Würdevolles Leben bis zum letzten Atemzug

Herausforderungen und Chancen einer ganzheitlichen Betreuung am Lebensende

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts (MA)

an der Katholisch- Theologischen Fakultät

der Karl-Franzens-Universität Graz

Vorgelegt von

Eva-Maria Hermann BEd

am Institut für Ethik und Gesellschaftslehre

Begutachter: Univ. Prof. Mag. Dr. theol. Leopold Neuhold

Graz 2016

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Mai 2016 **Eva-Maria Hermann**

Widmung

Ich widme diese Arbeit meinem, am 26.03.2010, nach langer Krankheit verstorbenen Vater, Johann Rodler. Bis zum letzten Atemzug versuchte meine Familie, besonders meine Mutter, meinem Vater eine optimale medizinische Betreuung und vor allem ein liebevolles Umsorgen möglich zu machen. Doch ob er seine Krankheit und sein Sterben tatsächlich würdevoll erlebt hat, bleibt, wie so vieles im Leben, ein Geheimnis.

Inhaltsverzeichnis

Abstract 6

Einleitung 8

1.1 Begriffsklärungen 9

1.2 Der biologische Sterbeprozess 10

1.3 Der Hirntod 11

1.4 Sterbehilfe 13

1.4.1 Indirekte Sterbehilfe bzw. Therapie am Lebensende 14

1.4.2 Aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen 15

1.4.3 Passive Sterbehilfe oder Sterbenlassen 16

1.4.4 Assistierter Suizid bzw. Beihilfe zur Selbsttötung 17

2 Die Ambivalenz des Sterbens im 21. Jahrhundert 19

2.1 Institutionalisierung des Sterbens 19

2.2 Sterben als Versagen der Medizin 20

2.3 Sterben in den Medien und im öffentlichen Diskurs 21

2.4 Stellungnahme der Bioethikkommission Österreich 22

3 Über die Würde des menschlichen Lebens und Sterbens 24

3.1 Der Begriff der Menschenwürde im staatlichen Kontext 24

3.2 Menschenwürde am Lebensende in der medizinischen Ethik 25

3.2.1 Schutz des Lebens 27

3.2.2 Nichtschadensprinzip 28

3.2.3 Anspruch auf Selbstbestimmung 29

3.2.4 Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip 30

3.2.5 Verteilungsgerechtigkeit 30

3.3 Menschenwürde am Lebensende in der christlichen Ethik 31

3.3.1 Würde durch Gottebenbildlichkeit 32

3.3.2 Der Auftrag zur Nächstenliebe und Menschenwürde 33

3.3.3 Würde und christliche Freiheit 35

3.3.4 Würde angesichts Krankheit, Leid und Sterben 36

3.4 Personalität, Solidarität und Subsidiarität in der katholischen Soziallehre 38

4 Ethische Problemfelder aufgrund der Intensivmedizin 40

4.1 Der Verzicht auf lebensverlängernden Maßnahmen 40

4.2 Palliative Sedierung 41

4.3 Künstliche Beatmung ... 43
4.4 Problematik der künstlichen Ernährung und Hydrierung ... 43
4.5 Die Grenzen von Patientenverfügungen ... 45
5 Humanes Sterben - Was Menschen am Lebensende brauchen ... 49
5.1 Sozial- kommunikativer Aspekt ... 50
5.2 Medizinische Versorgung ... 51
5.3 Psycho-Soziale Betreuung ... 53
5.4 Spiritueller und seelsorgerischer Aspekt ... 54
5.5 Religiöser Aspekt- Hilfe durch christlichen Glauben ... 56
6 Konzepte humanen Sterbens ... 58
6.1 Hospiz und Begleitung beim Sterben ... 58
6.1.1 Leitgedanken von Hospiz ... 60
6.2 Das Konzept von Palliative- Care ... 64
6.2.1 Strukturen von Palliative Care ... 65
6.3 Das Konzept häuslicher Betreuung ... 67
6.3.1 Palliative Care in der Hauskrankenpflege ... 68
6.3.2 Zu Hause sterben- ein mögliches Zukunftsmodell? ... 69
7 Würdevoller Umgang mit Menschen am Lebensende- Ein Blick in die Praxis ... 71
7.1 Erfahrungsbericht einer Pastoralassistentin ... 71
7.1.1 Das Gespräch ... 72
7.1.2 Herausforderungen ... 73
7.2 Bericht von der Erfahrung einer Hospizbegleiterin im Altenheim ... 74
7.2.1 Begleitung im Gespräch ... 75
7.2.2 Die Herausforderungen der Hospizbegleiterin ... 75
7.2.3 Ängste und Belastungen der Patienten ... 76
7.2.4 Würde bewahren ... 77
7.3 Erfahrungsbericht einer Allgemeinemedizinerin ... 78
7.3.1 Sterben im häuslichen Kontext ... 78
7.3.2 Die häufigsten Ängste ... 79
7.3.3 Würde und Sterben ... 80
Resümee ... 81
Literaturverzeichnis ... 84
Buchquellen ... 84
Internetquellen ... 85

Abstract

Der Vorgang des Sterbens ängstigt, schmerzt auf psychische wie auch physische Weise und kann mitunter zu einem langwierigen Prozess werden. So ist das gesamte Leben von Tod und Sterben betroffen, und der Mensch kann dem Bewusstsein dahingehend nicht entrinnen. Alles im Menschen strebt von seiner Anlage her nach geglücktem Leben, und die Tatsache des Sterbens stellt dabei eine existentielle Beunruhigung dar. Dabei wird übersehen, dass auch das Ende des Lebens selbst Leben ist und ihm die Ehrfurcht und Achtung entgegengebracht werden muss, die der Würde menschlichen Lebens entspricht. Selbst wenn der Prozess des Sterbens mit all seinen Begleiterscheinungen und dem körperlichen, wie geistigen Verfall einer Person oft alles andere als würdevoll zu sein scheint, so ist die Würde der Person an sich, trotz Krankheiten und Unvollkommenheiten, immer unantastbar. Was die Würde des Menschen aber sehr wohl antasten, ja verletzen kann, ist die Art und Weise, wie mit den letzten Phasen des Lebens umgegangen wird. Die aktuellen Debatten um die Straffreistellung des assistierten Suizids im Parlament und in den Medien, bergen u.a. Gefahr, den Tod als Dienstleistung ins Haus zu holen und somit dem Leben seine unantastbare Würde abzusprechen. Menschliches Sterben und seine Begleitung umfassen Hilfen zum je eigenen Tod, aber nicht im eigenmächtigen Beenden, sondern in der persönlichen Gestaltung und Pflege der letzten Lebensphase.

The procedure of dying scares and even hurts in a psychological as well as physical way and can turn into a lengthy process. Therefore, the entire life is affected by death and dying, and humans cannot escape from consciousness to that effect. Everything in us strives towards a successful life, and the fact of dying represents thereby a vital uneasiness, which makes helpless and drives humans to ignore it. It is overlooked that also the end of life belongs to life and it must be brought to an attention level, which corresponds to the importance of human life. Even if the process of dying with all its accompaniments and the physical as mental decline of a person seems to be often everything else than gracefully, a person's dignity always stays inviolable despite diseases and incompleteness. But what can touch or even injure a person's dignity, is the way how it is dealt with the last phases of life. Current debates about the exemption from punishment position for assisted suicide in the parliament and in

the media impose the danger to treat death as a simple service and thus to deny the inviolable dignity of life. Human dying and its supervision include help to own death, but not in arbitrary termination, but in the personal organization and care of the last phase in life.

Einleitung

Die Arbeit „Würdevolles Leben bis zum letzten Atemzug“ beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern der Sterbeprozess angesichts all seiner Dramatik würdevoll gestaltet werden kann und welche Aufgaben dabei dem Staat, der Medizin, der Kirche und insbesondere den einzelnen Personen, die ja Teil eines sozialen Gefüges sind, zukommen. Bevor auf den entscheidenden Begriff der Würde eingegangen wird, widmet sich das erste Kapitel den Begriffen, die mit dem Sterbeprozess in enger Verbindung stehen und daher häufig thematisiert werden. Geklärt werden die Terminologien der passiven und der aktiven wie auch der indirekten Sterbehilfe und des assistierten Suizids. Allerdings bergen die genannten Begriffe mitunter Missverständnisse und bedürfen daher einer genauen Klärung, wenn nicht sogar einer Umbenennung. Die korrekte und unmissverständliche Begriffsfindung ist, wie noch erläutert wird, nicht ganz einfach und so darf es nicht verwundern, wenn in Bezug auf das Sterben sehr unterschiedliche Wertungen und Bewältigungsstrategien existieren. Das Wissen um die menschliche Sterblichkeit führt dazu, dass seit jeher Kulturen und Völker in verschiedenster Weise mit dem Tod umgegangen sind. So kann das Sterben gewaltsam herbeigeführt, verdrängt oder der Eintritt des Todes möglichst weit hinausgeschoben werden. Der Umgang mit dem Tod reicht heutzutage von der Institutionalisierung des Sterbens bis hin zum Versuch der medizinischen Beherrschung des Sterbeprozesses. Auch die mediale Überpräsenz des Sterbens ist ein Phänomen moderner Gesellschaften.

Das zweite Kapitel zeigt daher einen Ausschnitt über die Ambivalenz im Umgang mit dem Sterben im 21. Jahrhundert und verweist u.a. auf die Stellungnahme der Bioethikkommission Österreich aus dem Jahre 2015. Mittels Empfehlungen versucht eine Gruppe von Experten, Mittel und Wege für einen würdevollen Umgang mit dem Lebensende aufzuzeigen. Der Umgang mit dem Sterbeprozess wirft dabei jedoch eine Vielzahl ethischer Fragen auf und so wird sich selbst die Bioethikkommission bei der Frage nach einer Straffreistellung im Falle der Beihilfe zur Tötung auf Verlangen nicht einig. Aus diesem Grund widmet sich das dritte Kapitel der Würde menschlichen Lebens und Sterbens. Beleuchtet werden in diesem Zusammenhang ethische Aspekte im Kontext des sozialen Gefüges, der Medizin und speziell aus Sicht der christlichen Ethik. Zunächst soll die Entwicklung der Menschenwürde im staatlichen Gefüge genauer betrachtet werden. So waren es vor allem das jüdische- christliche Menschenbild, der Humanismus und die Aufklärung, die dazu beigetragen haben, dass Menschenwürde in den staatlichen Kontext verankert wurde. Besondere Beachtung erlangen in dieser Arbeit die Prinzipien der medizinischen Ethik und aus der christlichen Soziallehre. Aufgrund der Fortschritte in der Intensivmedizin kommt es aber immer wieder zu ethischen Konflikten, vor allem in Bezug auf die künstliche Lebensverlängerung. Das vierte Kapitel widmet sich somit den ethischen Problemfeldern lebensverlängernden Maßnahmen. Das sechste Kapitel beschäftigt sich

schließlich mit den Rahmenbedingungen für humanes bzw. menschenwürdiges Sterben. Bei der Vorstellung über das Lebensende gibt es laut Palliativmediziners Gian Domenico Borasio im Wesentlichen zwei Wünsche, nämlich Schmerzfreiheit und Geborgenheit. Um dies gewährleisten zu können, müssen beim humanen Sterben eine Reihe von Aspekten berücksichtigt werden. Dazu gehören u.a. eine umfassende medizinische Versorgung, eine psychologische, spirituelle und wenn gewünscht, eine religiöse Betreuung des Sterbenden. Entscheidende Faktoren bei der Begleitung von Menschen an ihrem Lebensende sind schließlich die Kommunikation und das Eingebettet-Sein in ein soziales System.[1] Das sechste Kapitel stellt folglich verschiedene Konzepte vor, die durch ihre Leitgedanken und Strukturen eine Beheimatung des Sterbenden zu ermöglichen versuchen. Auch wenn das Sterben im Gefüge einer Familie heute kaum noch möglich ist, kann durch eine freundschaftliche Sorge um den betreffenden Menschen, ein Umfeld der Geborgenheit geschaffen werden. Dort, wo Menschen in ihrer Einmaligkeit respektiert und aufgenommen werden, kann auch ein Umfeld menschenwürdigen Sterbens eröffnet werden. Mittels beispielhaften Berichten aus der Praxis soll gezeigt werden, auf welche Weise Sterbehilfe konkret ermöglicht werden kann. Die Grundlage für die Berichte des siebten Kapitels bilden Interviews mit Personen, die in der Betreuung und Begleitung Sterbender aktiv tätig sind. Die Erfahrungen einer Pastoralassistentin aus der Krankenhausseelsorge, einer Ärztin und einer ehrenamtlichen Sterbebegleiterin sollen eine praktische und lebensnahe Sicht über das Thema „würdevolles Leben bis zum letzten Atemzug“ vermitteln, da weder Begriffe noch Konzepte das Geschehen des Sterbens in seiner Komplexhaftigkeit zu erfassen vermögen.

1.1 Begriffsklärungen

Die ethische Auseinandersetzung mit dem Sterben bedarf zunächst einer genauen Überlegung, mit welchen Begriffen man Sachverhalte im Bezug auf den Sterbeprozess benennen soll. Worte vermitteln immer auch Assoziationen und Wertungen, die den zu bezeichnenden Gegenstand in ein bestimmtes Licht rücken. Daher ist es unumgänglich, gleich zu Beginn dieser Arbeit einen Blick auf bestimmte Terminologien zu werfen, die in der Vergangenheit einer Umänderung durch den deutschen und schließlich auch österreichischen Ethikrat erfahren haben. Dies gilt in erster Linie für die Bezeichnungen Euthanasie, aktive, passive und indirekte Sterbehilfe. Was Sterbehilfe konkret bedeutet und welche Schwierigkeiten es aufgrund der deutsch-österreichischen NS Vergangenheit mit dem Begriff der Euthanasie gibt, soll nach der allgemeinen Klärung des biologischen Sterbeprozessbegriffes, analysiert werden. Denn selbst die Feststellung des Todeszeitpunktes durch den sogenannten Hirntod sorgte bei der Diskussion rund um die Frage nach der Organspende im

[1] Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtv 2013, 40-98.

Deutschen Ethikrat 2015 für kontroverse Ansichten. Wann der Tod eines Menschen tatsächlich einsetzt, ist schulmedizinisch zwar geklärt, bleibt aber dennoch mit einer gewissen Unschärfe behaftet. Somit muss in Bezug auf den Sterbeprozess auch das Hirntodkriterium näher betrachtet werden und einige Positionen für und wider des Hirntods genannt werden. [2]

1.2 Der biologische Sterbeprozess

Das Sterben betrifft jeden Menschen, und doch ist es ein Vorgang, der weitgehend unerforscht ist. So gibt es interessanterweise kaum Untersuchungen über die letztlichen Ursachen für den Tod eines Gesamtorganismus. Fest steht, dass der Mensch nicht auf einmal stirbt, sondern dass die einzelnen Organe mit unterschiedlicher Geschwindigkeit und zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihre Funktion einstellen. In der Sterbephase ist meistens eine sogenannte Kreislaufzentralisation zu beobachten: Die Körperteile, die vom Herzen weiter entfernt sind, werden immer weniger durchblutet. Der Blutdruck sinkt dabei stark ab und in der Folge kommt es zum Versagen der Niere. Der Zusammenbruch der koordinierten Tätigkeiten aller lebenswichtigen Organe, die das Gehirn mit Zucker und Sauerstoff versorgen, führt schließlich zum Tod. Grundsätzlich kann aber der Verlust von der Funktionstätigkeit eines jeden einzelnen Organes den Tod verursachen. So gibt es fünf physiologische Haupttodesarten: Den Herz- Kreislauf-, den Lungen-, den Leber-, den Nieren- und den Gehirntod.[3]

Das Sterben beginnt in der Regel damit, dass der Allgemeinzustand des Patienten von starker Schläfrigkeit, Bettlägerigkeit und Appetitlosigkeit gekennzeichnet ist. Der Sterbende verweigert Nahrung und Flüssigkeitszufuhr, was normalerweise weder schmerzhaft noch mit unangenehmen Empfindungen einhergeht. Nahrungszufuhr wäre in den meisten Fällen sogar kontraproduktiv, da der Körper nicht mehr die Kraft hat, Nahrung aufzunehmen.[4] Ein weiteres Symptom des Sterbens ist die rasselnde Atmung, die auf die Ansammlung von Sekret zurückzuführen ist, das der Körper aufgrund seiner Schwäche nicht mehr abhusten kann. Sehr oft macht dem Menschen in der Sterbephase auch Atemnot zu schaffen, da Wassereinlagerungen die Atmung beeinträchtigen. Folglich kommt es zu einer bläulichen Verfärbung der Haut, der Lippen und der Fingernägel, da die Sauerstoffversorgung nicht

2 Vgl. Loewit, Günther: Sterben. Zwischen Würde und Geschäft, Innsbruck-Wien: Haymon 2014, 48.
3 Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtv 2013, 12-19.
4 Vgl. De Ridder, Michael: Wie wollen wir sterben, München: Pantheon Verlag 2011, 71.

mehr gewährleistet ist. Auf der Stirn bildet sich kalter Schweiß, das Aussehen um die Nase wird blass, und das Kinn wird nach vorne geschoben. Aufgrund von Nieren- und Leberversagen kommt es schließlich zu einer Einschränkung der Hirnfunktionen bis hin zu Bewusstseinsstörungen. Ebenso können in der letzen Phase starkes Zittern, Übelkeit oder Erbrechen auftreten. Sind die Symptome für den Patienten sichtlich quälend, gibt es die Möglichkeit der palliativen Sedierung, auf dessen Bedeutung im 3. Kapitel noch genau eingegangen werden soll.[5]

Die sogenannten unsicheren Todeszeichen kennzeichnen aus schulmedizinischer Sicht den Beginn der Phase zwischen Leben und Tod. Dabei sind das Ende der Atmung und der mit dem Herzstillstand aussetzende Puls, Zeichen des Lebensendes. Auch unumkehrbare und anhaltende Bewusstlosigkeit, sowie die laufende Abkühlung der Körperoberfläche künden vom Eintreten des Todes. So erlischt im Augenblick des Todes jegliche Willkür des Menschen und die Kontaktaufnahme ist unmöglich geworden. Reaktionen sind nicht mehr produzierbar, wobei die Materie des menschlichen Körpers zunächst noch erhalten bleibt.[6] Dass einzelne Körperfunktionen durch die Intensivmedizin noch aufrecht erhalten bleiben können, macht es auch so schwierig, einen Menschen als tot akzeptieren. Aus diesem Grund gibt es das sogenannte Hirntodkriterium, um sicherzustellen, dass der Sterbeprozess auch tatsächlich zu Ende ist. Dabei müssen sowohl Abwesenheit aller Gehirntätigkeiten und Gehirnströme, als auch der definitive Ausfall jeder gehirnabhängiger Körpertätigkeit, wie Atmung und Reflexe, festgestellt werden.[7] Allerdings gibt es in Bezug auf den Hirntod teilweise Unsicherheiten und folglich auch unterschiedliche Positionen. Aus diesem Grund muss im Zuge der Erläuterung des Sterbeprozesses, der Hirntod noch einmal gesondert betrachtet werden.

1.3 Der Hirntod

Der Beschluss des obersten Sanitätsrates Österreich definiert im Jahre 2013 den Hirntod als irreversible erloschene Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms.[8]

[5] Vgl. Medizininfo: Die Sterbephase, in: www.medizininfo.de/palliativmedizin/sterbephase.shtml, [abgerufen am 06.03.2015].
[6] Vgl. Loewit, Günther: Sterben. Zwischen Würde und Geschäft, Innsbruck-Wien: Haymon 2014, 50-51.
[7] Vgl. Virt, Günter: Leben bis zum Ende, Innsbruck: Tyrolia Verlag 1998, 66.
[8] Zit. Empfehlungen zur Durchführung einer Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme, in: http://www.austrotransplant.at/download/Empfehlungen_Hirntoddiagnostik.pdf [abgerufen am 08.03.2016].

Darüber hinaus wird der Hirntod mit dem Individualtod des Menschen gleichgesetzt, da erst das Gehirn die leib-seelischen Ganzheit des Organismus gewährleisten kann.[9] Das heißt, dass der Hirntod den Zeitpunkt darstellt, ab welchem die Integrität des Gesamtorganismus als biologische Einheit unwiederbringlich erloschen ist. Das Konzept des Hirntodes dient in der medizinisch-ethischen Debatte in erster Linie dem Zweck der Organentnahme für Transplantationen. Dazu muss der menschliche Körper sich in einem Zustand befinden, der es eben erlaubt, lebenswichtige Organe zu entnehmen. Zu beachten ist, dass der Hirntod aber nicht den Zeitpunkt darstellt, wo alle Körperfunktionen völlig erloschen sind. Durch die moderne Intensivmedizin lassen sich nämlich basale Körperfunktionen sogar über Wochen aufrechterhalten. Mit künstlicher Unterstützung können unterschiedliche Organe verschieden lang leben. So verfügen manche hirntote Menschen noch über rosige Haut und warme Körpertemperatur. Daher wird es psychologisch und intuitiv schwierig, den Hirntod als tatsächlichen Tod eines Menschen zu akzeptieren.[10] Aufgrund dieser und anderer Beobachtungen, die sich auf den amerikanischen Mediziners D. A. Shewmon stützen, gilt nach der Auffassung einer Minderheit im deutschen Ethikrat der Hirntod nicht als Kriterium für den Tod eines Menschen. Denn auch wenn das Gehirn abgestorben ist, verfügt der Organismus durch die intensivmedizinische Unterstützung noch über vielfältige Funktionen. Zu nennen sind hier die Fähigkeiten des Körpers, trotz Hirntod gegen Infektionen anzukämpfen, oder die Aufrechterhaltung des Stoffwechsels[11] sowie körperliche Reifungsvorgänge und sexuelle Reaktionen bei Jugendlichen und Erwachsenen.[12] Zudem wenden die Gegner des Hirntodkriteriums ein, dass der Hirntod nicht den Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen bedeute. So könnten im Gehirn sehr wohl Restfunktionen in Form von zellulärer Aktivität erhalten bleiben. Ferner kritisiert das Minderheitsvotum, dass die Hirntodkonzeption dualistisch sei und der Auffassung von der leib- seelischen Einheit des Menschen widerspreche.[13] Dieser Ansicht kann aber entgegnet werden, dass die Hirnkonzeption in keinster Weise den Gehirntod mit dem Tod eines Menschen gleichsetzen will. Sehr wohl aber wird der endgültige Zusammenbruch aller Gehirnfunkt als zweifelsfreies

[9] Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 414.
[10] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtv 2013, 23.
[11] Vgl. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/infobrief-02-15.pdf [abgerufen am 16.04.2016].
[12] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 408.
[13] Vgl. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf [abgerufen am 16.04.2016].

Anzeichen für den Eintritt des Todes angesehen.[14] Ohne die Integrationsleistung des Gehirns, kann der Menschen nicht als leib- seelische Ganzheit existieren. Somit wird nach der mehrheitlichen Auffassung des deutschen Ethikrates der irreversible Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen weiterhin als sicheres Todeszeichen betrachtet und für das Todeskriterium als geeignet erklärt.[15]

Man sieht anhand dieser Ausführungen, wie schwierig es bereits ist, den Todeszeitpunkt einheitlich und eindeutig bestimmen zu können. Der Sterbeprozess ist aber nicht nur aus der Sicht der Medizin eine Herausforderung, sondern birgt, wie in den nächsten Punkt deutlich wird, bereits in der Begriffsfindung eine Reihe von ethischen Problemen.

1.4 Sterbehilfe

Bereits der Sterbehilfegriff birgt in sich Unklarheiten da die Bezeichnung „zum Sterben verhelfen“ bereits indirekt eine Wertung vornimmt. Einerseits ist der Begriff „Sterbehilfe“ sehr positiv besetzt, da der Wortbestandteil „Hilfe“ auf etwas Legitimes und Begrüßenswertes verweist. Das kann jedoch im Bezug auf die aktive Sterbehilfe, auf die noch später näher eingegangen werden soll, problematisch werden. Andererseits besteht die Schwierigkeit im Sprachgebrauch vom Begriff Sterbehilfe darin, dass „Hilfe in Sterbehilfe als Hilfe zum Sterben und nicht beim Sterben gesehen wird“[16] und so insgesamt einen negativen Beigeschmack bekommt. [17]

Sterbehilfe ist wie man sieht ein sehr vieldeutiger Begriff und führt in den gegenwärtigen geführten Diskussionen oftmals zu Missverständnissen. Man spricht von aktiver und passiver, wie auch von direkter und indirekter und schließlich von freiwilliger und nicht freiwilliger Sterbehilfe. Im internationalen Sprachgebrauch wird von Euthanasie gesprochen, was wörtlich übersetzt „guter Tod“ bedeutet. In der Antike fiel unter diesen Begriff der würdevolle Tod. Für den englischen Philosophen Francis Bacon (1623) beinhaltete der „gute

[14] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 414.
[15] Vgl. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf [abgerufen am 16.04.2016].
[16] Zit. Neuhold, Leopold: Das Unbenennbare benennen, um es zu begreifen, in: Platzer, Johann und Zisler, Elisabeth (Hrsg.): Bioethik und Religion. Theologische Ethik im öffentlichen Diskurs, Baden-Baden: Nomos 2014, 296 f.
[17] Vgl. Neuhold, Leopold: Das Unbenennbare benennen, um es zu begreifen, in: Platzer, Johann und Zisler, Elisabeth (Hrsg.): Bioethik und Religion. Theologische Ethik im öffentlichen Diskurs, Baden-Baden: Nomos 2014, 296 f.

Tod“ die Pflicht der Ärzte, den Sterbenden so zu unterstützen, dass er sanfter und leichter aus dem Leben zu gehen vermag. Erst ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verstand man unter Euthanasie die aktive Lebensverkürzung, indem Ärzte unheilbar Kranke auf ihr Verlangen hin zum Tod verhelfen dürfen. Unter dem Nationalsozialismus wurden unter dem Deckmantel „Gnadentod“ etwa 300 000 Menschen gegen ihren Willen getötet, da sie entweder psychisch erkrankt waren oder unter einer Form der Behinderung litten. Bedingt durch diesen Missbrauch, wird der Euthanasie- Begriff im deutschsprachigen Raum in den unterschiedlichen Debatten praktisch nicht verwendet.[18]

Spricht man von Sterbehilfe im positiven Sinne, meint man zunächst die ganzheitliche Sorge um den Sterbenden, um diesen ein möglichst leichtes Sterben ohne Qualen zu ermöglichen. Dies geschieht mitunter zu Hause, im Krankenhaus oder in dazu bestimmten Institutionen, wie Palliativstationen oder den Hospizen, auf deren konkrete Aufgaben noch in einem späteren Kapitel eingegangen wird. Die bewusste Herbeiführung des Todes hingegen gehört nicht zu den Aufgaben der Medizin, auch wenn es in den aktuellen Debatten immer häufiger propagiert wird. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen indirekter, passiver und aktiver Sterbehilfe. Der in letzter Zeit so häufig gennannte Begriff, des assistierten Suizids bedarf in diesem Zusammenhang besonderer Klärung.[19]

1.4.1 Indirekte Sterbehilfe bzw. Therapie am Lebensende

Von indirekter Sterbehilfe spricht man dann, wenn beim Patienten so hohe schmerzlindernde Maßnahmen ergriffen werden müssen, dass aufgrund der Dosierung eine Verkürzung des Sterbeprozesses eintreten kann. Entscheidend für die ethische Bewertung ist dabei, dass die Intention nicht auf die Tötung des Patienten abzielt, sondern die Schmerzlinderung im Fokus ist. Der deutsche Ethikrat plädiert daher, den Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ mit der Terminologie „Behandlung am Lebensende“ zu ersetzen. Es geht nicht um Hilfe zum Sterben, sondern vielmehr um Therapie zur Leidensminderung.[20] Durch die Weiterentwicklung der Palliativmedizin ist es laut Palliativmediziner Gian Domenico Borasio mittlerweile sogar

[18] Vgl. Spaemann, Robert: Vom guten Sterben. Freiburg: Herder 2015, 26.
[19] Ebd., 26.
[20] Vgl. Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf [abgerufen am 10.04.2016], 51.

möglich, die Schmerzmittel so präzise zu dosieren, dass sowohl eine bestmögliche Schmerzlinderung als auch ein ungekürzter Sterbeprozess möglich sind.[21]

1.4.2 Aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen

Unter dem Begriff aktiver Sterbehilfe versteht man die schmerzlose Tötung eines Menschen, um dessen Leiden zu beenden. Man verabreicht dem Patienten dabei eine tödliche Dosis eines Medikaments, um auf diese Weise den Tod aktiv herbeizuführen.[22] Wenn der Patient diese Behandlung wünscht, spricht man auch von der Tötung auf Verlangen, da der positiv besetzte Begriff der Sterbehilfe laut deutschem Ethikrat nicht nur unangemessen erscheint, sondern auch irreführend ist.[23]

In Österreich, Deutschland und vielen anderen Ländern der Welt stellt diese aktive Tötung einen Strafbestand dar und ist verboten. Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe betonen aber, dass diese Art der Herbeiführung des Todes dem Prinzip des Wohltuns entspreche, da der Patient selbstbestimmt sein Sterben zur Leidensminderung herbeiführen möchte. Allerdings gibt es auch Fälle, in welchen Menschen getötet werden, obwohl kein Verlangen des Patienten vorliegt. Als Beispiele sollen genannt werden die Sterbehilfe bei Bewusstlosigkeit oder die Tötung schwerstbehinderter Neugeborener.

In diesen Fällen wird von nicht- freiwilliger Euthanasie gesprochen. In den Niederlanden und in Belgien werden sowohl aktive Sterbehilfe, als auch die Euthanasie ohne Verlangen praktiziert.[24]In diesem Zusammenhang scheint es nun aber unangemessen von Sterbehilfe zu sprechen, da der wahre Tatbestand, nämlich die aktive Tötung, verschleiert oder gar beschönigt wird. So gibt es gerade bei Schwerstkranken und Behinderten einen subtilen Druck, auch bezeichnet als Erwartungs- oder Ermutigungsdruck, angesichts ihrer gesundheitlichen Lage den Wunsch nach aktiver Euthanasie zu äußern. Wenn aber Patienten von außen indirekt oder auch direkt zur aktiven Tötung motiviert werden, kann man nicht

[21] Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtv 2013, 71.
[22] Bedford-Strohm, Heinrich: Leben dürfen- leben müssen, München: Kösel 2015, 38-39.
[23] Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf [abgerufen am 10.04.2016].
[24] Vgl. Spaemann, Robert: Vom guten Sterben, Freiburg: Herder 2015, 28-29.

mehr davon aus gehen, dass ihre Entscheidung selbstbestimmt und nach freien Willen getroffen wurde.[25]

1.4.3 Passive Sterbehilfe oder Sterbenlassen

Unter passiver Sterbehilfe versteht man den Abbruch oder den Verzicht von lebensverlängernden Maßnahmen. Darunter fallen künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Blutwäsche oder die Behandlung von Lungenentzündung mit Antibiotika. Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen tritt hier der Tod durch die zugrundeliegende Krankheit ein. Der Arzt bleibt also passiv, da er die lebensverlängernden Maßnahmen unterlässt und der Tod des Patienten durch die Grunderkrankung eintritt, selbst wenn beispielsweise beim Abschalten eines Atmungsgerätes eine aktive Handlung gesetzt werden muss.[26] Aus diesem Grund erscheint auch der Begriff passive Sterbehilfe nach Sicht des deutschen Ethikrates als unpassend, da der Patient nicht durch bloßes Nichtstun stirbt. So sind zum Beispiel das Abschalten eines Beatmungsgerätes oder das Entfernen einer Magensonde sehr wohl aktive Handlungen, dienen jedoch dazu dem Sterben seinen Lauf zu lassen bzw. zuzulassen.[27] Der Begriff „Sterbenlassen“ ist daher in diesem Zusammenhang passender, als die sehr häufig verwendete Bezeichnung der „passiven Sterbehilfe“.[28]

Wesentlich beim Sterbenlassen ist, dass keine Handlung ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt werden darf. Kann der Betroffene aber seinen Willen nicht mehr selbst äußern, muss sich die Entscheidung am mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren.[29] Mittels Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht kann auch vorab eine Erklärung getroffen werden, durch welche die ärztliche Behandlung begrenzt wird. Problematisch wird es dort, wo der Patientenwille nicht ermittelt werden kann. Wenn nach ärztlichem Ermessen der Sterbeprozess unabwendbar erscheint, gibt es in diesem Fall keine Pflicht, weitere

[25] Vgl. Neuhold, Leopold: Das Unbenennbare benennen, um es zu begreifen, in: Platzer, Johann und Zisler, Elisabeth (Hrsg.): Bioethik und Religion. Theologische Ethik im öffentlichen Diskurs, Baden-Baden: Nomos 2014, 296 f.
[26] Vgl. Spaemann, Robert: Vom guten Sterben, Freiburg: Herder 2015, 28-29.
[27] Vgl. Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf [abgerufen am 10.04.2016], 50.
[28] Vgl. Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf [abgerufen am 10.04.2016], 50.
[29] Vgl. Spaemann, Robert: Vom guten Sterben. Freiburg: Herder 2015, 28-29.

lebensverlängernde Maßnahmen zu setzen. Obwohl strafrechtlich seit längerer Zeit die Tendenz vorherrscht, die Beendigung lebenserhaltener Maßnahmen bei einem bevorstehenden oder bereits begonnenen Sterbeprozess aus der Strafbarkeit herauszunehmen, verursachen solche unklaren Fälle Unsicherheit beim Behandlungsteam. Die Folge ist sehr oft eine „Übertherapie“, um in keinster Weise Gefahr zu laufen, straffällig zu werden.[30]

1.4.4 Assistierter Suizid bzw. Beihilfe zur Selbsttötung

Beim assistierten Suizid wird dem Patienten aufgrund seines ausdrücklichen Wunsches bei der Ausführung der Selbsttötung geholfen. Die Beihilfe kann dabei von ganz unterschiedlicher Art sein: Entweder durch Beschaffung eines tödlichen Medikaments oder durch Unterstützung des Suizidwilligen bei dessen Reise in ein Land, in dem Beihilfe zur Selbsttötung straffrei ist. In Österreich ist nach Paragraph 78 des Strafgesetzbuches sowohl Beihilfe als auch Anstiftung (in Form von Verleitung) zum Suizid strafbar.[31] Der Unterschied zum Töten auf Verlangen ist dabei der, dass der Suizident scheinbar urteilsfähig ist und freiverantwortlich handelt. Dabei muss der Betroffene den Akt der Selbsttötung selbst unter Kontrolle haben und sich die tödliche Substanz auch selbst verabreichen.[32] Allerdings ergeben sich bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung erhebliche Schwierigkeiten, da es keinen wissenschaftlichen Konsens darüber gibt, was einen wohl überlegten und frei von inneren, wie auch äußeren Zwängen beeinflussten Suizid darstellt. Der Wunsch, das eigene Leben zu beenden, kann folglich nie unabhängig von der Lebenswelt und den Beziehungen des Suizidenten betrachtet werden.[33]

Die Mehrheit der Bioethikkommission Österreich empfiehlt im Jahre 2015 eine Straffreistellung bei der Beihilfe und Mitwirkung zum Assistierten Suizid in bestimmten Ausnahmefällen. Diese Entkriminalisierung soll vor allem dazu dienen, dass der Patient offen mit seinem Arzt über seine Situation sprechen kann, ohne fürchten zu müssen, aufgrund von akuter Selbstgefährdung zwangsweise untergebracht zu werden. Die Straffreistellung soll allerdings auf volljährige und einwilligungsfähige Patienten beschränkt werden und erfordert das ernsthafte Verlangen der betroffenen Person. Das abweichende Votum der

[30] Vgl. Sterben in Würde: Empfehlungen der Bioethikkommission, in: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__61173/mode__ft/3460/default.aspx [abgerufen am 02.02.2016].
[31] Ebd.
[32] Vgl. Spaemann, Robert: Vom guten Sterben. Freiburg: Herder 2015, 28-29.
[33] Ebd., 115.

österreichischen Ethikkommission hingegen plädiert klar gegen die Straffreistellung von der Beihilfe zum Assistierten Suizid in den sogenannten Ausnahmefällen (bei Patienten mit begrenzter Lebensdauer und zum Tode führender Krankheit). Ferner wird zu bedenken gegeben, dass im Falle einer Beihilfe bei den Angehörigen und betreuenden Ärzten der suizidwilligen Person schwere Gewissenskonflikte entstehen könnten. Besorgt äußert man sich u.a. über die mögliche Signalwirkung, die mit der Straffreistellung einer Suizidbeihilfe, einhergehen könnte. Schließlich darf laut abweichendem Votum, Suizidbeihilfe unter keinen Umständen den Normalfall der Sterbebegleitung darstellen.[34]

Bereits bei der Begriffsbestimmung im Zusammenhang mit dem Sterben wird deutlich, dass im Kontext des Sterbens eine Vielzahl von Fragen und ethischen Problemfelder aufgeworfen werden. Sowohl die Phänomene des Sterbens, als auch deren Handlungen entziehen sich einer genauen Begriffsklassifizierung. Das Sterben muss somit als Übergangszone betrachtet werden, dessen Phasen nicht eindeutig festgelegt werden können. So kann auch die ethische Bewertung des Sterbens nicht mit einer mathematischen Genauigkeit vorgenommen werden, sondern bedarf der im Ethischen gegebenen personalen Bedingtheit.[35]

Wenn es aber schon so schwierig ist, passende Terminologien für die unterschiedlichen Prozesse am Lebensende zu finden, ist es nicht verwunderlich, dass die Menschen noch größere Schwierigkeiten, im Umgang mit dem Sterben selbst haben. Aus diesem Grund gibt es auch unterschiedlichste Formen, ob zulässig oder unzulässig, wie heutzutage mit dem Sterben in der Gesellschaft umgegangen wird.

[34] Vgl. Sterben in Würde: Empfehlungen der Bioethikkommission, in: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__61173/mode__ft/3460/default.aspx [abgerufen am 02.03.2016].
[35] Vgl. Neuhold, Leopold: Das Unbenennbare benennen, um es zu begreifen, in: Platzer, Johann und Zisler, Elisabeth (Hrsg.): Bioethik und Religion. Theologische Ethik im öffentlichen Diskurs, Baden-Baden: Nomos 2014, 293 f.

2 Die Ambivalenz des Sterbens im 21. Jahrhundert

Steigende Lebenserwartung und enormer medizinischer Fortschritt haben zu neuen Erscheinungsformen des Sterbens geführt, die folglich auch neue Probleme hervorgebracht haben. Die Anzahl der Hochbetagten nimmt stetig zu, und somit geht dem Tod oft eine längere Phase der Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit voraus. Mit der höheren Lebenserwartung und Lebensdauer steigt auch die Zahl an Menschen mit Demenzerkrankungen, die spezieller Fürsorge und Behandlung bedürfen. Man kann sagen, dass sich das Sterben gegenüber früheren Epochen immer mehr in die Länge ziehen kann und sich zu einer neuen Lebensphase mit neuen medizinischen, ethischen und religiösen Aufgaben entwickelt hat.[36] In der Folge entstehen recht unterschiedliche und oft sehr ambivalente Formen des Umgangs mit dem Sterben.

2.1 Institutionalisierung des Sterbens

Die These des antiken Philosophen Epikur „Der Tod geht uns nichts an!“[37] scheint aktueller zu sein als je zuvor. Denn auch wenn Sterben und Tod über die Medien allgegenwärtig zu sein scheinen, wird die Zahl der erwachsenen Menschen, die außerhalb der virtuellen Medien noch nie einen sterbenden oder toten Menschen gesehen haben, von Jahr zu Jahr größer. In vergangenen Zeiten mit hoher Kindersterblichkeit, niedriger oder gar fehlender medizinischer Versorgung oder in Zeiten des Krieges war der Tod präsenter und somit auch integrativer Bestandteil des Lebens. Das Sterben mitten im Leben, eingebettet in eine Großfamilie, wird aber heutzutage zum Großteils abgelöst von eigens dafür vorgesehenen Institutionen, wo der Sterbeprozess meist völlig isoliert vom gesellschaftlichen Alltag stattfindet.[38] Das Sterben wird also technisch-wissenschaftlichen Systemen übertragen und somit institutionalisiert und organisiert. Die letzte Lebensphase vollzieht sich zunehmend abgesondert und abgeschoben in Krankenhäusern, Intensivstationen oder Pflegeheimen.[39] Die Privatisierung und Auslagerung des Sterbens und des Todes entspricht dabei dem soziologischen Bild der modernen Gesellschaft. Die Art zu Sterben hängt dabei unweigerlich mit der aktuellen Lebensweise

[36] Vgl. Körtner, Ulrich: Recht auf Leben, Recht auf Sterben. Ethische Probleme am Lebensende, in: http://www.zeitgemaess-glauben.at/cms/blog/11-vortraege/163-recht-auf-leben-recht-auf-sterben [abgerufen am 29.01.2016].
[37] Zit. Epikur in: Lacina, Katharina: Tod, Facultas Verlag 2009, 27.
[38] Vgl. Platow, Birte/Böcher, Florian: Vom Tod reden im Religionsunterricht, Vandenhoeck 2010, 26.
[39] Vgl. Loewit, Günther: Sterben zwischen Würde und Geschäft, Haymon 2014, 26-30.

zusammen, die sehr stark von bürokratischer Verwaltung und technischer Güterproduktion durchzogen ist. So sind es Organisationen die sowohl das menschliche Leben, den Arbeitsprozess, die Freizeitkultur, als auch das Sterben bestimmen.[40] Provokant ausgedrückt könnte man sagen, dass auf diese Weise Probleme, die nicht effizient gelöst werden können, wirksam verdrängt und ausgelagert werden. Dadurch entsteht auch die Illusion, den Tod überwinden zu können, selbst wenn dieser, trotz moderner Medizin, nach wie vor die bedrohlichste und unausweichlichste Gegebenheit des Lebens darstellt.[41]

2.2 Sterben als Versagen der Medizin

Aufgrund des medizinischen Fortschrittes wird Sterben in postmodernen Gesellschaften zusehends als medizinisches Versagen gedeutet. Das Allmachtsstreben in der Medizin hat dazu geführt, dass der Tod als Feind oder gar als narzisstische Kränkung angesehen wird.[42] Tatsächlich wird für kein Lebensalter so viel Geld ausgegeben, wie für das letzte Lebensjahrzehnt. Der Tod soll in immer höhere Altersgruppen verschoben werden, und seine biologische Notwendigkeit wird gerne verdrängt. Sterben passt nicht in eine Erfolgsgesellschaft, sondern wird vielmehr als medizinisch- technisches Versagen gedeutet. Sein Hinnehmen wäre Eingeständnis der menschlichen Endlichkeit, was aber dem menschlichen Streben nach ewiger Jugend im Wege steht.[43] Das Sterben verliert vielfach seine Natürlichkeit, indem mit allen Mitteln versucht wird dieses hinauszuzögern, ohne dass die eingesetzten lebensverlängernden Maßnahmen immer sinnvoll wären.[44]

Auf diese Weise wird die Gesundheit zu einem verfügbaren Gut, auf die der Mensch Anspruch erhebt. Die Erwartungshaltung der Gesellschaft an Spezialisten und medizinischen Institutionen ist dadurch immens hoch geworden, und die Medizin steht unter Druck, diesen Erwartungen mittels der Ausschöpfung aller medizinischen Möglichkeiten gerecht zu werden.

[40] Gronemeyer, Reimer und Heller, Andreas: In Ruhe sterben, München: Pattloch 2014, 43.
[41] Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Friedrich Pustet 1991, 26-33.
[42] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben, dtv 2013, 27.
[43] Vgl. Loewit, Günther: Sterben zwischen Würde und Geschäft. Haymon 2014, 29- 30.
[44] Vgl. Michael de Ridder: Wie wollen wir sterben, in: http://www.geo.de/GEO/heftreihen/geo_wissen/interview-wie-wollen-wir-sterben-74911.html?p=3 [abgerufen am 29.01.2016].

Auch das natürliche Verhältnis zur Krankheit ist nicht mehr gegeben, da Kranksein und folglich Sterben als Versagen der ärztlichen Kunst angesehen werden.[45]

2.3 Sterben in den Medien und im öffentlichen Diskurs

Neben der Privatisierung, Tabuisierung und Institutionalisierung des Sterbens einerseits gibt es andererseits eine mediale Überfrachtung von öffentlichen Diskussionen über das Sterben und von der Darstellung Sterbender in Filmen und Nachrichten. Eine Untersuchung bei Kindern zwischen 6 und 10 Jahren ergab, dass 40 Prozent von ihnen der Meinung sind, Menschen stürben „nur" aufgrund von Mord und Totschlag. Die kindliche Erfahrung mit Sterben ist also vielfach nur mehr auf die mediale Vermittlung beschränkt.[46] Weiters ist ein immenser Anstieg von öffentlichen Debatten rund um das Sterben zu verzeichnen. Einen Anfang beim Endtabuisieren des Sterbens in unseren Breiten machte dabei die Schweizer Sterbeforscherin Elisabeth Kübler- Ross im Jahre 1969 mit ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden". Auf sensible und eindrucksvolle Weise dokumentierte sie ihre Beobachtungen und Gespräche, die Kübler- Ross im Verlauf von individuellen Sterbeprozessen gemacht hatte. Im Jahre 2005 sorgte der medial inszenierte Sterbeprozess und Tod Papst Johannes Paul II. für Aufsehen. Seine Krankheit und sein Sterben konnten von der ganzen Welt medial verfolgt werden. Auf diese Weise wurde ein völlig neuer und sehr drastischer Umgang mit dem doch sehr persönlichen Thema des Sterbens eröffnet. Der deutsche Arzt Michael de Ridder setzte sich schließlich in seinem 2011 erschienen Buch, „Wie wir sterben wollen" für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin ein und plädiert u.a. für die Möglichkeit eines assistierten Suizids.[47] Seine heftige Kritik wendet sich vor allem gegen die künstliche und dadurch oft qualvolle Lebensverlängerung bei hochbetagten oder unheilbar-kranken Patienten.[48]

Auch Medienberichte über Persönlichkeiten, die ihrem Leben mit Hilfe des assistierten Suizids ein Ende setzten, sorgen immer wieder für Schlagzeilen. So entschied sich 2012 der

[45] Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Friedrich Pustet 1991, 36-37.
[46] Vgl. Bedford-Strohm, Heinrich: Leben dürfen- Leben müssen, Kösel 2015, 14.
[47] Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus: Öffentliche Sterbehilfediskurse in Deutschland und der Schweiz, in: Anderheiden, Michael / Eckart, Wolfgang Uwe (Hg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde, Berlin/Boston: Gruyter 2012, 1533.
[48] Vgl. Michael de Ridder: Wie wollen wir sterben, in: http://www.geo.de/GEO/heftreihen/geo_wissen/interview-wie-wollen-wir-sterben-74911.html?p=3 [abgerufen am 29.01.2016].

ehemalige deutsche Fußballer Friedhelm Konietzka aufgrund eines Krebsleiden für die Möglichkeit des assistierten Suizids in der Schweiz.[49] Ebenso aufrüttelnd ist der Bericht von Brittany Maynard aus den USA, die 2014 ihrem Leben mittels verschriebener Todespillen ein Ende setzte. Maynards Fall wurde sogar als Kampagne für die aktive Sterbehilfe herangezogen und sorgte folglich weltweit für Aufsehen in der Diskussion über die ethische Zulässigkeit des assistierten Suizids.[50]

Eine bewegende Schlagzeile, vom 5. März 2016 aus Michigan in den USA, berichtet dagegen von einer 90-jährigen Frau mit tödlicher Krebsdiagnose die beschlossen hat, anstelle einer Chemotherapie intensiv Zeit mit ihrer Familie auf einer Sightseeing-Tour zu verbringen. Auf ihrer Facebookseite „Driving Miss Norma“ dokumentiert sie ihre Reise mit Bildern, die von einer anscheinend sinnerfüllenden letzten Lebensphase erzählen.[51]

Noch nie war das Thema Sterben öffentlich so präsent wie in der heutigen Gesellschaft. Sterben insbesondere Sterbehilfe sind zu einem öffentlichen Diskurs geworden, und Fachleute suchen nach klaren rechtlichen Regelungen im Umgang mit dem Lebensende, insbesondere bei der Hilfe zur Selbsttötung. Vor allem die christlichen Kirchen betonen dabei, dass die Verfügung über Anfang und Ende des Lebens dem Menschen entzogen sei und folgedessen der Tod nicht künstlich und aktiv herbeigeführt werden darf. Vielmehr soll dem Sterbenden die letzte Lebensphase durch umfassende Betreuung erträglich gemacht werden.[52]

2.4 Stellungnahme der Bioethikkommission Österreich

Die Bioethikkommission in Österreich veröffentlichte im Februar 2015 ihre Stellungnahem und Empfehlungen in Bezug auf das „Sterben in Würde“. In ihrer Empfehlung waren sich alle Mitglieder einig, dass im Zusammenhang mit einem würdevollen Tod vor allem der flächendeckende Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung forciert werden muss.[53] Ebenso

[49] Vgl.: Spiegel online: Schütze des ersten Bundesliga Tor, Friedhelm Konietzka ist tot, in: http://www.spiegel.de/sport/fussball/schuetze-des-1-bundesliga-tors-friedhelm-konietzka-ist-tot-a-820938.html [abgerufen am 29.01.2016].
[50] Vgl. Zeit online: Tod auf Rezept, in: http://www.zeit.de/2014/45/aerztliche-sterbehilfe-suizid-pentobarbital-rezept-oregon/seite-3 [abgerufen am 1.02.1016].
[51] Vgl. Kurier online: http://kurier.at/lebensart/reise/90-jaehrige-norma-entscheidet-sich-fuer-roadtrip-statt-chemo/184.299.110 [abgerufen am 5.03.1016].
[52] Vgl. Deutsche Bischofskonferenz: Sterben in Würde, 2, in: http://www.dbk.de/nc/presse/details/?presseid=2644 [abgerufen am 01.02.2016]
[53] Vgl. Kurier online: http://kurier.at/lebensart/reise/90-jaehrige-norma-entscheidet-sich-fuer-roadtrip-statt-chemo/184.299.110 [abgerufen am 5.03.1016].

rät die Kommission von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen am Lebensende ab, da diese einem würdevollen Sterben im Wege stehen und dem Prinzip des Nicht-Schadens klar widersprechen. Keine Einigung gab es schließlich in der Frage nach der Straffreistellung bei der Beihilfe zum Suizid. 16 von 25 Mitgliedern der Kommission empfehlen diesbezüglich eine Reform, um einerseits individuelle Hilfe bei schwerkranken Personen in Ausnahmefällen zuzulassen und andererseits um die betroffenen Angehörigen und Ärzte im Falle ihrer Mitwirkung beim assistierten Suizid zu entkriminalisieren. Das Minderheitenvotum, getragen von 9 Mitgliedern, lehnt jedoch eine Änderung im Strafgesetzbuch, wo sowohl „Töten auf Verlangen" als auch Unterstützung von Selbsttötung strafrechtlich verfolgt werden, ab. Der Theologe und Mediziner Walter Schaupp betont außerdem, dass man unter keinen Umständen signalisieren möchte, dass Suizid ein Normalfall der Sterbebegleitung darstellt.[54]

Die Empfehlung der Bioethikkommission bezüglich der Lockerung des Paragraphen 78 des Strafgesetzbuches löste in der österreichischen Politik eine Welle von Debatten aus. Eine besondere Sorge gilt dabei der österreichischen „Euthanasie- Vergangenheit" unter der Herrschaft des Nationalsozialismus. Die Gegner der Legalisierung von Assistiertem Suizid befürchten zudem, dass so mancher Angehöriger, nicht aufgrund ethischer Motive handeln würde und Schwerkranke sich mitunter indirekt gezwungen fühlen würden, den Weg des Suizids zu gehen. Vor allem die Ärztekammer und Behindertenorganisationen lehnen die empfohlene rechtliche Lockerung der Ethikkommission ab, da das aktive Beenden von Leben zusätzlich dem Berufsethos des Arztes widerspreche.[55]

Wie schwierig die ethische Beurteilung des würdevollen Umgangs mit Menschen am Lebensende ist, zeigt dieser kurze Abriss aus der aktuellen Debatte aus Politik, Medizin und Gesellschaft. Folglich bedarf es einer umfangreichen Klärung, was sich eigentlich hinter dem Begriff Menschenwürde verbirgt und warum man nicht so einfach von „Lockerung" eines Gesetzes sprechen darf, wenn dabei menschliches Leben am Spiel steht.

[54] Vgl. Sterben in Würde: Empfehlungen der Bioethikkommission, in: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__61173/mode__ft/3460/default.aspx [abgerufen am 02.02.2016].
[55] Kurier: Sterbehilfe: Lockerung des Verbots wird empfohlen, in: http://kurier.at/lebensart/gesundheit/sterbehilfe-bioethikkommission-empfiehlt-lockerung-des-verbots/113.477.791 [abgerufen am 02.03.2016].

3 Über die Würde des menschlichen Lebens und Sterbens

Seitdem sich menschliches Leben durch die Intensivmedizin und den technischen Zugriff enorm verlängern lässt, ist aber auch die Kehrseite der medizinischen Errungenschaften deutlich geworden. Der Fortschritt verleitet immer häufiger dazu, das Leben von Menschen zu verlängern, obwohl sie der Natur gemäß eigentlich sterben würden. Das Sterben und seine Würde sind somit zu einem eigenen Teilaspekt der Menschenwürde geworden.[56] Was unter dem Begriff der Menschenwürde zu verstehen ist und wodurch das europäische Menschenbild geprägt worden ist muss, um ein umfassenderes Verständnis für diese Thematik gewinnen zu können, in Ansätzen geklärt werden.

3.1 Der Begriff der Menschenwürde im staatlichen Kontext

Den Nährboden für den Begriff der Menschenwürde bildete die europäische Geistesgeschichte, insbesondere das jüdisch- christliche Menschenbild. Der erste Schritt zur Entwicklung der Menschenwürde- Terminologie vollzog sich bereits in der griechischen Philosophie in Form einer universalen Bildungskonzeption, die das Tun und Denken der Menschen durchdringen soll. In der Botschaft des Christentums wird vor allem die Gleichheit aller Menschen aufgrund ihrer Gottebenbildlichkeit betont. Einen spezifischen Beitrag in der Erneuerung des Menschenwürde-Begriffs unternehmen dann der europäische Humanismus und die Moderne, die erkannt haben, dass die Freiheit und Würde des Einzelnen zu ihrem Schutz politisch und rechtlich abgesichert werden müssen. Menschliche Würde ist somit ein Fundament einer jeden freiheitlichen Rechtsgemeinschaft, und sie ergibt sich schon an der biologischen Zugehörigkeit zur Spezies Mensch. Der Staat erhält dadurch einen klaren Maßstab, wie dieser mit den Bürgern umzugehen hat und wie die Bürger untereinander umzugehen haben. Der Kern der Menschenwürde betont, dass jeder Mensch um seiner selbst willen zu achten ist und niemals ausschließlich als Mittel zu einem fremden Zweck geopfert werden darf.[57] So ist der Mensch von Beginn an nicht nur ein körperliches und rationales Individuum, sondern eben auch ein soziales Wesen. Jede Person ist auf das „Du“ bzw. auf das „Wir“ angelegt und daher auch auf sein Umfeld angewiesen. Der einzelne erfährt seine Wesenserfüllung besonders in der Gemeinschaft mit den anderen Individuen. Der

[56] Vgl. Kreß, Hartmut: Menschenwürde und das Grundrecht auf Selbstbestimmung im Umgang mit dem Lebensende, in: https://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_selbstbestimmung_lebensende_2._okt._2009.pdf [abgerufen am 02.02.2016].
[57] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 228- 237.

Sozialethiker Walter Kerber sieht genau in der Abhängigkeit des Einzelnen von seinen Mitmenschen ein wichtiges allgemeines Kennzeichen des Menschseins. Folglich sind Menschen von der Geburt an bis zum Tod aufeinander angewiesen und von daher kommt dem gesellschaftlichen Gefüge die entscheidende Aufgabe zu, Fürsorge und Solidarität für alle zu gewährleisten.[58]

Nach Immanuel Kant wird der Maßstab, wie Menschen miteinander umzugehen haben, im deutschen Bundesverfassungsgericht, als „Dasein um seiner selbst willen“[59] umschrieben. Menschenwürde ist also weder an einen bestimmten Zustand, noch an Leistungsvermögen oder an eine erforderliche Entwicklungsstufe gebunden.[60] Jeder einzelne Mensch ist in seiner gesamten Persönlichkeit, leiblich wie auch geistig, zu achten und zu schützen und darf nicht zum Objekt oder womöglich durch den Zugriff eines anderen herabgewürdigt werden.[61]

Die Charta der Menschenrechte der Europäischen Union vom 8. Dezember 2000 beinhaltet u.a. 54 Artikel, wobei der 1. Artikel wie folgt lautet: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen!“[62] Weitere wesentliche Elemente in der Erklärung sind das Recht auf Leben, das Recht auf Selbstbestimmtheit und das Recht auf Solidarität, deren Inhalte im Laufe dieses Kapitels und im Kontext der medizinischen und christlichen Ethik noch näher beschrieben werden sollen.[63]

3.2 Menschenwürde am Lebensende in der medizinischen Ethik

Zu den Pflichten des Arztes gehört es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und/oder wiederherzustellen, sowie körperliches und psychisches Leiden zu mindern. Ebenso

[58] Vgl. Spaemann Robert: Vom guten Sterben, Freiburg: Herder 2015, S.139.
[59] Zit. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, S.237.
[60] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, S.236- 242.
[61] Vgl. Kreß, Hartmut: Menschenwürde und das Grundrecht auf Selbstbestimmung im Umgang mit dem Lebensende, in: https://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_selbstbestimmung_lebensende_2._okt._2009.pdf [abgerufen am 02.02.2016].
[62] Zit. Welan, Manfried: Demokratiezentrum Wien. Über die Grundrechte und ihre Entwicklung in Österreich, in: https://www.google.at/#q=%C3%BCber+die+grundrechte+und+ihre+geschichte+in+%C3%96sterreich+welan [abgerufen am 02.03.2016].
[63] Ebd.

ist die Medizin verpflichtet, Menschen beim Sterben in der Behandlung und Pflege bis zum Tod hin beizustehen.[64]

Solange die Medizin das Leben mit ihren kurativen Möglichkeiten nicht mehr nennenswert verlängern konnte, haben sich ihre obersten Handlungsregeln, das Wohl des Patienten zu achten, das Nicht- Schadenprinzip und die Regel „in dubio pro vita"- „im Zweifel für das Leben" ziemlich gedeckt. Durch die neuen Möglichkeiten der Intensivmedizin können jedoch die genannten Zielsetzungen ärztlichen Handelns auseinanderdriften und miteinander in Widerspruch geraten. So zum Beispiel, wenn eine Behandlung das physische Leben einerseits verlängert, andererseits aber schwere Nebenwirkungen und Schaden beim Patienten verursacht. Auf diese Weise kann auch der Sterbeprozess entscheidend beeinträchtigt werden, was sich negativ auf das Wohl des Patienten auswirkt. Aufgrund solcher Grenzfälle muss auch ärztliches Handeln neu reflektiert werden, um in der letzten Lebensphase die bestmöglichen Voraussetzungen personalen Lebensvollzugs für den Betroffenen zu schaffen. Die Voraussetzungen bestehen aber nicht darin, das Leben physisch zu verlängern, sondern „Personaler Lebensvollzug" meint hier einen Fachbegriff, der zwischen dem biologischen Leben und dem subjektiven Erleben des eigenen Gesundheitszustandes zu vermitteln versucht. Ärztliches Handeln darf sich dabei nicht ein Urteil über Wert oder Unwert fremden Lebens anmaßen, sondern zielt vielmehr darauf ab, das subjektive Erleben des Patienten in die Therapiebewertung mit einzubeziehen.[65]

Als oberste Maxime ethischen Handelns in der Medizin gilt seit ca. 460- 377 v. Chr. der Hippokratische Eid, der festlegt, dass der oberste Auftrag der Medizin darin besteht, dem Leben zu dienen. Dazu gehören auch die Leitgedanken des ärztlichen Ethos, wie die Schweigepflicht, der Respekt vor der Privatsphäre, die unterschiedslose Behandlung aller Patienten, die Hilfe in Anspruch nehmen, und die unbedingte Verpflichtung zur Lebenserhaltung.[66] Im Jahre 1948 wurde das Ärztegelöbnis vor der 2. Generalversammlung des Weltärzteverbandes neu formuliert und in Folge immer wieder neu überarbeitet. Die aus dem angelsächsischen Raum stammenden Medizinethiker Tom I. Beauchamp und James F. Childress entwickelten schließlich an der Georgetown University vier Grundprinzipien ärztlichen Handelns: das Autonomie- Prinzip, das Prinzip der Schadensvermeidung, das

[64] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Freiburg: Herder 2013, S. 236- 242.
[65] Ebd., 387-388.
[66] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem eigenen Tod, Regensburg: Friedrich Pustet 1991, 73.

Fürsorgeprinzip und das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit.[67] Für Childress und Beauchamp stellen diese Prinzipien wichtige Leitlinien dar, um zu einer ethisch vertretbaren Problemlösung kommen zu können. Bezogen auf eine konkrete Konfliktsituation sind die genannten Prinzipien so lange verpflichtend, bis sie mit einer gleichwertigen oder sogar stärkeren Verpflichtung in Konflikt geraten. Mittels Spezifizierung entstehen weitere Unterprinzipien und Regeln, die eine angemessene Entscheidung erlauben können. In diesem Zusammenhang steht auch das Konzept des Balancierens, wo die in Konflikt stehenden Prinzipien und Normen gegeneinander abgewogen werden. In der Folge stellen Childress und Beauchamp eine Liste von Bedingungen auf, um die Entscheidungsfindung möglichst objektiv machen zu können. Doch angesichts der komplexen bioethischen Fragestellungen und aufgrund der pluralistischen Gesellschaft gibt es kaum einen einzigen richtigen Weg zur Lösung von ethischen Konfliktsituationen in der Medizin.[68]

Über die vier genannten Prinzipien von Beauchamp und Childress herrscht jedoch ein breiter gesellschaftlicher Konsens, wobei die österreichische Bioethikkommission in ihrer Empfehlung zur Begleitung von Menschen am Lebensende die Prinzipien folgendermaßen formuliert: Schutz des Lebens, Anspruch auf Selbstbestimmung, Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip und Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit. Auch wenn die religiösen und kulturellen Hintergründe der Ärzte, Pflegepersonen und zu behandelnden Personen verschieden sein können, müssen die vier Prinzipien in allen Überlegungen bei der Therapie und Begleitung Sterbender mit einbezogen werden.[69] Die wichtigsten Inhalte der genannten Prinzipien, aus Sicht der Bioethikkommission Österreich und nach Beauchamp und Childress, sollen daher in Kürze erläutert werden.

3.2.1 Schutz des Lebens

Ein grundlegendes, unbedingtes ethisches Prinzip in allen Phasen des Lebens, auch in der Phase des Sterbens ist der Lebensschutz. Das Recht auf Leben ist ein unveräußerliches Menschenrecht, und somit gilt der Grundsatz „in dubio pro vita“, „im Zweifel für das

[67] Vgl. Etica Rationalis: Dier vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin, in: http://www.ethica-rationalis.org/artikel/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medizin/ [abgerufen am 05.03.2016].
[68] Vgl. Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care, Bern: Peter Lang 2011, 81-82.
[69] Vgl. Sterben in Würde: Empfehlungen der Bioethikkommission, 34 in: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__61173/mode__ft/3460/default.aspx [abgerufen am 02.02.2016].

Leben“.[70] Allerdings gibt es keine Pflicht zum Leben, da die Rechtsordnung das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung anerkennt. Aufgrund des medizinischen Fortschrittes ist es ja möglich geworden, den Sterbeprozess so in die Länge zu ziehen, was den Patienten oft unverhältnismäßigen Belastungen aussetzt. Darum hört die Pflicht, Leben durch medizinische Maßnahmen zu verlängern, dort auf, wo die Lebenserhaltung gleichzeitig eine Verlängerung des nicht unumkehrbaren Sterbeprozesses bedeutet.

3.2.2 Nichtschadensprinzip

Das Prinzip des Nichtschadens oder der Non- Malefizienz hat zum Ziel, dem Patienten keinen Schaden zuzufügen, und erhält vor allem in der fortgeschrittenen Erkrankungsphase besondere Relevanz. In der Palliativmedizin wird der „Non-Malefizienz“ sogar der höchste Stellenwert eingeräumt, da die generelle Verpflichtung, nicht zu schaden, Vorrang vor dem potentiellen Nutzen hat, sollte dieser die Belastungen nicht überwiegen. Um das Prinzip erfüllen zu können, bedarf es einer genauen Einschätzung vorhersehbarer Folgen medizinischer Handlungen und einer Nutzen- Risiko- Abwägung bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten. Ziel des Prinzips ist es, inadäquate Belastungen für den Patienten zu vermeiden, indem die Therapie auf den Patienten genau abgestimmt wird und Maßnahmen zur Leidensminderung ergriffen werden. Die ethische Forderung der Non- Malefizienz berührt hier allerdings auch den Konflikt, ob durch Maßnahmen zur Symptomlinderung nicht sogar eine vorzeitige Lebensbeendigung verursacht wird. Dies wird vor allem bei der Anwendung von Opiaten, bei Ernährungs- und Flüssigkeitstherapien sowie palliativer Sedierung sehr unterschiedlich diskutiert. Allerdings stehen bei der medizinischen Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende ganz klar die Linderung und Prävention von Schmerzen im Vordergrund, so dass eine mögliche Lebensverkürzung sogar im Kauf genommen wird und ethisch gerechtfertigt ist. Das Anerkennen des Sterbens als unausweichliche Phase des Lebens bedeutet auch die Einsicht, dass medizinische Verlängerung des Lebens unter allen Umständen, nicht anzustreben ist. Selbst unter dem

[70] Vgl. Körtner, Ulrich: Recht auf Leben, Recht auf Sterben. Ethische Probleme am Lebensende, in: http://www.zeitgemaess-glauben.at/cms/blog/11-vortraege/163-recht-auf-leben-recht-auf-sterben [abgerufen am 07.03 .2016].

Prinzip des Lebensschutzes können und dürfen Sterben und Tod nicht um jeden Preis verhindert werden.[71]

3.2.3 Anspruch auf Selbstbestimmung

Im Zentrum der Autonomie steht die jeweilige Person, die in Freiheit und unabhängig von äußeren Kontrollen, wie beispielsweise ärztlichen Einflüssen, über sich selbst entscheiden darf. Dazu gehört nach Childress und Beauchamp, dass man nach den eigenen Vorstellungen von einem guten Leben Entscheidungen treffen kann und dafür auch die Verantwortung übernimmt. Freiheitliche Selbstbestimmung endet allerdings an der Grenze anderer Personen und dort, wo Handlungen nicht mehr rational getroffen werden können.[72] Der Anspruch auf Selbstbestimmung am Lebensende umfasst nach den Ausführungen der Bioethikkommission Österreich schließlich zwei Aspekte: Zum einen darf jede medizinische Handlung nur dann begonnen und fortgesetzt werden, wenn der Patient zustimmt. Zum anderen darf der Betroffene Hilfsangebote ablehnen, selbst wenn die Ablehnung aus Sicht der Medizin nur wenig oder nicht nachvollziehbar ist.

Voraussetzung für den Respekt vor der Selbstbestimmung ist die Kenntnis des Patientenwillens und die laufende Kommunikation zwischen Arzt und den Betroffenen. Wenn der Patient allerdings nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, müssen Willensbekundungen, wie beispielsweise in Form einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht herangezogen, werden.[73] Allerdings kann es auch zu schwerwiegenden Konflikten kommen, wenn der Patient Entscheidungen trifft, die von anderen Beteiligten nicht als vernünftig oder gut angesehen werden. Insbesondere schwer wird es dann, wenn Patienten eine Tötung verlangen oder Beihilfe zum Suizid wünschen, um von ihrem Leiden erlöst zu werden.[74] Nach österreichischer Gesetzeslage darf dem Willen des Patienten hier allerdings

[71] Vgl. Aulbert, Eberhard: Grundlagen der Palliativmedizin, in: Aulbert, Eberhard/ Radbruch, Lukas/ Nauck, Friedmann: Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer 2012, 48.
[72] Vgl.Childress/ Beauchamp in: Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkrankungen, Bern: Peter Lang 2011, 83.
[73] Vgl. Sterben in Würde: Empfehlungen der Bioethikkommission, 34 in: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__61173/mode__ft/3460/default.aspx [abgerufen am 02.02.2016]
[74] Vgl. Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter Lang 2011, 84.

nicht stattgegeben werden, da sowohl Tötung auf Verlangen, als auch Suizidbeihilfe laut § 77 und § 78 unter Strafe gestellt sind.[75]

3.2.4 Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip

Das Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip gehören zum Prinzip des Wohltuns, in welchem der Arzt dazu verpflichtet ist, das Wohl des Patienten anzustreben.[76] So hat jeder sterbende oder schwer-kranke Mensch aufgrund seiner Verletzlichkeit und Hilfebedürftigkeit Anspruch auf Zuwendung und Solidarität seitens der Gesellschaft. Daher muss gewährleistet sein, dass Menschen in ihrer letzten Lebensphase ein besonderer Schutz zu Teil wird. Die Fürsorge beinhaltet dabei die Bewahrung des Personenrechtes sowie die Förderung der Selbstbestimmung. Neben der zentralen Aufgabe der Leidensminderung soll den Patienten vor allem aber ermöglicht werden, unter den bestmöglichen Umständen zu sterben.[77]

3.2.5 Verteilungsgerechtigkeit

Das ethische Prinzip der Gerechtigkeit wird in der Medizin so verstanden, dass alle Menschen, unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem sozialen Status, gleich behandelt werden müssen. Aufgrund ökonomischer Erwägungen bekommen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit aber zunehmende Relevanz, da die Betreuung sterbenskranker Menschen vom ökonomischen Standpunkt her gesehen einen enormen Kostenfaktor darstellt. So dürfen Rationierungen und Rationalisierungen im Gesundheitswesen keinesfalls dazu führen, dass aufgrund von wirtschaftlichen Erwägungen auf solche Maßnahmen verzichtet wird, die würdevolles und schmerzfreies Sterben zum Ziel haben.[78] Das Prinzip der Gerechtigkeit verpflichtet also Nutzen und Lasten in der Gesundheitsversorgung fair zu verteilen, wobei von Childress und Beauchamp verschiedene Gerechtigkeitstheorien und Ansätze angeführt werden. Genannt werden Kriterien der Verteilung, der Gleichheit, der Bedürfnisse, des Alters, des freien Marktes oder von Wartelisten. Vorgestellt werden u.a.

[75] Vgl. Strafgesetzbuch, in: http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029620 , [abgerufen am 28.03.2016].
[76] Vgl. Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkrankungen. Bern: Peter Lang 2011, 84.
[77] Vgl. Sterben in Würde: Empfehlungen der Bioethikkommission, 13 in: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__61173/mode__ft/3460/default.aspx [abgerufen am 02.02.2016]
[78] Vgl. Aulbert, Eberhard: Grundlagen der Palliativmedizin, in: Aulbert, Eberhard/ Radbruch, Lukas/ Nauck, Friedmann: Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer 2012, 51-58.

Konzepte zur fairen Chancengleichheit, zur gesundheitsbezogenen Nutzenmaximierung und zu einem Recht auf ein Minimum an Gesundheitsversorgung.[79]

Die klassischen Prinzipien der Medizinethik von Beauchamp und Childress haben sowohl im angloamerikanischen wie auch im deutschsprachigen Raum große Popularität erfahren. Die genannten vier Brückenprinzipien sind allerdings so generell formuliert, dass es schwer wird in manchen Fällen herauszufiltern, was mit den einzelnen Prinzipien konkret gemeint ist. So ist es zum Beispiel im Falle des Autonomieprinzips schwierig herauszufiltern ob Autonomie subjektive Präferenzen und die Verwirklichung beliebiger Wünsche meint, oder ob das Autonomieprinzip im Sinne Kants nach einer vernünftigen Selbstgesetzgebung als kritischer Filter unter den subjektiven Wünschen dienen soll. Eine weitere Problematik in der Liste der genannten Brückenprinzipien ist, dass daraus nicht ersichtlich wird, welche Rangfolge unter den Prinzipien im Ernstfall zu beachten ist. Es scheint, dass man jedes Prinzip, je nach Auslegung, mit verschiedenen Inhalten füllen kann, was aber letztlich zu sehr gegensätzlichen Schlussfolgerungen führt. Mittels der genannten Prinzipien kann man nicht ablesen, was wirklich gut für den Menschen ist und wie man als Person sein Leben entfalten kann. Vielmehr bedarf es, neben der „common morality“, also der universalen Moral, einer zusätzlichen Hilfe bei der moralischen Entscheidungsfindung. Innerhalb religiöser Gruppierungen können Menschen in die Sinngrundlage des Lebens eingeführt werden und in Gemeinschaft, Freude und Leid ihres Daseins teilen. So erhalten die Prinzipien der Bioethik, wie beispielsweise das Fürsorgeprinzip, erst durch die ethische Tradition des Christentums und sein Gebot der Nächstenliebe ihre maßgebliche Ausgestaltung.[80] Die christlichen Werte haben einen entscheidenden Beitrag in Bezug auf Menschenwürde, Autonomie, Solidarität und das Ende des Lebens geleistet und spielen vor allem in der christlichen Ethik eine fundamentale Rolle.

3.3 Menschenwürde am Lebensende in der christlichen Ethik

Ethische Erfahrung und Glauben sind zwar eigenständige Bereiche, stehen aber in einem engen Wechselwirkungsverhältnis. So versteht der gläubige Christ ethisches Handeln als Erfüllung der Absicht Gottes, die auf umfassendes Heil abzielt. Die Erfahrungsgeschichte des

[79] Vgl. Beauchamp in Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter Lang 2011, 86.
[80] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Freiburg: Herder 2013, 44-45.

Neuen und Alten Testaments wird von Christen als Heilsgeschichte Jahwes, der sich auf vielfältige Weise der Welt mitteilt und offenbart, verstanden. Sowohl für das Alte, wie auch für das Neue Testament ist das Leben grundlegendstes irdisches Gut. Das Leben an sich, wird als Gabe Gottes verstanden, die von der Beziehung zum Geber nicht zu trennen ist.[81] So liegt die wichtigste Wurzel des Redens von der Würde des Menschen am Lebensende, in der Behauptung der Gottebenbildlichkeit des Menschen begründet.[82]

3.3.1 Würde durch Gottebenbildlichkeit

Nach dem ältesten Schöpfungsbericht formt Jahwe den Menschen aus Erde und hauchte ihm danach den Lebensodem ein (Gen 2,7). In dieser mythologischen Erzählung macht der göttliche Lebensatem den Menschen zu einem mit Gott verwandten Wesen. Diese „Verwandtschaft" verdeutlicht die menschliche Abhängigkeit von Gottes Schöpfungskraft.
Gott, als der Ewige, ist einerseits immer Ursprung menschlichen Lebens, indem er Leben schafft. Gott, als Herr über den Tod, kann andererseits auch Leben beenden, indem er dem Menschen den sogenannten Lebensodem entzieht.[83]

Im jüngeren Schöpfungsbericht, der von der Erschaffung der Welt spricht, ist vom Menschen als Abbild Gottes die Rede (Gen 1,26). Diese Aussage schreibt dem Menschen einen Wert zu, der weder verrechenbar, noch mit einem anderen Wert vergleichbar ist. Der Mensch, als Abbild Gottes, wird so eng mit der Göttlichkeit in Bezug gesetzt, dass daraus ein besonderes Geschehen zwischen Gott und Menschen ermöglicht wird. Die Gottebenbildlichkeit ist somit keine Eigenschaft, die Gott den Menschen verleiht. Vielmehr gründet die menschliche Würde in der besonderen Beziehung zu Gott, die aber erst durch Gottes Anrede möglich wird.[84]Aufgrund dieses engen Gottesverhältnisses, das ausnahmslos jeden Menschen zu Teil wird, verbietet es die Würde, Menschen aufgrund sozialer oder kultureller Herkunft, wegen irgendwelcher biologischen Defizite oder wegen moralischen Versagens abzuwerten oder sogar aufzugeben. Die Gottebenbildlichkeit gilt bedingungslos für jeden Menschen und birgt

[81] Vgl. Virt, Günter: Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes, Innsbruck: Tyrolia 1998, 98-99.
[82] Vgl. Bedford- Strohm, Heinrich: Leben dürfen, leben müssen, Argumente gegen Sterbehilfe, München: Kösel 2015, 72.
[83] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Freiburg: Herder 2013, 165.
[84] Ebd., 191.

eine hohe Verantwortung in sich. [85] So ragt der Mensch als Beauftragter Gottes in der Schöpfung hervor, um der gesamten natürlichen Schöpfungswelt mit tätiger Verantwortung zu begegnen.[86] Nur wenn die Menschen für ihre Mitgeschöpfe in dem Maße sorgen, wie Gott für die gesamte Schöpfung sorgt, kann die Welt als Gottes gute Schöpfung erkannt werden und zum Segen werden.[87]

Die christlichen Kirchen bringen ihre Überzeugung von der göttlichen Würde jedes Menschen doppelt zum Ausdruck: einerseits im Nein zur Überhöhung menschlicher Macht oder Leistung und andererseits in der unbedingten Bejahung menschlichen Lebens, was die schwache und vergängliche Gestalt miteinschließt. Wichtigste Konsequenzen der Gottebenbildlichkeit sind die Überwindung der trennenden Grenzlinien unter den Menschen und die Überzeugung, dass das Bild Gottes in jedem Menschen abgebildet ist, auch im ärmsten und schwächsten.[88] Verfehlt wird die „Auszeichnung", Abbild Gottes zu sein, dann, wenn die eigene Würde oder die Würde der Mitmenschen sowie die Ehre des Schöpfers und der Schöpfungsgüte missachtet werden.[89]

3.3.2 Der Auftrag zur Nächstenliebe und Menschenwürde

Im Zentrum des biblischen Lebensschutzes steht das fünfte Gebot des Dekalogs: „Du sollst nicht töten" (Ex 20,13). Das alttestamentliche Gesetz ehrte und schützt das Leben damit, dass es für Mord die schärfste Sanktion, nämlich die Todesstrafe vorsah. Das Tötungsverbot liegt vor allem im Schöpfungsglauben und dem darauf beruhenden Menschenbild begründet. Wer nämlich die Hand gegen einen Menschen erhebt, vergreift sich nach Auffassung des Alten Testaments gleichzeitig an Gott, dem Schöpfer, und seinem Werk. Wer tötet, stört folglich den Frieden unter den Menschen und gefährdet das Gleichgewicht der gesamten Schöpfung. Im Neuen Testament bekommt das Tötungsverbot durch Jesus Christus einen neuen Akzent. Für ihn ist nicht erst der objektive Tatbestand des Tötens eine Verletzung des fünften Gebots, sondern bereits die innere Haltung, mit der man dem Nächsten begegnet. Jesus fasst unter dem Tötungsverbot daher all jene willentlichen Handlungen zusammen, die einen Menschen daran hindern, sich frei entfalten zu können. Dazu gehören Handlungen, die das Personsein

[85] Vgl. Bedford- Strohm, Heinrich: Leben dürfen, leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe, München: Kösel 2015, 72-73.
[86] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Freiburg: Herder 2013, 168.
[87] Ebd., 224.
[88] Ebd., 204.
[89] Ebd., 224.

sowohl physisch wie auch psychisch verletzen. Aus dieser Sichtweise heraus wird das Tötungsverbot zu einem positiven Gebot, das dazu auffordert, den Nächsten mit Liebe und Solidarität zu begegnen. Den Menschen zu lieben und ihm in all seinen Nöten beizustehen, ist laut Martin Luther auch der Sinn des fünften Gebotes.[90] Im Leben und Sterben Jesu von Nazareth wird die radikale Option für die Menschen in ihrer Schwachheit schließlich offenbar. Die Menschenwürde wird dadurch zu einem integrativen Bestandteil des christlichen Glaubens. So verkündet Jesus die Liebe Gottes zu allen Menschen und fordert dazu auf, diese im Verhältnis zu den Mitmenschen sichtbar werden zu lassen. Immer wieder erzählen die Texte des Neue Testaments, wie Jesus Kranken und Sterbenden beisteht, sie heilt oder sogar Tote zum Leben erweckt. Im Gleichnis vom Weltgericht identifiziert sich Christus selbst mit den Schwachen und Kranken und betont: „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mit getan." (Mt 25, 40). Man sieht deutlich, dass die Menschenwürde Kern der biblischen Tradition ist. So ist es von grundlegender theologischer Bedeutung, dass Gott nicht in der Gestalt eines Wohlhabenden auf die Erde herabgekommen ist, sondern als Armer und Leidender. Im Leben und Leiden Jesu zeigt sich die radikale Option für die Schwachen dieser Gesellschaft.[91] Auch Papst Franziskus betont in seinem Apostolischen Schreiben „Evangelii Gudium" aus dem Jahre 2013, dass die Menschwerdung Gottes in der Welt für die Menschen, und speziell für die Hilfebedürftigen, Folgen haben muss. Papst Franziskus lehnt sich daher gegen eine ökonomisch beherrschte Kultur auf, die den Menschen wie ein Konsumgut betrachtet und ihn einfach „wegwirft", wenn er nicht mehr gebraucht wird.[92]

Wie man sieht, sind im Laufe der Geschichte die biblischen Texte vom Liebesgebot und dem Gebot zum Schutz der Schwachen äußerst wirkmächtig geworden und prägen mitunter auch das bis heute geltende ärztliche Heilungsethos. [93]

[90] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens. Freiburg: Herder 2013, 181-187.
[91] Vgl. Bedford- Strohm, Heinrich: Leben dürfen, leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe, München: Kösel 2015, 77.
[92] Vgl. Papst Franziskus, in: http://www.christ-in-der-gegenwart.de/aktuell/artikel_angebote_detail?k_beitrag=3969772 [abgerufen am 26.04.2016].
[93] Vgl. Bedford- Strohm, Heinrich: Leben dürfen, leben müssen, Argumente gegen Sterbehilfe. München: Kösel 2015, 77.

3.3.3 Würde und christliche Freiheit

Der Mensch als vernunftbegabtes Wesen lebt nicht nur, sondern ist gerufen, ein Leben in Verantwortung zu führen. So wird Freiheit zu einem vernunftgeleiteten Streben, indem man in freier und bewusster Entscheidung sein Leben zu ergreifen und zu verwirklichen versucht.[94] Folglich darf niemandem das Recht verweigert werden, sein Leben selbst zu gestalten. Nur wenn allen Menschen der gleiche Zugang zur Freiheit offensteht, ist das Streben nach Freiheit mit der gleichen Würde aller Menschen vereinbar. Natürlich ist menschliche Freiheit auch begrenzt, was sich aus der Endlichkeit des Lebens und aus den Verstrickungen menschlichen Handelns ergibt. Als Gläubiger kann sich niemand vor Gott der Bedingtheit seiner Freiheit entziehen, da das Leben wie auch die Freiheit als göttliche Gaben verstanden werden. Durch diese Sichtweise liegt die entscheidende ethische Aufgabe darin, die von Gott geschenkte Freiheit zu bewahren.[95] Dies gelingt nach Apostel Paulus nur dann, wenn der Mensch Freiheit nicht losgelöst von Christus und seiner Botschaft versteht. Paulus verknüpft das Freiheitsverständnis mit dem Liebesgebot und folglich hängen persönliche Freiheit und der Dienst am Nächsten untrennbar aneinander: „Du sollst deinen nächsten lieben, wie dich selbst!“ (Lk 10,27). Jesu Gebot macht deutlich, dass die Achtung des eigenen Lebens wesentlich ist, dass aber die Sorge um die Mitmenschen ebenso beachtet werden muss. Auf diese Weise verbindet christliche Freiheit die Menschen miteinander und leitet sie zum solidarischen Handeln an. Die Grundidee der christlichen Ethik ist somit die Verwirklichung von Freiheit durch die Nächstenliebe, wodurch der Blick immer auf die Bewahrung des Lebens gerichtet ist.[96]

Angesichts erfahrener Unfreiheit aufgrund der Abhängigkeit des menschlichen Daseins im Sterbeprozess wird die Sehnsucht nach Freiheit besonders stark. Das in diesem Zusammenhang von manchen Ethikern geforderte Recht auf selbstständige Beendigung des Lebens, wenn die Unfreiheit angesichts des Leides zu groß wird, entspricht jedoch nicht der christlichen Vorstellung von Menschenwürde und Freiheit. Der deutsche Ethiker und evangelische Theologe Wolfgang Huber spricht dabei von der „kommunikativen Freiheit“, welche die persönliche Freiheit und den Dienst am Nächsten aneinanderkoppelt. Von da aus gesehen kann von Freiheit nur dann gesprochen werden, wenn diese mit der Gestaltung einer Gesellschaft, in der alle in Würde leben können, verträglich ist. Wenn ein Mensch

[94] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 29-30.
[95] Vgl. Huber, Wolfgang: Meine Freiheit ist auch deine Freiheit, in: http://pdf.zeit.de/2013/35/freiheit-ethik-zusammenleben.pdf [abgerufen am 19.03.2016].
[96] Ebd.

beispielsweise um aktive Sterbehilfe bittet, so hat diese Bitte Auswirkungen auf das gesamte soziale Umfeld des Kranken bzw. Sterbenden. Die persönliche Freiheit in der Auswahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten muss daher immer im Kontext ihrer Auswirkungen auf die Sozialkultur gesehen werden.[97] Die persönliche Freiheit hat also ganz klar ihre Grenze dort, wo die Grenze einer anderen Person beginnt.[98] Christliche Freiheit will schließlich so gestaltet werden, dass sie Leben nicht zerstört, sondern bis zuletzt schützt und fördert.[99]

3.3.4 Würde angesichts Krankheit, Leid und Sterben

Eine Gesellschaft, in der Gesundheit und Schönheit zu den obersten Idealen zählen, lässt oftmals vergessen, worin die Würde des Menschen besteht, nämlich als endliches Wesen mit all seinen Grenzen leben zu dürfen. Der Blick auf die Bibel zeigt, dass die menschliche Grunderfahrung von Kranksein, Leiden und Sterben in den biblischen Texten einen besonderen Stellenwert eingenommen hatten und im Laufe der Zeit unterschiedlich bewertet wurde. Das Alte Testament beschreibt vor allem das körperliche und seelische Leid von Krankheit und erzählt von der gesellschaftlichen Isolierung kranker Menschen. Die Vernachlässigung von Kranken wurde von der religiösen Vorstellung untermauert, dass körperliche Defizite unmittelbare Strafe Gottes und Folge der Sünde seien. So zeigt sich in der Vorstellung des Alten Testaments der Zorn Gottes im physischen Leid, als Folge früherer Vergehen. Erst das Buch Ijob lehnt sich gegen dieses Vergeltungsdenken auf und versteht Kranksein als tiefe religiöse und existentielle Krise, wo Menschen nach dem Sinn ihres Leidens fragen. Dabei wird das Ringen zwischen Glaube und Unglaube, Vertrauen und Empörung durch das Schicksal Ijobs deutlich gemacht. Ijob wird zum Sinnbild eines Menschen, der angesichts der schweren körperlichen und seelischen Qualen nach Sinn in seinem Leben sucht. Durch die Selbstoffenbarung Gottes erhält Ijob zwar keine Antwort auf seine drängenden Sinnfragen, ihm wird aber die Erkenntnis zuteil, dass selbst im Elend die Gemeinschaft mit Gott erhalten bleibt. So wendet sich Gott von den Schwachen und Außenseitern der Gesellschaft niemals ab, sondern steht ihnen auf besondere Weise zur Seite. In der Ijobserzählung wird auch deutlich, dass Gott durch machtvolles Eingreifen Krankheit,

[97] Vgl. Bedford- Strohm, Heinrich: Leben dürfen, leben müssen, Argumente gegen Sterbehilfe, München: Kösel 2015, 80.
[98] Vgl. Siegmann- Würth, Lea: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter Lang 2011, 69.
[99] Vgl. Huber, Wolfgang: Meine Freiheit ist auch deine Freiheit, in: http://pdf.zeit.de/2013/35/freiheit-ethik-zusammenleben.pdf [abgerufen am 19.03.2016].

Leid und Tod nicht aufhebt, sehr wohl aber den Menschen bis in den Tod hinein begleitet. Der Glaube an die unbedingte Treue Gottes, vermag dem Leidenden in seiner Not zu stärken und schenkt ihm Hoffnung auf einen Zustand des Heils.[100]

Das Leiden und Sterben Jesu Christi im Neuen Testament veranschaulicht schließlich, wie sehr Gott den Menschen liebt, indem er durch seinen eingeborenen Sohn alles Leid auf sich nimmt. Dort, wo es Menschen gelingt, Leiden und Sterben anzunehmen und auf Gottes Beistand zu vertrauen, kann selbst die unwürdigste Krankheit eines Menschen durch die innere Haltung verwandelt werden. Die Situation der Krankheit kann somit selbst bei Ausbleiben der Heilung zu einem existentiellen Verweis auf die erlösende Liebe Gottes werden. Das neutestamentliche Verständnis von Krankheit unterscheidet sich somit in charakteristischer Weise von der alttestamentlichen Gleichgültigkeit gegenüber Kranken und Sterbenden. Die Evangelien berichten immer wieder von der besonderen Vorliebe Jesu für Kranke und Ausgestoßene, denen in besonderer Weise begegnet wird. Jesus macht durch sein Wirken und seinen eigenen Leidensweg sichtbar, dass trotz menschlicher Grenzerfahrungen, die Nähe Gottes spürbar werden kann. Die Überwindung physischen, wie auch psychischen Leids wird aus theologischer Sicht zum besonderen Zeichen der messianischen Heilszeit. Diese Zeit wird zunächst in der besonderen Zuwendung Jesu zu den Schwächsten der Gesellschaft sichtbar. Jesus holt all jene Menschen, die aufgrund ihrer „Mängel“ ausgeschlossen wurden, in das gesellschaftliches Leben zurück und lässt ihnen dadurch einen besonderen Stellenwert zu teil werden.[101]

Theologisch werden Kranksein und Leiden vielfach auch als Mitleiden mit dem Leiden Christi gedeutet. Sowohl Leben als auch Leiden und Sterben vollzieht der gläubige Christ in der Gewissheit, dass er das mit Jesus Christus gemeinsam tut. Paulus sieht durch das Mitleiden Jesu Christi die versteckte Würde von Kranksein und Sterben begründet. Da jedes menschliche Leiden auch Leiden Jesu ist, bekommt Leiden einen besonderen Stellenwert: „Wir sind Erben Gottes und sind Erben Christi, wenn wir mit ihm leiden, um mit ihm auch verherrlicht zu werden“ (Röm 8, 17). Allerdings birgt diese Deutung auch die Gefahr der religiösen Überhöhung von Krankheit. Doch Leiden und Krankheit sind keinesfalls gottgewollt und entsprechen nicht dem Willen Gottes. Vielmehr geht es Paulus darum, in der Krankheit und in der Schwachheit, Hoffnung aus dem Mitleiden mit Christus zu schöpfen.[102] Aus diesem Grund bejaht Paulus die menschliche Ohnmacht in Bezug auf Krankheit, indem

[100] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens. Freiburg: Herder 2013, 326- 327.
[101] Ebd., 328- 340.
[102] Ebd., 340.

er schreibt: „Viel lieber also will ich mich meiner Schwachheit rühmen, damit die Kraft Christi auf mich herabkommt. Deshalb bejahe ich meine Ohnmacht, alle Misshandlungen und Nöte, Verfolgungen und Ängste, die ich für Christus ertrage; denn wenn ich schwach bin, dann bin ich stark.“ (2 Kor 12,10).

3.4 Personalität, Solidarität und Subsidiarität in der katholischen Soziallehre

Basierend auf der christlichen Ethik, sollen am Ende dieses Kapitels die wichtigsten Prinzipien der katholischen Soziallehre in einer Zusammenschau erläutert werden. Christliche Sozialethik beinhaltet die Prinzipien von Personalität, Solidarität, Gemeinwohl und Subsidiarität. Diese bilden das normative Fundament eines gelingenden Lebens und Zusammenlebens der Menschen. Der Personenbegriff stellt dabei den Angelpunkt der christlich-sozialethischen Überlegungen dar. Dieser gründet zunächst darin, dass der Mensch mit Vernunft ausgestattet ist und dadurch in Freiheit zwischen guten und schlechten Handlungen auswählen kann. Durch die Entscheidungsfreiheit wird der Mensch aber auch zum moralischen Subjekt, da jede Handlung Verantwortlichkeit gegenüber dem Selbst und dem Gegenüber nach sich zieht. Der Mensch als Subjekt wird so zum Richtmaß sozialer Ordnungen. In der Sozialenzyklika von Papst Johannes XXIII wird der Mensch zum Träger, Schöpfer und Ziel aller gesellschaftlichen Einrichtungen. Im Mittelpunkt der christlichen Soziallehre steht folglich die menschliche Person, die aufgrund ihrer Würde das Recht hat, sich frei entfalten zu können. Jedem Menschen soll nach dem Personenprinzip die größtmögliche Chance für seine persönliche Entwicklung ermöglicht werden. Das Solidaritätsprinzip verweist dabei auf die entsprechenden Pflichten, die sich für jeden Menschen in einer Rechtsgemeinschaft ergeben, damit durch soziale Kooperation der menschenrechtliche Status vom Personsein für alle gewährleistet werden kann. Solidarität ist, mit anderen Worten ausgedrückt, die wechselseitige Bereitschaft, sich füreinander einzusetzen. Sozialethisch geht es dabei um die Schaffung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in formeller und informeller Form, wie beispielsweise durch karitative Einrichtungen für Kranke und Sterbende. Eng verknüpft mit dem Solidaritätsprinzip ist das Subsidiaritätsprinzip, das auch in wichtigen Dokumenten der Europäischen Union zu finden ist. Das Prinzip geht von der Freiheit und Verantwortung der Person aus, wobei deren Rechte und Eigenständigkeit gegenüber der höheren Instanz, insbesondere dem Staat gegenüber

geschützt werden müssen. Durch subsidiäre Unterstützung soll jede Person Hilfe zur bestmöglichsten Entfaltung erhalten, wobei Hilfe zur Selbsthilfe das Richtmaß für Subsidiarität darstellt.[103]

Zusammenfassend kann nun festgehalten werden, dass die in diesem Kapitel genannten ethischen Prinzipien als Maßstab angesehen werden können, wie mit Menschen am Lebensende umgegangen werden soll. Die vier Prinzipien der Medizinethik von Childress und Beauchamp stellen einen wesentlichen Faktor bei ethischen Entscheidungsfindungen dar. Die unantastbare Menschenwürde ist dabei eine gegebene Grenze, wenn es zu einer Güterabwägung innerhalb der Prinzipien kommen sollte. Indem der Mensch in seiner personalen und subjektiven Einheit einzigartig ist, verleiht ihm der Gedanke der Würde einen inneren unverlierbaren Wert. Wie menschenwürdig Leben und Sterben erfahren werden, hängt allerdings von der individuellen Wahrnehmung und von den unterschiedlichen theoretischen Standpunkten des jeweiligen Kontextes.[104] Folgedessen kommt es vor allem bei Entscheidungen am Lebensende zu ethischen Konfliktfeldern, die im nächsten Kapitel besonderer Beachtung bedürfen.

[103] Vgl. Siegmann- Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter lang 2011, 68-72.
[104] Vgl. Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter Lang 2011, 92-93.

4 Ethische Problemfelder aufgrund der Intensivmedizin

Aufgrund der enormen Erweiterung von intensivmedizinischen Handlungsmöglichkeiten ist es unerlässlich, das eigentliche Ziel ärztlichen Handelns in Grenzfällen neu zu überdenken und zu bestimmen. Es ist immer anzustreben, dass für den Patienten die bestmöglichen Voraussetzungen des personalen Lebensvollzuges bewahrt bleiben. Dabei muss eine Vermittlung zwischen dem biologischen Leben und dem subjektiven Erleben des Gesundheitszustandes der betreffenden Person stattfinden, um eine Bewertung der Lebensqualität vornehmen zu können. Da der Patient als eigenverantwortlicher Partner in der Arzt- Patienten Beziehung zu betrachten ist, muss vor jedem Einsatz intensivmedizinischer Behandlungsmethoden ein ausführliches Beratungsgespräch stattfinden, in welchem alle Nutzen und Risiken genau offen gelegt und erklärt werden. Sollte eine medizinische Therapie nicht mehr den erwünschten Behandlungserfolg erreichen und wird durch intensivmedizinische Eingriffe das Sterben künstlich hinausgezögert oder gar verhindert, gilt es, solche Maßnahmen zu unterbinden, da sie nicht unter das Prinzip des Lebensschutzes fallen, sondern dem Patienten mehr Schaden als Nutzen zufügen. Sowohl der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, als auch die Problemfelder der künstlichen Beatmung, der künstlichen Ernährung mittels Sonden und der terminalen Sedierung sollen in diesem Kapitel ansatzweise erläutert werden. Schließlich soll auch noch auf die Grenzen der Patientenverfügung eingegangen werden, die aus Sicht des österreichischen Psychologen und Neurobiologen Niels Birbaumer höchst fragwürdig ist.

4.1 Der Verzicht auf lebensverlängernden Maßnahmen

Jeder Patient hat das Recht, nicht durch ärztliche Maßnahmen getötet zu werden, was auf dem allgemeinen Tötungsverbot und der ärztlichen Beistandspflicht beruht. Allerdings hat auch keine Person den Anspruch auf medizinische Leistungen, die das Leben um eine nur kurze Zeit verlängern würden. Jeder Arzt hat daher die Aufgabe, nach seinem eigenen Ermessen zu entscheiden, welche medizinischen Interventionen angemessen sind, um im Sinne des personalen Lebensvollzuges ein menschenwürdiges Leben in der Phase des Sterbens möglich zu machen. Hat der Arzt innerhalb seines Behandlungsspektrums keine kurativen Möglichkeiten mehr, erlischt seine Pflicht zur kurativen Behandlung. Schließlich bleibt dem Arzt nur mehr das Behandlungsziel zur Schmerzbekämpfung und Leidensminderung durch

palliative Maßnahmen. Sämtliche medizinische Interventionen haben sich dabei nach dem Wohle des Patienten zu richten.[105]

Werden kurative Maßnahmen in eine ausschließlich palliative Versorgung des Patienten umgeändert, spricht man von der sogenannten Therapiezieländerung. Diese Änderung wird etwa im Rahmen einer Therapielimitierung vollzogen, was bedeutet, dass Therapiemaßnahmen im Falle der gesundheitlichen Verschlechterung des Patienten nicht gesteigert werden dürfen und auch keine neuen Therapien gesetzt werden sollen, die dem neuen Behandlungsziel widersprechen. Palliative Therapien sind im Gegensatz zu kurativen Maßnahmen, stets fortzusetzen, sofern sie dem Willen des Patienten entsprechen. Die häufig pauschale Rede von einem Therapieabbruch ist daher nicht zutreffend und kann sogar irreführend sein, da ja niemals die gesamte Therapie abgebrochen wird.[106]

Sollten schließlich sämtliche Therapiemaßnahmen zur Symptom- und Schmerzlinderung in der palliativen Behandlung erschöpft sein und der Patient unter unerträglichen Schmerzen leiden, gibt es noch die Möglichkeit der terminalen Sedierung oder besser gesagt der palliativen Sedierung. Die Bezeichnung „terminale Sedierung“ ist im deutschsprachigen Raum allerdings noch immer mit starker Unsicherheit verbunden und bedarf einer genauen Klärung.[107]

4.2 Palliative Sedierung

Das Ziel der palliativen Sedierung ist es, mittels bewusstseinsmindernden Medikamenten unerträgliches Leid des Patienten zu lindern. Die Sedierung kann einerseits aufgrund einer Nebenwirkung durch eine mit Opiaten durchgeführte Schmerztherapie auftreten, oder sie wird überhaupt als Behandlung angestrebt. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen intermittierender und kontinuierlicher Sedierungstherapie. Die intermittierende Form macht die Kommunikation mit dem Patienten weiterhin möglich.[108] In sehr schwerwiegenden Fällen kann auch eine kontinuierliche, also eine anhaltende Sedierung erwogen werden, bei welcher der Patient mitunter bis zu seinem Tod in einen dauerhaften Tiefschlaf versetzt wird. Beide

[105] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens. Freiburg: Herder 2013, 388-389.
[106] Vgl. Sterben in Würde: Empfehlungen der Bioethikkommission, in: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__61173/mode__ft/3460/default.aspx [abgerufen am 02.02.2016].
[107] Vgl. Siegmann, Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Berlin: Pater Lang 2011, 121-122.
[108] Ebd., 122.

Formen der Sedierung müssen natürlich ständig überwacht werden. Der häufig verwendete Begriff „terminale Sedierung“ löst oftmals noch große Verunsicherung aus, da er Absicht und Zweck recht offen lässt. Vielfach wird die Sorge geäußert, dass es sich bei der terminalen Sedierung um eine verschleierte und langsame Euthanasie handeln könnte. „Terminal“ bezeichnet jedoch die letzte Krankheitsphase bzw. das zu Ende-Gehen des Lebens. Um sich von der aktiven direkten Sterbehilfe abzugrenzen, spricht man daher besser von palliativer Sedierung oder von der palliativen Sedierungstherapie. Das Ziel ist immer nur das Lindern vom Leidensdruck des Patienten und niemals dessen beabsichtigte Lebensverkürzung. Die ethische Beurteilung erfolgt dabei juristisch, medizinisch und schließlich ausgehend von der ethischen Perspektive. Dabei gelten die Respektierung des Patientenwillens, die Prinzipien des Wohltuns und Nichtschadens als oberste Beurteilungskriterien. Als ethische Rechtfertigung für palliative Sedierung gilt das Prinzip der Handlung mit doppelter Wirkung. In der ethischen Debatte werden die Intention der Therapie, die dabei eingesetzten Mittel, das Verfahren und schließlich die Wirkung der Handlung herangezogen. Das Prinzip der doppelten Wirkung betrifft nun eine moralische Dilemma-Situation, da einerseits das Wohl des Patienten gefördert werden soll und andererseits dabei auch das Risiko einer Lebensverkürzung oder gar Tötung eingegangen wird. Entscheidend ist die Absicht der handelnden Person, wobei der Tod niemals als Mittel zum Wohl des Patienten angestrebt werden darf. Palliativ Care geht aber grundsätzlich immer von einem Tötungsverbot aus und die Intention des Arztes liegt bei der Sedierung immer nur in der Behandlung belastender Symptome mit dem Ziel der Linderung des Leidens. Dabei wird der Nutzen für das Wohl des Patienten höher eingestuft als der Schaden, sprich eine mögliche Lebensverkürzung. Schließlich stellt sich die Frage, ob palliative Sedierung überhaupt zu einer Lebensverkürzung führt, da empirische Studien gezeigt haben, dass es nur geringfügige Unterschiede in der Überlebenszeit von sedierten und nicht sedierten Patienten gibt. Folglich stellt palliative Sedierung eine anerkannte medizinische Intervention dar und gehört zum ärztlichen Auftrag, sofern es dem Patientenwillen entspricht. Die ethischen Probleme ergeben sich weniger aus der palliativen Sedierung als vielmehr aus den Begleitumständen. Dazu gehört u.a. der Abbruch lebensverlängernder medizinischer Behandlungen und der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.[109]

[109] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 389-391.

4.3 Künstliche Beatmung

Künstliche Beatmung ist stets als eine vorübergehende Maßnahme gedacht, um eine akute Lebensbedrohung abzuwenden und um Zeit für kurative Therapien zu gewinnen. Das Ziel der Beatmung ist es also nicht, das Leben im gegenwärtigen Zustand zu verlängern, sondern durch den erhofften Behandlungserfolg bessere Lebenschancen für den Patienten zu eröffnen. Stellt es sich jedoch heraus, dass die Therapien vergeblich sind und der Patient nicht mehr ins Leben zurückzuholen ist, wird die Beatmungsmaschine abgestellt. Ein Behandlungsabbruch löst beim medizinischen Personal oftmals eine hohe psychische Belastung aus, da der Tod unmittelbar nach der Handlung einzusetzen beginnt. Die Handlung beendet allerdings nur den Aufschub des Todes, da die zugrundeliegende Krankheit oder Schädigung auch ohne Beatmungsgerät den Tod herbeigeführt hätte. Somit ist das Abschalten vom Beatmungsgerät in keinster Weise als eigentliche Sterbeursache zu werten. Dort wo die Grunderkrankung zum sicheren Tod geführt hätte, gebietet die Achtung vor der Würde des Sterbenden den Behandlungsabbruch, um unnötiges Leiden nicht zu verlängern. Ein noch viel größeres Problem als der Abbruch künstlicher Beatmung ist jedoch die geplante Beendigung der künstlichen Ernährung und Hydrierung. Hier ist es nicht nur notwendig, nach den ethischen Kriterien zu fragen, sondern auch jeden Fall im Einzelnen zu prüfen.[110]

4.4 Problematik der künstlichen Ernährung und Hydrierung

Jegliche Form von künstlicher Ernährung oder Flüssigkeitsgabe erfolgt über eine medizinische Maßnahme, wie beispielsweise durch das Verlegen eines intravenösen Zugangs, durch eine Magensonde oder injizierter Flüssigkeitszufuhr. Diese Maßnahmen bedürfen der Einwilligung des Patienten oder dessen Bevollmächtigten und einer ärztlichen Begründung.[111] Bei Patienten, die aufgrund einer Erkrankung für einen gewissen Zeitraum künstlich ernährt werden müssen, kann diese Maßnahme nicht nur sinnvoll, sondern lebensrettend sein.[112] Künstliche Ernährung stellt eine notwendige Basispflege dar, die moralisch gesehen jeden Kranken bis zum Schluss geschuldet ist.[113] In der allerletzten, also terminalen Lebensphase

[110] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 391.
[111] Bioethikkomission Österreich: Sterben in Würde, in: https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=58509 [abgerufen am 04.04.2015].
[112] Loewit, Günther: Sterben. Zwischen Würde und Geschäft, Innsbruck- Wien: Haymon 2014, 202-204.
[113] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens. Freiburg: Herder 2013, 392.

und bei schweren Erkrankungen ist künstliche Ernährung aber gänzlich anders zu bewerten. Die Minderung der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit gehört zum natürlichen Sterbeprozess und kann mitunter das Sterben sanfter gestalten. Flüssigkeitsverarmung dämpft beispielsweise die Bewusstseinslage, und die Veränderungen im Stoffwechsel können schmerzmindernden Effekt haben.[114] Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe in der Phase, wo der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat, kann daher alles andere als nützlich sein. Aufgrund zahlreicher Forschungsergebnisse wird daher in der Palliativmedizin von einer Sonderernährung abgeraten, da sie weder zur Linderung der Symptome, noch zu einer Lebensverlängerung, beiträgt.[115] Bei der Abwägung der Vor- und Nachteile der künstlichen Ernährung müssen schließlich die möglichen Schäden berücksichtigt werden, die vor allem bei langer Anwendung auftreten können. So können durch das lange Tragen einer PEG-Sonde (Perkutane endoskopische Gastrostomie), eines Kunststoffschlauches, der durch die Bauchdecke in den Magen geleitet wird, Schäden und Komplikationen auftreten.[116] Bei Untersuchungen zur PEG Sonde traten bei 50 % der Kranken schweres Unwohlsein auf, viele Patienten versuchten die Sonde gar zu entfernen und bei knapp der Hälfte der untersuchten Patienten trat aufgrund des Rückflusses durch die Sonderernährung in die Luftröhre eine Lungenentzündung auf. Schließlich konnte durch die künstliche Ernährung bei den Patienten nur eine geringfügige Gewichtszunahme und auch keine Lebensverlängerung festgestellt werden.[117]

Die deutsche Ärztekammer spricht daher bei der Versorgung Sterbender nicht mehr von künstlicher Ernährung und Hydrierung, sondern empfiehlt die Begriffe von Stillen von Hunger und Durst einzuführen. Es geht in der letzten Lebensphase nicht mehr um das nun nutzlos gewordene Aufrechterhalten der Kalorienzufuhr, sondern vielmehr um pflegerische Maßnahmen zur Beseitigung möglichen Unwohlseins.[118] Natürlich gibt es intuitiv eine tief verankerte moralische Pflicht, Menschen weder verhungern, noch verdursten zu lassen, ganz gleich in welcher gesundheitlichen Lage sie sich befinden. Der Symbolgehalt der Bereitstellung von Nahrung ist sehr hoch und es gehört zum solidarischen Handeln, Menschen vor dem Verhungern und Verdursten zu bewahren. Doch wenn es sich beim Gegenüber nicht um einen Hungrigen handelt, sondern um einen Kranken in terminaler Phase, der kein Hungergefühl mehr empfindet, kann man auch nicht mehr von Verhungern sprechen: zum

[114] Vgl. De Ridder, Michael: Wie wollen wir sterben? München: Pantheon 2011, 70-71.
[115] Bioethikkomission Österreich: Sterben in Würde, in: https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=58509 [abgerufen am 04.04.2015].
[116] Loewit, Günther: Sterben. Zwischen Würde und Geschäft. Innsbruck- Wien: Haymon 2014, 202-204.
[117] Vgl. De Ridder, Michael: Wie wollen wir sterben? München: Pantheon 2011, 74.
[118] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens. Freiburg: Herder 2013, 392.

einen, weil es sich bei Verlegung einer PEG Sonde nicht immer um eine solidarische Geste der Zuwendung handelt, und zum anderen, weil künstliche Nahrungszufuhr, wenn sie gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird, als Zwangsmaßnahme anzusehen ist.[119]

Zusammenfassend kann man sagen, dass jeder Kranke oder Sterbende das Recht hat, künstliche Ernährung abzulehnen, was einem Behandlungsverzicht gleich kommt. Künstliche Ernährung wäre, wenn zwangsverordnet, ein unverhältnismäßiges Mittel zur Lebenserhaltung, und würde das Sterben nur unnötig hinauszögern. Somit ist die Nicht- Aufnahme oder das Einstellen künstlicher Ernährung in der Endphase als legitime Form des Sterbenlassens anzusehen. Das verminderte Nahrungsbedürfnis oder die Behinderung der Nahrungsaufnahme ist ein normales Symptom beim Sterben. Selbst aus christlicher Sicht lässt sich laut Schockenhoff keine Verpflichtung zur unbegrenzten Lebenserhaltung um jeden Preis ableiten. Da die Pflicht zur Lebenserhaltung aber grundsätzlich auch die Pflicht zur Nahrungsaufnahme miteinschließt, muss vor jeder Entscheidung zur Ablehnung bzw. Einstellung der künstlichen Ernährung eine genaue Abwägung aller Umstände der gegebenen Situation vorgenommen werden.[120]

Gerade bei ethischen Fragen am Lebensende und im Rahmen der Intensivmedizin kann eine Patientenverfügung Angehörigen und Medizinern eine enorme Entlastung bei der Entscheidungsfindung sein. Vor allem dient sie dem Patienten, um seine Ängste vor medizinischer Bevormundung und vor künstlicher Lebens- oder Leidensverlängerung zu vermindern.

4.5 Die Grenzen von Patientenverfügungen

Im Blick auf ein gutes Sterben ängstigt viele Menschen die Aussicht, dass ihr Leben um jeden Preis künstlich verlängert wird und sie dadurch großem Leiden ausgesetzt sind.[121] Daher gibt es in der Republik Österreich seit dem 1. Juni 2006 das Patientenverfügungsgesetz, um auf diese Weise Vorausverfügungen zur medizinischen Behandlung auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Das Ziel dafür ist eine gesetzliche Regelung, dass der Patient autonom entscheiden kann, selbst wenn seine Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit nicht mehr gegeben sind. Autonomie bedeutet in diesem Zusammenhang, dass jede medizinische

[119] Ebd., 396-397.
[120] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 398.
[121] Ebd., 380.

Maßnahme abgelehnt werden kann oder der Patient in die Behandlung einstimmen muss. Für die Ärzteschaft war es nicht ganz leicht zu akzeptieren, dass durch die Patientenverfügung der Wille des Kranken in manchen Punkten oberste Maxime ärztlichen Handelns wird, und dadurch möglicherweise das Wohl des Kranken gefährdet sein könnte. Allerdings war man sich in der österreichischen Gesetzgebung einig, dass dem Patienten der Wille zur Tötung auf Verlangen oder zum assistierten Suizid nicht statt gegeben werden darf.[122] Mit dem Gesetz wurde schließlich geklärt, unter welchen Voraussetzungen Willenskundgebungen eines Patienten beachtlich bzw. verbindlich sind. Bei der verbindlichen Patientenverfügung sind Arzt, Pflegeteam und Angehörige verbindlich gebunden, auch wenn sie nicht mit dem Willen des Patienten einverstanden sind.[123] Nach einem intensiven Beratungsgespräch und ärztlicher Aufklärung erfolgt die Errichtung der Verfügung über Notar, Rechtsanwalt oder Patientenvertreter. Alle fünf Jahre muss die Verfügung schließlich erneuert werden, damit der Patient sich in regelmäßigen Abständen mit seinen Entscheidungen auseinandersetzt. Durch die beachtliche Verfügung müssen Ärzte und Beteiligte den darin geäußerten Willen des Patienten beachten, sind daran aber nicht unter allen Umständen gebunden. Sie stellt vielmehr eine wichtige Orientierungshilfe beim Treffen medizinsicher Entscheidungen dar.[124] Generell sind Patientenverfügungen als eine Hilfe zur Verbesserung der Situation schwer kranker Menschen am Lebensende anzusehen. Sie sind die Möglichkeit, Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlung am Lebensende deutlich zu machen und sich für eine eingeschränkte zukünftige Situation abzusichern.[125] Doch genau die Verfügung für eine zukünftige und nicht vorabsehbare Lebenssituation bereitet dem Tübinger Neurobiologen Niels Birbaumer große Schwierigkeiten. Tatsächlich warnt der Neurobiologe sogar vor der Erstellung einer Patientenverfügung, da es sich dabei möglicherweise um eine vorschnelle Entscheidung handeln könnte, die sich im Ernstfall nicht mehr revidieren lasse. Er ist sogar davon überzeugt, dass viele Betroffene eine Korrektur ihrer Verfügung vornehmen würden, wenn es ihr gesundheitlicher Zustand zulassen würde. Er stützt seine Überlegungen darauf, dass das menschliche Gehirn derart lernfähig ist, so dass es sich selbst in diffusester gesundheitlicher Lage sekündlich neu organisieren kann. Mittels speziellen Computermessgeräten konnte Birbaumer bei körperlich schwerst- geschädigten Patienten, wie

[122] Vgl. Oberlerchner, Herwig und Heschl, Gerald: Dem Menschen nahe sein, Wien- Graz- Klagenfurt: Styria 2014, 128-129.
[123] Vgl. Patienteverfügung.at: Schwerpunkte des Patientenverfügungs- Gesetzes, in: http://www.patientenverfuegung.or.at/ [abgerufen am 08.04.2016].
[124] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Die Patientenverfügung, http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Patientenverfuegung/#drei [abgerufen am 08.04.2016].
[125] Vgl. Patienteverfügung.at: Schwerpunkte des Patientenverfügungs- Gesetzes, in: http://www.patientenverfuegung.or.at/ [abgerufen am 08.04.2016].

Schlaganfallpatienten, Gehirnströme nachweisen, die klare Rückschlüsse, auf ihre Emotionen ziehen lassen. Das Gehirn kann durch selbstständige Umpolung sogar unter den widrigsten Umständen Glückshormone ausschütten. Durch körperliche Berührung, bei Düften oder beim Hören vertrauter Stimmen, konnten bei den schwer-kranken und nicht ansprechbaren Patienten tatsächlich Glücksgefühle gemessen werden.[126] Subjektiv empfundene Lebensqualität kann laut den empirischen Untersuchungen Birbaumers selbst bei längerer künstlicher Beatmung befriedigend bis gut sein bzw. nur unwesentlich schlechter als bei gesunden Menschen.[127] Das Gehirn komme mit Ausnahmezuständen scheinbar viel besser zurecht, als bislang angenommen wurde, und der befürchtete Verlust von Autonomie finde so gar nicht wirklich statt. Das Verfassen einer Patientenverfügung bezeichnet Birbaumer daher als eine irrationale Verlagerung von Angst und sie stellt seiner Meinung nach in keinster Weise eine wachsende Selbstverantwortung dar. Vielmehr mangelt es bei der Betreuung schwer Kranker meist an der nötigen Zeit und dem guten Willen, kritisiert Nils Birbaumer in einem Interview.[128]

Tatsächlich darf man die Frage nach menschenwürdigem Sterben nicht auf die Selbstbestimmung reduzieren. Interessanter Weise gab es in Österreich auch nur einen geringen Prozentsatz von Menschen, die seit 2006 das Erstellen einer Patientenverfügung in Anspruch genommen haben. Dies ergab der Endbericht zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes unter der Leitung von Ulrich Körtner im Jahre 2014. Die häufigsten Gründe die dabei genannt werden, sind mangelnde zeitliche und finanzielle Ressourcen einerseits und der Wunsch nach maximaler medizinischer Versorgung andererseits. Außerdem mangelt es häufig an Informationen über die Patientenverfügung sowie an einem Bewusstsein für deren Bedeutung.[129] Dennoch ist es unbestritten, dass Patientenverfügungen ein wichtiges Instrument darstellen, um den individuellen Vorstellungen von Lebensqualität am Lebensende gerecht zu werden.[130] Wie man sieht, kann

[126] Goertz, Wolfram: Hirnforscher warnt vor Patientenverfügung, in: http://www.wachkoma-graz.at/wp-content/uploads/2014/05/RP_Online_Hirnforscher_warnt_vor_Patientenverfuegungen.pdf [abgerufen am 09.04.2016].
[127] Birbaumer, Niels: Einmal kann man sich doch irren, in: http://www.spektrum.de/magazin/einmal-kann-man-sich-doch-irren/996023 [abgerufen am 08.04.2016].
[128] Goertz, Wolfram: Hirnforscher warnt vor Patientenverfügung, in: http://www.wachkoma-graz.at/wp-content/uploads/2014/05/RP_Online_Hirnforscher_warnt_vor_Patientenverfuegungen.pdf [abgerufen am 09.04.2016].
[129] Körtner, Ulrich: Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen. Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes, in: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/0/1/CH1096/CMS1418680524597/studie_patientenverfuegung_patvgi_15.12.2014.pdf, [abgerufen am 09.04.2016].
[130] Körtner, Ulrich: Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen. Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes, in:

auch die Patientenverfügung, so hilfreich sie auch für Entscheidungsfindung am Lebensende auch sein mag, Unsicherheiten in der Behandlung bei schweren Erkrankungen und am Lebensende nicht völlig auflösen. Die rechtliche Möglichkeit, über sein Ende verfügen zu können, schafft zwar ein Gefühl von Selbstbestimmung, kann aber dennoch Fragen, was tatsächlich in der Phase des Sterbens im menschlichen Körper abläuft, nicht beantworten. Was Menschen in ihrer Endphase des Lebens brauchen, damit sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können umfasst daher eine ganze Reihe von Aspekten.

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/0/1/CH1096/CMS1418680524597/studie_patientenverfuegung_patvgi_15.12.2014.pdf, [abgerufen am 09.04.2016].

5 Humanes Sterben - Was Menschen am Lebensende brauchen

Menschliches Leben und dessen Würde definiert sich, wie schon im dritten Kapitel angesprochen, nicht nur über Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Erfolge oder Selbstständigkeit. Der Mensch kommt erst durch seine Mitmenschen, durch Sozialität und Zugehörigkeit zu sich selbst. Demnach bedeutet menschengerechtes Leben, wie auch menschliches Sterben, liebende Fürsorge und Beheimatung zu erfahren bzw. zu bewahren. Basierend auf diesen Gedanken soll eine „Sterbepraxis" ermöglicht werden, die eine wertschätzende, solidarische Gestaltung des Sterbens im Blick hat. Grenzerfahrungen, wie krank zu sein, abhängig zu sein oder mit seiner Vergänglichkeit konfrontiert zu werden, haben trotz ihrer unmittelbaren Bedrohung eine fundamentale Bedeutung. „Sie sind wesentlich, weil sie Menschen in ihrer sozialen Ursprünglichkeit zu sich selbst und zu einander bringen."[131]

Menschen brauchen einander nicht nur im Lieben, im miteinander Feiern, oder anderen positiven Lebensprozessen, sondern sind vor allem im Alter, im Kranksein, in Krisen und schließlich beim Sterben aufeinander angewiesen. In leidvollen Erfahrungen des Lebens kann dem Menschen durch ein fürsorglich gelebtes Miteinander eine sinnvolle Perspektive erschlossen werden. Das Augenmerk muss speziell auf jene Menschen gerichtet werden, die in purer Verzweiflung und im Missklang mit ihrer Krankheit und ihrer Geschichte sterben. Menschen, die zu jung aus dem Leben gerissen werden, trauern um ihre verlorenen Lebensperspektiven und können von ihrem Schicksal verständlicherweise keinerlei Sinn abgewinnen.[132]

Dass das Sterben zutiefst unmenschlich und würdelos erlebt werden kann, ist eine Tatsache und darf in keinster Weise beschönigt werden. Humanes Sterben bedeutet mitunter auch anzuerkennen, dass Sterben, aus der Sicht der Betroffenen, nicht würdig erlebt wird. Die nun ausgewählten Aspekte humanen Sterbens aus unterschiedlichen Quellen der Literatur zur Palliativ- Care, sollen zeigen, welche äußeren Umstände die innere Haltung zum Sterben beeinflussen können, damit der Sterbende sein Schicksal nicht schmerzerfüllt, in Einsamkeit und völliger Isolation ertragen muss, sondern damit ein „würdiger Vollzug"[133] des unabwendbaren Schicksals ermöglicht werden kann.

---

[131] Zit. Schmitt, Hanspeter: Humanes Sterben- wie geht das? Ein Gestaltungskonzept wider das Töten am Lebensende. Zeitschrift für Medizinische Ethik, in http://www.thchur.ch/wp-content/uploads/2015/07/Schmitt-04-2010-ZfmE.pdf abgerufen am [12.03.2016].
[132] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Regensburg: Pustet 1991, 47.
[133] Ebd., 48.

5.1 Sozial- kommunikativer Aspekt

Sterbende sind auf verlässliche und tragende Beziehungen angewiesen und benötigen den engen Kontakt zu ihrer Familie oder zum engsten Freundeskreis. Gleichzeitig wird auch ein Zuwachs an neuen vertrauensstiftenden Beziehungen im Rahmen der medizinischen Betreuung und der psycho-sozialen Pflege notwendig werden, um den Sterbenden eine umfassende Betreuung zukommen zu lassen.[134] So stellt der Aufbau einer vertrauensvollen, einfühlsamen und solidarischen Beziehung zum Patienten eine wesentliche Grundlage für die Erhaltung von Lebensqualität dar. Dem Arzt kommt die verantwortungsvolle Aufgabe zu, mit seinen Patienten ehrlich über den aktuellen Gesundheitszustand zu kommunizieren. Unwissenheit oder mangelnder Aufklärung entmündigt den Patienten und betrügt ihn, um seine Möglichkeiten, die verbleibende Lebenszeit noch sinnvoll zu nutzen. Die vorsichtige und schrittweise Aufklärung über die verbleibende Lebenszeit wird von den meisten Betroffenen als Befreiung von ihren unbestimmten Ängsten angesehen.[135] So besteht laut Palliativmediziner Gian Domenico Borasio eine der wichtigsten Möglichkeiten, Fürsorge als Arzt auszuüben, in der medizinischen Aufklärung und Kommunikation. Auch der Mediziner Stein Husebo betont, dass das Wichtigste im Gespräch mit Patienten ist, dass der Betroffene in keinster Weise übergangen wird. Angehörige und Patienten sind auf ärztliche Informationen voll und ganz angewiesen und werden stark dadurch beeinflusst, auf welche Weise diese vermittelt werden. Einerseits müssen die Informationen Patienten und Angehörigen helfen, Entscheidungen zu treffen, andererseits müssen sie davor bewahren, dass sinnlose Maßnahmen ergriffen werden.[136]

Offene Gespräche tragen also maßgeblich dazu bei, dass der Patient Angst abbaut, sowie die für ihn angemessenen Entscheidungen selber treffen kann. Die Kunst besteht darin, regelmäßig zu überprüfen, welche Fragen für den Patienten und seine Angehörigen wichtig sind. Vor allem sollte der Arzt den Mut aufbringen, sich genügend Zeit zu nehmen, um Patienten und Angehörige bei ihren Sorgen und den sich oftmals wiederholenden Fragen

[134] Vgl. Schmitt, Hanspeter: Humanes Sterben- wie geht das? Ein Gestaltungskonzept wider das Töten am Lebensende, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik, in http://www.thchur.ch/wp-content/uploads/2015/07/Schmitt-04-2010-ZfmE.pdf abgerufen am [12.03.2016].
[135] Vgl. Aulbert, Eberhard: Grundlagen der Palliativmedizin, in: Aulbert, Eberhard/ Radbruch, Lukas/ Nauck, Friedmann: Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer 2012, 24.
[136] Vgl. Husebo, Stein: Die letzten Tage und Stunden unserer alten Mitmenschen, in: Husebo, Stein (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, 94.

zuzuhören.[137] Auf diesen Weg kann er ihnen eine ideale Mischung aus Selbstbestimmung und Fürsorge zukommen lassen. Entscheidend ist dabei nicht nur der Inhalt ärztlicher Aufklärung, sondern auch die Empathie, mit der Informationen übermittelt werden. Es ist bewiesen, dass Menschen in schwierigen Situationen stark auf emotionale und nonverbale Kommunikation reagieren, selbst wenn sie aufgrund ihrer Erkrankung in der Sprache und Gedächtnisleistung schwer beeinträchtigt sind. Über den Weg der nonverbalen Kommunikation können selbst schwer beeinträchtigte Patienten viel von ihrem Gegenüber ablesen. Aus diesem Grund sollten sich Pflegepersonal und Ärzte immer so verhalten, als ob ihr Patient alles Gesagte verstünde. [138]

Weiters muss noch auf die Notwendigkeit der Kommunikation im Pflegeteam hingewiesen werden, die für eine erfolgreiche Behandlung von Patienten unumgänglich ist. Es sollten regelmäßig Teamsitzungen abgehalten werden, um wichtige Informationen auszutauschen und um emotionale Fragen in Bezug auf den sterbenden Patienten zu besprechen. Damit gute Kommunikation stattfinden kann, muss jeder einzelne im Pflegeteam zum eigenen Schutz und zum Wohle des Patienten offen und vertrauensvoll miteinander umgehen.[139]

5.2 Medizinische Versorgung

Menschen mit schweren Erkrankungen in der letzten Lebensphase bedürfen besonderer medizinisch- pflegerischer Betreuung. Insbesondere bei zunehmender Gebrechlichkeit verschiebt sich die ärztliche Aufgabe von der kurativen zur palliativen Therapie. So hat in den letzten Jahren im Bereich der Medizin und Pflege eine enorme Umorientierung stattgefunden, und die palliative Versorgung von Sterbenden rückte in den Mittelpunkt ärztlicher Therapie. Die medizinische Versorgung reicht dabei von gezielter Schmerzbekämpfung bis hin zur ganzheitlichen Therapie von physischen, seelischen und mentalen Leiden.[140] Dabei liegt zunächst der Fokus auf der Bekämpfung quälender physischer Symptome, da kein Patient mit Schmerzen in der Lage ist, zusätzliche Angebote aus dem psychosozialen und spirituellen

[137] Vgl. Husebo, Stein: Die letzten Tage und Stunden. Palliative Care für Schwerkranke und Sterbende, in: http://www.hospiz-horn.de/pdf_broschueren/sterben_eines_menschen.pdf [abgerufen am 24.03.2016].
[138] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtV 2013, S.61- 64.
[139] Vgl. Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz, Freiburg: Herder 1993, 34-36.
[140] Zit. Schmitt, Hanspeter: Humanes Sterben- wie geht das? Ein Gestaltungskonzept wider das Töten am Lebensende, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik, in http://www.thchur.ch/wp-content/uploads/2015/07/Schmitt-04-2010-ZfmE.pdf abgerufen am [12.03.2016].

Bereich anzunehmen. Am Lebensende leiden rund 70 Prozent der Patienten mit Tumorerkrankungen an behandlungsbedürftigen Schmerzen, von denen gleich mehrere Arten gleichzeitig vorkommen können. Vor allem hochbetagte Menschen leiden häufig unter Atemnot durch Herzschwäche oder chronische Lungenerkrankung, Schmerzen durch Arthrosen, Knochenbrüche oder bösartigen Tumoren. Neben diesen Symptomen kommen oft noch weitere Beschwerden, wie Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Blasenentleerung, Juckreiz, Verwirrtheit, Ängste und Depressionen hinzu. Diese zahlreichen Symptome können vom Betroffenen so sehr Besitz ergreifen und ihn verändern, dass er sich seiner Würde und Autonomie beraubt fühlt. Das therapeutische Team muss darum versuchen, den Patienten mit lindernden Maßnahmen von seinen Qualen soweit es geht, zu erlösen. Bei hochbetagten und /oder nichtkommunikativen Patienten muss beachtet werden, dass mögliche Schmerzen nicht mehr geäußert werden können und folglich eine Unterversorgung von Schmerzmitteln stattfinden könnte. Das Erkennen von indirekten Anzeichen für Schmerzen, durch laut- sprachliche, mimische und psychische Verhaltensindikatoren müssen genau verfolgt und erkannt werden, damit eine individuelle Adaptierung der Schmerzbehandlung erfolgen kann.[141]

Die Behandlung mit Morphin, oder mit verwandten Medikamenten hat sich in der Schmerztherapie sterbender Patienten sehr bewährt, und die Befürchtung, dass sie bei Schwerstkranken eine Sucht auslösen oder den Tod beschleunigen könnten, wurde mittlerweile wissenschaftlich widerlegt. In besonders schweren Fällen, können spezielle Pumpen implantiert werden, welche das Schmerzmittel direkt in die Rückenmarksflüssigkeit abgeben und so die Schmerzen gezielt bekämpfen. Durch moderne Technik in der Schmerztherapie kann laut Palliativmediziner Gian Domenico Borasio bei fast allen Patienten eine zufriedenstellende Schmerzlinderung erzielt werden.[142] Besonders quälend erleben Patienten, neben vorhandenen Schmerzen, die Atemnot. Die dadurch auftretenden Ängste verstärken wiederum die Atemnot und es tritt der sogenannte „Teufelskreislauf der Atemnot“ ein. Bei schneller und zielgerichteter Therapie mittels Morphin und professioneller Betreuung zur Widerherstellung des Atemrhythmus kann Atemnot wirksam therapiert werden. Wenn Symptome nicht auf die verschiedenen Behandlungen ansprechen und der Patient stark leidet, gibt es als letzte Möglichkeit die palliative Sedierung. Der Patient wird nach sorgfältiger Aufklärung und mit seinem Einverständnis, für einen bestimmten Zeitraum in einen

[141] Vgl. Oberlerchner, Herwig u.a.: Dem Menschen nahe sein, Wien-Graz- Klagenfurt: Styria 2014, 86-88.
[142] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtV 2013, S. 68-73.

narkoseähnlichen Zustand versetzt, um nicht leiden zu müssen. Auf diese Weise kann man dem Patienten davor bewahren in der Sterbephase, schweres körperliches Leiden erdulden zu müssen.[143]

5.3 Psycho-Soziale Betreuung

Jede schwere Erkrankung belastet nicht nur den Körper, sondern auch die Psyche. Um Krankheiten besser bewältigen zu können, bedarf es mitunter einer psychologischen Betreuung des Patienten und/oder der Angehörigen. Depressionen, Stimmungsschwankungen und Anpassungsschwierigkeiten sind angesichts schwerer Erkrankungen völlig normal und bedürfen einer psychotherapeutischen Behandlung, um die verschiedenen Spannungen aufbrechen zu können. Eine Branche der Psychologie widmet sich ausschließlich der Betreuung von Krebspatienten und wird als Psycho- Onkologie bezeichnet. Bei hochbetagten und dementen Betroffenen wird es allerdings schwieriger, da es hier noch keine gezielte Betreuung gibt.[144] Doch gerade alte Menschen bedürfen einer besonderen Trauerbegleitung, um ihre verschiedenen Verluste verarbeiten zu können. Hochbetagte sind deswegen Trauernde, da sie neben ihrem baldigen Ableben noch viel mehr zu betrauern haben. So umfasst ihre Traueraufarbeitung, den Verlust ihrer Jugend, den Verlust auf Selbstbestimmung, den Verlust der gewohnten Umgebung, wenn die letzte Lebensphase nicht mehr in gewohnter Umgebung gelebt werden kann, oder die Angst vor dem möglichen Verlust geliebter Menschen. Oftmals wird Trauer bei Hochbetagten nicht erkannt oder sogar pathologisiert. Allerdings ist Trauer ein normaler Teil des Lebens und im Alter ohne Krankheitswert. Somit bedarf Trauerbegleitung bei Hochbetagten in erster Linie einfach der Akzeptanz und es geht weniger um psychotherapeutische Maßnahmen, als um Begleitung. Diese Trauerbegleitung nimmt bei Hochbetagten einen wichtigen Stellenwert ein und bedarf der Fähigkeit der Betreuer sich in die Lage der Betroffenen hinein zu fühlen und ihre Trauer zu respektieren. Dabei bedarf es kompetenter Personen, die nicht nur mitfühlen, sondern auch wissen, was im Gespräch mit den Betroffenen hilft oder womöglich sogar verletzt. Es gilt letztlich immer die

[143] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtV 2013, 78-79.
[144] Ebd., 2013, 81 f.

Würde des betroffenen Menschen zu wahren und auch die Betreuenden in ihrer Funktion möglichst gut in ihrer Arbeit zu unterstützen.[145]

5.4 Spiritueller und seelsorgerischer Aspekt

In der Palliative Care wird im Zusammenhang mit Spiritualität und Seelsorge von „Spiritual Care“ gesprochen. Dieser Begriff wird sehr offen gehalten und versucht die spirituellen Bedürfnisse von Patienten am Lebensende unabhängig ihrer Konfession oder ihrer Weltanschauung zu benennen. Spiritual Care versucht die religiöse Pluralität der Gesellschaft zu achten, indem sie die Spiritualität der unterschiedlichen Religionen und Wertesysteme gleichberechtigt in ihr Therapieprogramm aufnehmen.[146]

Spiritualität ist eine hochpersönliche Angelegenheit, die u.a. versucht, den Lebenssinn zu bestimmen und existentiellen Bedrohungen konstruktiv zu begegnen. Unter dem Begriff Spiritualität können auch die innere Haltung, dem eigenen Schicksal zu begegnen, und die Suche nach Sinngebung verstanden werden. So ergibt eine Studie, dass Menschen angesichts des Todes zu erkennen glauben, worauf es im Leben wirklich ankommt. Unabhängig von Religion oder Art der Krankheit, lässt sich bei allen getesteten Personen eine Verschiebung ihrer Wertevorstellung feststellen.[147] Was einen Tod würdig oder unwürdig macht, wird maßgeblich von der inneren Einstellung zur eigenen Krankheit und Vergänglichkeit beeinflusst.[148] Hinter jeder Lebenssituation, selbst hinter der tragischen Trias, Leid, Schuld und Tod, verbirgt sich laut Logotherapeuten Viktor Frankl ein verborgener Sinn.[149] Sogar im größten Leid, hat der Mensch die Möglichkeit, durch seinen Umgang mit dem ihm auferlegten Schicksal sich zu wandeln und auf diese Weise eine Distanz zum Gegebenen zu schaffen. Viktor Frankl geht so weit, dass er das Erdulden von unabwendbaren Leiden als höchste menschliche Leistung bewertet und davon überzeugt ist, dass es den Betroffenen für das Sein hellsichtig macht.[150]

[145] Vgl. Heimerl, Katharina/ Kojer, Marina: Trauer im hohen Alter, in: Husebo, Stein (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, 303-314.
[146] Vgl. Projektgruppe Diakonie: Seelsorge in Palliatve Care, in: http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/Seelsorge%20in%20Palliative%20Care.pdf [abgerufen am 23.03.2016].
[147] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtV 2013, 90-92.
[148] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Regensburg: Pustet 1991,47.
[149] Vgl. Frankl, Viktor: Das Leiden am sinnlosen Leben, Freiburg: Herder 1998, 32.
[150] Vgl. Frankl, Viktor: Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn, München: Piper 1998, 261.

Einen weiteren wichtigen Stellenwert nimmt die sogenannte biographische Arbeit ein. Mit Hilfe eines Seelsorgers kann dabei versucht werden, den Lebenssinn des Patienten im vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Leben (auch wenn die Lebensspanne nur mehr kurz sein mag) herauszufinden. Dazu gehören mitunter das Aufarbeiten ungelöster Konflikte und besonders die Reflexion über das Gute in der Vergangenheit und Gegenwart. Sehr hilfreich ist es für manche Patienten, wenn sie mittels Brief oder einer schriftlichen Zusammenfassung ihres Lebens noch eine Spur im Leben der Angehörigen hinterlassen können.[151]

Neben der Sinnfindung spielt die Hoffnung in der „End of Life Care" eine tragende Rolle, da sie eine dynamische Lebenskraft besitzt. Die Hoffnung kann im Laufe einer tödlichen Erkrankung in vier verschiedene Stadien eingeteilt werden: Hoffnung auf Heilung, Hoffnung auf Behandlung, Hoffnung auf Lebensverlängerung und die Hoffnung auf einen friedlichen Tod. Der Sterbende soll immer wieder ermutigt werden, im vollen Vertrauen seine Wünsche zu verbalisieren, sie zu verinnerlichen und die Hoffnung niemals aufzugeben. Positive Gedanken verleihen dem Patienten geistige, aber auch körperliche Kräfte, damit er furchtlos und in Frieden das Leben loszulassen vermag.[152]

Besonderen Einfluss auf die Hospiz- und Palliative Care- Bewegung hat schließlich die christlich geprägte Seelsorge. Diese wurzelt im christlichen Menschenbild und bezieht sich auf den gekreuzigten und auferstandenen Christus. Die christliche Seelsorge schöpft dabei aus den Quellen der Tradition, der Heiligen Schrift und aus kirchlichen Ritualen. Seelsorgerische Begleitung versucht den unruhigen Fragen und der Ratlosigkeit der Patienten Raum zu geben und dafür verschiedene Ausdrucksmöglichkeiten zu eröffnen. Der Seelsorger ist dazu gerufen, den Patienten zu begleiten, ihm zuzuhören und mit ihm die existentiellen Lebensfragen zu teilen. Manchmal fehlen dabei auch die Worte, und die Begleitung besteht im gemeinsamen Schweigen, in einem Gebet oder in Segenshandlungen.[153]

Das Fundament für die christliche Seelsorge ist natürlich der Glaube an Jesus Christus, seinen Tod und seine Auferstehung. Auch Jesus hat das Leid durchschritten und am Ölberg darum gebeten, dass der Kelch bald an ihm vorübergehe. Doch seine Abschiedsrede gibt den

[151] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtV 2013, 95.
[152] Vgl. Wanderer Gwendolin: Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge, Münster: LIT 2009, 276 f.
[153] Vgl. Projektgruppe Diakonie: Seelsorge in Palliatve Care, in: http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/Seelsorge%20in%20Palliative%20Care.pdf [abgerufen am 23.03.2016].

gläubige Christen Hoffnung: „In der Welt habt ihr Angst, aber seid getrost, ich habe die Welt überwunden.“ (Joh 16,33).

5.5 Religiöser Aspekt- Hilfe durch christlichen Glauben

Das neutestamentliche Verständnis betont, dass Krankheit und Sterben von Gott nicht gewollt sind, sondern aus einem Chaos gegen die Schöpfung entstanden sind. Gott selbst hat immer die ganzheitliche Heilung des Menschen zum Ziel. Im Mittelpunkt der jesuanischen Botschaft steht die Überwindung des Todes durch den Glauben an die Auferstehung.[154] Selbst Jesus als Sohn Gottes musste die düstere Erfahrung des Leidens und Sterbens auf sich nehmen. Sein Sterben war in unserem Sinn würdelos, voller Qualen und entsprach nicht dem sogenannten „guten Tod“ eines Gerechten, wie es das Alten Testament beschreibt. Dennoch hält Jesus trotz seiner entsetzlichen Qualen an seiner Beziehung zum göttlichen Vater fest, auch wenn sein Glaube angesichts des Martyriums sinnlos erscheint. Gott antwortet auf Jesu festen Glauben mit dem Beweis der Treue, indem er ihn zu neuen Leben erweck. Die Auferstehung wird zur Rettung des Lebens in seiner Leibhaftigkeit.[155]

Christlicher Glaube will durch Jesu Beispiel verdeutlichen, dass Gott den Menschen im Sterben trägt, ihm treu zur Seite steht und Tote wieder aufzurichten vermag. Wer das zu glauben lernt, wächst in ein existentielles Vertrauen hinein und kann davor bewahrt werden, sich angesichts des Todes in purer Verzweiflung zu verlieren.[156] Mit dem Glauben an Christus wird das Sterben kein sinnwidriger Abbruch, sondern der Übergang zur endgültigen Gemeinschaft mit Gott. Die Hoffnung auf das ewige Leben wächst besonders dann, wenn der Sterbende Distanz zu dem gewinnt, worauf er sein Leben lang gebaut hat. Auf diese Weise fällt das Abschiednehmen leichter und der Blick wird frei für die Hoffnung auf das ewige Leben. Christlicher Glaube lehrt, dass Leben, welches durch Liebe erfüllt ist, niemals vergeblich ist.[157] Denn die Auferstehung Jesu Christi, als Liebesbeweis Gottes, ist stärker als

[154] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013, 339-340.
[155] Vgl. Virt, Günter: Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes, Innsbruck- Wien: Tyrolia 1998, 107.
[156] Zit. Schmitt, Hanspeter: Humanes Sterben- wie geht das? Ein Gestaltungskonzept wider das Töten am Lebensende, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik, in: http://www.thchur.ch/wp-content/uploads/2015/07/Schmitt-04-2010-ZfmE.pdf [abgerufen am [12.03.2016].
[157] Vgl. Virt, Günter: Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes, Innsbruck- Wien: Tyrolia 1998, 129 f.

der Tod. So gründet Liebe Unsterblichkeit und umgekehrt wächst Unsterblichkeit aus der Kraft der Liebe hervor.[158] Vom Gedanken der Liebe her betont das Johannesevangelium, dass sich die Hoffnung auf ewiges Leben nur durch die Liebe erfüllen kann: „Wer nicht liebt, bleibt im Tod“ (1 Joh 3,14). Somit ist nach dem Evangelisten Johannes die Liebe zu den Mitmenschen für den Christen der konkrete Weg, um den Tod überwinden zu können. Wer liebt, braucht auch keine Furcht vor dem Tod zu haben: „Furcht gibt es in der Liebe nicht, sondern die vollkommene Liebe vertreibt die Furcht“ (1 Joh 4,18). Im Glauben an Gott, der die vollkommene Liebe verkörpert, kann auch die Angst vor dem Sterben und dem Tod genommen werden. Wer liebt, kann sich dieser Liebe auch über den Tod hinaus gewiss sein. Die Kunst zu sterben ist nach christlichem Verständnis eine Kunst des Glaubens, des Hoffens und Liebens. [159] Ausgehend von dieser Glaubensbotschaft muss seelsorgerische Begleitung zum Ziel haben, Kranke und Sterbende entweder im Weiterleben oder in ihrer Hoffnung zu stärken. Allerdings darf keinem Menschen die religiöse Antwort auf Tod und Sterben in irgendeiner Weise verordnet werden. Die theologische Sinndeutung von Kranksein und Sterben kommt nur dann in Frage, wenn sie dem Betroffenen in der Bewältigung seines Schicksales tatsächlich zu helfen vermag.[160]

Menschenwürdiges Sterben umfasst, wie dieses Kapitel gezeigt hat, viele Aspekte und bedarf zur Verwirklichung der ganzheitlichen Betreuung Sterbender gut organisierter institutioneller Rahmenbedingungen. Im nächsten Punkt sollen daher einige Konzepte genannt werden, die notwendig sind, damit eine umfassende Pflege und Versorgung schwer Kranker und Sterbender überhaupt erst möglich wird. Einen besonderen Stellenwert nehmen dabei der Hospizgedanke und Palliative Care ein, deren Entwicklung und Leitgedanken zu einem entscheidenden Beitrag zum menschenwürdigen Sterben führen.

[158] Vgl. Ratzinger, Joseph: Einführung in das Christentum, München: Kösel 1968, 251.
[159] Vgl. Virt, Günter: Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes, Innsbruck- Wien: Tyrolia 1998, 136-138.
[160] Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens. Freiburg: Herder 2013, 340.

6 Konzepte humanen Sterbens

Menschen leben nicht nur in verschiedenen Institutionen, sondern sterben größtenteils auch im Rahmen von organisatorischen Einrichtungen. Das Sterben der Menschen aus den Industrieländern fokussiert sich auf Krankenhäuser, Pflegeheime oder andere für das Sterben vorgesehenen Einrichtungen. Die Fakten darüber, wo Menschen sterben, stehen jedoch im klaren Gegensatz zum Wunsch eines würdevollen Todes. Etwas. 80- 90 Prozent der Menschen wünschen nämlich zu Hause oder zumindest in vertrauter Umgebung zu sterben.[161] Faktisch sterben aber in Österreich 42-43% der Bevölkerung in Krankenhäusern und 25-30% davon in Pflegeheimen, wobei die Tendenz steigend ist. Die Gründe für die Zunahme institutionalisierten Sterbens sind vielfältig und liegen u.a. in den sich verändernden Familienstrukturen und in den Veränderungen durch das Arbeitsleben.[162] Auch die Zunahme an Hochbetagten, die über einen langen Zeitraum unter Demenz oder anderen schweren Erkrankungen leiden, macht die häusliche Betreuung schwierig, wenn nicht sogar unmöglich. Gut organisierte Institutionen mit einem ganzheitlichen Blick auf den Menschen und auf die Bedürfnisse in der letzten Lebensphase, können nicht nur Sicherheit, sondern auch eine enorme Entlastung für Betroffene und Angehörige mit sich bringen. Seit den 90iger Jahren wird eine starke Veränderung in der Organisation der Sterbekultur sichtbar, wobei vor allem im letzten Jahrzehnt ein sprunghafter Anstieg der Hospizkultur und des Konzepts von Palliative Care im europäischen Raum zu verzeichnen ist.[163] Anhand einiger Beispiele sollen Konzepte und Strukturen der Sterbebegleitung vorgestellt werden, die sich zum Ziel gesetzt haben, schwer kranken und hochbetagten Menschen an ihrem Lebensende die bestmöglichste Lebensqualität zuteilwerden zu lassen.

6.1 Hospiz und Begleitung beim Sterben

Die geschichtliche Entwicklung von Hospiz lässt sich bis in das frühe Christentum des Römischen Reiches zurückverfolgen. Reisenden, Waisen, Bedürftigen und Sterbenden wurden in speziellen Häusern Unterkunft und Hilfe angeboten. Das Hospiz entsprang aus dem

[161] Vgl. Heller, Andreas: Zur Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung des Sterbens, in: Husebo, Stein/Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, 481.
[162] Vgl. Oberlerchner, Herwig, u.a.: Dem Menschen nahe sein, Wien- Graz- Klagenfurt: Styria 2014, 64.
[163] Vgl. Heller, Andreas: Zur Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung des Sterbens, in: Husebo, Stein/Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, 481-486.

alt- orientalischen Gedanken der Gastfreundschaft und begreift menschliches Leben als Pilgerschaft. Hospize boten daher eine absichtslose Gastfreundschaft an, im bedingungslosen Interesse am Mitmenschen.[164] Im 4. Jahrhundert übernahmen christliche Orden die Hospiz-Einrichtungen, und im Mittelalter entwickelten sich sogar eigene Hospizorden. Nachdem im Zuge der Reformation viele Klöster und folglich auch Hospize aufgelöst worden waren, kam es im 19. Jahrhundert schließlich zu einer Wiederbelebung des Hospizgedankens. Zu nennen ist hier zunächst Madame Jeanne Garnier, die in Lyon ein Hospiz gegründet hat, das ausschließlich die Betreuung und Begleitung Sterbender zum Ziel hatte. Einen entscheidenden Einfluss auf die Hospizarbeit hatte schließlich die Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders, die basierend auf ihrer Arbeit mit Kranken und Sterbenden im Jahre 1967 das St. Christopher's Hospice gründete. Die Eröffnung dieses Hospizes wird auch als die Geburtsstunde der modernen Palliativmedizin angesehen, die sich ganz im Sinne Saunders, der ganzheitlichen Betreuung Sterbender widmet.[165]

Cicely Saunders Ziel war es, unheilbar an Krebs erkrankten und sterbenden Menschen professionelle Hilfe zu verschaffen, indem sie ihnen, mittels Schmerzlinderung und einer menschenwürdigen Atmosphäre, bis zum Tod beistand. Dabei versuchte Saunders ehrenamtliche Mitarbeiter und Angehörige in die Pflege mit einzubeziehen und zusätzlich der Tabuisierung von Sterben und Tod in Medien und Gesellschaft entgegenzuwirken.[166] Das St. Christopher's Hospice war der Beginn einer Bewegung, die schließlich auch in Nordamerika und Nordeuropa Fuß fasste und sich zunehmend weiter entwickelte. Zum stationären Bereich kamen Hausbetreuungsdienste, die mit den Hausärzten der Patienten eng zusammenarbeiteten. Im Jahre 1969 erzielte die Psychiaterin Elisabeth Kübler- Ross mit ihren Untersuchungen zu den Sterbephasen große Breitenwirkung und hat zu einer schrittweisen Enttabuisierung beim Thema Sterben beigetragen.[167] In Österreich begann sich die Hospizidee erst in den 80iger Jahren des 20. Jahrhunderts langsam zu etablieren. Zunächst waren es Familien- und Altenhelferinnen der Caritas und das Pflegepersonal von Spitälern und Heimen, die die Forderung erhoben, den sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase, mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei wurden vor allem Defizite in der Schmerzbekämpfung angesprochen und man beklagte mangelnde Unterstützung im Umgang

[164] Vgl. Gronemeyer, Reimer und Heller, Andreas: In Ruhe sterben, München: Pattloch 2014, 87.
[165] Vgl. Sabatowski, Rainer: Organisationsformen der palliativmedizinischen Versorgung, in: Aulbert, Eberhard/ Radbruch, Lukas/ Nauck, Friedmann: Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer 2011, 105-106.
[166] Vgl. Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter Lang 2011, 16-17.
[167] Vgl. Höfler, Elisabeth Anne: Die Anfänge der Hospizbewegung in Österreich im internationalen Vergleich, 3-4. in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf [abgerufen am 29.03.2016].

mit Sterbenden. So war in Österreich der Hospizgedanke und der Begriff „palliativ“ in den 80iger Jahren selbst unter der Ärzteschaft weitgehend unbekannt. Auch wenn Hospize grundsätzlich auf überkonfessioneller Basis arbeiten, waren es besonders die katholischen Bildungshäuser, die mit ihren Programmen die Öffentlichkeit allmählich für das Thema sensibilisieren konnten. Im Jahre 1993 wurde nach langer Vorarbeit „Hospiz Österreich“ als Dachverband von über 200 Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich gegründet. [168] Mittlerweile hat Hospiz Österreich ca. 300 Hospiz- und Palliativeinrichtungen und setzt sich für eine Umsetzung der flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung und deren langfristigen Finanzierung ein. Der strukturelle Ausbau von Hospizen soll den Zugang für jeden schwer kranken und sterbenden Menschen, unabhängig von seinem Einkommen, möglich machen.[169] Unterschieden wird dabei zwischen stationären Hospizen, Tageshospizen und Hospizteams. In den stationären Hospizen werden Patienten und ihre Angehörigen stationär und wenn notwendig bis zu ihrem Tod hin betreut. In den Tageshospizen verbringen Menschen ihre letzte Lebenszeit, wenn sie bei Nacht die Zeit in ihrer gewohnten Umgebungen verbringen möchten, was unter Tags gleichzeitig zu einer Entlastung der betreuenden Angehörigen führen kann. Hospizteams bestehen meist aus qualifizierten, ehrenamtlichen Mitgliedern und können in allen möglichen Versorgungskontexten tätig sein.[170] In den Wirkungsbereich von Hospiz Österreich fallen außerdem Palliativstationen und mobile Palliativteams, auf deren Aufgabenbereich noch im Kapitel über die Palliative- Care eingegangen werden soll.

Für alle diese genannten Strukturformen von Hospizen sind die Leitgedanken von den Anfängen der englischen Hospizbewegung und Cicely Saunders bis heute maßgeblich. So tritt die Hospizbewegung dafür ein, dass die Individualität der sterbenden Menschen gewahrt bleibt und niemand durch, sondern stets an der Hand eines anderen stirbt.[171]

6.1.1 Leitgedanken von Hospiz

Die Hospizbewegung fußt auf einem komplexen Menschenbild, das vor allem in der von Cicely Saunders entwickelten Schmerztherapie zum Ausdruck kommt. Sie prägte den Begriff von „total pain“, der die Erkenntnis beinhaltet, dass Schmerzen und Leiden vieldimensional

[168] Vgl. Dachverband Hospiz Österreich: Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen, in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/150141_Palliativ_72dpi.pdf, [abgerufen am 31. 03.2016].
[169] Vgl. Hospiz.at: Sie sind wichtig, weil sie eben Sie sind, in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/150141_Palliativ_72dpi.pdf, [abgerufen am 31. 03.2016].
[170] Vgl. Hospiz.at: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung, in: http://www.hospiz.at/ [abgerufen am 01.03.2016].
[171] Vgl. Gronemeyer, Rainer und Heller, Andreas: In Ruhe sterben, München: Pattloch 2014, S.71.

sind. So gibt es körperliche, psychische, soziale und spirituelle Formen von Schmerzen und Leiden, da jeder Mensch ein bio-psychosoziales Lebewesen ist. Indem Saunders sich die Zeit nahm, den genauen Schmerz- Schilderungen ihrer Patienten zuzuhören und sie ernst zu nehmen, erkannte sie die Mehrdimensionalität von Schmerzen. Die rein physische Auseinandersetzung mit dem Thema Schmerz ist dagegen verkürzt und kann Patienten mitunter nicht von ihrem Leiden befreien. Nicht alles, was Sterbende schmerzt und sie belastet, ist physischer Natur. Oftmals entsteht Leiden erst dann, wenn der Schmerz aufhört. Der Mensch am Ende seines Lebens spürt oft ein Gefühl der Sinnleere, der Gottverlassenheit oder einer tiefen Ungeborgenheit. Erst durch das genaue Artikulieren des Befindens kann der betroffene Patient mit seinem Körper, mit Leib und Seele in Beziehung treten und den Schmerz in seiner Vielschichtigkeit erfassen, ja sogar überwinden. „Total pain" will einen empathischen, spirituellen und interdisziplinären Zugang zum Leiden des Menschen herstellen. Der Grundgedanke von Hospiz appelliert folglich an Menschlichkeit und an die Würde und Achtsamkeit füreinander.[172] Cicely Saunders Aussage „Schmerz ist, was der Patient sagt!"[173] ist dabei wichtiger Maßstab für die Schmerztherapie in der Hospizbetreuung.

Das Erzählenlassen des Patienten über seine inneren wie äußeren Verletzungen und über die verschiedenen existentiellen Sorgen, die mit der verrinnenden Lebenszeit einhergehen, ist generell eine wesentliche Aufgabe in der Begleitung Sterbender. Im Gegensatz zum Krankenhaus oder anderen medizinischen Einrichtungen sind es nicht der Befund oder die Labordaten des Menschen, die bei der Behandlung und Pflege allein maßgeblich sind, sondern es ist das menschliche Befinden, das zählt. Entscheidend ist die Haltung des Zuhörers, seine umfassende Präsenz und Aufmerksamkeit, die er dem Sterbenden zuteil werden lässt. Mitfühlen und Mitdulden sind in der Hospizarbeit wesentliche Schlagwörter und meinen die solidarische Sorge am Lebensende. Wenn das Leiden nicht aus der Welt geschafft werden kann, dann kann es zumindest durch die Mitleidensfähigkeit anderer erträglicher gemacht werden. Die Fürsorge erfolgt dabei nicht paternalistisch, also von einer Hierarchie von oben nach unten, sondern Pfleger und Sterbender begegnen sich auf der gleichen Ebene. Hospiz fordert eine individuelle Behandlung, da es kein Schema für das Sterben gibt. Die Begleitung orientiert sich immer an der individuellen Biographie des Sterbenden, an seinen Gedanken und Gefühlen. Ein wichtiger Leitgedanke von Hospiz ist dabei die Miteinbeziehung von Angehörigen und Zugehörigen. Schließlich gehört jede Biographie zu

[172] Vgl. Gronemeyer, Rainer und Heller, Andreas: In Ruhe sterben, München: Pattloch 2014, 72-77.
[173] Zit. Leitlinien für Begleitung im Sinne der Hospizbewegung, in: http://www.hospiz.at/index.html?http://www.hospiz.at/dach/Artikel_zum_Thema_de.htm [abgerufen am 2.03.2016].

einem sozialen Gefüge und kann nicht unabhängig davon gesehen werden. Oftmals geraten die Angehörigen des Sterbenden in die Situation, hilfebedürftig zu sein, und benötigen Unterstützung in ihrer Trauer und Angst. Die familiären Verhältnisse sind mitunter sehr komplex, und somit steht Hospiz vor der Herausforderung, mit den verschiedenen Situationen angemessen umzugehen, um sowohl Sterbenden wie auch Angehörigen in der Krankheit und beim Abschied beizustehen.[174]

Um die Komplexität einer jeden Person und ihrer Angehörigen ernst nehmen zu können, bedarf es eines starken Teams. Für Cicely Saunders war die Teamarbeit unverzichtbar, wenn auch nicht ganz einfach. Erst in einer berufs- und bereichsübergreifenden, teamförmigen Verständigung kann eine gute Versorgung am Lebensende möglich werden. Die einzelnen Teammitglieder müssen sich bewusst sein, dass sie nicht die Einzigen sind, die dem Patienten wirklich helfen können. Jedes Mitglied muss sich in Bescheidenheit üben und die eigene Arbeit relativieren, da jegliche Betreuung nur im Zusammenspiel der einzelnen Teammitglieder fruchtbar werden kann.[175] Klare Zielsetzungen, Rollenverteilung, Kommunikation und verantwortungsbewusste Teamleitung sind dabei unerlässlich. Saunders verlangte einen gezielten und gut durchdachten Teamaufbau mit interdisziplinärer Zusammenarbeit, um das breite Spektrum von Fragen und Problemen in der palliativen Betreuung professionell angehen zu können.[176] Die Teammitglieder sind nicht nur fachlich aufeinander angewiesen, sondern auch emotional voneinander abhängig. Misserfolg und Erfolg, Ängste und Unsicherheiten müssen miteinander geteilt und ernst genommen werden, um sich gegenseitig in der schwierigen Aufgabe zu stärken.[177]

Einen wesentlichen Aspekt in der Stärkung von Teammitgliedern und in der Betreuung Sterbender nimmt die Spiritualität ein. Auch wenn der Hospizgedanke christlich-konfessionell inspiriert wurde, ist Hospizarbeit immer überkonfessionell gestaltet und geht auf die individuellen religiösen Bedürfnisse der Menschen ein. Dennoch war es für Saunders unerlässlich, dass jeder Hospizmitarbeiter eine philosophisch- spirituelle Grundlage besitzt, damit er weiß, wie er mit seiner Erschöpfung und mit den eigenen Ängsten umzugehen hat. Es ist unerlässlich, dass man sich als Betreuer selbst mit Sterben und Tod auseinandersetzt. So wächst die Spiritualität der Hospizbewegung aus der Selbsterfahrung und Selbstaufklärung im

[174] Vgl. Gronemeyer, Rainer und Heller, Andreas: In Ruhe sterben, München: Pattloch 2014, S.77-80.
[175] Ebd., 84-86.
[176] Vgl. Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz, Freiburg: Herder 1993, 32-40.
[177] Vgl. Gronemeyer, Rainer und Heller, Andreas: In Ruhe sterben, München: Pattloch 2014, 86.

Umgang mit den eigenen existentiellen Grenzen. Der Limburger Arzt und Begründer der Internationalen Gesellschaft für Sterbebegleitung, Paul Becker, spricht in diesem Zusammenhang von der Spiritualität der Nächstenliebe. Für ihn ist Hospizarbeit untrennbar an die Nächstenliebe gekoppelt und agiert immer spontan. Ein Zertifikat für die Begleitung Sterbender ist laut Becker zu wenig, sondern es bedarf der praktischen Auseinandersetzung und der konkreten Erfahrung mit Menschen am Sterbebett. Insbesondere die Momente der Hilflosigkeit sind laut Thile Kerkovius, langjährigem Leiter des ersten deutschen Aids-Hospizes, wertvoll, da man in solchen Situationen dem Sterbenden auf Augenhöhe begegnet und gemeinsam erfährt, dass in Bezug auf das Sterben jedes Expertentum im Grunde versagt.[178]

Am Ende der Ausführungen über die wesentlichen Hospiz- Leitlinien muss schließlich noch auf eine wesentliche Forderung der Hospizarbeit aufmerksam gemacht werden. Sowohl Maßnahmen zur Lebensverlängerung als auch aktive Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen werden seitens der Hospize strikt abgelehnt. Die praktische Erfahrung mit Schwerkranken hat gezeigt, dass der Wunsch nach aktiver Tötung häufig schwindet, wenn die Betroffenen wirksame Linderung und Entlastung erfahren. So gehört es zur gesellschaftlichen Aufgabe, Menschen in ihren Nöten beizustehen, ohne dass sie das Gefühl vermittelt bekommen, in irgendeiner Form zur Last zu fallen. Der Hospiz Dachverband in Österreich befürchtet, dass bei Legalisierung der Tötung auf Verlangen oder bei der aktiven Sterbehilfe schwer pflegebedürftige Menschen sich indirekt gezwungen fühlen, den Weg der aktiven Tötung zu gehen. Ferner kann die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe zu einer schleichenden Ausweitung der Tötung auf Verlangen führen und auch Menschen treffen, die gar nicht danach verlangen. Der Mensch ist aber selbst in der unwürdigsten Situation seines Lebens wertvoll, und so versucht Hospizarbeit den Leitgedanken von Cicely Saunders: „Du bist wichtig bis zum letzten Augenblick deines Lebens und wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben kannst.“[179], umfassend weiterzuführen.[180]

[178] Vgl. Gronemeyer, Rainer und Heller, Andreas: In Ruhe sterben. München: Pattloch 2014, 93-97.
[179] Zit. Saunders, Cicely: Leben bis zuletzt, in Hospiz Österreich, in http://www.hospiz.at/pdf_dl/Stellungnahme_DVHOE-OPG_zu_Toetung_auf_Verlangen_2014_final.pdf [abgerufen am 02.04. 2016].
[180] Vgl. Hospiz Österreich: Leben bis zuletz, in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/Stellungnahme_DVHOE-OPG_zu_Toetung_auf_Verlangen_2014_final.pdf [abgerufen am 02.04. 2016].

6.2 Das Konzept von Palliative- Care

Bei Palliative Care handelt es sich um ein noch recht junges medizinisches Konzept in der Behandlung und Betreuung kranker Menschen, welches an die Geschichte der Hospizbewegung und an die Leitlinien von Cecily Saunders anknüpft.[181] Der Begriff „Palliative" stammt vom Lateinischen „pallium" und heißt übersetzt Mantel. Die Begriffsbestimmung will verdeutlichen, dass jeder Mensch in schwierigen krankheitsbedingten Phasen und vor allem in der letzten Lebensphase mittels ganzheitlicher Pflege „ummantelt" werden soll.[182]

Die Zielsetzung der Hospizbewegung fand 1990 unter dem Begriff Palliative Care Eingang in das Palliative- Care Konzept. Die Weltgesundheitsorganisation, kurz WHO, definiert Palliativmedizin mit dem Satz:

> *„ Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt."*[183]

Wichtig ist dabei anzumerken, dass Palliative Care nicht ausschließlich für sterbende Menschen bestimmt ist und dass die Definition von WHO es offen lässt, in welcher Organisationsform Palliative Care zur Anwendung kommt. Im Mittelpunkt des Konzeptes stehen der kranke, sterbende Mensch, seine umfassende physische wie psychische Pflege und die Trauerbegleitung von betroffenen Angehörigen. Die Betreuung erfolgt schließlich durch die Vertreter aus den Kernbereichen der Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Seelsorge.[184]

Lange Zeit kamen palliative Methoden ausschließlich unheilbaren Krebspatienten oder Patienten mit anderen schwerwiegenden Erkrankungen zugute. Die demographische Entwicklung und die Zunahme von hochbetagten Menschen mit einer komplexen Palette an

[181] Vgl. Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen. Bern: Peter Lang 2011, 13.
[182] Vgl. Oberlerchner, Herwig und Heschl, Gerald: Dem Menschen nahe sein. Wien-Graz- Klagenfurt: Styria 2014, 115.
[183] Zit. WHO in Sabatowski, Rainer: Organisationsformen in der palliativmedizinischen Betreuung, in Aulbert, Eberhard/ Radbruch, Lukas/ Nauck, Friedmann: Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer 2012, 105.
[184] Vgl. Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter Lang 2011, 23.

Beschwerden fordern zusehends den Einsatz von Palliativmedizin auch im Bereich der Altenfürsorge. Selbst wenn bestimmte chronische Leiden hochbetagter Patienten heilbar wären, sind kurative Maßnahmen oft nicht mehr sinnvoll oder gar möglich, da der Körper zu schwach für aggressive Therapien ist. Zumal leiden alte Menschen an chronischen Schmerzen, die häufig übersehen werden, da sich die Patienten nicht mehr verständlich darüber äußern können. Schmerzen, Demenz und Ängste begleiten viele der Hochbetagten in ihrer letzten Lebensphase. Neben gezielter Schmerzbehandlung gibt es, ausgehend von Palliative Care verschiedenste Maßnahmen, die dazu beitragen können, den kranken und/oder alten Menschen am Lebensende würdevoll zu pflegen. Die Begleitung und Pflege reicht dabei von Schmerztherapie, Ergo- und Physiotherapie, Validation, basaler Stimulation bis hin zur tierunterstützenden Therapie, Gartentherapie und Spiritual Care.[185] Die Betreuung und Behandlung erfolgt dabei in unterschiedlichen Strukturen, auf deren Organisation jetzt näher eingegangen werden soll.

6.2.1 Strukturen von Palliative Care

Wenn Menschen nach ihren Vorstellungen über ein würdevolles Lebensende befragt werden, antworten sie im Wesentlichen mit dem Wunsch der Schmerzfreiheit und der sozialen Geborgenheit. Mittels verschiedener Strukturformen von Palliative Care wird versucht, dem letzten Willen der Patienten gerecht zu werden. Mittels Ausbau von Palliativstationen, mit der Schaffung von SAPV- Teams (spezialisierte, ambulante Palliativteam) und Palliativmedizinischen Konsiliardiensten will Palliative Care betroffenen Menschen in unterschiedlicher Form ganzheitliche Betreuung zukommen lassen.[186]

6.2.1.1 Palliativstationen

Unter Palliativstation versteht man eine Akutstation innerhalb eines Krankenhauses, die unter ärztlicher Leitung steht und sich auf die Betreuung von Palliativpatienten spezialisiert hat. Die Aufgabe der Palliativstation ist nicht primär die Begleitung in der Sterbephase, sondern die Bewältigung von physischen Krisensituationen bei unheilbar Kranken. Dazu zählen verschiedenste körperliche Beschwerden, wie Schmerzen, Atemnot, Erbrechen, Delir oder

[185] Vgl. Kojer, Marina: Die Welt der Alten respektieren, ihre Sprache sprechen in Husebo, Stein/Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, 75-87.
[186] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben, München: Dtv 2013, 40-48.

psycho-soziale Probleme. Mittels eines Teams, bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorgern wird versucht die Symptome zu lindern, damit die Betroffenen wieder nach Hause oder in eine adäquate Einrichtung verlegt werden können.[187]

6.2.1.2 SAPV- Teams

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, kurz SAPV, besteht aus einem multiprofessionellen Team, das sich auf die Betreuung von Menschen zu Hause oder in Heimen spezialisiert hat. Das Team ist beratend tätig und bietet Hilfe bei Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Pflege und psycho-soziale Betreuung an. Das Hauptziel der SAPV ist es, dass Menschen in ihrer schweren Krankheitsphase oder letzten Lebensphase in vertrauter Umgebung bleiben können und dennoch optimal palliativmedizinisch versorgt werden.[188]

6.2.1.3 Palliativmedizinische Konsiliardienste

Krankenhäuser mit Palliativstationen verfügen über ein professionelles Beratungsteam, das den Palliativmedizinern und Palliativpflegern unterstützend und beratend zur Seite steht. Dabei geht es um die Optimierung von Schmerz- und Symptomkontrolle wie um die Vermeidung von unnötigen Therapien. Das Team besteht aus einer ärztlichen, pflegerischen und einer sozialen Fachkraft und hat zum Ziel, spezielle palliativmedizinische und pflegerische Kompetenz im jeweiligen Umfeld zu ermöglichen.[189]

Österreich verfügt über ein akkordiertes Konzept von Hospiz- und Palliativversorgung von Erwachsenen und auch von Kindern. Im internationalen Vergleich hat Österreich eine Vorreiterrolle und befindet sich in der Umsetzung der Versorgung im Mittelfeld. Allerdings muss noch einiges für die flächendeckende Versorgung getan werden. Das Ziel ist es, für jeden, der palliative Versorgung benötigt, diese erreichbar, möglich und vor allem leistbar zu machen.[190]

Doch auch wenn Palliativmedizin einen wesentlichen Beitrag zum humanen Sterben leistet, ist es eben doch wiederum ein Sterben innerhalb eines Systems. Die meisten Menschen

[187] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben, München: Dtv 2013, 46.
[188] Vgl. Hospiz Österreich: Mobiles Palliativteam, in: http://www.hospiz.at/ [abgerufen m 03.04.2016].
[189] Vgl. Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben, München: Dtv 2013, 47-48.
[190] Hospiz Österreich: Hospiz und Palliative Care, in Österreich- facts and figures, in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/Hospiz_und_Palliative_Care_in_Oesterreich_Facts_Figures.pdf [abgerufen am 04.04.2016].

wünschen sich, wie schon mehrmals angesprochen, zu Hause sterben zu können, fern von der Sterilität einer Organisation. Darum widmet sich das letzte Konzept humanen Sterbens dem so häufig formulierten wünschenswerten Tod in den „eigenen vier Wänden“. Dabei müssen aber die Fragen gestellt werden, warum es so schwer ist, zu Hause sterben zu können, und mit welchen Herausforderungen die dabei anzustrebenden palliative Hauskrankenpflege konfrontiert wird.

6.3 Das Konzept häuslicher Betreuung

Zur Organisation des Sterbens im häuslichen Kontext gibt es kaum Literatur, und der überwiegende Anteil an Betreuungs- und Pflegeleistungen wird in Österreich nach wie vor von den Angehörigen selbst erbracht. Laut Statistik stirbt dann dennoch nur ein geringer Prozentsatz auch tatsächlich im Kreise der Familie. Das familiäre Leben verändert sich gravierend, wenn Menschen von ihren Angehörigen gepflegt werden müssen, und der Alltag wird dabei von vielen Belastungen und Turbulenzen geprägt. Damit steigt die Gefahr eines Abbruches der häuslichen Betreuung, und es folgt die Einweisung in eine Institution. Die Schwierigkeit besteht vor allem darin, dass Angehörige die Situation des Patienten oft schwer einschätzen und nicht abwägen können, ob eine Krankenhauseinweisung eine sinnvolle Intervention darstellt. Die Diagnose des Sterbens ist eine große Herausforderung, da Sterbeverläufe meist länger andauernd und nur wenig absehbar sind. Ein natürlicher Tod ist angesichts der medizinisch- technischen Möglichkeiten nahezu unmöglich geworden, da Sterben fast immer vom Tun oder Unterlassen abhängig ist. So gibt es das Phänomen, dass Angehörige oftmals das Sterben nicht wahrhaben wollen und daher professionelle Unterstützung in der Entscheidungsfindung brauchen. Vor allem beim Aspekt der Versorgung fühlen sich Angehörige hauptverantwortlich und befürchten, die pflegebedürftige Person verhungern oder verdursten zu lassen. Folglich werden dabei „gewaltsame“ Handlungen gesetzt, indem der Sterbende ins Krankenhaus eingewiesen wird und mit einer Magensonde (PEG- Sonde) versehen wird. Das Sterben in der allerletzten Phase wird dadurch aber keinesfalls erleichtert und die Qualen des Patienten in vielen Fällen nur erschwert und unnötig verlängert. Damit falsche Entscheidungen in der Pflege am Lebensende rückblickend aber nicht zu schweren Schuldgefühlen führen, bedarf es einer interprofessionellen Kommunikation. Dazu gehört zunächst ein direkter Kommunikationsweg zwischen Mitarbeitern des Pflegedienstes und den Hausärzten. Weiters benötigen die Familien

verlässliche Partner in der professionellen Pflege, wie beispielsweise ein spezialisiertes Palliative- Care Team, deren Aufgabenbereich jetzt vorgestellt wird.[191]

6.3.1 Palliative Care in der Hauskrankenpflege

Tatsächlich scheint es so, dass in Österreich die Rahmenbedingungen für eine intensive häusliche Betreuung noch sehr inadäquat strukturiert sind. Grund dafür ist die mangelnde palliative Ausbildung der Pflegekräfte, zumal für viele Angehörige eine 24- Stunden Pflege oft nicht finanzierbar ist. Folglich wird auf billige ausländische Pflegekräfte zurückgegriffen, eine Lösung, die allerdings im Graubereich des Arbeitsrechtes angesiedelt ist. Von solchen Fällen abgesehen, bedarf eine Palliative Hauskrankenpflege, den Kooperation und Zusammenarbeit mit der ambulanten Versorgung. Eine Schlüsselposition in der häuslichen Versorgung nimmt dabei der Hausarzt ein, der allerdings oftmals nur schwer zu erreichen ist. Ohne hausärztliche Anweisung bleibt dem Pflegepersonal meist nur die Möglichkeit, den Patienten stationär einzuweisen, um bei Entscheidungen nicht rechtlich in Konflikt zu geraten. Die zentrale Aufgabe wäre es daher, Hausärzte zukünftig stärker für palliativversorgerische Anliegen zu gewinnen. Wenn nämlich kein Hausarzt erreichbar ist, muss auf Notärzte zurückgegriffen werden, die allerdings nicht immer den Anliegen der Patienten, zu Hause zu sterben, gerecht werden können. Neben den Ärzten braucht Hauskrankenpflege aber vor allem palliativ- geschulte Pflegekräfte, die bei schwierigen ethischen Entscheidungen neutrale Ansprechpartner zur angemessenen Entscheidungsfindung haben.[192]

Um das Sterben im familiären Kreis ermöglichen zu können, bedarf es folglich einer Reihe von Voraussetzungen, allen voran die eigene freie Entscheidung des Patienten, zu Hause sterben zu wollen. Neben einer professionellen, medizinischen Betreuung, ist es auch unerlässlich, dass die Angehörigen bereit sind, die Pflege zu unterstützen und mitzutragen. Die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Pflegekraft, Angehörigen und Hausärzten oder palliativem Team müssen gesichert sein. Schließlich müssen auch noch die notwendigen Pflegemittel zur Verfügung stehen, damit beim Patienten alle notwendigen Pflegemaßnahmen getroffen werden können. Auch ein Notfallplan sollte für plötzlich

[191] Pleschberger, Sabine: Die Perspektive der Angehörigen in der Betreuung zu Hause, in Husebo, Stein/ Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, 492- 498.
[192] Wegleitner, Klaus: Palliative Care in der Hauskrankenpflege in Husebo, Stein/ Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, 524- 535.

auftretende Symptome oder Schmerzen erstellt werden, und eine stationäre Wiederaufnahme bei akutem Bedarf muss gesichert sein. Für Notärzte ist das Erstellen eines Dokumentationsblattes sinnvoll, damit klar ersichtlich ist, dass der Patient keine Wiederbelebung oder Überweisung ins Krankenhaus wünscht und dass eine umfangreiche Symptom- und Schmerzkontrolle durch ein Palliative- Care Team gewährleistet ist.[193]

Die Hauskrankenpflege ist durch hohen Entscheidungsdruck geprägt und bedarf einer gut durchdachten Organisation. Vor allem ist es unerlässlich, dass Palliative Care in die Routine der familiären Pflege integriert wird. Schon wie in den anderen Konzepten deutlich wurde, kommt vor allem der Teamarbeit eine tragende Rolle zu. Damit jedoch das Konzept „Versorgung zu Hause" bei Bedarf realisierbar werden kann, muss dieses Thema auch in der Gesundheitspolitik mehr Aufmerksamkeit erlangen. Insbesondere das in Österreich noch sehr junge Konzept der „Family Health Nursing" oder besser formuliert "Family Health Care" braucht politische und finanzielle Unterstützung, damit Pflege und Betreuung im häuslichen Bereich erleichtert werden können.[194]

6.3.2 Zu Hause sterben- ein mögliches Zukunftsmodell?

Die organisatorische Sicherung einer adäquaten Pflege und Betreuung Sterbender im häuslichen Kontext gestaltet sich, wie man gesehen hat, sehr schwierig. Die Anforderungen für eine optimale Gestaltung der Sterbephase sind äußerst vielschichtig. Doch selbst wenn die Rahmenbedingungen gegeben sind, ist es mehr als fragwürdig, ob das von der Mehrheit der Befragten angestrebte Ziel, zu Hause sterben zu können, ein Modell für die Zukunft darstellen kann und wird. Die Angehörigen sind ja die zentralen Akteure der Pflege, und das ist „angesichts der gesellschaftlichen und demografischen Entwicklung fatal."[195] Die Grundvoraussetzung für ein Sterben zuhause ist ein tragfähiges soziales Netz, das aber vor allem im städtischen Raum kaum noch gegeben ist. Auch wenn Männer noch zu einem Großteil auf die Pflege ihrer Lebenspartnerinnen vertrauen dürfen, sind es vor allem hochbetagte Frauen, die nahezu ausschließlich auf die Unterstützung durch die nachfolgende Generation angewiesen sind. Doch die Berufstätigkeit, wachsende Mobilität, veränderte

[193] Vgl. Wegleitner, Klaus: Palliative Care in der Hauskrankenpflege, in Husebo, Stein: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg: Lambertus 2007, 535- 537.
[194] Ebd., S.524-537.
[195] Zit. Pleschberger Sabine: Die Perspektive der Angehörigen in der Betreuung zu Hause, in Husebo, Stein/ Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, S.502.

Wohnortverhältnisse und instabile familiäre Bindungen tragen dazu bei, dass Kinder und Enkelkinder nicht mehr für die häusliche Pflege ihrer Eltern und Großeltern aufkommen können.[196]

Andreas Heller und Reimer Gronemeyer sprechen in diesem Zusammenhang auch von einem Klischee. Zu Hause sterben, so die Autoren, meint demnach nicht die „eigenen vier Wände", sondern vielmehr einen sozialen Zusammenhalt durch Familie, Freunde und Nachbarn. Eines der größten Probleme in der häuslichen Pflege ist das Schwinden der sozialen Wärme in der modernen Gesellschaft. Der Begriff „zu Hause", meint nicht nur vieles, sondern existiert vielfach auch gar nicht mehr. Die Familien, in welchen man sterben möchte, sind oft bereits aufgelöst, und viele Hochbetagte leben alleine in Single Haushalten oder Seniorenheimen. Das neue Zuhause wird für eine wachsende Zahl von Menschen also das Pflegeheim sein und der von alten und sterbenden Menschen häufig geäußerte Wunsch „ich will nach Hause" kann scheinbar nicht erfüllt werden. Vielleicht steckt aber hinter diesem Wunsch auch einfach nur das Bedürfnis, ins Leben zurückkehren und soziale Beheimatung erfahren zu können. Auch wenn das Sterben meist abseits der ursprünglichen Lebenskontexte stattfinden muss, kann es dennoch würdevoll erlebt werden. Dort wo soziale Wärme und freundschaftliche Fürsorge in der Pflege gewahrt bleiben, kann auch wieder Beheimatung erfahren werden. Dabei muss den Sterbenden, Würde durch soziale Anerkennung entgegengebracht werden. Anerkennung meint hier, dass alle Personen, die mit Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu tun haben, mit ihnen auch in Beziehung treten und ihnen das Gefühl geben, trotz Schmerz und Leid wertvoll zu sein. Niemals darf Sterbenden das Gefühl vermittelt werden, in irgendeiner Form zur Last zu fallen, da sie dadurch in ihrer Selbstachtung schwer gekränkt werden. Egal in welchem Konzept Menschen ihrem Lebensende entgegen gehen, sie bedürfen immer der Gemeinschaftlichkeit und Wärme. So wichtig Professionalität und Organisation in den verschiedenen Konzepten sein mögen, letztlich zählt die Art und Weise, wie mit Menschen, egal ob lebend oder sterbend, umgegangen wird.[197]

[196] Vgl. Pleschberger Sabine: Die Perspektive der Angehörigen in der Betreuung zu Hause, in Husebo, Stein/ Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007, 502-503.
[197] Vgl. Heller, Andreas und Gronemeyer Reimer: In Ruhe sterben, München: Pattloch 2014, S.287- 291.

7 Würdevoller Umgang mit Menschen am Lebensende - Ein Blick in die Praxis

Das letzte Kapitel dieser Arbeit beschäftigt sich mit Menschen, die aufgrund ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit mit schwer Kranken und Sterbenden konfrontiert sind und sie in ihrem Leid auf unterschiedliche Weise begleiten. In Interviews wurden drei Personen zu ihrer Art und Weise, wie sie humanes Sterben zu verwirklichen versuchen, befragt und ihre Erfahrungen mittels Bericht verschriftet.

7.1 Erfahrungsbericht einer Pastoralassistentin

Der erste Erfahrungsbericht basiert auf einem Interview mit einer Pastoralassistentin, die in der Krankenhausseelsorge tätig ist. Dabei schilderte sie ihre Erfahrungen, Aufgaben und Herausforderungen in der Betreuung von Schwerkranken und Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Die Seelsorge teilt sich die Pastoralassistentin mit zwei weiteren Betreuerinnen und mit dem zuständigen Krankenhauspriester, der wöchentlich die Hl Messe feiert und bei Bedarf Sakramentenspendungen vornimmt.

Von Montag bis Freitag, von 9 Uhr und 12 Uhr betreut, die befragte Pastoralassistentin ihre Patienten. In ihren Aufgabenbereich fallen Entlastungsgespräche mit Angehörigen, Gespräche mit den Patienten, Segnungen, Krankenkommunionen, Trauerbegleitung und religiöse Rituale. Mobile Patienten kommen gerne in die Krankenhauskapelle, um sich zu sammeln, zu beten oder verschiedene liturgische Angebote wie Andachten und Gottesdienste wahrzunehmen. Die meisten schwer kranken Patienten können jedoch ihre Zimmer nicht verlassen und werden daher vor Ort betreut.

Die Betreuung beginnt jeden Tag damit, dass sich die Seelsorgerin im Schwesternzimmer ihrer zugeteilten Bezugsstation nach dem aktuellen Gesundheitsstand der Patienten erkundigt, um zu klären wo am dringendsten Hilfe benötigt wird. Der engmaschige Kontakt zum Krankenpflegepersonal ist daher eine wesentliche Voraussetzung in der Krankenhausseelsorge. Patienten vor einer schweren Operation, Patienten mit tödlicher Diagnose oder Personen, die sich bereits in der Sterbephase befinden, haben bei der Seelsorge oberste Priorität. Im Rahmen der seelsorgerischen Visite, versucht die Pastoralassistentin

Kontakt mit den betroffenen Patienten aufzunehmen, um mit Gesprächen und wenn gewünscht, mit rituellen Handlungen die Patienten zu stärken.

7.1.1 Das Gespräch

„Ob ein Patienten für ein Gespräch bereit ist, spüre ich bereits beim Betreten des Krankenhauszimmers“, so die Pastoralassistentin. Ein wichtiges Signal des Patienten, nicht sprechen zu wollen, ist, wenn er sich wegdreht oder sich unter die Decke verkriecht. Mitunter öffnen sich Patienten zu einem späteren Zeitpunkt, oder wenn sie das Gespräch bei ihren Zimmerkolleginnen als angenehm empfunden haben. Gespräche in Einzelzimmern sind aufgrund des Platzmangels nur auf der Onkologie möglich. Auch die Entlastungsgespräche mit den Angehörigen finden vielfach nur auf dem Gang statt. Dennoch sind gerade solche spontanen Gespräche besonders wichtig, damit Angehörige von Sterbenskranken ihre Ängste und Sorgen noch vor dem Kontakt mit dem Patienten abladen können. Aus diesem Grund werden solche Gespräche auch Entlastungsgespräche bezeichnet, damit die seelischen Lasten der Angehörigen nicht zum Patienten ins Zimmer getragen werden. In manchen Fällen erfahren Angehörige überhaupt erst am Sterbebett vom nahestehenden Tod des Patienten und sind dann wie vor den Kopf gestoßen. Vor allem Frauen versuchen laut Seelsorgerin ihre Angehörigen bis zu Letzt zu schonen, indem sie ihre todbringende Krankheit verschweigen.

Wie intensiv nun Gespräche geführt werden, hängt von der inneren Haltung der Seelsorgerin ab. Entscheidend ist dabei der Zeitfaktor, da die Patienten genau spüren, wann ihre Gesprächspartnerin über genug Zeit verfügt oder keine Kraft für tiefe Gespräche aufbringt. Es gibt Situationen, wo es der Seelsorgerin aus persönlichen Gründen, wie zum Beispiel aufgrund eigener Ängste, nicht gelingt, mit Patienten zu sprechen. In solchen Fällen muss eine andere Betreuerin das Gespräch übernehmen.

Im Fokus stehen stärkungsorientierte Gespräche, in denen die Patienten gemeinsam mit der Pastoralassistentin Copingstrategien entwickeln, wie man versuchen kann, mit der Krankheit und dem nahen Tod umzugehen. Dem Patienten sollen dabei die verbleibenden Ressourcen wie Hoffnungen und Möglichkeiten des Erlebens bewusst gemacht werden. Von Bedeutung ist es immer auch, auf das vergangene Leben zurückzublicken, und das anzusprechen, was erreicht, geleistet oder manchmal sogar unerfüllt geblieben ist. Für manche Sterbende ist der Schmerz des unerfüllten Lebens so stark, dass der Durst nach Leben noch so intensiv ist, dass

das Loslassen zu einer Qual wird. Die Beobachtungen der Pastoralassistentin haben gezeigt, dass in solchen Fällen das Sterben besonders schmerzvoll empfunden wird und das Leid des Patienten in einem schmerzverzerrten Gesicht beim Sterben zum Ausdruck kommt. Die Erfahrung, dass es neben dem friedvollen „Einschlafen“ auch das friedlose Sterben gibt, muss man in der Seelsorgearbeit immer wieder erleben und zu akzeptieren versuchen.

Neben den Gesprächen bietet die Pastoralassistentin auch die Krankenkommunion oder Segnungen an, die von vielen Patienten gerne angenommen werden. Das Krankensakrament wird auf Wunsch vom Priester gespendet, obwohl hier noch Bewusstseinsarbeit geleistet werden muss, da bei vielen Patienten immer noch der Begriff der „letzten Ölung“ mitschwingt. Dass das Krankensakrament zur Stärkung dient und nicht nur gespendet wird, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht, muss von Seiten der Seelsorge immer wieder betont werden.

Mittels Notfallhandy ist die Pastoralassistentin jederzeit erreichbar, um in akuten Fällen sofort den Priester für die Sakramentenspendung rufen zu können. Da es nicht immer möglich ist, dass der Priester rechtzeitig bei Sterbenden vor Ort ist, hat sich die sogenannte Sterbesegnung bewährt, die auch von Laien durchgeführt werden darf.

7.1.2 Herausforderungen

Natürlich wird man als konfessionsgebundene Seelsorgerin auch mit Ablehnung verschiedenster Art konfrontiert, so zum Beispiel mit Patienten, die der Kirche sehr feindlich gesinnt sind und daher jegliches Gespräch von vornherein ablehnen. Auch anzügliche Bemerkungen seitens männlicher Patienten sind keine Seltenheit. Besonders schwer ist die Überwindung der eigenen Ängste. In der langjährigen Erfahrung als Seelsorgerin gilt die Zimmertür nach wie vor als eine gewisse Hemmschwelle, da man nie weiß, was einen dahinter erwartet. In den Gesprächen mit Kranken und Sterbenden liefert sich die Pastoralassistentin in gewisser Weise selber aus, da sie auch von sich selbst Erlebnisse und Erfahrungen Preis gibt, um eine Vertrauensgrundlage schaffen zu können. In manchen Fällen muss sich die Seelsorgeleiterin auch zugestehen, keinen Trost schenken zu können und wird sich dabei der emotionalen Grenzen der Betreuung Sterbender bewusst. Was die Seelsorgerin und gleichzeitig diplomierte Krankenschwester auch oft bedauernsweise erleben muss, ist die bisweilen nicht ausreichende medizinische Betreuung bei der Schmerzbekämpfung. Häufig

muss sie bemerken, dass Patienten mit starken Schmerzen viel zu lange alleine gelassen werden und beispielsweise einen Tag lang auf eine Infusion warten müssen. Hier sieht die Seelsorgerin ihre wesentliche Aufgabe darin, die Patienten und ihre Angehörigen zu ermutigen, immer wieder den Kontakt mit den Ärzten und dem Pflegepersonal zu suchen, um angemessen betreut und informiert zu werden. Denn auch, ja vor allem, in der letzten Phase des Lebens haben Menschen das Recht, so betreut zu werden, dass sie noch möglichst schmerzfrei leben und sterben können.

7.2 Bericht von der Erfahrung einer Hospizbegleiterin im Altenheim

Der zweite Bericht stützt sich auf die Erfahrungen einer ehrenamtlichen Hospizbegleiterin, die in ihrer Ausbildung auch die Lehrgänge zur Trauerbegleitung und Begleitung dementer Erkrankten absolviert hat. In ihrer freien Zeit besucht und begleitet die ausgebildete Hospizbegleiterin Menschen in Altenheimen, zu Hause oder auf Palliativstationen.

In ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit wird die Hospizbegleiterin entweder von Angehörigen Schwerkranker, Hochbetagter oder Sterbender angesprochen und gebeten, eine Begleitung vorzunehmen, oder sie geht aus Eigeninitiative in ein Altenheim und fragt die diensthabende Schwester, wer Hilfe benötigt. Bei hochbetagten Personen, deren Gesundheitszustand noch recht stabil ist, führt die Begleiterin ihren Besuchsdienst im Rhythmus von etwa 3 Wochen durch. Menschen, die sich in der Sterbephase befinden, begleitet sie dagegen mindestens wöchentlich.

Für gesunde Hochbetagte, die ihre letzte Lebensphase im Heim verbringen müssen, ist der Umzug ins Altenheim sehr oft mit einem Schock verbunden. Das Leben im Altenheim wird von den Betroffenen nämlich als Endstation ihres Lebens erfahren und die Vergangenheit kann von den Personen dabei zutiefst betrauert werden. Aus diesem Grund brauchen die meisten Menschen zu Beginn ihres neuen Lebensabschnittes im Altenheim eine sogenannte Traueraufarbeitung. Die wichtigste Aufgabe der Hospizbegleiterin besteht daher darin, mit den Menschen das Gespräch zu suchen und ihnen eine verlässliche Zuhörerin bei all ihren Ängsten angesichts der neuen Lebenssituation zu sein. Mit der Zeit gehen aber auch die Besuchsdienste und die Traueraufarbeitungen bei Hochbetagten in eine Sterbebegleitung über, da es eben dem Lauf der Zeit entspricht. Auch bei der Sterbebegleitung nimmt das Gespräch einen entscheidenden Stellenwert ein, was aber gegen Ende des Lebensprozesses

aufgrund der Schwäche oder Krankheit der Patienten, immer weniger gesucht wird. Im Fokus steht dann das liebevolle Umsorgen der betreffenden Personen mittels der bloßen Anwesenheit durch die Sterbebegleiterin.

7.2.1 Begleitung im Gespräch

Dass die Kommunikation ein wesentlicher Teil der Sterbebegleitung ist, wurde in dieser Arbeit schon mehrmals betont. Natürlich ist der erste Weg zu einem fruchtenden Gespräch die Beziehungsarbeit, das heißt, der Aufbau einer Vertrauensbasis. Die Hospizbegleiterin hört ihren Klienten zunächst aufmerksam zu und beginnt dann allmählich, mit gezielten Zwischenfragen die gesamte Biographie der Menschen aufzuarbeiten. Immer wieder wird sie dabei von außergewöhnlichen Lebensgeschichten in den Bann gezogen und merkt sehr bald, wann dem Sterbenden aus der Vergangenheit noch etwas belastet. Die Gespräche mit den Hochbetagten können oftmals bis zu einer Stunde dauern, und die Hospizbegleiterin merkt, wie wichtig es für viele Menschen sein kann, sich bei einer neutralen Person auszusprechen, um langsam mit der Vergangenheit Frieden zu schließen und das Leben loslassen zu können. Wie die Menschen auf das Gesprächsangebot der Begleiterin reagieren, hängt aber auch sehr stark von deren entsprechenden Persönlichkeitsstruktur ab. So können sich bestimmte Eigenschaften, wie beispielsweise Redseligkeit oder Schweigsamkeit, im Alter noch einmal verstärken. Wer schon im früheren Leben nicht gerne geredet hat, wird gegen Ende des Lebens auch nicht gesprächiger werden. Wenn es dann schließlich zum Sterbeprozess kommt, hören selbst redselige Personen auf zu sprechen und der Sterbebegleiterin bleibt die wichtige Aufgabe, durch ihre bereits vertraute Anwesenheit und mit sanften Berührungen den Sterbenden beizustehen.

7.2.2 Die Herausforderungen der Hospizbegleiterin

Die größten Herausforderungen ergeben sich nach Ansicht der Sterbebegleiterin in der Kommunikation mit den Angehörigen. Besonders schwierig empfindet sie dabei die große Hilflosigkeit vieler Angehöriger in Bezug auf den Sterbeprozess. Oft versuchen die Angehörigen noch im letzten Moment, sich an den Sterbenden zu klammern und können aus den unterschiedlichsten Gründen nicht loslassen, was den Sterbeprozess jedoch zusätzlich

erschweren kann. Nicht selten erlebt die ausgebildete Hospizbegleiterin, dass in der letzten Lebensphase unter den Angehörigen alte Konflikte aufbrechen, die zum Leidwesen des Sterbenden manchmal sogar in dessen Beisein ausgetragen werden. Auch wenn der Sterbende nicht mehr ansprechbar ist und scheinbar nichts mitbekommt, kann er die Spannungen seines Umfeldes sehr wohl spüren. In solchen Fällen werden die Angehörigen von der Sterbebegleiterin aufgefordert, das Zimmer zu verlassen, um den Sterbenden mit spannungsgeladenen Gesprächen nicht zusätzlich zu belasten. Auch wenn keine Konflikte vorliegen, kann es in der Sterbephase in manchen Fällen hilfreich sein, wenn Angehörige, Pflegepersonal und Sterbebegleiter das Zimmer des Sterbenden für eine bestimmte Zeit verlassen. So gibt es Menschen, die bei ihrem letzten Schritt, dem Übergang zum Tod, alleingelassen werden möchten und erst loslassen können, wenn sie alleine gelassen werden.

Um diese und andere Herausforderungen meistern zu können, braucht man als Hospizbegleiterin eine gute psychische Grundkonstitution und ein Gespür, das anzeigt, wann es besser wird, von der Tätigkeit als Sterbebegleitung etwas Abstand zu gewinnen und so betont die Hospizbegleiterin: „Ich muss auch bemerken, wann ich auf mich schauen muss!“ Dabei besinnt sie sich in ihrer herausfordernden Tätigkeit immer wieder auf die Gedanken vom Autor Jochen Mariss: „Seite an Seite, Hand in Hand gehen, ohne den eigenen Weg zu verlieren, einander annehmen ohne selber sich aufzugeben, in einem Meer aus Herzenswärme baden, ohne darin zu versinken.“[198]

7.2.3 Ängste und Belastungen der Patienten

Mit viel Herzenswärme aber ohne sich selbst in eigenen Todesängsten zu verlieren, begegnet die Hospizbegleiterin auch den Ängsten ihrer Klienten. Die größten Ängste am Lebensende betreffen vor allem die Frage „Was passiert mit mir nach dem Tod?“. Bei der Antwort darauf versucht die Hospizbegleiterin, immer wahrhaftig zu bleiben und keine „schönen Geschichten vom Himmel“ zu versprechen. Auch wenn die Begleiterin selbst von der christlichen Hoffnung geprägt ist, weiß sie um die Schwierigkeit, Dinge zu versprechen, die letztlich niemand mit Gewissheit voraussagen kann. Im Gespräch geben sich aber die meisten Sterbenden oft selbst eine Antwort auf ihre Vorstellung über das Jenseits: „Er (Gott) wird mir dann die Hand reichen.“, sagen laut Bericht der Hospizbegleiterin viele Menschen am

[198] Mariss, Jochen: Seelenfenster, in: http://www.blueboxbi.de/jochen/gedichte/gedichte.html [abgerufen am03.05.2016].

Lebensende. Mit dieser Vorstellung trösten sich sogar Menschen, die die Begleiterin zuvor weder über Gott noch über den Glauben sprechen gehört hat. Für die Sterbebegleiterin gehört es zu ihrer Aufgabe solche positiven Gedanken der Sterbenden zu unterstützen und sie zu ermutigen ein friedvolles Bild vom Jenseits zu zeichnen. Niemals verspricht sie jedoch Dinge, die selbst für die Hospizbegleiterin mit ihrer persönlichen Unsicherheit behaftet sind.

7.2.4 Würde bewahren

Im Gespräch über die menschliche Würde am Lebensende, sind es vor allem zwei Aspekte, die für die Hospizbegleiterin wesentlich sind. Zunächst nennt sie den Wunsch nach Schmerzfreiheit, der beim Großteil der Sterbenden einen entscheidenden Faktor für ein würdevolles Sterben darstellt. Der zweite Aspekt der für die ehrenamtliche Hospizbegleiterin wesentlich ist, ist der Faktor der Zeit bei jeglicher medizinischen, psychischen und physischen Betreuung Hochbetagter und Sterbender. So soll ihrer Ansicht nach, jeder Mensch so viel Zeit wie möglich erhalten, um in seinem individuellen Tempo essen oder sich, unter Wahrung der Intimsphäre, pflegen zu können. Nicht immer ist es aber eine Selbstverständlichkeit, dass hochbetagte oder schwerkranke Menschen sich bei scheinbar einfachen Tätigkeiten, wie beispielsweise Essen, Zeit nehmen dürfen. Oft erlebt die Hospizbegleiterin, dass Pflegekräfte Patienten zum Essen drängen, damit das Geschirr schneller abgeräumt werden kann. Doch gerade der Zeitmangel des Pflegepersonals führt nach Ansicht der Hospizbegleiterin dazu, dass die Würde der Patienten verletzt wird. Wer noch in der Lage ist, seinen grundlegenden Bedürfnissen selbstständig nachzugehen, sollte dies auch ohne Zeitdruck tun dürfen. So gehört für die Hospizbegleiterin die Wahrung der Selbstständigkeit, wie auch der Intimsphäre, bis zum Ende des Lebens zu einem wesentlichen Aspekt in der Bewahrung menschlicher Würde.

Für die Zukunft wünscht sich die ehrenamtliche Hospizbegleiterin, dass jedem Menschen, der es wünscht, die Möglichkeit der Sterbebegleitung eröffnet werden kann. Angesichts des starken Personalmangels im Gesundheitswesen, fehlt es eben vielfach an der notwendigen Zeit, um Menschen in Würde begleiten zu können. Daher bedarf es nach Ansicht der Hospizbegleiterin eines Ausbaus des gesamten Hospizwesens und an der Heranbildung ehrenamtlicher Hospizbegleiter. Das persönliche Engagement ehrenamtlicher Begleiter kann ihrer Meinung nach maßgeblich dazu beitragen, dass ein menschenwürdiges Sterben in den

verschiedenen sozialen Einrichtungen, wie beispielsweise in Altenheimen, ermöglicht werden kann.

7.3 Erfahrungsbericht einer Allgemeinemedizinerin

Der letzte Bericht stützt sich auf die Erfahrungen einer Allgemeinmedizinerin bei ihrer Betreuung von Menschen am Lebensende. Im Fokus des Gespräches standen dabei ihre Überlegungen zum Sterben im familiären Kontext und ihre persönliche Sichtweise als Ärztin zum Begriff der Menschenwürde.

7.3.1 Sterben im häuslichen Kontext

Für die Allgemeinmedizinerin stellt das Sterben im Kreise der Familie bzw. im häuslichen Kontext ein sehr wünschenswertes, ja sogar ein erstrebenswertes Ziel dar. Allerdings erlebt sie sehr häufig, dass die meisten hochbetagten Menschen ihre letzte Lebensphase im Altenheim verbringen müssen und auch dort sterben. Als Allgemeinmedizinerin, die ihre nicht-mobilen Patienten regelmäßig zu Hause betreut, erlebt sie die Variante der häuslichen Sterbebegleitung als besonders würdevoll, sowohl für Patienten als auch für die Angehörigen. Beide Seiten können ihrer Ansicht nach beim Sterbeprozess viel voneinander lernen und sich bereichern. Denn die letzte Lebenszeit im familiären Umfeld verbringen zu können, birgt auch die Chance, noch Unausgesprochenes verbalisieren oder mit bestimmten Prozessen abschließen zu können. Die betreuenden Angehörigen erhalten durch ihren fürsorglichen Dienst neue Kompetenz, die trotz möglicher Überschattung durch die Krankheit um viel Lebenserfahrung reifer macht: „Wer einmal jemanden beim Sterben begleitet hat, kann selber sterben!“, so die Ansicht der Ärztin. Je mehr Menschen die praktische Erfahrung von Sterbebegleitung machen, desto eher kann sich ein soziales Netz bilden, was das Sterben im häuslichen Kontext leichter möglich macht, so die Meinung der Medizinerin.

Natürlich bedarf es für die Pflege zu Hause auch einer Reihe von Voraussetzungen, beginnend damit, dass es dem klaren Wunsch des Patienten und der Angehörigen entsprechen muss, dass eine häusliche Begleitung vorgenommen wird. Weiters muss ein genauer Organisationsplan entworfen werden, der festlegt, wer welche medizinischen Maßnahmen setzen darf. Der Hausarzt und das Palliative Care Team müssen daher im ständigen Kontakt stehen und sich über ihr Tun austauschen. Die Erfahrung der Ärztin hat gezeigt, dass die

Kommunikation das Wichtigste bei der umfassenden Pflege eines Sterbenden darstellt. So muss immer eine genaue Absprache zwischen Hausarzt und Pflegeteam erfolgen, damit es nicht zu einer Überlappung bei der Versorgung kommt. Die medizinische Betreuung durch den oft langjährigen Hausarzt sieht die Ärztin als zusätzlichen Pluspunkt in der häuslichen Pflege Sterbender. Meist besteht bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und Patienten, was die Versorgung wesentlich erleichtern und zudem eine gute Kommunikationsbasis bilden kann. Wenn ein Arzt die Krankheitsgeschichte seines Patienten bereits über Jahre verfolgt hat, kann er mitunter auch besser den Verlauf der Krankheit und das Befinden des Patienten einschätzen. Wenn allerdings alle medizinischen Maßnahmen ausgeschöpft sind und das Ende naht, bleibt auch der Ärztin nur mehr die Möglichkeit, mit einfühlsamen Worten den Patienten zu stützen. Aus diesem Grund sieht die Allgemeinmedizinerin es für nicht unwesentlich, was für spirituelle Einstellung ein Mediziner besitzt. Angesichts der Todesnähe bleibt der Ärztin nur mehr die spirituelle Dimension und ihr persönlicher Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod hilft ihr dabei, Worte zu finden, die den Patienten mit Hoffnung erfüllen kann.

7.3.2 Die häufigsten Ängste

Die größten Ängste bezogen auf das Sterben äußern die Betroffenen vor allem in Bezug auf den weiteren Verlauf der Krankheit. Häufig wird der Ärztin die Frage gestellt: „Was kommt noch alles an Schmerzen und Leid auf mich zu?“ und „Wie wird das mit dem Sterben werden?“ Bei solchen Fragen ist die Medizinerin versucht, eine klare Antwort zu geben, doch sieht sie es für verfänglich, eine genaue Prognose über den Verlauf der Krankheit abzugeben, da der Sterbeprozess letztlich unabsehbar ist. Für die Ärztin ist es wichtig, immer ehrlich zu sein und in Bezug auf Prognosen niemals falsche Hoffnungen zu machen, da es weder den Angehörigen noch den Patienten von Nutzen ist.

Andere Ängste betreffen die Angehörigen und ihre Sorgen, bei der Pflege des Sterbenden etwas falsch zu machen und ihn möglichen Schaden zuzufügen. Die Allgemeinmedizinerin sieht es daher als eine ihrer wichtigsten Aufgaben, alle Personen und Angehörigen, die in die Pflege involviert sind, in ihrer Selbstkompetenz zu stärken. Sie versucht, bewusst zu machen, dass jeder Mensch, der einen anderen mag und wertschätzt, die Kompetenz besitzt zu helfen. Alleine durch das Dasein und Mittragen des Leides kann dem Sterbenden enorm geholfen werden. Wichtig ist auch, dass einmal die endgültige Entscheidung getroffen wird, keine

lebensverlängernden Maßnahmen mehr zu setzen. Die Entscheidung, den Patienten gehen zu lassen bzw. das Sterben zuzulassen, kann sowohl für Angehörige als auch für Patienten enorm entlastend sein. Schließlich vergleicht die Allgemeinmedizinerin den Prozess des Sterbens mit dem Vorgang der Geburt: „Sterben ist wie eine Geburt. Manche Geburten gehen locker, andere schwer- sie sind einfach nicht berechenbar. Und genauso ist es mit dem Sterben! Das Wichtigste ist einfach, dass jemand da ist, der den Sterbenden in Liebe beisteht. Dazu muss man keine Ausbildung haben."

7.3.3 Würde und Sterben

Auf die Frage, was die Ärztin unter menschenwürdigem Sterben versteht, antwortete sie: „Wir wollen in Würde sterben, aber wir dürfen nicht vergessen, in Würde zu leben!". Die Würde ist nach Ansicht der Allgemeinmedizinerin ein unantastbares Gut, das jedoch bereits während des Lebens verloren gehen kann. Die Menschen müssen daher daran arbeiten, die Würde bereits im Leben zu bewahren und sie nicht zu verletzen, denn eine Gesellschaft, in der man in Würde leben kann, wahrt auch die Würde angesichts des Sterbens. Daher fordert die Ärztin gegen Ende des Gesprächs sehr eindringlich: „Wir müssen uns eine Gesellschaft wünschen, wo der Mensch Würde hat!".Würdevolles Sterben ist ihrer Ansicht vor allem die Möglichkeit, mit dem Leben abschließen zu dürfen und dabei von Menschen begleitet zu werden, die einen lieben und auch gehen lassen.

Resümee

Die Kunst zu sterben und zu leben ist nach einer allgemeinen spirituellen Überzeugung in verschiedenen Religionen und Philosophien eng miteinander verknüpft. Das Leben muss lebenslang gelernt werden, also auch auch das Sterben bedarf nach Ansicht des Philosophen Senecas einer lebenslangen Einübung.[199] Doch die Vorstellung vom Sterben ist vielfach mit starken Ängsten verbunden und wird daher gerne verdrängt. Wenn Menschen an ihr Lebensende denken, fürchten sie vor allem mögliches Leid, Schmerzen oder den Verlust von Autonomie. Der Umgang mit dem Sterben ist, wie diese Arbeit auch gezeigt hat, sehr ambivalent und reicht von Verdrängung bis hin zur medialen Überpräsenz. Aus Angst vor sinnlosem Leid häufen sich in unseren Breiten auch die Forderungen nach Selbstbestimmung, besonders nach der Möglichkeit der Tötung auf Verlangen. Der deutsche Journalist Markus Günther sieht dieses Umdenken angesichts des Sterbens im Wertewandel der modernen Gesellschaft begründet. Die neue Sterbekultur versucht demnach zwanghaft, Leid zu vermeiden und sieht im „frei" gewählten Tod eine Art Akt der Selbstbehauptung. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass dort, wo es um Entscheidungen in Bezug auf das Sterben geht, jeder Beteiligte schweren Gewissenskonflikten ausgesetzt sein kann.[200]

Der Prozess des Sterbens betrifft also nicht nur das einzelne Individuum, sondern die Gesellschaft an sich. Aus diesem Grund hat sich diese Arbeit intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, wie ein Sterben ermöglicht werden kann, das für alle Beteiligten in einem möglichst würdevollen Rahmen stattfindet. Die ersten Probleme ergeben sich dabei aber schon bei den verschiedenen Begriffsbestimmungen rund um die Terminologien der Sterbehilfe, wie es das 1. Kapitel gezeigt hat. So entziehen sich Phänomene angesichts von Sterben und Tod einer genauen Klassifizierung und Begriffe können nur in Teilbereichen Klarheit schaffen.[201] Besonders schwierig wird es beim Begriff „würdevoll", da die Vorstellungen eines würdevollen Lebens und Sterbens von den verschiedenen Menschen ganz unterschiedlich erlebt werden können. Es gibt kein Schema, nach dem Menschen leben oder

[199] Vgl. Heller, Andreas und Raimer, Gronemeyer: In Ruhe sterben. Was wir wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, München: Pattloch 2014, 290.
[200] Vgl. Günther, Markus: Würdevolles Sterben, in: pro. Christliches Medienmagazin, in: http://www.pro-medienmagazin.de/gesellschaft/detailansicht/aktuell/wuerdevolles-sterben-ermoeglichen-94934/ [abgerufen am 28.04.2016].
[201] Vgl. Neuhold, Leopold: Das Unbenennbare benennen, um es zu begreifen, in: Platzer, Johann und Zisler, Elisabeth (Hrsg.): Bioethik und Religion. Theologische Ethik im öffentlichen Diskurs, Baden- Baden: Nomos 2014, S 296.

sterben, da jede Person ihre ganz individuelle Lebensbiographie hat.[202] Im Kapitel über die Würde menschlichen Lebens und Sterbens wurde dennoch ein Versuch unternommen, zu verdeutlichen, was die Würde des Menschen ausmacht. Dazu gehören im besonderen Maße der wertschätzende, solidarische und fürsorgende Umgang mit menschlichem Leben sowie die Achtung vor dem Recht zur Selbstbestimmung. So ist das Selbstbestimmungsrecht ein wichtiges Ziel beim Umgang mit Sterbenden, besonders wenn es um die Ablehnung medizinischer Behandlungen am Lebensende geht. Allerdings darf dieses Recht nicht verabsolutiert werden, da in den Sterbeprozess auch die Menschen mit einbezogen werden müssen, die den Sterbenden betreuen und für ihn Verantwortung tragen.[203] Die Konflikte in Bezug auf die Selbstbestimmung ergeben sich vor allem durch die enormen Fortschritte in der Intensivmedizin, die menschliches Sterben oftmals künstlich hinauszögert und somit auch das Leiden verlängert. Im 4. Kapitel dieser Arbeit wurden einige ethische Problemfelder genannt, die mit der modernen Intensivmedizin im Zusammenhang stehen. Dabei wurde deutlich, dass vor allem der Arzt- Patienten Beziehung und den Aufklärungsgesprächen zwischen Arzt, Patienten und Angehörigen eine tragende Rolle zukommen.[204] Auch die Patientenverfügung kann unter Umständen unnötiges Leiden am Lebensende vermeiden, da der Patient medizinische Behandlungen und künstliche Lebenserhaltung ablehnen kann. Verfügungen können sowohl für Ärzte als auch für Angehörige als wichtige Entscheidungshilfe dienen und emotional entlasten.[205]

Rechtliche Absicherungen, Begriffsklärungen und ethische Theorien alleine reichen aber nicht aus, wenn über würdevolles Sterben reflektiert wird. Vielmehr muss überlegt werden, was Menschen brauchen, damit ihr letzter Lebensabschnitt möglichst würdevoll erlebt werden kann. Humanes Sterben braucht neben optimaler medizinscher Versorgung, um Schmerzen und andere Symptome zu lindern, besonders die ganzheitliche Sorge um die betreffende Person. Sterbende möchten auch angesichts ihres Leides ihre Selbstachtung bewahrt wissen und sie bedürfen daher respektvoller und verständnisvoller Pflege. Im Fokus der humanen Begleitung stehen daher Haltungen, Umgangsformen, Berührungen und Aufmerksamkeiten,

[202] Vgl. Heller, Andreas und Gronemeyer Reimer: In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, München: Pattloch 2014, 83.
[203] Vgl. Lintner, Martin: In Würde sterben- aber wie?, in: http://dioezesefiles.x4content.com/page-downloads/moment_sterbehilfe_20150123.pdf [abgerufen am 28.04.2016].
[204] Vgl. Siegmann- Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter Lang 2011, 68-72.
[205] Vgl. Huttegger, Andrea: Selbst bestimmen, in: http://dioezesefiles.x4content.com/page-downloads/moment_sterbehilfe_20150123.pdf [abgerufen am 28.04.2016].

die den Sterbenden noch ein gewisses Gefühl von Lebensqualität vermitteln können.[206] In den, in dieser Arbeit vorgestellten Konzepten der Hospizbewegung und der Palliative Care wurde gezeigt, wie eine ganzheitliche Pflege oder Ummantelung Sterbender ermöglicht werden kann. Auch durch den Blick auf die praktische Umsetzung von Sterbebegleitung konnte dargestellt werden, wie eine fürsorgliche Begleitung Sterbender aussehen kann. Doch trotz aller Bemühungen dieser Konzepte, Menschen am Lebensende menschenwürdig zu begleiten, wird ebenso deutlich, dass es keine Kontrolle oder Planung für das Sterben gibt. Der Mensch ist im Angesicht des Todes im letzten Schritt auf sich selbst gestellt und muss, ähnlich wie bei der Geburt, den Übergang zum Tod ganz alleine durchleben. Doch durch Liebe, Geborgenheit und das Gefühl des Angenommen- Seins kann dem Sterbevorgang trotz all seiner möglichen Dramatik Würde verliehen werden.[207] So liegt am Lebensende die Würde vielleicht auch darin, das Unabwendbare anzunehmen und sich in der eigenen Schwachheit in die Hände umsorgender Menschen fallen zu lassen: „Du wirst, wie du gelebt hast dann auch sterben, durch die letzte Tür gehen, wie du durch die erste Tür gekommen bist. Fürchte dich nicht!“[208]

[206] Vgl. Heller, Andreas und Gronemeyer, Reimer: In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, München: Pattloch 2014, 254.
[207] Vgl. Loewit, Günther: Sterben. Zwischen Würde und Geschäft, Innsbruck- Wien: Haymon 2014, 60-70.
[208] Zit. Barth, Karl, in http://www.pkgodzik.de/fileadmin/user_upload/Entwuerfe/Tor_und_Tuer_-_Portal_und_Pforte.pdf [abgerufen am 01.05.2016].

Literaturverzeichnis

Buchquellen

Aulbert, Eberhard/ Radbruch, Lukas/ Nauck, Friedmann: Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer 2012.

Bedford-Strohm, Heinrich: Leben dürfen- leben müssen, München: Kösel 2015.

Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: dtv 2013.

Childress/ Beauchamp in: Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern: Peter Lang 2011.

De Ridder, Michael: Wie wollen wir sterben, München: Pantheon Verlag 2011.

Epikur in: Lacina, Katharina: Tod, Facultas Verlag 2009.

Gronemeyer, Reimer und Heller, Andreas: In Ruhe sterben. München: Pattloch 2014.

Heller, Andreas und Gronemeyer Reimer: In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, München: Pattloch 2014.

Heller, Andreas: Zur Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung des Sterbens, in: Husebo, Stein/Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007

Loewit, Günther: Sterben. Zwischen Würde und Geschäft, Innsbruck-Wien: Haymon 2014.

Kojer, Marina: Die Welt der Alten respektieren, ihre Sprache sprechen in Husebo, Stein/Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007.

Neuhold, Leopold: Das Unbenennbare benennen, um es zu begreifen, in: Platzer, Johann und Zisler, Elisabeth (Hrsg.): Bioethik und Religion. Theologische Ethik im öffentlichen Diskurs, Baden-Baden: Nomos 2014.

Oberlerchner, Herwig und Heschl, Gerald: Dem Menschen nahe sein, Wien- Graz-Klagenfurt: Styria 2014.

Platow, Birte/Böcher, Florian: Vom Tod reden im Religionsunterricht, Vandenhoeck 2010.

Pleschberger Sabine: Die Perspektive der Angehörigen in der Betreuung zu Hause, in Husebo, Stein/ Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, Freiburg: Lambertus 2007.

Sabatowski, Rainer: Organisationsformen der palliativmedizinischen Versorgung, in: Aulbert, Eberhard/ Radbruch, Lukas/ Nauck, Friedmann: Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer 2012.

Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz, Freiburg: Herder 1993.

Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens, Freiburg: Herder 2013.

Schockenhoff, Eberhard: Sterbehilfe und Menschenwürde, Friedrich Pustet 1991.

Siegmann, Lea Würth: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erundungen. Bern: Peter Lang 2011.

Spaemann, Robert: Vom guten Sterben, Freiburg: Herder 2015.

Virt, Günter: Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes, Innsbruck- Wien: Tyrolia 1998.

WHO in Sabatowski, Rainer: Organisationsformen in der palliativmedizinischen Betreuung, in Aulbert, Eberhard/ Radbruch, Lukas/ Nauck, Friedmann: Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer 2012.

Wegleitner, Klaus: Palliative Care in der Hauskrankenpflege, in Husebo, Stein/ Heller, Andreas: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg: Lambertus 2007

Zimmermann-Acklin, Markus: Öffentliche Sterbehilfediskurse in Deutschland und der Schweiz, in: Anderheiden, Michael / Eckart, Wolfgang Uwe (Hg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde, Berlin/Boston: Gruyter 2012.

Internetquellen

Barth, Karl, in http://www.pkgodzik.de/fileadmin/user_upload/Entwuerfe/Tor_und_Tuer_-_Portal_und_Pforte.pdf [abgerufen am 01.05.2016].

Bundesministerium für Gesundheit: Die Patientenverfügung, http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Patientenverfuegung/#drei [abgerufen am 08.04.2016].

Etica Rationalis: Dier vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin, in: http://www.ethica-rationalis.org/artikel/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medizin/ [abgerufen am 05.03.2016].

Dachverband Hospiz Österreich: Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen, in: Hospiz.at: Sie sind wichtig, weil sie eben Sie sind, in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/150141_Palliativ_72dpi.pdf, [abgerufen am 31. 03.2016].

Deutsche Bischofskonferenz: Sterben in Würde, in: http://www.dbk.de/nc/presse/details/?presseid=2644 [abgerufen am 01.02.2016]

Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/infobrief-02-15.pdf [abgerufen am 16.04.2016].

Empfehlungen zur Durchführung einer Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme, in: http://www.austrotransplant.at/download/Empfehlungen_Hirntoddiagnostik.pdf [abgerufen am 08.03.2016].

Günther, Markus: Würdevolles Sterben, in: pro. Christliches Medienmagazin, in: http://www.pro-medienmagazin.de/gesellschaft/detailansicht/aktuell/wuerdevolles-sterben-ermoeglichen-94934/ [abgerufen am 28.04.2016].

Hospiz Österreich: Mobiles Palliativteam, in: http://www.hospiz.at/ [abgerufen m 03.04.2016].

Hospiz Österreich: Hospiz und Palliative Care, in Österreich- facts and figures, in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/Hospiz_und_Palliative_Care_in_Oesterreich_Facts_Figures.pdf [abgerufen am 04.04.2016].

Höfler, Elisabeth Anne: Die Anfänge der Hospizbewegung in Österreich im internationalen Vergleich, 3-4. in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf [abgerufen am 29.03.2016].

Huber, Wolfgang: Meine Freiheit ist auch deine Freiheit, in: http://pdf.zeit.de/2013/35/freiheit-ethik-zusammenleben.pdf [abgerufen am 19.03.2016]

Huttegger, Andrea: Selbst bestimmen, in: http://dioezesefiles.x4content.com/page-downloads/moment_sterbehilfe_20150123.pdf [abgerufen am 28.04.2016]

Körtner, Ulrich: Recht auf Leben, Recht auf Sterben. Ethische Probleme am Lebensende, in: http://www.zeitgemaess-glauben.at/cms/blog/11-vortraege/163-recht-auf-leben-recht-auf-sterben [abgerufen am 29.01.2016].

Kreß, Hartmut: Menschenwürde und das Grundrecht auf Selbstbestimmung im Umgang mit dem Lebensende, in: https://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_selbstbestimmung_lebensende_2._okt._2009.pdf [abgerufen am 02.02.2016].

Kurier online: http://kurier.at/lebensart/reise/90-jaehrige-norma-entscheidet-sich-fuer-roadtrip-statt-chemo/184.299.110 [abgerufen am 5.03.2016].

Kurier: Sterbehilfe: Lockerung des Verbots wird empfohlen, in: http://kurier.at/lebensart/gesundheit/sterbehilfe-bioethikkommission-empfiehlt-lockerung-des-verbots/113.477.791 [abgerufen am 02.03.2016].

Leitlinien für Begleitung im Sinne der Hospizbewegung, in: http://www.hospiz.at/index.html?http://www.hospiz.at/dach/Artikel_zum_Thema_de.htm [abgerufen am 2.03.2016].

Lintner, Martin: In Würde sterben- aber wie?, in: http://dioezesefiles.x4content.com/page-downloads/moment_sterbehilfe_20150123.pdf [abgerufen am 28.04.2016].

Mariss, Jochen: Seelenfenster, in: http://www.blueboxbi.de/jochen/gedichte/gedichte.html [abgerufen am03.05.2016].

Medizininfo: Die Sterbephase, in: www.medizininfo.de/palliativmedizin/sterbephase.shtml, [abgerufen am 06.03.2015].

Michael de Ridder: Wie wollen wir sterben, in: http://www.geo.de/GEO/heftreihen/geo_wissen/interview-wie-wollen-wir-sterben-74911.html?p=3 [abgerufen am 29.01.2016].

Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, in: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf [abgerufen am 10.04.2016]

Papst Franziskus, in: http://www.christ-in-der-gegenwart.de/aktuell/artikel_angebote_detail?k_beitrag=3969772 [abgerufen am 26.04.2016]

Patienteverfügung.at: Schwerpunkte des Patientenverfügungs- Gesetzes, in: http://www.patientenverfuegung.or.at/ [abgerufen am 08.04.2016].

Saunders, Cicely:Leben bis zuletzt, in Hospiz Österreich, in: http://www.hospiz.at/pdf_dl/Stellungnahme_DVHOE-OPG_zu_Toetung_auf_Verlangen_2014_final.pdf [abgerufen am 02.04. 2016].

Schmitt, Hanspeter: Humanes Sterben- wie geht das? Ein Gestaltungskonzept wider das Töten am Lebensende, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik, in http://www.thchur.ch/wp-content/uploads/2015/07/Schmitt-04-2010-ZfmE.pdf abgerufen am [12.03.2016].

Spiegel online: Schütze des ersten Bundesliga Tors, Friedhelm Konietzka ist tot, in: http://www.spiegel.de/sport/fussball/schuetze-des-1-bundesliga-tors-friedhelm-konietzka-ist-tot-a-820938.html [abgerufen am 29.01.2016]

Sterben in Würde: Empfehlungen der Bioethikkommission, in: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__61173/mode__ft/3460/default.aspx [abgerufen am 02.02.2016]

Strafgesetzbuch: http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029620 [abgerufen am 28.03.2016]

Welan, Manfried: Demokratiezentrum Wien. Über die Grundrechte und ihre Entwicklung in Österreich, in: https://www.google.at/#q=%C3%BCber+die+grundrechte+und+ihre+geschichte+in+%C3%96sterreich+welan [abgerufen am 02.03.2016].

Zeit online: Tod auf Rezept, in: http://www.zeit.de/2014/45/aerztliche-sterbehilfe-suizid-pentobarbital-rezept-oregon/seite-3 [abgerufen am 1.02.1016].