das irdische Leben transzendiert. Die traditionelle christliche Glaubensaussage bekennt hingegen im 3. Glaubensartikel: *Credo „resurrectionem mortuorum et vitam aeternam“* (Ich glaube an die Auferstehung der Toten und das ewige Leben).

Der weitgehende und tiefreichende Transzendenzverlust in der aufgeklärten, säkularisierten Moderne (bei gleichzeitiger Attraktivität östlicher Wiedergeburtstmythen) ist unbestritten und nicht zu übersehen. Unsicher wurde überhaupt die Hoffnung auf ein Leben über den Tod hinaus. Die Annahme breitet sich vielmehr aus, mit dem Tod sei alles zu Ende.

Die vier klassischen Lehrstücke mittelalterlicher und protestantisch-orthodoxer „*meditatio mortis*“ („Meditation des Todes“) umfassten die Themen: Auferstehung; Gericht; Himmel (ewige Seligkeit); Hölle (ewige Verdammnis).

Eine Folge des Verlusts dieses herkömmlichen Jenseitsgedankens ist, dass jetzt Sterben und Tod neu bewertet werden müssen. Dadurch wird das irdische Leben und sein Ende (Tod, Sterben) mit unendlichem Gewicht belastet.

Dazu kommt der Verlust der Bilder (erinnert sei an die bekannten Darstellungen des Jüngsten Gerichts in der mittelalterlichen Malkunst). Der Grund dafür ist die seit der Aufklärung allgemein verbreitete Unanschaulichkeit dessen, was nach dem Tod kommt. Die Vorstellung des „ewigen“ Lebens wird völlig abstrakt. Damit verknüpft sich lebenspraktisch eine veränderte Einstellung zum Tod. Auf was hofft denn ein Sterbender? Was tröstet ihn? Woran hält er sich?

Der Umgang mit Tod und Sterben ist nach wie vor ein religiöses Problem. Wie steht es um das Beten mit Sterbenden?

Innerhalb der evangelischen Theologie kommt die Kontroverse um Unsterblichkeit der Seele und Auferweckung des Fleisches hinzu.

Eine Ganztodthese vertreten prominente evangelische Theologen (Paul Althaus, Karl Barth: „Gott ist mein Jenseits“, „der Mensch als solcher hat kein Jenseits“). Nach der Ganztodthese besteht keine Identität des Menschen über den Tod hinaus. Dagegen wird auf katholischer Seite die Identität des Toten mit seinem bisherigen Leben betont. Die Lehre von der Unsterblichkeit der Seele soll diese Identität ausdrücken und festhalten.

Wie ist aber ein Fortbestehen des Menschen nach dem Tode überhaupt zu denken? Das ist ein schwieriges anthropologisches und dogmatisches Thema. Auf diesem Hintergrund ist die Frage in ihrer letzten Tragweite zu verstehen: Sollen in einer säkularisierten Gesellschaft medizinische und psychologische Sterbebegleitung den Verlust religiöser Glaubensgewissheit angesichts des Todes kompensieren? Es gibt Versuche, der Härte der Realität des Todes auszuweichen. Die Erwartungen von Gericht und Erlösung entschwinden aus dem Blickfeld vieler Zeitgenossen. Der christliche Glaube bekennt sich hingegen von seinem Ursprung her zu einem Gekreuzigten. Kreuz und Auferstehung gehören nach ihm untrennbar zusammen. Die Passion Jesu, der Weg der Erlösung, bringt auch in menschliches Leiden und Sterben eine Perspektive des Vertrauens und der Hoffnung ein. Durch das „Erleiden“ wird im Glauben ein Sich-selbst-überschreiten des Menschen möglich. Mit dem Verlust der christlichen Vorstellung von Tod, Gericht und ewigem Leben hängt auch das Unverständnis für die Spannung Zeit und Ewigkeit zusammen.

„Ewiges“ Leben kann dann nicht mehr qualitativ als Gegenwart des Heils verstanden werden, sondern nur noch als eine quantitative, „messbare“ Verlängerung der Lebenszeit vorgestellt werden.

Die Fragen von Tod und Sterben sind letztlich immer grundmenschliche Fragen der Lebensanschauung, der Religion, der Sinndeutung, des Umgangs mit Unverfügbarem. Alle Religionen – der Islam, der Buddhismus, der Hinduismus – geben auf diese Frage ihre spezifische Antwort. Der Umgang mit Tod und Sterben ist darum ein zentrales Thema des interreligiösen Dialogs.

Die Kirchen haben sich zunächst zur Hospizbewegung und Hospizidee eher zurückhaltend und kritisch-distanziert verhalten und geäußert. Dies hat sich geändert.

Das Gemeinsame Wort der Evangelischen Kirche und der Deutschen Bischofskonferenz zur Woche für das Leben 1996 „Im Sterben: Umfängen vom Leben“ formuliert programmatisch: „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“. Es erinnert mit Nachdruck an die christliche und menschliche Aufgabe der Begleitung Schwerkranker und Sterbender sowie von deren Angehörigen. Die Kirchen wenden sich gegen soziale Verdrängungen der lebensbedeutsamen Vorgänge um Tod und Trauer in der

modernen Gesellschaft. Entschieden wenden sie sich zugleich gegen die Forderung nach aktiver Sterbehilfe mit der Absicht und dem Ziel der Leidensbeendigung. Die Sterbebegleitung in den Gemeinden und die Hospizbewegung werden dagegen ausdrücklich gewürdigt. Die Kirchen identifizieren sich mit dem Hospizgedanken. Die Hospizbewegung ist in ihren konkreten Initiativen und Aktionen freilich vielfältig und nicht konfessionell spezifisch. Die Hospizidee insgesamt bietet ein differenzierteres Bild. Sie ist nicht als exklusiv kirchliche Arbeit zu verstehen, auch wenn sie in Deutschland von aktiven Christen mitgetragen wird. Es geht im Engagement für Sterbende, Schwerkranke und ihre Angehörigen um menschliche Solidarität im Leiden.

Nochmals ist hervorzuheben, dass die Ablehnung aktiver Tötung Sterbender und die Hospizidee nicht dahingehend verstanden werden dürfen, als folge daraus eine Lebens- und Leidensverlängerung um jeden Preis. Therapieverzicht und Therapiereduktion sind jedoch intentional etwas anderes als bewusst gezielte Tötung, auch dann, wenn sie unbeabsichtigt und ungewollt zur Lebensverkürzung führen. Therapieverzicht und Therapiereduktion bei unwiderruflich Sterbenden ist Verzicht auf ärztliche Maßnahmen und Eingriffe, die nur noch quantitativ die Lebenszeit verlängern können, ohne jede Aussicht auf Heilung. Auch bei einer Reduktion der Therapie oder dem Verzicht auf eine Behandlung besteht allerdings nach wie vor die Verpflichtung zur Pflege, Ernährung, Bettung des Kranken, also zur pflegerischen Grundversorgung. Der Therapieverzicht als solcher akzeptiert die Unverfügbarkeit des Sterbens, zielt aber nicht auf eine aktive Beendigung des Lebens.

Abgeschlossen sei der Blick auf ethische Probleme im Umgang mit Sterben und Tod mit einem Hinweis auf sich abzeichnende gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, die den Problemhorizont erweitern, aber auch eintrüben: Die Entwicklung der Altersstruktur der Gesellschaft, Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen und im Pflegebereich und damit zusammenhängend Versorgungsfragen werden in Zukunft die Frage nach einem menschlichen Umgang mit Tod und Sterben noch dringlicher und komplizierter machen. Christlicher Tradition entspricht die Achtung der Alten und die Fürsorge für Kranke und Schwache. Die christliche Sicht von Leben und Tod verliert dadurch nicht an Bedeutung, sondern sie gewinnt an Bedeutung. Krankheit, Leiden und Tod bleiben auch unter veränderten gesellschaftlichen Verhältnissen und Bedingungen eine Anfrage und Herausforderung an menschliches Verhalten und eine Aufgabe christlicher Lebensdeutung.

## Fragen der praktischen Ethik im klinischen Alltag – Die Hospizbewegung als Herausforderung

*Dorothea Ludewig-Thaut*

Bei all den großen Fortschritten der Medizin, die uns viele Möglichkeiten eröffnen, wächst doch auch das Unbehagen: Am Ende des zweiten und zu Beginn des dritten Jahrtausends tun wir uns alle schwer, unser Lebensgefühl im Spannungsfeld zwischen *Ars moriendi* und *Ars vivendi* zu definieren, zu finden und für uns selbst zu verantworten, und lassen statt dessen entweder Ansprüche an die Medizin bis ins Unbezahlbare wachsen oder flirten mit dem Angebot des „sanften, selbst-gemachten Todes“. Über der uralten Hoffnung des Menschen, Krankheit und Tod zu besiegen, haben Sterben und Tod ihre Würde verloren.

In den nun folgenden drei Teilen dieses Beitrags werde ich einige Gedanken entwickeln und so zur Diskussion stellen, wie sie für mich wichtig wurden: Meine Arbeit am Krankenbett, in der Sterbebegleitung, in intensiven Gesprächen mit den ebenfalls begleitenden Ärzten und Pflegenden und in der Fortbildung von Krankenhausmitarbeitern hat mir einerseits viele tiefe und gute Erfahrungen gegeben. Aber sie lässt nach wie vor in mir immer wieder neue und vielfältige Fragen zur „Ethik am Krankenbett“ wach werden. Daher gliedere ich meine Ausführungen auch unter drei Gesichtspunkten:

Im 1. Teil werde ich einige Gedanken zu Inhalten und Zielen der Begleitung Sterbender skizzieren. Der 2. Teil beinhaltet dann darüber hinausgehende Überlegungen zu unserem „institutionalisierten Umgang“ mit Sterben, Tod und Krankheit und die Frage, wo wir hier unsere geistigen Wurzeln haben bzw. haben wollen. Im 3. Teil schließlich werde ich mir auf dem Hintergrund der uralten Menschheitsfrage nach dem Zusammenhang zwischen einer *Ars moriendi* und einer *Ars vivendi* zu der immer noch aktuellen Frage der Organtransplantation und dem neu aufgelegten „Ruf nach der Todesspritze“ einige Anmerkungen gestatten.

Wohl fast niemand vermag allein und ohne wesentliche Hilfe anderer sein eigenes Leben zu leben und seinen eigenen Tod zu sterben. Denn Sterben heißt, den letzten Abschnitt des Lebens, die letzte große Lebensaufgabe zu meistern. Daher gibt es in allen Völkern und zu allen Zeiten Bemühungen um Vorbereitung auf einen „guten Tod“. Im Mittelalter nannte man das die „Kunst des heilsamen Sterbens“.

Ganz im Gegensatz zu diesen uralten Menschheitserfahrungen steht unser heutiger Umgang mit Sterben und Tod. Während eine „*Ars moriendi*“ dem Sterbenden wie

den ihn umgebenden Menschen eine neue Dimension des Lebens eröffnete, bedeutet Sterben heute zumeist eine wachsende Vereinsamung, eine gewaltsame Trennung von allem, was dem Menschen in seinem Leben lieb war, noch bevor er davon Abschied nehmen konnte.

Welche Glaubensüberzeugung der Mensch auch haben mag, indem er auf eine irgendwie geartete neue *Seins*-Form zugeht (selbst die Vorstellung des *Nichts* ist eine Veränderung der *Seins*-Form), erlebt er noch einmal Zeiten, in denen alle Gefühle lebendig, ja überwältigend sein können. Es mögen Zeiten des Leidens, aber auch der Euphorie sein, Zeiten des sich Verschließens oder des Redens, des Dialogs; er braucht Zeiten des Liebens und Zeiten der verzweifelten Wut auf alles und jeden, der dieses Leben weiterleben darf. Sterben als Zeit des intensiven Abschiednehmens, der Trauer und Neuorientierung bedeutet, noch einmal die Weite und Tiefe und Intensität *aller* Lebensgefühle zu durchleben und zu durchleiden.

Gerade auf die Tiefe und Notwendigkeit dieser Prozesse bei Sterbenden (und Trauernden!) hat Kübler-Ross wieder neu hingewiesen und u. a. in bezug auf die Sterbephasen einen sicher sinnvollen Versuch gemacht, sie zu systematisieren.

Hilfe auf dem Weg des Sterbens ist also intensive Lebenshilfe in der letzten Lebensphase. Sich Zeit für diese Lebenshilfe zu nehmen, bedeutet u. a., dem anderen so nahe und behilflich zu sein, wie *er* es braucht, um sein eigenes Leben gerade in dieser Phase wirklich zu leben, seine Lebensprobleme anzuschauen, zu bewältigen, ja, seine Liebe zu leben und seinen eigenen Tod zu sterben! Und, wenn ich dies hier auch nicht näher ausführen kann, so hat dieses Recht auf intensive Begleitung auch der im Koma Liegende oder bewusstlos Sterbende. Ebenso wie es wichtig ist, dass oft die Angehörigen erst dann mit dem Sterbenden gemeinsam ihren Weg suchen und gehen können, wenn sie selbst aufgefangen werden und ein innerer und äußerer Raum für ihre Gefühle da ist.

Heute jedoch befinden sich Sterbende (und Angehörige!) zumeist während dieser Zeit ihres „Heimgangs“ in einer Institution, die sie – durch ihren Organisationsablauf und ihre Apparate – auf äußere „Ortlosigkeit“ und damit auch auf innere Heimatlosigkeit zurückwirft. Hier wird dann die Frage um so drängender nach dem Arzt, dem Pflegenden, dem Seelsorger, der Beistand leistet aus tiefer menschlicher Solidarität, der zur Stärkung der Identität des Sterbenden (und der Angehörigen) beiträgt – wie auch immer der Weg eines Menschen und seine Lebensausrichtung aussehen mag!

In diesem Beistehen jedoch gilt entscheidend folgender Leitfaden:

- Kompetent für sein Sterben ist der Sterbende selbst (!) – nicht der Arzt, nicht der Pfarrer, nicht die Institution Krankenhaus und auch keine andere Organisation!
- Sterben ist ein intimer Prozess; der Sterbende darf sich öffnen, er darf sich auch verschließen; er darf den anderen teilhaben lassen; er darf sein Leben subjektiv betrachten und empfinden.
- Um dem Sterbenden *seinen* Weg und *seinen* Tod zu ermöglichen, braucht er Zeit und Raum (auch äußerlich!) für Intimität, Spontaneität und Bewusstheit.
- Wesentlich für ein gutes Sterben ist eine tiefe Sinnerfahrung; nicht über Erklärungen, sondern über den Weg, den der Sterbende innerlich gehen darf, zu dem die Begegnung und Beziehung zwischen ihm und seinem Begleiter beitragen kann.

Sterben ist ein Prozess an der Grenze „zweier Welten“; denn mit dem Sterben wird auch für den Agnostiker oder Nihilisten deutlich, dass es jedenfalls nicht nur das „Hier“ und „Jetzt“, sondern vielleicht auch das „Dort“ und „Dann“ gibt. Dafür ist eine Neuorientierung gefordert, die als Grundlage Abschiednehmen und verarbeitete Trauer braucht – Trauer und Klage über all das Nicht-Gelebte-Leben, über all das Nicht-Vollendete, Nicht-Geglückte und über alle unbeantworteten Fragen. Indem der Begleiter dem Sterbenden (und den Angehörigen!) diesen Raum gibt und ihm ein Angenommensein ohne Vor-Bedingungen erfahrbar macht, ihn so eben in bedingungsloser Zuwendung und Annahme begleitet, wird diese personale Beziehung zweier Menschen durchsichtig, transparent, transzendent für eine mögliche Gotteserfahrung. Denn die unendliche Sehnsucht des Menschen nach dem Geliebt- und Angenommen-Sein, so wie er nun einmal war und jetzt ist – mit allem Licht und allem Schatten –, wird gerade an der Schwelle des Todes besonders deutlich.

Auf dem Hintergrund dieser Gedanken und Erfahrungen möchte ich nun einmal das „Woher“ und das „Wohin“ medizinischer Institutionen und Rollen betrachten: Historisch hat sich die „Idee Krankenhaus“ und all das, was heute den klinischen Betrieb ausmacht, aus der „Idee Hospiz“ entwickelt, die von den (Ritter-) Orden des Mittelalters als Raststätte und Herberge für Kranke, Schwerkranke und Sterbende entwickelt wurde. Diese mittelalterliche Hospiz-Idee befindet sich inzwischen genau besehen am anderen Ende der Skala der Möglichkeiten im *Umgang* mit Leid und Krankheit als das, was heute an hochtechnisierten Möglichkeiten zur *Bekämpfung* von Krankheiten eingesetzt wird (z. B. Intensivstation/Strahlenklinik etc.): der „Reparaturbetrieb Krankenhaus“, der heute sowohl große Chancen (!) bietet, aber auch zum Problem geworden ist, ist eben nur die eine Seite, über der uns die andere, die „Hospiz-Seite“,



verloren zu gehen droht, nämlich die Pflege und Begleitung kranker Menschen bis hin zur Akzeptanz des Todes.

Dies heißt nun nicht, dass ich hinter die Fortschritte der modernen naturwissenschaftlichen Medizin, einer Entwicklung der letzten 100 Jahre, nostalgisch zurück möchte; es heißt aber auch nicht, dass es wünschenswert sein kann, in unserer Sicht auf Krankheit, Sterben und Tod und in unserem Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen geistig weiter vom 19. Jahrhundert bestimmt zu sein; denn dort hat ja unsere moderne, rein naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin ihre geistigen Wurzeln.

Wenn wir nun also nicht nostalgisch zurückgehen, so stellt sich die Frage, ob ein „Darüber Hinaus“ möglich ist. Und wie dieses „Darüber Hinaus“ aussehen könnte.

Vereinfachend und provozierend möchte ich folgende Fragen stellen:

- Kann die ursprüngliche Wurzel des Krankenhauses – die „Idee Hospiz“ – wieder als zweiter entscheidender Strang neben die naturwissenschaftliche Medizin treten und selbst die Intensivstationen durchdringen?
- Dürfen wieder beide, Aeskulap und Hippokrates, unseren Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod auch ärztlich-pflegerisch bestimmen? Darf also auch die geistig-spirituelle Dimension neben die naturwissenschaftliche Sicht treten?
- Darf die medizinisch-ärztliche und pflegerische Sicht auf den Menschen über „Physik/Chemie/Biologie/Mechanik“ wieder hinausgehen und den Aspekt der Heilung – oder auch des Loslassens – mit einbeziehen?
- Ist medizinisch eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen möglich, ohne an naturwissenschaftlicher Schärfe und methodischem Können zu verlieren?

Einerseits als Nicht-Mediziner und mit dem eher psychologisch-therapeutisch und theologisch geprägten Blick, aber doch zugleich als jahrelanger Mitarbeiter im Klinikalltag und am Bett des Patienten stelle ich Ihnen diese drängenden Fragen, denn derzeit spiegelt sich die Sehnsucht nach ganzheitlichem Ernstgenommenwerden im Zulauf zu alternativen Heilmethoden wider, denen dann doch oft das wirkliche Können fehlt, da sie in gesellschaftlichen Nischen und fernab von der Herausforderung des geistigen Dialogs existieren.

In unserem tragischen Umgang mit Sterben und Tod, darüber hinaus mit Krankheit und in der vielberedeten Krise unseres Gesundheitssystems spiegeln sich eben auch die Anfragen an unser Menschenbild wider: nicht nur der Körper und die Ratio sind,

wie wir alle wissen und zur Genüge erleben, bestimmende Faktoren des Menschen, sondern im seelisch-gefühlsmäßigen Bereich und in der geistig-intuitiven Seite kommen noch zwei sehr entscheidende Faktoren hinzu; genau hier liegt auch das Problem unserer heutigen Medizin, denn *alle vier Bereiche* des Menschen sind entscheidend am Krankheits- und Gesundungsprozess beteiligt, während sehr häufig die Begegnung Arzt – Patient stattfindet, indem der Arzt sich fast ausschließlich über seinen rationalen Anteil mit dem körperlichen Bereich des Patienten befasst. Dass dieser Prozess eine notwendige Grundlage ist, wäre müßig zu bestreiten; die Frage bleibt, ob er ausreichend ist, denn dieser „Dialog“ bedeutet, dass die anderen Bereiche des Mensch-Seins sowohl beim Arzt wie beim Patienten ausgeklammert werden.

Da aber natürlicherweise im Menschen die Prozesse von Geist, Seele, Ratio und Körper miteinander verknüpft sind, führt es *notwendigerweise* zu Blockierungen, wenn *auf Dauer* bestimmte Bereiche ausgeklammert werden. Praktisch gefragt, heißt dies:

- Wieviel Trauer, Verzweiflung, Angst etc. beim Kranken und Sterbenden werden im Krankenhaus täglich übergangen und einer notvollen Verdrängung (Blockierung!) überlassen?
- Wie erkennt man als Arzt überhaupt, welche seelischen, vielleicht krankmachenden Bedürfnisse (!) da sind – oder welche rationalen Bedürfnisse auch nicht gezeigt werden (z. B. wieviel Aufklärung braucht der Kranke)?
- Welche geistig-intuitiven Bedürfnisse hat der Kranke? Wo will er hin? Wieviel innere Kräfte sind auf der Seite des Gesund-Werden-Wollens oder des Sterbens? Wieviel verdecktes Aufgeben ist in ihm? Wie erfährt er seine Krankheit, seinen Sterbeweg?

Der zweite große Block der auftauchenden Fragen bezieht sich auf den Arzt selbst:

- Wie kann er mit Leid umgehen, wie mit eigenen Ängsten und den Ängsten des Patienten?
- Welche sinnvollen Abwehrmechanismen hat er? Durch welche innere Not blockiert er sich? Welcher Druck entsteht durch die Erwartungshaltung des Patienten etc.?

Für mich fängt mit diesen Fragen der „praktischen Ethik am Krankenbett“ eine geistige Neuorientierung der Medizin an. Natürlich wird „Ethik am Krankenbett“ von sehr vielen Arztpersönlichkeiten gelebt, doch für den Gesamtzusammenhang der Medizin bleiben hier entscheidende Fragen offen – denn wo kommt im medizinischen Ausbil-

dungskonzept vor, dass der Umgang mit dem leidenden Menschen Ziel und Inhalt des Arztberufes ist, und wo haben Sterben und Tod und Trauer ihren Platz?

Denn qua Ausbildung bleiben deutsche Mediziner in diesem Schwerpunkt ihres Berufes hilflos. Welche fatalen Konsequenzen dies haben kann, möchte ich an einem kleinen (sehr typischen!) Beispiel aus meiner Alltagsarbeit an einer deutschen Universitätsklinik deutlich machen:

Von Seiten des Gesamtteams (Pflege/Ärzte) erreichte mich ein „Notruf“, da alle Beteiligten der Station nicht nur das Gefühl hatten, im Stress zu ertrinken, sondern sich auch im Stellungskrieg „jeder gegen jeden“ (v. a. Ärzte gegen Pflege) zu befinden.

Im Laufe des Teamtrainings wurde sehr bald deutlich, dass die enorme *seelische* Belastung durch die vielen, zum großen Teil auch noch jungen und elendiglich sterbenden AIDS-Patienten zu Abwehrmustern führte, die wiederum stressverstärkend wirkten (z. B. Verschanzen hinter Forschungsanliegen seitens der Ärzte, Blockadepolitik gegen Neuaufnahmen seitens der Pflege u. ä. m.).

Erst das Bewusstsein, dass bei allen (natürlich in einer Universitätsklinik sehr legitimen) Forschungsanliegen und bei allen (unter diesem Vorzeichen fast als übermenschlich empfundenen) zu erbringenden pflegerischen Leistungen alle Beteiligten *gemeinsam* sich aufmachen wollten, in dem Patienten einen leidenden, verzweifelten Menschen zu begleiten, dessen Weg im Zickzackkurs zwischen Hoffnung, Sich-Aufgeben, Trauer, Verdrängung und Depression auf die Vollendung des je individuellen Lebens zustrebte, setzte im Team Kräfte frei und machte den Blick auch auf den anderen als Teammitglied (und nicht mehr als Feind!) wieder möglich. Den neuen gemeinsamen Weg dieses Stationsteams haben wir anschließend durch kleine aber wesentliche Veränderungen in den Rahmenbedingungen strukturell verankert; dazu gehörte z. B. die teilweise Übergabe am Bett und im Gespräch mit dem Patienten, festgelegter regelmäßiger Austausch des Gesamtteams auch über Wahrnehmungen und Beobachtungen oder Erfahrungen einschließlich der subjektiven Befindlichkeit und der psychosozialen Situation des Patienten (Gespräche mit den Angehörigen!) u. a. m. Dieser neue, gemeinsame Weg eröffnete auch neue Räume für den echten Dialog und für „menschenswürdige Entscheidungen“ auch über den Fortgang der Therapie – wobei die Teammitglieder subjektiv (!) das Gefühl haben, eher mehr als weniger Zeit zu haben, die Entscheidungen für Neuaufnahmen in Grenzfällen leichter gefällt werden und die Forschungsanliegen nicht weniger Raum bekommen. Dabei wirkte auch Kommunikations- und Wahrnehmungstraining u. ä. m. stressentlastend, da die Teammitglieder in ihrer Arbeit hierdurch sowohl mehr Sinngefühl erlebten als auch eine Stärkung ihrer Professionalität und Kompetenz.

Es entstand ein vorher nie wahrgenommener Raum für die ärztliche und pflegerische Tätigkeit als Beziehungsarbeit.

Dieses Beispiel ist für die Erfahrungen meiner Arbeit in einem deutschen Universitätsklinikum typisch und bestätigt für mich die Entscheidung angelsächsischer Vorbilder, die diese Form von Training unmittelbar in die Curricula zur Ausbildung ihrer Medizinstudenten und zur Fortbildung von Ärzten aufgenommen haben.

Auf diesem Gebiet gibt es vieles, was erlernt werden kann und was gerade, ebenfalls in den letzten Jahren, systematisiert und methodisch durchdacht wurde. Warum sollten wir nicht auch auf diesem Gebiet hilfreich rational Erlernbares annehmen, was die Lösung der gestellten Aufgaben erleichtert und was dann sowohl im einander bedingenden Dialog zwischen Erfahrung und Wissen als auch im interdisziplinären Dialog unsere Medizin und unsere Institutionen neu prägen könnte?

Vielleicht wäre es sinnvoll für uns, auch hier einmal genauer die Erfahrungen anderer Länder und Kulturen zu studieren. Denn gerade angesichts der großen medizinischen Möglichkeiten unseres nun ausgehenden Jahrhunderts darf vielleicht auch die naturwissenschaftlich-technisch so großartige Medizin wieder ihre dienende Funktion entdecken und damit wieder *beide*, Aeskulap *und* Hippokrates, den ärztlichen (und unser aller!) Umgang mit Krankheit und Leid, Trauer, Sterben und Tod bestimmen, dass also die so wichtige naturwissenschaftliche Sicht auf Krankheitsprozesse gleichberechtigt Hand in Hand geht mit der personenzentrierten, geistig-spirituellen Dimension.

Diesen Schritt tun z. B. die Kanadier – diesen Schritt habe ich in meinen sechs Jahren Arbeit im Krankenhaus, am Krankenbett, in der Sterbebegleitung, in der engen Zusammenarbeit mit vielen Ärzten und Pflegenden sehr oft gemeinsam vollziehen dürfen, wie ich in meinen nunmehr fünf Jahren Arbeit für die Teams einer Universitätsklinik das Defizit an dieser Stelle ebenso erlebe, wie das Bedürfnis nach Hilfe, Training und Ausbildung in diesem Bereich.

Diese Erfahrungen, Vorschläge, Gedanken sind bereits in einem breiteren Umfeld konsensfähig: So sind z. B. Fragen der „Ethik am Krankenbett“ oder Gesprächsführungsunterricht seit neuerem feste Bestandteile in einigen Stationsleiterlehrgängen oder in der Ausbildung zur Intensivpflege. In den letzten Jahren sind natürlich auch in Deutschland viele Projekte und Überlegungen erprobt und durchdacht worden, so dass wir sicherlich soweit sind, diese Erfahrungen nun aufzuarbeiten und allen zugänglich und nutzbar zu machen.

Bevor wir aber daran gehen können, dies alles in breiterem Rahmen praktisch-institutionsmäßig umzusetzen, steht noch die Frage nach den Ausbildern an; denn leider sind von Krankenhäusern, die dafür offen waren, mit Supervisionsangeboten und Gesprächsführungskursen auch eine Vielzahl schlechter Erfahrungen gemacht worden: Wir benötigen als ersten Schritt eine Ausbildung von Ausbildern; d.h., dass wir als Ausbilder, Supervisoren etc. auf diesem Feld ganz sicher Menschen benötigen, die z. B. als Ärzte, Schwestern, Sozialarbeiter, Seelsorger oder auch Psychologen selbst vielerlei Erfahrungen in der Begleitung Sterbender, Angehöriger, Kranker oder Behinderter gesammelt haben und die auch durch eigene Arbeit z. B. den Klinikalltag kennen. Denn die Erfahrung lehrt, dass es doch zu vielen negativen Erlebnissen führt, auf diesem Feld z. B. mit Psychologen als Supervisoren zu arbeiten, die selbst praktisch nie Sterbende begleitet haben und auch das doch sehr eigene „Arbeitsfeld Klinik“ nicht überblicken.

Unsere Beschäftigung mit den Fragen des Sterbens in unserer Gesellschaft, der Sterbebegleitung, der menschlichen und damit auch medizinischen Verunsicherung im Umgang mit Sterbenden bringt uns notwendigerweise wieder in Kontakt zu der alten und in allen Kulturen der Menschheitsgeschichte irgendwie gestellten Frage nach dem Zusammenhang zwischen einer *Ars moriendi* und einer *Ars vivendi*: Sie bringt uns das Leben als Weg zwischen Geburt und Tod wieder in Erinnerung.

Weit hinaus über die Beschäftigung mit den Wegen des Sterbenden und die Fragen der „Ethik am Krankenbett“ müssen wir uns hier einer gesellschaftlichen Herausforderung stellen, die die Medien, die Kirchen und die Gesetzgebung ebenso mit einschließt wie die medizinischen Institutionen und Ausbildungsstätten. Soweit es hier um die Krankenhäuser, Hospize, Palliativstationen, die Alten- oder Pflegeheime oder die ambulante Versorgung und häusliche Pflege Schwerkranker und Sterbender geht, so geht es natürlich u. a. auch um die schon besprochenen Fragen der Ausbildung, der Veränderungen im Rollenverständnis etc.

Denn das gemeinsame Thema heißt *Lebensschutz und Sterbebegleitung*! Dies erinnert uns wieder neu daran, dass eine alte Menschheitserfahrung sagt, dass die Kunst zu Sterben nur sozusagen ein Spezialfall der Lebenskunst ist – und dass ich somit gerade in der Begegnung mit dem Sterbenden als sein Begleiter einen wesentlichen Teil nicht nur der *Ars moriendi*, sondern gerade auch der *Ars vivendi* lernen kann; der Sterbende als Lehrer derer, die diesen Lebensabschnitt noch vor sich haben. Von daher möchte ich den Satz in die Diskussion werfen, dass wir es uns erst dann leisten können, „aktive Sterbehilfe“ abzulehnen, wenn wir eine Kultur des Sterbens wieder gefunden haben – oder, umgekehrt gesagt: die Bewegung der „aktiven

Sterbehilfe“ legt ihren Finger auf zwei wunde Punkte unserer Gesellschaft und zieht daraus ihre Kraft:

Erstens geht der „Kult des strahlenden Lebens“, dem wir gesellschaftlich huldigen, einher mit Leidverdrängung, Leidvermeidung (auch der Ruf der „Gesellschaft für humanes Sterben“ nach der „Todesspritze“ bedeutet ja wesentlich, dass Leidverdrängung und Leidvermeidung machbar seien).

Zweitens hat diese scheinbare Möglichkeit der Leidvermeidung (und daraus folgenden Leidverdrängung) auch ihren Weg über die „Machbarkeit“ in die Medizin gefunden, denn über eben dieser scheinbaren Möglichkeit, Krankheit und Tod zu besiegen, haben Sterben und Tod ihre Würde verloren – also bleibt der „Ruf nach der Todesspritze“ als wiederum scheinbare Möglichkeit des würdigen Sterbens.

Die aktive Sterbehilfe erwuchs aus dem Widerstand gegen die Macht der Ärzte (Stichwort: Intensivmedizin, Apparatedenken), doch sie gibt ja geradezu dem Arzt wiederum noch mehr (chemische) Macht und entlässt ihn wieder aus der Verantwortung, die ja eben von so vielen Arztpersönlichkeiten als der eigentliche Sinn ihres Berufes erlebt wird: nämlich den leidenden Menschen auf seinem Weg durch die Angst mit all seinem ärztlichen Wissen und Können zu begleiten – und sich dabei auch der eigenen Ohnmacht im Sinne der Machbarkeit zu stellen. Und genau an dieser Stelle gehört auch die Ausbildungsverordnung der deutschen Medizin auf den Prüfstand, die bislang den jungen Arzt in keiner Weise auf diese Verantwortung und auf den täglichen Umgang mit Leid, Verlust, Trauer oder Tod vorbereitet.

Aus diesem Bewusstsein heraus ist die Hospizbewegung entstanden, der wir natürlich viel verdanken, die aber in Deutschland ihren Weg nicht mit, sondern sozusagen neben der Medizin geht. Ganz anderes können wir beim englischen Ursprungsmodell sehen, da dort ein sehr großer Teil der Hospize an Krankenhäuser angeschlossen sind. Durch diese institutionelle Integration mag auch für die Krankenhäuser manche Kostentlastung entstehen (Hospizbetten sind finanziell weniger aufwendig) – zugleich ist damit auch die Tatsache berücksichtigt, dass Umgang mit Tod und Sterben auch auf lange Sicht ein wesentlicher Bestandteil auch der Institution Krankenhaus bleiben wird. Derzeit liegt die Zahl der Sterbenden in deutschen Krankenhäusern pro Jahr noch immer bei ungefähr 70 Prozent. Selbst wenn sich durch die ambulanten Dienste, die Pflegeversicherung etc. dieser hohe Prozentsatz in den nächsten Jahren hoffentlich weiter verändern wird, so zeigt allein diese Zahl die Bedeutung dieses Themas für die tägliche Krankenhausarbeit von Ärzten und Pflegenden. Zugleich dürfen und müssen damit die Fragen des Umgangs mit Leid, Trauer, Verlust (Behinderungen, Unfallschäden!), Sterben und Tod doch wieder geradezu eine Herausforderung für uns alle und eben auch für unsere Medizin werden.

Geradezu überdeutliche Schärfe gewinnt dieses Thema im Zusammenhang mit den Fragen der Organtransplantation: Allein durch den Fortschritt der Intensivmedizin können wir dem Dilemma, den Tod durch eine neue Übereinkunft zu definieren oder ihn gar durch ärztlichen Beschluss verändern zu müssen, nicht mehr entrinnen – ja, die Erfordernisse der Intensivmedizin selbst machen die Hirntodkriterien als neues Todeskonzept notwendig. Entscheidend ist an dieser Stelle, dass es bei den Hirntodkriterien nicht, wie z. B. Jörns es immer wieder darlegt, darum geht, dass Geist und Seele und Person des Menschen „ganz und gar als an das Gehirn des Menschen gebunden gedacht werden“, sondern darum, dass nach heutigem Wissensstand das Gehirn das *System Mensch* steuert, also „jene Instanz ist, welche die Integration des gesamten Organismus zu einer leib-seelischen Ganzheit gewährleistet“ (Schockenhoff).

Für mich als Praktikerin fangen an dieser Stelle die Probleme erst an: Die Fragen der Organtransplantation sind letztlich Fragen einer Konfliktethik, einer Spannung zwischen der Not derer, die auf ein Organ warten, und der Wahrung der Würde des Spenders und seiner Angehörigen. Dabei geht es um die Würde des Sterbenden und des Abschiednehmens auch von dem Körper des Verstorbenen; denn jede menschliche Beziehung hat auch eine leibliche Komponente.

Diese Fragen können nach meiner Meinung und Erfahrung nicht durch eine theoretische Hirntoddiskussion gelöst werden, sondern allein über die Verantwortung des Arztes für den jeweiligen Weg zur Lösung in dieser Konfliktethik. Aus dieser Verantwortung darf der Arzt auf keinen Fall entlassen werden, und dazu gehört notwendigerweise die Einbeziehung der Angehörigen; denn gerade deren Einbeziehung, die eine sehr einfühlsame und zeitintensive Begleitung notwendig macht, wird immer eine Form der Außenkontrolle für alle „Machbarkeit“ innerhalb der Medizintechnik darstellen. Durch den Angehörigen wird der Arzt immer mit der entstehenden menschlichen Problematik des Hirntodkriteriums bei der Organentnahme konfrontiert werden. Da die Spannung zwischen der emotionalen Wahrnehmung und dem rationalen Wissen natürlich gerade bei dem Betroffenen zu einem inneren Widerspruch führt, der nur dann zur Einheit werden und heilen kann, wenn der Arzt diesem Angehörigen beisteht und in den vielen Ängsten und Fragen, in der Trauer und in dem Nichtverstehenkönnen bei ihm bleibt. So behält in der Tiefe existentieller Prozesse die „Technik“ ihre dienende Funktion, und es besteht Raum für das *Humanum*.

In diesen kurzen Überlegungen wird deutlich, dass die Möglichkeiten der Organtransplantation, ebenso wie die Forderung nach der „Todesspritze“ wieder neu an den sehr wunden Punkt unserer Gesellschaft und unserer Medizin rühren: unserem Umgang mit Sterben und Tod, mit Leid, Trauer und Abschied. Und so meine ich,

dass wir nicht umhin kommen, uns hier auch den Aus- und Fortbildungsverordnungen der Ärzte und Pflegenden zuzuwenden (denn qua Ausbildung bleiben deutsche Mediziner in diesem Schwerpunkt ihres Berufes hilflos. Davon unberührt bleibt, dass es natürlich viele einzelne Ärzte gibt, die dies kraft ihrer Persönlichkeit und Lebenserfahrung ausgleichen). Dass der tägliche Umgang mit dieser Tiefe menschlicher Probleme im Grunde eine andere Vorbereitung verlangt, dafür möchte ich als Beispiel drei Grundsätze aus dem kanadischen Curriculum für die Ausbildung von Medizinstudenten anführen:

1. Es soll die Fähigkeit erreicht werden, die verschiedenen Schritte der Trauerbewältigung zu erkennen und zu beschreiben, und einige Techniken zu beherrschen, um pathologischen Reaktionen beim Patienten und bei der betroffenen Familie vorzubeugen.
2. Vorbeugende Maßnahmen sollen erlernt werden, um somatischen, psychologischen und emotionalen Problemen vorzubeugen.
3. Die Studenten sollen erfahren, dass eine ärztliche Behandlung mehr beinhaltet als Diagnose und Heilungsversuche und dass Krankheit ein komplexer Zustand ist, der aus somatischen, psychosozialen und spirituellen Elementen besteht.

Zum Schluss möchte ich anmerken, dass für mich der Weg, den wir gehen, faszinierend bleibt: Angesichts der großen technischen Möglichkeiten der Medizin waren wir viele Jahre in der Gefahr, uns von der Wahrnehmung des Menschen zu entfernen; bei den noch größeren Möglichkeiten der Medizin müssen wir uns neu besinnen. Denn genau diese Fortschritte der Medizin gehen einher mit der Erkenntnis begrenzter Ressourcen, den großen Anfragen an einen ethischen Grundkonsens, und rütteln wieder neu an der Frage des *Humanum* (aktive Sterbehilfe als verdeckte Kostensenkung!?) – und dies nicht zuletzt im Blick auf die Würde des Sterbenden: Sie hat alle Menschheitskulturen bewegt; das zeigen uns Totenrituale, Totenbeigaben und (Grab-)Inschriften.

Vielleicht hat die Weisheit der Antike, dass wir den Menschen erst in seinem Tod kennen lernen und an seiner Art zu sterben, nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche Bedeutung.

Diese kurzen Hinweise stecken noch einmal den größeren Rahmen ab, in den diese Fragen gehören: Nicht die Medizin hat den „Schwarzen Peter“, nicht *die* Gesellschaft, sondern wir alle sind angefragt, an der „Basis“ und in *unseren* Institutionen Veränderungen einzuleiten.



# Möglichkeiten der Palliativmedizin und der Schmerztherapie

*Eberhard Klaschik*

Sterben und Tod sind eine Realität, seit es Menschen gibt. Die Entwicklung der Medizin, anderer Wissenschaften und das soziale Umfeld haben dazu geführt, den Zeitpunkt und die Form des Sterbens entscheidend zu verändern.

Die Lebenserwartung ist größer geworden, die Fähigkeit, Leid zu ertragen, geringer. Todesursachen haben sich verändert. Früher waren es die Infektionskrankheiten, an denen die Menschen starben, meistens im Kreise der Familie. Heute sterben die Patienten an den Folgen der Zivilisationskrankheiten – überwiegend im Krankenhaus, evtl. von Familie und Freunden getrennt.

Zahlreiche Umfragen haben immer wieder das gleiche Ergebnis gebracht, nämlich

- den Wunsch der Menschen, im Sterben nicht alleine gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort, umgeben von vertrauten Menschen zu sterben;
- den Wunsch der Menschen, im Sterben nicht unter Schmerzen und anderen körperlichen Beschwerden leiden zu müssen;
- den Wunsch, noch letzte Dinge zu regeln;
- den Wunsch, die Sinnfrage stellen und besprechen zu dürfen.

Es liegt nahe, dass sich diese Wünsche am ehesten dort erfüllen lassen, wo ein Mensch seit jeher gelebt hat: in seinem eigenen Zuhause.

Krankenhäuser sind vor allem für Diagnostik und sachgerechte, auf Heilung ausgerichtete Behandlung von Krankheiten aller Art gedacht. Diese prinzipielle kurative Einstellung der Krankheit gegenüber ist natürlich sinnvoll und notwendig, solange auch nur geringe Erfolgsaussichten bestehen. Aber sie erschwert auf der anderen Seite das rechtzeitige Akzeptieren und damit das Erkennen des Zeitpunktes, von dem an nichts mehr gegen die Krankheit getan werden kann.

Eine Gießener Forschungsgruppe veröffentlichte 1989 im Deutschen Ärzteblatt die Ergebnisse einer Umfrage über die Sterbebedingungen in bundesdeutschen Krankenhäusern und Kliniken. Die Untersuchung ergab, dass 75 Prozent der Mitarbeiter der Meinung waren, die Sterbebedingungen seien menschenunwürdig. Ebenso viele gaben an, dass sie nicht genügend Zeit für die Betreuung Sterbender

hätten. Zwei Drittel der Mitarbeiter waren der Meinung, dass sie eine unzureichende Ausbildung im Umgang mit Sterbenden besäßen, und sie glaubten, dass bei hoffnungslosen Fällen zu häufig noch lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen würden. Ein Drittel der Mitarbeiter empfand gar, dass mit den Toten unwürdig umgegangen werde.

Wenn wir bedenken, dass 80 Prozent aller Menschen in Deutschland in Krankenhäusern sterben, aber 90 Prozent zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung sterben *wollen*, ergibt sich die Notwendigkeit, die Bedingungen zu ändern.

Es waren die englischen Hospize, in denen die Palliativmedizin und insbesondere die Tumorschmerztherapie entwickelt und wissenschaftlich untermauert wurden. Der alternative Handlungsansatz der Hospizbewegung mit seiner ganzheitlichen Umgangsform mit Sterbenden und Trauernden ermöglicht diesen Menschen neue Formen der Lebensbewältigung. Mittlerweile – mehr als drei Jahrzehnte nach Gründung des St. Christopher Hospice in London – gibt es weltweit über 2.000 Hospize.

Im Rahmen der Hospizbewegung haben sich im stationären Bereich zwei Alternativen entwickelt:

- Zum einen das Hospiz, das in der Regel ein eigenständiges Haus ist. Der Schwerpunkt liegt hier auf Pflege und Begleitung der Patienten.
- Zum anderen die Palliativstation, die in der Regel einem Krankenhaus angegliedert oder in ein Krankenhaus integriert ist. Der Schwerpunkt liegt hier neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung auf der Schmerztherapie und Symptomkontrolle.

Hospize und Palliativstationen bejahen das Leben. Sie machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Krankheit zu unterstützen und zu pflegen, damit sie in dieser Zeit so bewusst und zufrieden wie möglich leben können.

Hinter der Hospizbewegung steht eine vertiefte Nachdenklichkeit in bezug auf den Sinn und die Würde menschlichen Sterbens, ein Gedanke also, der sich gegen künstliche Verdrängung von Sterben und Tod richtet.

Hospize und Palliativstationen sind keine Stätten, wo Menschen nur zum Sterben eingeliefert werden, sondern sie sind Orte des Lebens für Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit sterben werden. Es sind auch keine Stätten der aktiven oder passiven Sterbehilfe, sondern im Gegenteil: Patienten in den Hospizen und Palliativstationen haben nicht diese Wünsche, da sie sich gut begleitet fühlen und schmerzfrei sind.

Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten, die das Wesen der Hospize und der Palliativstationen ausmachen, hat der Hannoveraner Sozialmediziner Professor Johann-Christoph Student fünf Minimalforderungen aufgestellt:

- Die Wünsche des inkurablen Patienten und seiner Angehörigen stehen im Mittelpunkt, um den ganzen Menschen in seiner körperlichen, psychischen, sozialen und religiösen Dimension wahrzunehmen.
- Die Betroffenen werden durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt, dem Arzt, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Seelsorger angehören.
- Das Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der palliativen Therapie.
- Das Team gewährleistet Kontinuität der Betreuung, d.h. rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche.
- Freiwillige Helfer unterstützen nach ihren Fähigkeiten die Hospizarbeit.

## **Aufgaben der Hospize und Palliativstationen**

Die Behandlung von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung ist palliativ (lindernd). Das Ziel ist weder die Heilung noch die Lebensverlängerung, vielmehr die Wiederherstellung eines lebenswerten Zustandes, der möglichst lange erhalten werden soll. Die palliative Therapie versteht sich als Lebenshilfe im letzten Lebensabschnitt und nicht als Sterbehilfe und schon gar nicht als Euthanasie. Wir haben immer wieder die Erfahrung gemacht, dass auch Patienten mit Tumorerkrankungen im weit fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung leben wollen, wenn sie sich in der Betreuung und Begleitung geborgen fühlen.

Ziel der stationären Behandlung in einem Hospiz oder auf einer Palliativstation ist, die Patienten physisch und psychisch so zu stabilisieren, dass sie wieder in ihre häusliche Umgebung zurückkehren können. Ist dies nicht mehr möglich, gehört zur Symptomkontrolle auch die geistig-seelische Betreuung der Kranken und Begleitung der Sterbenden. Großer Wert wird auf die Einbindung der Angehörigen zur Betreuung der Patienten gelegt. Diese benötigen aber ebenfalls unsere intensive Zuwendung während der Behandlung und auch in der Zeit nach dem Tod des Patienten.

## **Aufnahmekriterium für ein Hospiz oder Palliativstation**

Voraussetzung für die Aufnahme eines Patienten ist ein inkurables Leiden mit Beschwerden. Diese können starke unkontrollierte Schmerzen, Schwierigkeiten mit der Ernährung oder andere Symptome eines fortgeschrittenen Krankheitsstadiums sein. Psycho-soziale Probleme verstärken die Dringlichkeit der stationären Aufnahme. Die Kontaktaufnahme mit dem Team eines Hospiz oder einer Palliativstation erfolgt über den Hausarzt, durch den Patienten oder die Angehörigen selbst, über die Krankenhäuser oder andere soziale Institutionen.

## **Schmerztherapie und Symptomkontrolle**

Ziel der Palliativmedizin ist die Verbesserung der Lebensqualität, nicht die Lebensverlängerung.

Die Palliativmedizin schließt eine Chemotherapie, Strahlentherapie oder Operation nicht aus. Voraussetzung ist aber, dass die Vorteile dieser Behandlungsstrategien größer sind als deren potentiellen Nachteile. Chronischer Schmerz ist das am meisten gefürchtete, mit der Diagnose Krebs am häufigsten assoziierte Symptom. Bei der palliativen Schmerztherapie unterscheiden wir zwei Stadien, nämlich

- die zeitbegrenzte Rehabilitation,
- die Finalphase.

In der Phase zeitbegrenzter Rehabilitation gilt es, die Patienten so zu regenerieren, dass sie wieder einem normalen Alltagsleben in ihrer vertrauten Umgebung nachgehen können.

Ziel ist es, den Patienten langfristig schmerzfrei, wach und umweltorientiert zu halten und in die Familie zu integrieren. Selbstverständlich wird der Kranke jederzeit, wenn eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist, wieder stationär aufgenommen.

In der Finalphase gilt es, dem Patienten einen schmerzfreien, angstfreien und würdevollen Tod zu ermöglichen.

Zum therapeutischen Konzept einer Palliativstation oder eines Hospizes gehört auch die menschliche Zuwendung. Sie umfasst Dasein, Zuhören, Einfühlen, Wärme, Ehrlichkeit und die Bereitschaft zum Gespräch, wenn der Patient oder die Angehörigen danach verlangen. Die fortschreitende Tumorerkrankung hat nicht nur Einfluss auf das Leben der Patienten, sondern auch auf das ihrer Angehörigen und Freunde. Sie

löst bei vielen Angehörigen schmerzliche Gefühle, Angst, Frustration, Unsicherheit, Schuldgefühle und Ärger aus.

Ein weiteres Ziel der Palliativmedizin ist es deshalb, die Angehörigen und Freunde in die Begleitung mit einzubeziehen, um so eine offene und ehrliche Atmosphäre zwischen Patient und Angehörigen zu schaffen und Ängste und Unsicherheiten abzubauen. Die Begleitung der Angehörigen ist auch nach dem Tod der Patienten nicht zu Ende, sondern erfolgt, solange sie den Kontakt wünschen.

## **Zusammenfassung**

Ziel der palliativen Behandlung ist, die Lebensqualität der Patienten möglichst langfristig zu verbessern. Dies ist in einem hohen Prozentsatz in hausärztlicher Betreuung oder auf Allgemeinstationen eines Krankenhauses möglich.

Ist die Symptomkontrolle und psycho-soziale Umsorgung problematisch, bieten Hospize oder Palliativstationen ideale Voraussetzungen, um durch konsequente Schmerztherapie, Symptomkontrolle, menschliche Zuwendung und geistig-seelische Betreuung der Kranken, das physische und psychische Wohlbefinden der Patienten zu verbessern.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass kein Schwerkranker sterben wollte, wenn seine Schmerzen und andere Symptome kontrolliert waren und er als Mensch angenommen wurde. Der bei diesen Patienten immer wieder beobachtete elementare Lebenswunsch ließ uns Diskussionen über eine aktive Sterbehilfe bei terminalen Tumorkranken als sinnlos erscheinen. Aufgrund der guten Erfahrungen der Hospize und Palliativstationen sollten wir alle darüber nachdenken, wie man Schwerstkranke medizinisch und menschlich so versorgen kann, dass sie wieder Lebensfreude empfinden, solange ihr Leben dauert. Dabei muss gleichermaßen die Förderung der häuslichen und stationären Behandlung von Tumorkranken berücksichtigt werden.

Wichtig ist, dass die Palliativmedizin und Hospizbewegung strukturkonform entwickelt und integriert werden, und dass alle in der Palliativmedizin und in Hospizen tätigen Personen eine qualifizierte Aus- und Weiterbildung erhalten.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Zum Thema Schmerztherapie vgl. E. Klaschik, Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorkranken – Ein Leitfadens, Bonn 1994.

## **Anhang: Möglichkeiten der Palliativmedizin und der Schmerztherapie**

### **1. Die Angst vor dem Sterben**

- Isolation von der Familie, von zu Hause, von der Arbeit
- Unfähigkeit, unerledigte Dinge zu Ende zu führen
- Konsequenzen für die Zurückgelassenen
- Abhängigkeit von anderen
- Gefühl, unnützlich zu sein
- Schmerzen

### **2. Symptome im terminalen Carcinomstadium**

- Schwäche
- Kachexie
- Schmerz
- Dyspnoe
- Übelkeit, Erbrechen
- Verstopfung
- Husten
- Ödeme
- Schlaflosigkeit

### **3. Schmerzen im terminalen Krebsstadium**

- Schmerzen durch Krebs verursacht:  
Infiltration des Weichteilgewebes,  
Infiltration des Knochens,  
Nervenkompression,  
Erhöhter intrakranieller Druck,  
Ulceration mit und ohne Infektion.
- Schmerzen mit Bezug zum Krebs  
Verstopfung,  
Dekubitus,  
Lymphödem,  
Pilzinfektion,  
Herpes-Neuralgie,  
Tiefe Venenthrombose,  
Lungenembolie.
- Schmerzen mit Bezug zur Therapie  
Postoperative Neuralgie,  
Fibrose nach Bestrahlung,  
Neuropathie nach Chemotherapie,  
Phantomschmerzen,  
Myelopathie nach Bestrahlung.
- Schmerzen ohne Bezug zum Krebs oder der Therapie  
Migräne,  
Osteoarthritis,  
Rhomatoide Arthritis,  
Muskel- und Knochenschmerzen.

#### 4. Faktoren, die die Schmerzschwelle beeinflussen

- Erhöhung der Schmerzschwelle durch:  
Befreiung von Begleitsymptomen,  
Sorglosigkeit,  
Schlaf,  
Verständnis,  
Familie,  
Zuwendung,  
Zeit,  
Beschäftigung,  
Hoffnung,  
Anxiolytika,  
Antidepressiva.
- Erniedrigung der Schmerzschwelle durch:  
Schlaflosigkeit,  
Angst,  
Traurigkeit,  
Depression,  
Introversion,  
Isolation,  
soziale Abhängigkeit,  
Sorgen,  
Langeweile.

#### 5. Grundprinzipien der Tumor-Schmerzbehandlung

- Orale Medikamentenabgabe.
- Regelmäßige Einnahme nach festem Zeitschema.
- Individuelle Dosierung.
- Kontrollierte Dosisanpassung.
- Prophylaxe von Nebenwirkungen durch Begleitmedikamente.
- Einsatz von Co-Analgetika.

Die nächste Medikamentenabgabe muss erfolgen, bevor der schmerzstillende Effekt der vorangegangenen Applikation aufgebraucht ist und bevor der Patient glaubt, dass die nächste Analgetikabgabe notwendig sei.

Ziel der Initialbehandlung ist eine schmerzfreie Nachtruhe und eine deutliche Schmerzlinderung in den ersten 24 bis 48 Stunden.

#### 6. Regeln zur Behandlung von Patienten mit Tumorschmerzen

- Glaube den Angaben des Patienten, zweifle nicht an seinen Schmerzen.
- Lasse den Patienten nicht warten.
- Wirke zielbewusst und gib zu verstehen, dass du Zeit hast.
- Appliziere eine sicher wirksame Schmerzmittel-Dosis.
- Stelle einen Therapieplan auf.

- Erkläre und besprich ihn mit dem Patienten.
- Erkundige dich wenig später, wie es ihm geht.
- Baue eine stabile Vertrauensbasis auf.
- Behandle die psychologischen und sozialen Hintergründe.
- Wende dich nicht ab vom Patienten, auch wenn du scheinbar nichts für ihn tun kannst.

### **7. Aufgaben und Ziele der Palliativstation**

- Verbesserung der Lebensqualität durch:  
Schmerztherapie und Symptomkontrolle,  
ganzheitliche Pflege,  
menschliche Zuwendung und geistig-seelische Betreuung,  
Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen.
- Erreichbarkeit für ambulante Patienten rund um die Uhr:  
telefonische Beratung von Hausärzten,  
konsiliarische Schmerztherapie im Krankenhaus,  
Fort- und Weiterbildung.

### **8. Aufnahmekriterien Palliativstation**

- Fortgeschrittene Tumorerkrankung mit Symptomen:  
Schmerzen,  
andere körperliche Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Husten,  
Schlafstörungen u. a.).
- Psychosoziale Probleme verstärken die Dringlichkeit der stationären Aufnahme.

### **9. Voraussetzungen für die ganzheitliche Betreuung auf einer Palliativstation**

- Ausreichender Stellenplan (1,2 : 1 = Pflegepersonal : Patient).
- Kompetente ärztliche Betreuung.
- Kooperation der medizinischen Fachdisziplinen.
- Kooperation mit Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen.
- Qualifizierte Weiterbildung.
- Ehrenamtliche Mitarbeiter.
- Enge und offene Zusammenarbeit mit Patienten, Angehörige und Hausärzten.
- Räumlichkeiten mit wohnlicher Atmosphäre.



## **Die Autorin / Die Autoren**

***Prof. em. Dr. Martin Honecker***

Systematische Theologie und Sozialethik  
Universität Bonn

***Dr. Dorothea Ludewig-Thaut***

European Association for Supervision, Supervisorin/Coach  
Universität zu Köln

***Prof. Dr. Eberhard Klaschik***

Chefarzt der Abteilung Anästhesiologie/Palliativstation  
Malteser-Krankenhaus Bonn