



**PATIENTENFORUM MEDIZINISCHE ETHIK**

# ***Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen***

Braunschweig, 11. März 2000

Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen  
Städtisches Klinikum Braunschweig, Medizinische Klinik II

Herausgeber:  
Akademie für Ethik in der Medizin e.V.  
Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen  
Tel.: 0551 / 39-9680, Fax: 0551 / 39-3996

Verantwortlich:  
Klaus Gahl, Braunschweig  
Alfred Simon, Göttingen

Schutzgebühr: DM 5,-  
Bankverbindung: Volksbank Göttingen  
Kto.Nr. 370 512 900  
BLZ: 260 900 50

Juli 2000

## Inhalt

	<i>Seiten</i>
Vorwort .....	3
<b>1. VORTRÄGE</b>	
<b>K. GAHL:</b> Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen .....	5
<b>R. PRÖNNEKE:</b> Palliativmedizin und Sterbebegleitung .....	9
<b>J. WITTE:</b> Sterbebegleitung im Krankenhaus .....	14
<b>B. MEIER:</b> Sterbebegleitung zu Hause und in Pflegeheimen .....	21
<b>B. HAAN:</b> Erfahrungen aus der stationären Hospizarbeit .....	25
<b>2. ANHANG</b>	
<b>K. GAHL:</b> Gedanken zur ärztlichen Sterbebegleitung .....	29
Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung .....	40
Verzeichnis der Autoren .....	44



## Vorwort

Die Diskussion um ethische Fragen in der Medizin ist so alt wie die Medizin selbst. Sie wird jedoch überwiegend von Ärzten, Philosophen und Theologen und in jüngster Zeit auch von Juristen, Pflegekräften, Psychologen und Sozialwissenschaftlern geführt. Die unmittelbar betroffenen Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen erhalten in der Regel nur selten Gelegenheit, sich aktiv an der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion zu beteiligen und ihre Ansicht mit den verantwortlichen Ärzten, Pflegekräften sowie im Sozial- und Verwaltungsdienst Tätigen zu erörtern.

Mit dem Ziel, diesem Mangel abzuhelpfen und ein Diskussionsforum für alle Beteiligte zu schaffen, wurde im Rahmen der Akademie für Ethik in der Medizin das Modell des Patientenforums Medizinische Ethik entwickelt. Es möchte alle betroffenen Gruppen zu gemeinsamen Überlegungen und Diskussionen anregen und insbesondere Patienten selbst die Gelegenheit bieten, ihre Wünsche und Anregungen, aber auch ihre Sorgen und Ängste mit den unmittelbar Verantwortlichen direkt zu diskutieren.

Seit 1997 finden solche Patientenforen einmal im Jahr auch am Städtischen Klinikum in Braunschweig statt. Thema der diesjährigen Veranstaltung am 11. März war die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Kurze Vorträge aus der Sicht eines Klinikers, eines Krankenhausseelsorgers, einer ehrenamtlichen Hospizmitarbeiterin und der Leiterin eines stationären Hospizes führten in das Thema ein. Der jeweils nachfolgenden Diskussion wurde viel Platz eingeräumt; sie bot die Möglichkeit zum Austausch über Erfahrungen, Nöte und Probleme bei der Betreuung kranker Menschen.

In der vorliegenden Broschüre sind die einführenden Vorträge des 4. Braunschweiger Patientenforums dokumentiert. Sie werden ergänzt durch einen Beitrag, der die neuen Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vorstellt, sowie den Text der Grundsätze selbst. Stärker als in früheren Texten betont die Bundesärztekammer in diesen Grundsätzen, daß die Begleitung sterbender Menschen eine zentrale ärztliche Aufgabe darstellt.

Braunschweig / Göttingen, im Juli 2000

Prof. Dr. Klaus Gahl  
Städtisches Klinikum Braunschweig

Dr. Alfred Simon  
Akademie für Ethik in der Medizin e.V.



**Klaus Gahl**

## **Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

zu unserem 4. Patientenforum Medizinische Ethik hier in Braunschweig heiÙe ich Sie herzlich willkommen. DaÙ Sie so zahlreich der Einladung gefolgt sind, spricht nicht nur für die Bedeutung des Themas sondern auch für Ihre Akzeptanz der Absicht der Patientenforen, das öffentliche Gespräch über Grenzfragen unserer Gesundheitsversorgung anzuregen. Über diese Akzeptanz freue ich mich und danke Ihnen dafür, auch im Namen von Herrn Dr. Simon und der Akademie für Ethik in der Medizin.

Mein Dank gilt gleich zu Beginn schon den Referenten des heutigen Vormittages: In der Reihenfolge des Programms

- Herrn Dr. Rainer Prönneke, Oberarzt an der Medizinischen Klinik am Stadtkrankenhaus Salzgitter-Lebenstedt, der vor einigen Jahren auf seiner Station zwei Hospizzimmer eingerichtet hat;
- Herrn Pater Johannes Witte, Dominikanerkloster in Braunschweig, der seit vielen Jahren in der Krankenhauseelsorge tätig ist;
- Frau Brigitte Meier, Hospizarbeit Braunschweig e.V., seit langem ehrenamtlich in der ambulanten Hospizbetreuung schwerkranker und sterbender Menschen engagiert,
- Frau Beatrix Haan, leitende Krankenschwester am stationären Hospiz an der Lutter in Göttingen.

Die vier Referenten werden aus ihrem Erfahrungsbereich zu unserem Thema der Sterbebegleitung beitragen und das Gespräch anregen.

Herr Dr. Simon, Geschäftsführer der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen, wird wieder in bewährter Weise das Gespräch moderieren. Auch ihm sei schon jetzt herzlich gedankt.

Danken möchte ich auch der Pharma-Firma Pfizer GmbH, Karlsruhe, für die uneigennützigste, großzügigste Unterstützung der Veranstaltung. Auch Herrn Bäckermeister Milkau sei herzlich gedankt für die Kuchenspende zu unserer Erfrischung und Kräftigung in der Kaffeepause. Nicht zuletzt danke ich den guten Geistern hier im Hause, die sich um unsere Versorgung in der Pause wie auch um die Vor- und Nachbereitung der Veranstaltung kümmern.

Meine Damen und Herren, Sie haben dem Programm entnommen, daß wir diesmal nicht wie in den drei Vorjahren jeweils das Hauptthema von Therapieverzicht und -abbruch (1997), Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett (1998) und Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung (1999) aus drei Perspektiven der Pflegenden, der Ärzte und der Seelsorger oder Patientenführer

beleuchten wollen. Vielmehr haben wir diesmal quasi den Weg, den der Schwerkranke vielleicht geht – aus der Akutklinik über die Palliativstation in die häusliche oder Pflegeheim- oder in die stationäre Hospitzbetreuung –, verfolgt. Wir wollen das Thema der Sterbebegleitung auch nicht auf die ärztliche Sterbebegleitung zentrieren, obwohl gerade sie mit den zum Teil heftig diskutierten Richtlinien (1993) und den jüngst veröffentlichten Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (1998) eine (standes-)rechtliche Aktualität und Brisanz gewonnen hat.<sup>1</sup>

Wir wollen heute auch nicht die Sterbebegleitung an einem speziellen Ort – sei es Krankenhaus oder Pflegeheim, wo insgesamt ca.  $\frac{3}{4}$  aller Bundesbürger heute sterben – darstellen.

Es soll vielmehr deutlich werden, wie eng die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen im Krankenhaus und in der ambulanten häuslichen oder der Betreuung im Hospiz miteinander verbunden ist und wünschenswerterweise ineinander übergehen kann.

Sterbebegleitung ist Hilfe auf einem Weg. Was kann das heißen? Sterbebegleitung ist eine mögliche Form einer intensiven Beziehung zwischen einem Hilfsbedürftigen und einem Helfer (zunächst einem Arzt oder einer Pflegekraft). Wie kann solche Beziehung aussehen? Sie ist prozeßhaft und unterschiedlich stark persönlich oder funktional geprägt. Sie ist (sofern nicht von einem bestimmten Stadium an von speziell ausgebildeten und für diese Aufgabe eingesetzten Sterbebegleitern durchgeführt) mit einem allmählichen „Rollenwechsel“ verbunden, für den Arzt, auch für die Pflegepersonen stärker als für den Kranken. Dieser Rollenwechsel wird mitgeprägt von dem Wechsel des Behandlungszieles von der kurativen Therapie zur palliativen Betreuung. Wir werden darüber ausführlich hören. Sie ist schließlich Begleitung, musikalisch gesprochen: Unterstimme oder „Continuo“, nicht Führung. Diese muß dem Hilfsbedürftigen zugestanden werden. Er bestimmt Tempo und Weg, auch vielleicht Umwege und die gewünschte Intensität der Hilfestellung.

Tragender Grund dieser Beziehung ist die anthropologische Solidarität in der Sterblichkeit (andere mitmenschliche Beziehungen haben andere Gründe: Sei es die Verantwortung in der Eltern-Kind-Beziehung, die Erziehungsfunktion in der Lehrer-Schüler-Beziehung, die Liebe und wechselseitig übernommene Verantwortung in der Ehe). Mit dem Wechsel der initialen, funktionsbestimmten Rolle des Arztes, der Pflegekraft, des Betreuers zur „Rolle“ des Sterbebegleiters werden sachliche Beziehungsinhalte hinter existenzielle allmählich in den Hintergrund treten aber nicht verschwinden: Vertrauen, Zuwendung, Empathie und Kommunikationsfähigkeit müssen dann stärker das Miteinander prägen.

Was kann zu den Aufgaben der Sterbebegleitung gehören?

- a) Die nötige medizinische, ärztliche, pflegerische Hilfe und Erleichterung, Basisversorgung und Leidenslinderung;
- b) die Sorge dafür, daß Lebensverlängerung nicht zur sinnlosen Leidens- und Sterbensverlängerung wird. Jedoch ist eine gezielte Verkürzung des Lebens, eine beabsichtigte Vorverlagerung des Todes strafbar.

---

<sup>1</sup> siehe dazu im Anhang: Gahl K.: Gedanken zur ärztlichen Sterbebegleitung. Der vollständige Text der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 28.09.1998 ist im Anhang abgedruckt.



- c) „Raum“ gewähren für Emotionen wie Trauer, Zorn, Angst etc., für affektive Äußerungen, für Gespräche, Schweigen, nonverbale und verbale Kommunikation, für Weinen und Beten.
- d) Das Zugeständnis oder Duldenlassen von Affekten, wie sie von Elisabeth Kübler-Ross (1972) beschrieben worden sind: Verneinung oder Verleugnung, Auflehnung, Hadern oder Verhandeln mit dem Schicksal, Trauer, Akzeptanz und Bejahung des Todes. Diesen sich wechselnd mehr oder weniger intensiv überlagernden Affektzuständen können Unsicherheit, Widerstand gegen die Unausweichlichkeit des kommenden Todes vorausgehen.
- e) Zu den Aufgaben gehört es auch, Beziehung zu ermöglichen, Solidarität spüren zu lassen auch im Bewußtsein eigener Sterblichkeit, Schwäche, Angst, Unsicherheit angesichts des eigenen Todes.
- f) Die Achtung des Kranken im leiblichen, emotionalen und spirituellen Bereich seiner aktuellen Bedürfnisse und Wünsche nach Nähe, Linderung, Zuwendung, Offenheit.
- g) Solche Beziehung ist nur in gegenseitiger Wahrhaftigkeit möglich.

Wer soll die Sterbebegleitung leisten? Auch darüber werden wir heute hören. Die unterschiedlichen und wechselnden Bedürfnisse des schwerkranken und sterbenden Menschen erfordern auch verschiedene Kompetenz und Bereitschaft, sowohl fachlich als auch menschlich, leib- und seelsorgerlich. So kann Leibsorge auch Seelsorge und umgekehrt Seelsorge Leibsorge sein. Wo ist hier eine scharfe Grenze zu ziehen? Oft ist die gemeinsame Begleitung von Pflegekräften, Ärzten, Seelsorgern und Angehörigen erforderlich. Für die Angehörigen kann diese Betreuung auch den Trauerprozeß erleichtern.

Was kann der Sterbebegleitung mit ihren vielfältigen Aufgaben im Wege stehen? Auch das müssen wir uns in unserem institutionalisierten Gesundheitssystem mit Tarifrecht und Budget, auch eingedenk unserer Ausbildung und Sozialisation als Ärzte und Pflegenden fragen. Nur andeutend seien folgende Hindernisse skizziert:

- Das Selbstverständnis von Ärzten und Pflegekräften und der Institution des Krankenhauses („Heil-Anstalt“) als dem Heilen verpflichtet;
- der „Heil-Auftrag“ der Medizin als sozialisiertes Bewußtsein der „Praktiker“ im ärztlichen und pflegenden Dienst, als Versorgungsinstitution und „Ökonomiebetrieb“;
- die räumlichen, zeitlichen und funktionellen „Umstände“ der dazu nicht parallel planbaren Bedürftigkeit der Sterbebegleitung (wann, wer, wie, wo, wozu ist der je geforderte Begleiter nötig und richtig?); die „Organisation“, Funktionsteiligkeit, der Zeitablauf und „der Betrieb drumherum“;
- die emotionalen und affektiven Schwierigkeiten des Umganges mit der eigenen Sterblichkeit und die daraus erwachsenden Schwierigkeiten der Solidarisierung mit der Sterblichkeit des anderen, die daraus resultierende Hemmung der Kommunikation mit dem Leidenden, dem Angst-Erlebenden, dem Todgeweihten. In dieser Hilflosigkeit ist auch der Helfer in Frage gestellt.

Sterbebegleitung kann und will gelernt werden!

Die derzeitigen Ausbildungswege für Ärzte und Pflegekräfte sind diesbezüglich unzureichend, sowohl „theoretisch“ als auch praktisch!

Es fehlt die Befähigung zur Wahrnehmung und Verständigung auf der verbalen wie der nonverbalen, auch symbolischen Verständigungsebene. Es fehlt auch die Sensibilität für Prozesse ähnlich denen von Übertragung und Gegenübertragung. Es fehlt die Supervision der Entwicklung von affektiver Selbstkontrolle in der Spannung von Nähe und Distanz.

Sterbebegleitung wurzelt auch in der Haltung des Begleiters zu Krankheit, Leid und Tod, nicht nur kognitiv und affektiv sondern auch habituell. Dieses zu entwickeln verlangt das Gespräch der Betreuenden untereinander wie auch mit Angehörigen und Betroffenen.

Schließlich lernen wir auch von dem schwerkranken und sterbenden Menschen selber.

Meine Damen und Herren, die Schwierigkeiten und Aufgaben von Sterbebegleitung sind vielfältig, fast erdrückend. Gelingt diese Aufgabe aber – und sei es nur in kleinen Schritten, in Augenblicken von Zuwendung und Resonanz – so ist sie auch bereichernd und beglückend. Auch davon werden wir heute hören. Ich wünsche Ihnen und uns allen einen fruchtbaren Vormittag.

Rainer Prönneke

## Palliativmedizin und Sterbebegleitung

Meinen Vortrag werde ich mit einer kurzen Einführung und Definition der Palliativmedizin beginnen, Ihnen dann konkrete palliativmedizinische Beispiele aufzeigen. Anschließend möchte ich Ihnen die aktuellen hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten darstellen und Sie mit den Grundsätzen unseres Konzepts, die Hospizidee im Krankenhaus zu integrieren, vertraut machen. Am Ende steht dann eine Zusammenfassung.

„**Memento mori**“, übersetzt: „Gedenke, daß Du sterben mußt“, so lautete die Überschrift zu einem öffentlich ausgehängten Bild in Pompeji vor ca. 2000 Jahren. Zusammen mit einem kürzlich erschienenen Werbespot für eine Chemotherapie „**Ich will leben**“ wird schlaglichtartig der ganze Spannungsbogen unseres menschlichen Daseins aufgezeigt. Diese Ambivalenz zwischen leben wollen und sterben müssen prägt den Umgang und die medizinische Behandlung von Schwerkranken und Sterbenden.

Was steckt nun hinter dem Begriff **Palliativmedizin**?

Es handelt sich um medizinische Maßnahmen, die sich ausschließlich auf die Linderung von Beschwerden beziehen – im Gegensatz zur sogenannten kurativen Medizin, die eine Heilung von Krankheiten zum Ziel hat. „Palliativ“ leitet sich von dem lateinischen Wort „pallium“ ab, übersetzt „der Mantel“. Symbolisch gesehen geht es also um eine ummäntelnde, schutzbietende Behandlung.

Zur Begriffsbestimmung ist ein weiterer Aspekt bedeutsam: Neben dem Begriff der Palliativmedizin mit vorwiegend medikamentösen Maßnahmen wird der der **Palliativpflege** gebraucht, womit alle lindernden Pflegemaßnahmen gemeint sind. Die übergreifende Bezeichnung aus dem Ursprungsland der modernen Hospizbewegung lautet „**palliative care**“, also die palliative Versorgung. Eine ähnliche Bezeichnung hat sich in Deutschland bisher leider nicht durchgesetzt.

Ein kurzer Abriß über die 33-jährige Geschichte beginnt im Jahre 1967 mit der Gründung des ersten modernen Hospizes (St. Christopher's in London), in welchem die palliativen Maßnahmen erstmals systematisch entwickelt wurden. Anfang der 80er Jahre hat dann die Hospizbewegung in Deutschland langsam Fuß gefaßt. 1983 wurde die erste Palliativstation an der Universitätsklinik Köln eingerichtet mit 5 Betten in 3 Zimmern. Hier wurden Schwerkranke und Sterbende erstmals in Deutschland systematisch palliativ versorgt. Heute im Jahr 2000 sind bundesweit insgesamt 50 Palliativstationen eingerichtet, als Spezialabteilungen mit durchschnittlich 5 bis 10 Betten innerhalb von Krankenhäusern.

Die ausführliche **Definition** der Weltgesundheitsbehörde (WHO) zur Palliativmedizin lautet: „Palliativmedizin ist die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit

aktiver, progressiver, weit fortgeschrittener Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Behandlung die Lebensqualität ist.“ Und weiter heißt es: Die Palliativmedizin „stellt die Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden in den Vordergrund, will den Tod weder beschleunigen noch verzögern, integriert psychische und spirituelle Bedürfnisse, bietet ein System der Unterstützung, so daß ein würdiges Leben bis zum Tod möglich wird, und bezieht Angehörige mit ein“.

Sie sehen hier eine Betonung der **Ganzheitlichkeit**, die gerade beim Schwerkranken von überragender Bedeutung wird im Spannungsfeld zwischen Phasen der Hoffnung und Depression, Schmerzen und Schmerzfreiheit, Zu- und Abwendung in der Beziehung zu nahen Menschen, Sinnlosigkeit und Sinnerfüllung. Sie sehen schon an dieser Stelle, daß die palliative Versorgung nur in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Menschen, wie Pflegende, Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, ehrenamtliche Sterbebegleiter, Krankengymnasten und Ärzte geleistet werden kann. Es wird hierbei auch deutlich, wie schwierig und mühsam es ist, einen Menschen ganzheitlich behandeln zu wollen, gerade wenn man an die Alltagsbedingungen in unseren Pflegeheimen und Krankenhäusern denkt.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf die konsequente **Ablehnung einer aktiven Sterbehilfe**. Palliativmedizin befaßt sich aber auch mit den Fragen des Behandlungsabbruches zur Verhinderung von Sterbeverlängerungen. Die technischen Möglichkeiten der modernen Medizin sind dazu vorhanden.

Drittens ist der ausdrückliche **Einbezug von Angehörigen** eine Besonderheit der palliativen Tätigkeit: Es gilt, die häufig hochbelasteten Familienmitglieder und Freunde so zu unterstützen, daß sie eine Begleitung bis zum Tod aufrechterhalten können.

Welche häufigen **körperlichen Beschwerden bei Schwerkranken** werden palliativ behandelt?

Ganz im Vordergrund steht naturgemäß die körperliche Schwäche, die sich im Anfangsstadium manchmal beeinflussen läßt, aber sonst einer Therapie schwer zugänglich ist.

Schmerzen stehen an zweithäufigster Stelle, es folgen Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Schlafstörungen, Luftnot, Husten, Wassereinlagerung, Schluckstörungen, Lähmungen, Juckreiz und seltenere Probleme.

Beispielhaft werde ich Ihnen nun die Grundregeln der palliativen Behandlung von Schmerzen und Luftnot vorstellen sowie kurz die Problematik von Infusionen schildern. Da Sterbende keine Lobby haben, sind wir als Angehörige aufgerufen, „anwaltmäßig“ die Bedürfnisse bei professionellen Helfern vertretungsweise zu artikulieren. Voraussetzung dafür sind Basiskenntnisse bezüglich lindernder Behandlungsmöglichkeiten.

**Zur Schmerzbehandlung**, die nach den folgenden einfachen Regeln bei ständigen Schmerzen häufig zum Erfolg führt:

1. Schmerzmittel sollten in erster Linie in **Tabletten- oder Tropfenform** verordnet werden. Medikamente, die auf natürlichem Wege eingenommen werden, erhalten die Unabhängigkeit. Außerdem ist die Wirkdauer häufig wesentlich länger als die von Injektionen. Das Behandlungsspektrum wird durch Schmerzmittelpflaster erweitert, die jeweils 3 Tage lang wirksam sind.
2. Chronische Schmerzen müssen mit einer **regelmäßigen** Gabe von Schmerzmitteln behandelt werden. Schwerkranke leiden meistens unter Dauerschmerzen. Medikamente „bei Bedarf“ eingenommen, wie es sonst bei akuten Schmerzanfällen üblich und auch angemessen ist, führen zu einem qualvollen Wechsel von schmerzreichen und -armen Perioden, verbunden mit der Gefahr der schrittweisen Überdosierung, um endlich einmal „vom Schmerz abschalten“ zu können. Die regelmäßige und gleichsam vorbeugende Gabe verhindert dagegen eine unkontrollierte Einnahme und reduziert die Nebenwirkungen.
3. Zusätzlich sollte eine **Bedarfsschmerzmedikation** bereitgestellt werden. Dies ist zur Behandlung von Schmerzattacken wichtig, die häufig zusätzlich zu den Dauerschmerzen auftreten.
4. Die Dosis soll **schrittweise** erhöht werden bis zur Schmerzlinderung bzw. -freiheit. Damit werden Nebenwirkungen der Analgetika reduziert und außerdem vermeidet man die Gefahr von Überdosierung.
5. Eine **Schmerzmittelkombination** mit zwei Schmerzmedikamenten erhöht die Wirksamkeit. Es hat sich als günstig erwiesen, sogenannte „einfache“ mit stärkeren Schmerzmitteln gemeinsam zu verordnen. Morphin und seine Abkömmlinge haben sich dabei als die wirksamsten Substanzen bewährt. Vorurteile gegenüber dem Morphin sind bei richtigem Einsatz nicht mehr gerechtfertigt.
6. Bei der Erstellung des Behandlungsplanes wird der Betroffene zum Erhalt des Kontrollgefühles so weit wie möglich **einbezogen**. Grundbedingung einer effektiven Schmerzbehandlung ist die aufrichtige Kommunikation zwischen Arzt und Patient, denn das Schmerzerleben eines Patienten ist mit technischen Methoden nicht meßbar und bleibt einzigartig.
7. **Ergänzende Medikamente** lindern die Schmerzen über einen anderen Wirkmechanismus. In erster Linie ist hier das Kortison zu nennen, welches über eine Abschwellung des Tumorgewebes zur Schmerzreduktion führt.

Mit einer nach diesen 7 Regeln ausgerichteten Schmerzbehandlung gelingt eine ausreichende Schmerzbehandlung bei ca. 95 % aller Kranken. Nur bei einer kleinen Gruppe von Kranken müssen aufwendigere Verfahren zur Anwendung kommen. Gerade bei der palliativen Schmerzbehandlung zeigt sich die Bedeutung der ganzheitlichen Vorgehensweise: Neben den **körperlichen** Schmerzen müssen die **seelischen, sozialen** und **spirituellen** Schmerzdimensionen berücksichtigt werden!

**Zur Luftnot:** Die Luftnot tritt bei Schwerkranken relativ häufig auf und ist durch eine begleitende Erstickungsangst besonders gravierend. Neben einer ruhigen Atmosphäre und beruhigenden und angstlösenden Medikation ist auch hier das Morphin das wirksamste Medikament, weil es das Gefühl der Luftnot mindert. Allerdings werden hier nur sehr kleine Dosen eingesetzt. Die häufig geübte Gabe von Sauerstoff über eine Nasensonde hat bei Sterbenden nach meiner Erfahrung keinen wesentlichen Effekt und führt zudem zu einer Verstärkung der ohnehin häufig trockenen Mundschleimhäute.

**Zur Infusionsbehandlung:** Der Einsatz von Infusionen ist emotional stark mit Vorstellungen wie „Keiner soll verdursten“ und „Alles soll getan werden“ aber auch als „Lebensspender“ verbunden. Nach Aussagen von Schwerkranken ist die reduzierte Flüssigkeitszufuhr Ausdruck des körperlichen Rückzugs und **nicht** mit Qualen verbunden. Häufig besteht jedoch ein Gefühl der Mundtrockenheit, welches durch eine gute regelmäßige Mundpflege, aber nicht durch Infusionen entscheidend gelindert werden kann. Schließlich führt die künstliche Flüssigkeitsgabe öfter zu Wasseransammlungen im Körper und einer Verstärkung der Bronchialverschleimung. Persönlich setze ich Infusionen nur sehr zurückhaltend und dann häufig nur für einen begrenzten Zeitraum ein. Eine alleinige Flüssigkeitszufuhr durch Infusionen kann einen Sterbeprozess verlängern!

**Wann** sollten palliative Behandlungsmaßnahmen zur Anwendung kommen? Sie sollten möglichst früh beim Auftreten von Beschwerden bei Schwerkranken eingesetzt werden.

Die heutigen hospizlichen und palliativen Versorgungsmöglichkeiten im Sinne eines **idealen Versorgungskreises** beinhalten einerseits einen **ambulanten** Arm (ambulanter Hospizdienst, Pflegedienst, ambulanter Palliativdienst, Hausarzt, Seelsorger, Sozialarbeiter, Psychologe) und andererseits einen **stationären** Arm (stationäres Hospiz, Palliativstation). Wie Sie schon an der relativ geringen Anzahl von 50 Palliativstationen bei über 2000 Krankenhäusern sehen können, ist dieses Ideal bei weitem nicht flächendeckend vorhanden.

Da die meisten Menschen weiterhin im Krankenhaus oder Pflegeheim sterben, ist es notwendig, die von der Hospizbewegung und Palliativmedizin ausgehenden Impulse und Möglichkeiten in diesen Versorgungseinrichtungen zu integrieren. Dazu möchte ich Ihnen ein **Konzept** vorstellen, welches seit Ende 1994 im Städtischen Krankenhaus Salzgitter-Lebenstedt umgesetzt wird:

Damals wurden zwei sogenannte **Hospizzimmer** mit folgenden Zielen eingerichtet:

1. Angebot eines möglichst würdevollen Raumes für Schwerkranken und Sterbende im Krankenhaus.
2. Gewährleistung einer palliativen Versorgung.
3. Angehörigen eine Begleitung ermöglichen.

Dazu wurden zwei geräumige Einzelzimmer (inzwischen vier) auf einer internen Normalstation eingerichtet. Die Ausstattung weicht durch das Hinzustellen eines Bettsofas, Sitzgruppe, Stehlampe und Teppich durch Betonung des wohnlichen Charakters von den anderen Krankenzimmern ab. Zentrales Anliegen ist der ausdrücklich gewünschte Einbezug von Angehörigen zur Begleitung ihrer Kranken, einem „Rooming in“ entsprechend. Dazu gehört auch – je nach Wunsch und Vermögen – das Vermitteln von Pflegemaßnahmen.

Voraussetzung ist der kontinuierliche Erwerb von palliativmedizinischen Kenntnissen durch einen Arzt als Hauptansprechpartner und die Pflegekräfte. Ebenso wichtig ist die Vorbereitung und supervisionsähnliche Begleitung von Stationsmitarbeitern in Bezug auf das Thema „Tod und Sterben“. Und schließlich ist die Zusammenarbeit

mit den ehrenamtlichen Helfern des Hospizvereins in Ergänzung zu, aber zeitweise auch als Ersatz für Angehörige entscheidender Bestandteil des Konzeptes.

Die Erfahrung mit über 400 in diesen Zimmern verstorbenen Patienten bestätigt das Konzept, Schwerkranken und Sterbenden im Krankenhaus einen Raum zu bieten. Die notwendige umfassende Pflege gelingt bei gleichem Personalstand unter Einbezug der Angehörigen und einem ehrenamtlichen Hospizdienst. Mitarbeiter des Krankenhauses und Angehörige unterstützen sich gegenseitig und können sich den Sterbenden aktiv zuwenden. Die Tabuisierung des Themas „Tod im Krankenhaus“ hat abgenommen. Die Arbeitszufriedenheit ist gestiegen, weil es einen Ort der gelebten Zuwendung gibt.

Eine Szene in einem Hospizzimmer wird mir unvergeßlich bleiben: Nach dem Anklopfen und Öffnen der Zimmertür ergab sich folgendes Bild: Während die 45-jährige und schwer erkrankte Tochter in ihrem Bett schlief, saßen um den gedeckten Kaffeetisch ihre Eltern und zwei Verwandte. Die Stimmung war gelöst. Die Tochter starb 2 Tage später in Begleitung ihrer Eltern, die mir durch ihre innere Ruhe und Kraft Vorbild sind.

### **Zusammenfassung:**

- Die Palliativmedizin kümmert sich ausschließlich um die Linderung von Krankheitserscheinungen bei Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen.
- Die palliative Versorgung ist somit die Alternative zu einer passiven, nihilistischen Haltung.
- Die Kenntnisse und Möglichkeiten der Linderung nehmen zu und verbreiten sich langsam. Allerdings ist es bis zu einer flächendeckenden Versorgung noch weit.
- Eine hospizliche und palliative Versorgung gelingt nur in Zusammenarbeit mit verschiedenen sozialen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen.
- Das Ideal eines humanistischen Weltbildes und die Tiefe bzw. Höhe unserer Kultur können an der Art des Umgangs mit Sterbenden gemessen werden. In Deutschland ist in den letzten Jahren ein Fundament errichtet worden, auf dem wir aufbauen können.

Der oft von Wahrhaftigkeit geprägte Kontakt zu Sterbenden und ihren Angehörigen hat mich mehr als bereichert, dafür bin ich dankbar! Zum Abschluß habe ich Ihnen eine Grabinschrift aus Dänemark mitgebracht: „Hier ruht mein lieber Arzt, Herr Grimm, und alle, die er heilte, neben ihm“.

**Pater Johannes Witte**

## **Sterbebegleitung im Krankenhaus**

Vor Jahren bekam ich von einer krebserkrankten Patientin ein Foto geschenkt, das eine alte Hütte in der Heide zeigt. Man erkennt sehr deutlich, daß die Wände aus Holzbrettern wandschief sind, auch das Dach scheint nicht ganz dicht zu sein. Es ist also alles andere als eine komfortable Bleibe – aber immerhin eine Behausung, in der man für einige Zeit Schutz und Geborgenheit finden kann.

An dieser Hütte führt ein Weg vorbei, der sich irgendwo im Hintergrund verliert – ein Weghaus also. Und in dieser Bedeutung ist das Motiv für mich seitdem zu einem Symbol für die Begleitung sterbender Menschen geworden, insbesondere für die Begleitung im Krankenhaus. (Ein ähnliches Bild weist übrigens seit einem Jahr in den Braunschweiger Kliniken auf die Angebote der Krankenhausseelsorge hin).

Die Patientin, die wenig später starb, wollte mit ihrem Geschenk wohl Ähnliches ausdrücken. Die Begleitung, die sie im Krankenhaus durch ihre Angehörigen, durch Pflegende, Ärztinnen und Ärzte erfahren hatte, war für sie immer wieder solch eine Schutzhütte gewesen, in der sie das Gefühl hatte, angenommen und geborgen zu sein, zu der sie auf ihrem Weg kommen konnte, wenn sie es brauchte, die sie aber auch zeitweise – zumindest innerlich – verlassen konnte.

Das Bild der Hütte ist allerdings auch noch auf eine andere Weise symbolträchtig. So steht ihr wenig befriedigender Zustand für mich auch für die Bedingungen, die eine angemessene Sterbebegleitung im Krankenhaus oft erschweren. Doch dazu später mehr.

### **1. Zur Situation Sterbender im Krankenhaus**

Das Sterben ist sicher der totale Angriff auf das innere und äußere Gleichgewicht eines Menschen, auf seine Bedeutung und auf die Wichtigkeit der Rolle, die er im Leben gespielt hat. Es trifft den Menschen im Kern seiner Existenz, seiner Beziehung zu sich selbst und zu anderen.

Die zunehmende Hinfälligkeit konfrontiert sterbende Menschen mit ihrer Hilflosigkeit, mit ihrer Abhängigkeit von anderen. Für viele ist das das Schmerzlichste an ihrer Situation: so viel Hilfe annehmen zu müssen, ohne im gleichen Maß etwas zurückgeben zu können. All dies erschüttert das Selbstwertgefühl und führt häufig dazu, daß Sterbende sich nutzlos fühlen und als Belastung für andere.

Dazu kommen bedrängende Fragen, die die schwere Krankheit und der mögliche Tod aufwerfen: Welchen Sinn hat mein Leben gehabt? Welchen hat es jetzt noch in der schweren Krankheit? Warum geschieht mir das? oder: Was wird noch alles auf mich zukommen?



Patienten sind in dieser Situation häufig stark mit den eigenen Gedanken und Stimmungen beschäftigt und fühlen sich ihnen nicht selten hilflos ausgeliefert. Scheinbar so gegensätzliche Gefühle wie Angst und Wut, Trauer und Freude, Gefaßtsein und Unruhe, Lethargie und Betriebsamkeit, Verzweiflung und Hoffnung liegen eng beieinander, wechseln sich ab und überlagern sich.

Die Verläufe des Sterbens sind dabei sehr unterschiedlich und oft genug widersprüchlich. Den typischen Sterbeprozess gibt es nicht. Kein Mensch stirbt so wie der andere, denn das Sterben ist so vielschichtig und individuell wie das ganze Leben.

Mir ist in den Jahren der Begleitung Sterbender die Erkenntnis sehr wichtig geworden, daß jeder Mensch seinen eigenen Tod stirbt. Wenn es aber *den* Tod nicht gibt – so wenig wie *den* Menschen oder *den* Patienten – dann gibt es auch nicht nur *ein* gutes und angemessenes Sterben.

Bei der Begleitung muß es deshalb vor allem darum gehen, dem Patienten ein Sterben zu ermöglichen, das ihm entspricht. Das bedeutet, seine individuellen Bedürfnisse wahrzunehmen, sie zu respektieren und ihnen so weit wie möglich entgegenzukommen.

Daß dies gerade unter den Bedingungen des Krankenhausbetriebs oft nur schwer zu verwirklichen ist, hat viele Gründe:

Zunächst einmal bedeutet die Einweisung in das Krankenhaus die Trennung von der gewohnten Umgebung der eigenen Wohnung, von dem selbstverständlichen Umgang mit den vertrauten Menschen, mit Angehörigen, Freunden, Nachbarn oder auch mit dem Haustier. Wenn der Kranke schon länger im Krankenhaus ist, kann sich das zu dem Gefühl steigern, daß er nur hier seine Kontakte hat und der Partner oder andere Besucher aus einer Welt zu ihm kommen, die ihm inzwischen schon fast fremd geworden ist.

Dazu sind Kranke und Angehörige oft zusätzlich dadurch verunsichert, daß sie sich in einer Einrichtung wiederfinden, deren Menschen, Abläufe und Regeln ihnen zunächst fremd sind. Sie müssen sich der Routine der medizinischen Versorgung, den festgesetzten Zeiteinteilungen anpassen, dem Rhythmus von Schlafen, Essen, Behandlung und Pflege – einem Rhythmus, der nicht ihr eigener ist, auf den sie aber angewiesen sind. Daß der Krankenhausbetrieb nur wenig Raum für Privatheit und Intimität läßt, erschwert die Situation noch zusätzlich.

Andererseits erlebe ich auch, wie im Krankenhaus neue Kontakte wichtig werden. Die Erfahrung, auf Patienten und Angehörige zu treffen, die in einer ähnlichen Lage sind, kann helfen, die Isolierung aufzubrechen, die sich oft einstellt. So erzählte mir vor einiger Zeit die Frau eines Krebspatienten, welche eine Hilfe die Begegnung mit anderen Partnern von Patienten ihr ist. „Wir sind hier wie eine Familie“, sagte sie. Für sie war gerade die Zeit im Krankenhaus wichtig geworden, denn sie hatte dort erfahren, in ihrer Situation nicht allein zu sein. Auch in Gesprächskreisen für Chemotherapiepatienten und ihre Partnerinnen und Partner habe ich immer wieder erlebt, wie der Austausch von Erfahrungen für Betroffene zu einer wichtigen Stütze wurde.

## **2. Die Situation der Angehörigen**

Eine solche Solidarität und Verbundenheit zu erleben, kann gerade auf Angehörige entlastend wirken, zumal auf ihnen oft ein Druck liegt, der nicht weniger groß ist als beim Sterbenden selbst.

In der Regel treffe ich in der Klinik auf Angehörige, die nach Kräften bemüht sind, Beistand zu leisten und zu helfen. Die Anforderungen, die das mit sich bringen, sind allerdings oft immens: Es gilt, den Patienten anzunehmen, auch wenn der sich psychisch verändert hat, stark zu sein, um stützen und trösten zu können, zu ertragen, wenn er schweigt oder seine Situation überspielt. Dazu kommen Aufgaben wie Besuche zu koordinieren, Gespräche mit Pflegenden und Medizinern zu führen oder über eine Therapie mitzuentcheiden. Schließlich sind da die Arbeiten, die zu Hause anfallen: Der Haushalt, der weiterhin geführt werden will, die Kinder oder die alten Eltern, die zu versorgen sind, oder auch die Fragen von Angehörigen oder Nachbarn, die beantwortet werden müssen.

Bei diesem fortwährenden Einsatz für andere werden eigene Gefühle von Ohnmacht und Erschöpfung oder Sorgen um die eigene Zukunft häufig zurückgestellt. „Ich habe Angst, daß mir die Kraft ausgeht, aber das darf mein Mann nicht wissen“. Sätze wie diesen höre ich in Gesprächen immer wieder.

Angehörige von schwerkranken Menschen brauchen in dieser Situation oft genauso viel Zuwendung und Hilfe wie Patienten. Sie haben Halt und Unterstützung nötig, Menschen und Zeit, um klagen, um sich entlasten und anlehnen zu können. Das wird leicht übersehen, ist aber in der Sterbebegleitung nicht weniger wichtig als die Sorge um die Kranken.

## **3. Die Situation der Pflegenden und Mediziner**

Eine besondere Aufgabe kommt im Krankenhaus den Professionellen zu, allen voran den Schwestern und Pflegern, Ärztinnen und Ärzten. Auch für sie ist der Umgang mit schwerkranken Menschen nicht nur ein fachlicher Dienst, der allein mit Routine und dem nötigen Wissen zu meistern wäre. Zur Begleitung Sterbender gehört es, eine Beziehung einzugehen, die sich an den Bedürfnissen des Sterbenden orientiert. Das heißt, aufmerksam zu sein für Signale, die der Sterbende sendet, und auf sie einzugehen.

Für eine solche Art der Einfühlung und Zuwendung braucht es vor allem Zeit – und die ist im Krankenhaus schon immer eine knappe Ressource gewesen, und sie wird nach meiner Erfahrung immer knapper. Die Gründe hierfür sind vielfältig und es würde an dieser Stelle zu weit führen, näher darauf einzugehen.

Darüber hinaus fehlen im Krankenhaus in der Regel geeignete Räumlichkeiten, um den Bedürfnissen Sterbender gerecht werden zu können. In einem Krankenzimmer mit zwei, drei oder mehr Patienten ist es nur schwer möglich, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Kranke über das sprechen mögen, was sie bewegt.

Nicht zuletzt stellt das Selbstverständnis der Krankenhäuser ein Problem dar. Eine Klinik ist zuallererst darauf ausgerichtet, Menschen gesund zu machen. Der Begleitung und Betreuung Sterbender wurde dagegen lange Zeit nur wenig Aufmerksam-

keit geschenkt. Zwar setzt sich auch in den Krankenhäusern die Überzeugung allmählich durch, daß die angemessene Betreuung von Menschen, deren Krankheit letztlich tödlich verläuft, ebenso wichtig ist, wie das Wiederherstellen von Gesundheit. Es fehlen aber häufig die Voraussetzungen, um diese Erkenntnis auch angemessen umsetzen zu können.

Einen großen Teil der Last, die aus diesen unzureichenden Bedingungen entsteht, tragen die Pflegenden und Mediziner. Sie fühlen sich in der Regel dafür verantwortlich, daß den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen nach Möglichkeit Rechnung getragen wird. Viele widmen sich dieser Aufgabe denn auch mit viel Idealismus und hohem persönlichen Einsatz.

Aber dieser Idealismus kann sich sehr schnell in das Gefühl verkehren, zu scheitern und schuldig zu werden, wenn die Bedingungen das nicht zulassen. Die Folge bei allen Beteiligten ist oft das chronische Gefühl, den Patienten und Angehörigen nicht gerecht zu werden und zu versagen. Nicht selten erlebe ich bei Schwestern oder Ärzten eine große Not, wenn wieder einmal die Zeit für ein Gespräch nicht ausreicht, weil im Nebenzimmer ein anderer Patient dringend Hilfe braucht, neue Patienten darauf warten, aufgenommen zu werden, oder ein ganzer Stapel von Akten bis Dienstschluß noch zu bearbeiten ist. Der Anspruch, ein angemessenes Sterben zu ermöglichen, erzeugt dann Druck. Das Leitbild einer idealen Sterbebegleitung wird in diesem Zusammenhang häufig als Überforderung, als unerreichbares Ziel erlebt.

Gleichzeitig wird das Gelingen von kleinen und realisierbaren Schritten angesichts einer zu Ende gehenden Lebenszeit dadurch manchmal eher in Frage gestellt als ermöglicht. Besonders schlimm ist es, wenn die Folge ist, daß tiefergehende Kontakte mit Sterbenden möglichst vermieden werden.

Aus all dem dürfte deutlich geworden sein, daß den individuellen Bedürfnissen des einzelnen im Krankenhaus sicher nicht in dem Maße entsprochen werden kann wie beispielsweise in einem Hospiz. Trotzdem sind wir längst noch nicht so weit, daß für jeden todkranken Menschen ein Bett in einem Hospiz bzw. auf einer Palliativstation oder eine ehrenamtliche Helferin bzw. ein Helfer für die häusliche Begleitung bereitsteht. Und so werden auch in der näheren Zukunft die meisten Menschen in Krankenhäusern sterben.

#### **4. Sterbebegleitung im Krankenhaus**

In dem bisher Gesagten war viel von Defiziten, von schwierigen Situationen und unzureichenden Voraussetzungen die Rede. Im folgenden möchte ich nun darstellen, was Begleitung für mich heißt, und in einigen konkreten Punkten zu zeigen versuchen, was bei der Begleitung Sterbender im Krankenhaus hilfreich sein kann und möglich ist.

Es geht in der Begleitung von Menschen vor allem *nicht* darum, Antworten zu haben. Auch genaue Vorstellungen davon, wie man sich verhalten müßte oder wie der Menschen, den wir begleiten, reagieren sollte, sind fehl am Platz. Vorgefaßte Meinungen und Ratschläge sind in der Regel wenig hilfreich, so sehr sie manchmal auch wünschenswert wären. Die beste Hilfe bin ich, wenn ich dem anderen nicht mit feststehenden Antworten und Konzepten begegne, sondern mit der Frage: Wie geht es

diesem Menschen? Welche Gedanken und Gefühle beschäftigen ihn? Was könnte ihm helfen? In welcher seelischen Welt lebt er?

Läßt sich jemand in dieser Weise auf den anderen ein, so bedeutet das Angebot von Beziehung und Kontakt, der sehr wertvoll sein kann. Um so wichtiger ist es aber auch, daß der Sterbende sich auf dieses Angebot verlassen kann, daß ich es ihm nicht entziehe.

Ist ein solcher Kontakt entstanden, dann bedeutet Begleitung, Wege und manchmal auch Umwege mitzugehen. Dabei ist wichtig, daß der Patient über das Tempo und die Richtung entscheidet. Er muß die Führung haben und bestimmen können, was er sagt oder auch was unausgesprochen bleibt, welche Gedanken und Gefühle im Mittelpunkt stehen.

Speziell im Krankenhaus heißt Begleitung für mich vor allem, Menschen zu helfen, aus Einsamkeit und Isolation herauszufinden. Gerade wer außerhalb der vertrauten Umgebung stirbt, ist darauf angewiesen, Gemeinschaft zu erfahren, um dem Sterben, der drohenden Auflösung, etwas entgegensetzen zu können. Erst wenn die Möglichkeit gegeben ist, im Gegenüber zu einem anderen Menschen Erfahrungen und Gefühle in Worte und Symbole zu fassen, kann die eigene Fassungslosigkeit ausgehalten und gestaltet werden. Schwerkranke haben deshalb meistens ein besonders großes Bedürfnis, sich auszudrücken, über das zu reden, was sie bewegt.

Untersuchungen haben gezeigt, daß die weitaus meisten schwerkranken Menschen darüber hinaus sehr wohl spüren, wie ernst es um sie steht. Sie ahnen die Bedrohlichkeit ihrer Lage oft schon in einer erstaunlich frühen Phase der Krankheit. Auch eine solche Ahnung will sich ausdrücken und mitteilen. Das bedeutet für den Patienten oft eine große Überwindung, denn es heißt, mich dem anderen mit meinen Ängsten und Befürchtungen zuzumuten. Das geht in der Regel einfacher gegenüber Personen, die von dieser Bedrohung selbst nicht unmittelbar mitbetroffen sind, die etwa nicht zum engeren Familienkreis gehören.

In solchen Fällen ist es gut, wenn Menschen da sind, die zwischen Patienten und Angehörigen vermitteln und helfen, ein Verständnis für die Lage, die Gefühle und Bedürfnisse des anderen zu entwickeln. Andererseits kann auch ein Verdrängen von Wahrheit durch den Patienten so etwas wie ein Schutz sein und sollte nicht gewaltsam durchbrochen werden.

Häufig sind es aber auch die scheinbar weniger wichtigen Gedanken, die eine überraschende Bedeutung bekommen – Erinnerungen an erfüllte Zeiten, an Unternehmungen mit dem Wanderverein, Feiern im Karnevalsclub oder Urlaubsreisen. Diese Erlebnisse werden im Erzählen oft wieder sehr lebendig und präsent. Es ist Sterbenden in der Regel ein großes Bedürfnis, das Leben „abzurunden“, damit der Lebenskreis sich schließen kann. Die Möglichkeit, schöne und glückliche Augenblicke des Lebens noch einmal vor dem inneren Auge vorbeiziehen zu lassen, ist wichtig, um sich von diesen Seiten des Lebens verabschieden zu können.

Oft erlebe ich auch, wie in solchen Situationen vergangene Krisenzeiten wieder wach werden: Erinnerungen an Krieg, Flucht oder frühere Krankheit. Auch diese schweren Seiten des Lebens wollen noch einmal in den Blick genommen werden. Das kann bedeuten, sich noch einmal mit dem auseinanderzusetzen, was das Leben mir

schuldig geblieben ist, um sich mit dem Bruchstückhaften in der eigenen Biographie besser versöhnen zu können. Das kann aber auch heißen, daß eine Patientin oder ein Patient noch einmal mit der Kraft in Berührung kommt, mit der sie oder er damals eine bedrohliche Lage bestanden hat.

Häufig kommt auch zur Sprache, was andere mir angetan haben oder was ich anderen an Leid zugefügt habe – etwa ein Streit in der Familie oder abgebrochene Beziehungen. Gerade wenn eine Versöhnung nicht mehr möglich ist, ist es wichtig, eigene oder fremde Schuld noch einmal benennen zu können. Auf diese Weise kann sich auch auf dieser Seite des Lebens manchmal ein Kreis schließen.

In dem gemeinsamen Bemühen, dem Sterbenden so viel wie möglich an Lebensqualität zu erhalten, sind nun aber nicht nur tiefgehende Gespräche von Bedeutung. Selbst das Kleine und Unscheinbare kann große Wichtigkeit bekommen.

Das Krankenhaus kann nie die vertraute eigene Umgebung ersetzen. Deshalb ist es um so wichtiger, eine Atmosphäre und Bedingungen zu schaffen, in der möglichst viel Vertrautes seinen Platz haben kann. In diesem Sinne gibt es auch im Krankenhaus viele Möglichkeiten, die letzte Zeit zu gestalten. In der Regel sind Schwestern und Pfleger, Ärztinnen und Ärzte gern bereit, auf Bedürfnisse und Wünsche einzugehen, wenn sie geäußert werden.

Eine besonders große Rolle spielt in dieser Situation, daß zumindest zeitweise eine Atmosphäre der Intimität möglich ist. Patienten und Angehörige brauchen gerade in dem fremden Umfeld die Gelegenheit, auch einmal ungestört zu sein. Das kann bedeuten, mit dem Personal Zeiten zu vereinbaren, in denen niemand das Zimmer betritt. In der Regel ist es darüber hinaus auch im Krankenhaus möglich, daß Angehörige ein Bett im Krankenzimmer beziehen und so auch in der Nacht bleiben können, wenn sie es sich wünschen, oder daß Mahlzeiten gemeinsam eingenommen werden können.

Vielen ist es wichtig, bei mehrmaligem Krankenhausaufenthalt immer wieder auf dieselbe Station zu kommen, daß im Krankenzimmer Bilder von zu Hause aufgehängt werden können oder auch nur, daß hin und wieder das Liebessessen gebracht wird. Und diese Liste von Gestaltungsmöglichkeiten ließe sich fast beliebig erweitern.

Aber nicht nur Sterbende, auch ihre Angehörigen erleben Trennungsangst, Verlustschmerz und Machtlosigkeit. Vielen Angehörigen fällt es leichter, mit innerer Unruhe, Ohnmachtsgefühlen und uneingestandener Angst fertigzuwerden, wenn sie vom Pflegepersonal in die Betreuung miteinbezogen werden. Passives Am-Bett-Sitzen wird häufig als Belastung empfunden. Wenn sie sich andererseits an konkreten Handreichungen beim Waschen oder Lagern, bei der Körperpflege oder beim Essen beteiligen können, dann ist oft viel geholfen. Etwas tun zu können, und sei es nur das Eincremen oder Rasieren, kann etwas von dem Gefühl nehmen, dem Sterben machtlos gegenüberzustehen.

Ebenso wichtig ist andererseits, daß Angehörige ermutigt werden, auf ihre eigenen Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen und eigene Grenzen zu akzeptieren. Eine gute Sterbebegleitung bedeutet nicht, rund um die Uhr da zu sein. So kann es manchmal besser sein, nach kurzer Zeit wieder zu gehen, um neue Kraft zu schöpfen. Denn wer selber ausgebrannt ist, kann auch nicht mehr geben.

In der Begleitung schwerkranker Menschen geht es nicht darum, daß ich alles richtig mache. Erst recht geht es nicht darum, perfekt zu sein. Meiner Erfahrung nach gibt es die ideale Sterbebegleitung nicht. Dazu ist jedes Leben zu komplex und vielschichtig. Begleitung ist wie ein Haus auf dem Weg, das Schutz und Hilfe geben kann, das notgedrungen aber auch immer windschiefe Balken und undichte Stellen hat – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Dazu gehört aber auch, daß jeder Sterbende irgendwann das Haus verlassen muß, um seinen eigenen Weg zu Ende zu gehen.

Ich habe im Krankenhaus viel Schönes und Erfüllendes in der Begleitung von Menschen erlebt. Am Ende stand aber immer die Erkenntnis, daß jeder Mensch ein Geheimnis bleibt, zu dem wir nie ganz vordringen können. Und das ist gut so.

**Brigitte Meier**

## **Sterbebegleitung zu Hause und in Pflegeheimen**

Der Verein „Hospizarbeit Braunschweig e.V.“ ist 1993 gegründet worden und den Prinzipien der modernen europäischen Hospizbewegung verpflichtet.

Hospizarbeit ist eine Bewegung mit dem Ziel, Sterbenskranke und ihre Angehörigen zu begleiten, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen und den Tod als natürlichen Teil des Lebens zu begreifen. Sie will dazu beitragen, daß auch die letzte Phase des Lebens möglichst schmerzfrei, bewußt und lebenswert erfahren werden kann.

Für den Verein „Hospizarbeit Braunschweig e. V.“ arbeiten inzwischen 39 ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter, und ich bin eine von ihnen. Wir sind intensiv in Seminaren auf die Begleitung vorbereitet worden. Oft ist es berufliche oder persönliche Betroffenheit gewesen, die uns zur Hospizarbeit geführt hat. Wir sind zwischen 26 und 77 Jahre alt und kommen aus unterschiedlichen Berufen.

Die Schulung erstreckte sich über ein halbes Jahr und beinhaltete

- Informationen über die Hospizbewegung, über Sterbe- und Trauerforschung, Schmerztherapie, Sprache von Sterbenden, Patientenverfügung u.a.,
- Selbsterfahrung im emotionalen Bereich,
- Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit auf ganz unterschiedlichen Stufen,
- Gesprächsführung, Krisenbewältigung, Rollenspiele, Trauerriten, spirituelle und ethische Aspekte in der Sterbebegleitung u.a.,
- Teilnahme in zwei Schichten im Pflegebereich eines Krankenhauses oder Pflegeheimes,
- Einführung in die Grundbegriffe von Pflege und Lagerung.

Trotz dieser Schulung sind wir Laien und können selbstverständlich nicht die Arbeit der Ärzte, des Pflegepersonals, der Sozialarbeiter, der Psychologen und der Geistlichen ersetzen.

Pflegerische und hauswirtschaftliche Arbeiten übernehmen wir nicht. Unsere Arbeit findet statt als Ergänzung zur Familie, zu Freunden, der Gemeinde, Ärzten und professionellen Pflegenden.

Wir begleiten überwiegend im häuslichen Bereich, auch in Pflegeheimen, seltener im Krankenhaus, und zwar meistens zweimal wöchentlich für 2 bis 3 Stunden. In der Endphase sind es oft sehr viel mehr Stunden.

Die Dauer der Begleitungen ist unterschiedlich. Manchmal sind es nur wenige Tage, oft aber mehrere Monate, selten länger als ein Jahr.

Mit der Bitte um Begleitung wenden sich an den Verein:

- schwerkranke und sterbende Menschen,

- Angehörige oder Freunde von Schwerkranken und Sterbenden,
- Mitarbeiter aus medizinischen, pflegerischen, sozialen und seelsorgerischen Berufen.

Eine ehrenamtliche Mitarbeiterin des Vereins, die uns Begleiter gut kennt, koordiniert die Einsätze.

Für Einsätze in Pflegeheimen gibt es Mitarbeiter, die besonders prädestiniert sind, weil sie schon lange Zeit vorher persönliche oder berufliche Kontakte zu diesen Institutionen hatten.

Bei der ersten Begegnung mit dem Schwerkranken bespreche ich immer, welche Wünsche und Erwartungen bestehen. Ich bin oft sehr berührt, wie klar bestimmte Wünsche geäußert werden:

„Ich brauche doch wenigstens einen Menschen, mit dem ich über alles sprechen kann“, äußerte eine 47-jährige Frau.

Eine 49-jährige, an Krebs erkrankte Frau wünschte sich von mir Unterstützung bei der Suche nach einem Schmerztherapeuten. Sie litt an massiven chronischen Schmerzen und fühlte sich von ihrem Hausarzt, was die Schmerzmittel betraf, unterversorgt.

Eine 43-jährige, krebserkrankte Frau äußerte mir gegenüber, daß sie nur noch wenige Wochen zu leben habe; sie wollte in ein stationäres Hospiz aufgenommen werden. Unsere Begegnung fand im Krankenhaus statt. Die behandelnden Ärzte hatten ihr gesagt, daß sie nichts mehr für sie tun könnten und daß sie ständiger Pflege bedürfte. Sie bat mich, sie bei der Aufnahme in ein stationäres Hospiz zu unterstützen. Ihr Wunsch ging in Erfüllung. Auf keinen Fall wollte sie im Krankenwagen in das stationäre Hospiz gebracht werden. Sie wünschte sich von mir, in einem ganz „normalen“ Pkw gefahren zu werden. Außerdem wollte sie, daß noch einige für sie wichtige, vertraute Dinge aus ihrer Wohnung abgeholt werden sollten.

In einer anderen Begleitung ging es darum, die Angehörigen einer 86-jährigen alten Frau, die Krebs im Endstadium hatte, zweimal in der Woche für einige Stunden zu entlasten, weil sie nicht mehr allein sein konnte.

Eine 48-jähriger, an MS erkrankter Mann, der in einem Altenpflegeheim lebte und keinen Besuch mehr von seinen Angehörigen bekam, wünschte sich, daß ich Kontakt zu einem Freund von ihm aufnahm. Durch seine Erkrankung konnte er nicht mehr telefonieren und schreiben und wenn er sprach, konnte ich ihn oft nicht verstehen. Sein sehnlichster Wunsch war es, sich über einen Computer verständlich machen zu können. Bei der Bestellung eines für ihn geeigneten Computers sollte ihn der Freund unterstützen. Kurze Ausfahrten im Rollstuhl in die angrenzende Feldmark des Altenheimes mit mir genoß er sichtlich.

Eine 25-jährige Frau, die nur noch wenige Wochen zu leben hatte, bat mich um ein Gespräch im Beisein ihres Ehemannes und ihrer Mutter. Sie äußerte dann bei unserem gemeinsamen Treffen u.a. ganz klar und sachlich, in welches Krankenhaus sie gebracht werden wollte, wenn es zu Ende ginge. Ebenfalls hatte sie eine ganz genaue Vorstellung, was die Beerdigung betraf. Nur im Beisein eines Außenstehenden



war es ihr möglich, dies ihrer Mutter gegenüber zu äußern, sagte mir später ihr Ehemann.

Manchmal erlebe ich aber auch, daß nicht sofort deutlich wird, wohin die Begleitung geht. Denn schwerkranke und sterbende Menschen fühlen sich oft in ihren Gedanken und Gefühlen allein gelassen. Sie schwanken zwischen Hoffnung und Resignation, zwischen Auflehnung und Einwilligung.

Bei Rückblicken auf ihr Leben versuchen sie, gleichsam eine Bilanz zu ziehen. Manchmal belasten sie Schuldgefühle, sie haben den Wunsch, andere um Verzeihung zu bitten oder zu danken. Sorgende Gedanken gelten den Angehörigen und nahestehenden Freunden. Es schmerzt die Sterbenden, die vertrauten Menschen zurückzulassen und zu spüren, wieviel Trauer sie durch ihr Weggehen auslösen.

Die zunehmende Hinfälligkeit konfrontiert die Sterbenden mit ihrer Hilflosigkeit. Abhängig von der Hilfe anderer zu sein, diese anzunehmen, ist ein schwieriges und schmerzvolles Lernen.

Der mögliche Tod konfrontiert sie mit den Fragen ihres Glaubens: „Warum gerade ich?“ „Wie kann Gott das zulassen?“

Die Zeit des Sterbens ist für die Sterbenden und auch für die Angehörigen oft eine Zeit der schweren Krise und Belastung.

Das Loslassen fällt den Angehörigen oft schwerer als den Sterbenden. In dieser belastenden Zeit ist es für die Sterbenden existentiell wichtig, eine hilfreiche Beziehung zu Angehörigen und/oder Helfern zu haben. Dieser Kontakt bringt ihnen die Erfahrung des Verstandenwerdens, des Angenommenseins und der Geborgenheit. Sie gibt ihnen die Möglichkeit der Klärung, außerdem Gefühle von Hoffnung und Trost. Sie hilft den Sterbenden, sich selbst zu verstehen, sich anzunehmen und selbstbestimmend zu bleiben.

Ich erlebe immer wieder, wie sensibel der sterbende Mensch alles wahrnimmt und wie wichtig es für mich als Begleiterin ist, ehrlich und klar zu sein mit meinen eigenen Gefühlen, Gesten und Worten. Es vermittelt dem Sterbenden Vertrauen, auch eigene Grenzen und Schwächen einzugestehen.

Wichtig ist auch für mich, nicht anstelle des Sterbenden zu handeln. Er weiß, was ihm gut tut, und was er braucht.

Dennoch ist die Belastung manchmal groß, Hilflosigkeit und Leid auszuhalten und mitzutragen und immer wieder Abschied zu nehmen. Denn durch das Bemühen, dem Erkrankten eine aufrichtige Begleiterin zu sein, entsteht fast immer eine vertrauensvolle und nahe Beziehung.

Wie würde es mir selbst in der Situation des Erkrankten gehen? Was wäre dann für mich selbst wirklich hilfreich? Begegne ich ihm so, wie ich es mir selbst wünschen würde? Diese Fragen stellen sich mir.

Denn jeder Erkrankte lebt in seiner eigenen Wirklichkeit mit persönlichen Gefühlen, Empfindungen, und nimmt Ereignisse unterschiedlich wahr. So reagieren z.B. Menschen auf ein und dieselbe Krankheit sehr unterschiedlich. Der eine ruhig und gelassen, der andere mit Angst, Trauer, Verzweiflung, der dritte mit Wut und Aggression.

Ich bemühe mich, genau hinzuhören und mich zu vergewissern, ob ich auch alles richtig verstanden habe. Es ist wichtig, meine eigenen Vorstellungen und Wünsche zurückzunehmen.

Hilfe und Unterstützung finde ich in meiner Supervisionsgruppe.

Ich empfinde bei vielen Menschen, die ich begleitet habe, eine unglaubliche menschliche Größe und Stärke, die ich bewundere und kaum begreifen kann.

Sterbebegleitung ist für mich Lebensschule und macht Sinn.

**Beatrix Haan**

## **Erfahrungen aus der stationären Hospizarbeit**

Der Wunsch zu Hause zu sterben, ist ein häufig geäußelter und sehr nachvollziehbarer Wunsch von uns allen. Die Frage ist, ob er realisierbar ist und was es für andere Möglichkeiten gibt, wenn schwierige Umstände eine Pflege zu Hause unmöglich machen. Traditionell ist eine sinnvolle Alternative das Krankenhaus, wo die Kranken medizinisch und pflegerisch behandelt und betreut werden und, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist, auch sterben. Oder das Pflegeheim, das in unserer heutigen Zeit in der Betreuung und Pflege von alten Menschen nicht mehr wegzudenken ist. Warum braucht man dann auch noch stationäre Hospize? Es gibt Krankheiten, wie z.B. manche Krebserkrankungen oder neurologische Krankheiten, die trotz aufwendiger Therapien nicht geheilt werden können. Die Betroffenen haben von der Diagnosestellung an oft einen langen Weg hinter sich, der durch eine Kette von Verlusten gekennzeichnet ist. Die meisten haben gelernt, mit diesen Verlusten zu leben, aber sie wissen auch, daß ihr Leben begrenzt ist, und sie wünschen sich, daß sie in Würde, möglichst ohne Schmerzen und quälende Symptome sterben können. Sie brauchen also eine Umgebung, in der sie sich wohl fühlen können, wo sie so versorgt und gepflegt werden, daß auf ihre Persönlichkeit und auf ihre Gewohnheiten Rücksicht genommen wird und wo die medizinische Betreuung gewährleistet ist. Für diese umfassenden Bedürfnisse ist oft im Klinikalltag kein Raum und keine Zeit. Daher hat es sich die Hospizbewegung neben der Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter auch zur Aufgabe gemacht, Einrichtungen anzubieten, die als „Ersatz-Zuhause“ angenommen werden können: **Die stationären Hospize.**

Die Hospize sind auf den ersten Blick recht unterschiedlich, was hauptsächlich an der verschiedenen Bauweise liegt. In ihren wesentlichen Anliegen sind sie gleich. Deshalb möchte ich Ihnen im folgenden aus dem Göttinger Hospiz, in dem ich als Krankenschwester arbeite, berichten und mit Ihnen danach ins Gespräch kommen.

Unser Hospiz ist eine kleine Station, die mit fünf Zimmern, einem Wohnzimmer, einer gemütlichen Küche, und allen notwendigen Nebenräumen ausgestattet ist. Die Zimmer haben jeweils einen kleinen Balkon, der sich zu einem großen Garten öffnet. Vor dem Wohnzimmer ist eine Terrasse, über die man in den Garten gelangt, wenn nötig auch mit einem Rollstuhl oder einem Bett. Im Garten stehen alte Bäume, es gibt viele Blumenbeete und einen verwunschenen Teich.

Jeder, der zu uns kommt, kann sein Zimmer selber ausgestalten. Er kann sein Haustier mitbringen, seine Pflanzen, seine Bilder und was ihm sonst noch wichtig ist. Damit auch jeder pflegerisch gut versorgt werden kann, ist das Hospiz mit allem ausgestattet, was gebraucht wird, also z.B. Sauerstoff- und Absauggeräten oder Spezialmatratzen, und mit allen Möglichkeiten, die notwendigen Medikamente zu

geben oder Wunden zu versorgen. Hospize werden in der Regel von Krankenschwestern oder -pflegern geleitet und die ärztliche Betreuung geschieht durch den Hausarzt. Die Pflegenden kennen sich gut aus in der speziellen Pflege, die für Schwerkranke und Sterbende nötig ist. Sie haben viel Zeit für die Kranken, aber auch für deren Angehörige und Freunde. Die Hausärzte kommen nach Bedarf. Wichtig ist, daß sie sich in der palliativen, also der lindernden Medizin auskennen und besonders die Schmerztherapie beherrschen. In Göttingen können sie sich dazu Hilfe von Spezialisten holen. Eine Grundvoraussetzung in der Hospizarbeit ist, daß sich alle als Team begreifen, Pflegende, Ärzte, Seelsorger, Ehrenamtliche und andere mit eingebundene Berufsgruppen, und daß Kranke und Angehörige partnerschaftlich aufgenommen werden.

Die Menschen, die in ein Hospiz gehen, kommen freiwillig. Sie wissen um ihre Krankheit und sind dabei, Abschied zu nehmen. Trotz ihrer Erkrankung behalten sie ihre Persönlichkeit und möchten in ihren Bedürfnissen respektiert und gewürdigt werden. Das bedeutet eine persönliche Pflege und Betreuung, unter Berücksichtigung der vorhandenen Möglichkeiten und Wünsche. Hilfe wird da angeboten, wo Fähigkeiten des Erkrankten eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden sind. Gesichtspunkte dabei sind:

- Was tut dem Kranken gut?
- Wie tut es ihm gut?
- Was soll das Ziel sein, wenn wir Pflegemaßnahmen überlegen?

Anhand von Beispielen möchte ich Ihnen meine Ausführungen verdeutlichen. Um die Personen zu schützen, habe ich ihre Namen verändert, aber ich denke in Dankbarkeit an sie, weil sie uns Vorbilder geworden sind, für eine mögliche Bewältigung des Sterbens.

Frau Krause hatte ihren Tumor einige Jahre erfolgreich bekämpfen können, aber leider hatten sich nun so viele Metastasen gebildet, daß eine weitere Therapie nicht mehr möglich war. Sie lebte alleine und hatte nur eine leibliche Schwester, die sich um sie kümmerte. Sie wünschte sich, noch einmal verreisen zu können, was mit Hilfe ihrer Kirchengemeinde und ihrer Schwester auch gelang. Nach 10 Tagen wurde sie jedoch so schwach, daß sie ihren Hausarzt anrief und mit ihm besprach, daß sie nun gerne ins Hospiz gehen würde. Sie wurde mit Hilfe von Krankenwagen und dem Nachtzug nach Göttingen gebracht und war sehr erleichtert, als sie wohlbehalten im Hospiz ankam. Ihr größter Wunsch war, viel Ruhe zu haben und eine Verbesserung ihrer Schmerzsituation. Als beides gewährleistet war, begann sie mit einer Freundin Blockflötenduos zu spielen, denn sie liebte Musik über alles. Nach ein paar Tagen reichte ihr die Luft nicht mehr aus und so bat sie uns, für sie zu singen. Sie lag auf ihrem Bett und summte die Volkslieder mit, oft in der zweiten Stimme. Jeden Tag wurde sie etwas schwächer, aber sie akzeptierte das mit großer Ruhe und Freundlichkeit. Sie starb, ganz friedlich in sich zurückgezogen, begleitet von ihrer Schwester, sanft und ohne Schmerzen.

Herr Hofer kam zu uns, weil er nicht mehr alleine zu Hause bleiben konnte. Er war noch nicht sehr alt und wußte um die Schwere seines Bronchialkarzinoms, aber als die Krankenhausärzte ihm noch zu einer Strahlentherapie rieten, schöpfte er wieder

Hoffnung und wünschte diese Therapie zu erhalten. Vom Hospiz aus wurde er jeden Tag in die Uniklinik gebracht, was ihn wahnsinnig anstrengte und ihm kaum Kraft für andere Dinge ließ, obwohl er gerne alles alleine bewältigen wollte. Seine Familienverhältnisse waren sehr verworren, so daß sich niemand als der nächste Angehörige fühlte. Für einige Tage kam seine Tochter mit seinem Hund zu Besuch und übernachtete bei ihm im Zimmer. Das war eine Zeit, in der er sich recht wohl fühlte. Kurz nachdem die Tochter wieder gefahren war, verschlechterte sich sein Zustand. Wir alle hatten das Gefühl, daß er noch viele Dinge klären wollte, aber gar nicht konnte. In einem langen Gespräch mit der Ärztin berichtete er über seine große Angst, ersticken zu müssen. Als die Ärztin ihm versprach, daß er alle Medikamente erhalten würde, die ihm Erleichterung verschafften, und ihm so die Angst nehmen konnte, entschloß er sich mit der Strahlentherapie aufzuhören. Er bat seine zum Teil weit entfernt wohnende Familie zu kommen, damit er seine Angelegenheiten regeln könne. Am Tag als er starb, waren ca. 10 Angehörige anwesend. Seine ehemalige Frau setzte sich ins Bett hinter ihn, nahm ihn in ihre Arme und hielt in so lange, bis er friedlich, ohne Schmerzen und Luftnot gestorben war. In seinem Zimmer herrschte eine andächtige Atmosphäre, die es der zerstrittenen Familie möglich machte, freundlich miteinander umzugehen.

Ein Hospiz kann eine Chance sein, so Abschied zu nehmen, daß das Sterben und der Tod seine Schrecken verlieren.

- Dort kann es für den Kranken Geborgenheit und Frieden geben.
- Die Angehörigen und Freunde können lernen, sich ohne Angst dem Unvermeidlichen zu stellen.
- Die Ärzte lernen, daß es für sie außerhalb der auf Heilung ausgerichteten Arbeit, Sinnvolles zu tun gibt, was großes medizinisches Wissen erfordert.
- Wir Pflegenden werden gefordert, mit viel Können und Phantasie Pflege zu gestalten.

Sterbende werden von uns begleitet, indem wir in einer Feinabstimmung von Medikamenten, Pflege, Zuwendung und Betreuung versuchen, das Sinnvollste zu tun.

Verstorbene werden von uns versorgt und bleiben so lange in ihrem Zimmer, bis alle, die es möchten, Abschied genommen haben. Das kann sogar zwei bis drei Tage sein.

Hospize sind Orte des gemeinsamen Erlebens und Handelns. Es sind Orte des Abschieds und der Trauer, aber auch Orte der intensiven Begegnung und der Freude und Fröhlichkeit. Hier kann man lernen, sich dem Unerklärlichen, dem Tod, ohne Schrecken zu stellen. Die Idee, die dahinter steht, ist: Die Würde des Menschen auch im Sterben zu bewahren und diesem Geschehen wieder einen angemessenen Platz in unserer Gesellschaft zu geben. Solange die Bedingungen im Krankenhaus und in den Pflegeheimen dieses nicht gewährleisten und es auch im ambulanten Pflegebereich zu wenig qualifizierte Mitarbeiter gibt, bleibt das stationäre Hospiz eine notwendige Einrichtung. Hoffnungsvoll stimmt, daß sich kleine Veränderungen überall bemerkbar machen.

Seit ich im Hospiz arbeite, habe ich gelernt, daß ich mich nicht mehr hinter Floskeln verbergen kann, sondern daß jede Frage eine ehrliche Antwort verlangt, und daß es für die Erfüllung von Wünschen oft keine zweite Gelegenheit mehr gibt. Ich weiß, daß ich diese Arbeit nie perfekt machen kann und daß sie trotzdem sinnvoll ist und große Freude machen kann.

**Klaus Gahl**

## **Gedanken zur ärztlichen Sterbebegleitung**

Sterbebegleitung als eine Form mitmenschlicher Beziehung wurzelt in der Solidarität der Sterblichkeit. Ob sie von der primären Not-und-Hilfe-Situation der Beziehung des Arztes oder eines Pflegenden zu einem Kranken ausgeht oder von vornherein als erklärte Begleitung eines Sterbenden aufgenommen wird – ihr tragender Grund ist unsere Solidarität im Leben auf den Tod hin. Andere mitmenschliche Beziehungen haben andere Gründe: sei es die Verantwortung in der Eltern-Kind-Beziehung, die Bildungsfunktion in der Lehrer-Schüler-Beziehung, die Liebe und wechselseitig übernommene Verantwortung in der Ehe, die Rechtsordnung in der Anwalt-Klient-Beziehung.

Für den Arzt ist sein pragmatisches, moralisches und soziales Selbstverständnis geprägt von der Verpflichtung zur Linderung oder (Hilfe zur) Überwindung von Leiden, Schmerz, Krankheit und krankheitsbedingter Lebensbedrohung. Um solches leisten zu können, ist er ausgebildet in der Erkennung und bestmöglichen Erklärung (Diagnostik) von Krankheitszuständen und deren Behandlung (Therapie). Das ist Ziel seiner sachlichen Kompetenzentwicklung und seine von ihm erwartete und selbstgesetzte Funktion und Aufgabe.

Mit den in den zwei bis drei letzten Dezennien rasant entwickelten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (für unseren hier zu betrachtenden Kontext vor allem in der Intensiv- und Transplantationsmedizin) stoßen Ärzte, ja stößt auch die Medizin als institutionalisierte Gesundheitsversorgung in Bereiche vor, in denen ärztliches Handeln pragmatisch wie moralisch konfliktbeladen sein kann; wo ärztliches Handeln auch individuell, d.h. dem Kranken gegenüber, und sozial hinsichtlich seiner Rechtfertigung zu reflektieren ist. Das beginnt nicht erst bei der Therapiebegrenzung sondern oft schon bei einer konsequenzenlosen Diagnostik.

Angesichts eines inkurablen Leidens mit infauster Prognose kann Therapiereduktion der erste Schritt der ärztlichen Sterbebegleitung sein: der Beginn des Wandels des Therapiezieles von der kurativen zur palliativen Betreuung. Mit diesem Wandel ändert sich allmählich auch die Rolle, die der Kranke erwartet, und die vom Arzt angenommene Aufgabe in der dennoch weiterhin gültigen Not-und-Hilfe-Grundfigur. Die anfangs vorrangig medizinisch-sachlich geprägte, mehr funktionale Beziehung wird stärker personale Dimensionen an- und aufnehmen. Das zunächst mehr der sachlich-fachlichen Kompetenz des Arztes geltende Vertrauen des Kranken wird zunehmend von der ärztlichen Haltung persönlicher Zuwendung, Verlässlichkeit, auch von Empathie bestimmt werden. Die Praktiken und Zielsetzungen der Palliativmedizin von der Schmerztherapie, Leidenslinderung bis zur begleitenden spirituellen Seelsorge treten in den Vordergrund. Dabei muß sich der Arzt jedoch zurücknehmen können und darf sich nicht die Rolle des vom Kranken vielleicht gewünschten theologischen Seelsorgers anmaßen. Er muß die Grenzen wie die Chancen ärztlicher

Sterbebegleitung wahrnehmen. Sie gehört zu seinen (auch vertraglichen) Aufgaben. Es ist daher nicht verwunderlich, daß die Bundesärztekammer nach einem langjährigen Prozeß diese Aufgabe – auch im Hinblick auf die derzeit in starkem Wandel begriffene Rechtslage zur Betreuung, zu Vorausverfügungen und zur Sterbehilfe – neu thematisiert hat.

Da – abgesehen von der Palliativmedizin – dieser Aspekt in unserem Patientenforum wenig ausdrücklich dargestellt wurde, sollen hier die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vom September 1998<sup>2</sup> etwas ausführlich besprochen werden.

Die Grundsätze haben eine mehrjährige Vorgeschichte. Bereits die 1979 und erneut im Juni 1993 abgefaßte „Richtlinie zur Sterbebegleitung“ vom Vorstand der Bundesärztekammer hat sich an den „Medizin-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten“ der Schweizerischen Akademie für die medizinischen Wissenschaften vom November 1976 orientiert. „Zu den Pflichten des Arztes ... [gehören ] ... Behandlung, Beistand und Pflege“. Für die Behandlung gilt der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des urteilsfähigen bzw. des bewußtlosen, aktuell nicht entscheidungsfähigen Kranken. War es 1993 und 1997 noch (ein Entwurf für) eine „Richtlinie“, also deutlicher das Handeln vorschreibende Anleitung, so zielen die „Grundsätze“ stärker auf die Fundierung ärztlichen Handelns in grundlegenden sittlichen Prinzipien, die nicht weiter zu hinterfragen sind (wie Autonomie und Selbstbestimmungsrecht, Lebensschutz, Personenwürde, Gerechtigkeit).

In der Präambel der Grundsätze vom September 1998 wird die Aufgabe des Arztes, *Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen*<sup>3</sup>, mit dem Appell verbunden, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu „beachten“. Diese *Beachtung* setzt voraus

- die ausdrückliche Willenserklärung des entscheidungsfähigen Kranken oder
- die Kenntnis des mutmaßlichen Willens, der sich
  - in einer Patientenverfügung oder durch einen Vorsorge-Bevollmächtigten oder
  - in anderen Indizien zur Lebenseinstellung und Wertepräferenz zeigen kann;oder
- die rechtswirksame Vertretung des Kranken oder Geschädigten durch einen bestellten Betreuer.

*Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung* könne darüber hinaus begrenzt sein. Der Freiraum liegt in der medizinischen Indikation für *angemessene Diagnostik und Therapieverfahren*.

Was aber ist medizinische Indikation? Sie ist ein sachlich-fachlich, patientenorientiert individuell und situativ zu begründender, ethisch zu rechtfertigender Entscheidungs-

---

<sup>2</sup> Deutsches Ärzteblatt 1998, Heft 39, vom 29.9.1998, B 1852/3. Die Grundsätze sind hier im Anhang vollständig abgedruckt. Zur weiteren begrifflichen und ethischen Diskussion der Grundsätze siehe Jan P. Beckmann: „Die 'Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung' vom 29. September 1998 aus philosophischer Sicht“; in Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Band 4, 1999, pp 419 - 434

<sup>3</sup> Zitate aus den Grundsätzen sind hier kursiv gedruckt.



akt des Arztes, nicht eine objektive, entscheidungsunabhängige Sachnorm. Indikation hat auch die soziale Dimension kommunikabler Begründbarkeit und Vertretbarkeit und wird damit potentiell justiziabel.

Diese sachliche, wertorientierte und soziale Begründung gilt es auch zu beachten bei der Entscheidung über die Angemessenheit von Diagnostik- und Therapieverfahren bei schwerkranken und sterbenden Menschen. Wo das kurative Ziel medizinischen Handelns nicht mehr verfolgt werden kann, tritt *palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund*. Dazu gehört die *Basisbetreuung*, vielfach (funktionaler und weniger mit der empathischen Konnotation von Betreuung befrachtet) als Basisversorgung bezeichnet. Inhalte werden genannt. Nicht ohne Probleme! Stehen doch oft organisatorische, versorgungstechnische, institutionelle, personelle Schwierigkeiten der geforderten Betreuung entgegen.

Was auch ist *menschenwürdige Unterbringung*? Ist es allein die Betreuung im Einzelzimmer? Garantiert die Versorgung in einem Pflegeheim *menschenwürdige Unterbringung*? Und ist andererseits Behandlung in der Intensivstation eo ipso menschenunwürdig?

Auch konzeptionelle und medizinisch-fachliche und zum Teil daraus sich ergebende normative Probleme sind in der Forderung angemessener Versorgung impliziert: So zum Beispiel

*Stillen von Hunger und Durst*. Beide „basalen Bedürfnisse“ schwinden mit dem Alter, sind ohnehin intra- und interindividuell unterschiedlich und wechselhaft. Oft wird in der Übertragung des von Gesunden bekannten oder angenommenen Kalorien- und Flüssigkeitsbedarfes den Schwerkranken und Sterbenden eine Überlastung zugemutet (mit der Gefahr von Lungenüberwässerung oder Durchfällen). Auch gibt es Beobachtungen der Verlängerung von Sterbeprozessen durch bilanzierte Flüssigkeitszufuhr<sup>4</sup>. Einschlägige Literatur zur Kalorien- und Flüssigkeitsversorgung terminal Kranker läßt bislang keine schlüssigen, verallgemeinerbaren Empfehlungen zu. Und wo ist die Grenze zwischen *Basisbetreuung* und medizinischer Behandlung<sup>5</sup> bei Flüssigkeitsbilanzierung, Elektrolytausgleich und Kaloriengabe?

Der vierte Absatz der Präambel appelliert bezüglich *Art und Ausmaß einer Behandlung* an die Verantwortung des Arztes, ohne aber zu sagen, ob er sich medizinisch, moralisch, juristisch oder sozial (z. B. den Angehörigen des Sterbenden gegenüber) zu verantworten habe. Auch wird hier nichts über den Grad möglicher Invasivität oder apparativer oder medikamentöser Therapieverfahren gesagt. Nochmals der Appell an die Beachtung des *Willen(s) des Patienten*.

---

<sup>4</sup> Andrews M, Bell ER, Smith SA, Tischler JF, Veglia JM (1993): Dehydration in terminally ill patients. Is it appropriate palliative care? *Postgrad Med* 93 (1): 201-203, 206-208

Fainsinger RL, Bruera E (1997): When to treat dehydration in a terminally ill patient? *Support Care Cancer* 5:205 -211

Koshuta MA, Schmitz PJ, Lynn J (1991): Development of an institutional policy on artificial hydration and nutrition. *Kennedy Institute of Ethics Journal*: 133-139

<sup>5</sup> McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. (1994): Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *J Amer Med Ass* 272: 1263-266

Mitchell KR, Kerridge IH, Lovat TJ (1993): Medical futility, treatment withdrawal and the persistent vegetative state. *J Med Ethics* 19: 71-76

Im Prozeß seiner *Entscheidungsfindung* soll der Arzt mit *ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen*. Das kann nicht heißen, eine demokratische Abstimmung sondern Beachtung der verschiedenen Informationen (von Seiten des Kranken und seiner Angehörigen), Beobachtungen (auch von Pflegenden, die meist unmittelbarer und länger mit dem Kranken zusammen sind), Erfahrungen und medizinischer und ethischer Entscheidungskompetenz, die im Gespräch zur überzeugenden Meinungsbildung beitragen.

*Aktive Sterbehilfe, auch ... wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht, ist unzulässig und mit Strafe bedroht (§ 216 StGB); auch die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein* – ist es aber offenbar nicht immer. Beides wird heute auch in der Öffentlichkeit, auch unter Ärzten und Pflegenden, diskutiert: ob sie nicht doch mit der ärztlichen Aufgabe der Leidenslinderung vereinbar sei. Indem *Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung* strafbar sein kann, wird hier eine Aufbruchstelle markiert, die Tendenzen der Öffentlichkeit nachgeben kann. Die ausdrückliche Nennung ihrer Illegalität (dies liegt nicht im Kompetenzbereich der BÄK!) könnte dem ein moralisches und juridisches Memento verleihen.

Mit dem Schlußsatz der Präambel wird nochmals auf *die eigene Verantwortung des Arztes in der konkreten Situation* verwiesen.

Der Präambel folgen fünf Abschnitte mit konkreteren Ausführungen zu (I) den ärztlichen Pflichten bei Sterbenden, (II) dem Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose, (III) der Behandlung bei sonstiger lebensbedrohlicher Schädigung, (IV) der Ermittlung des Patientenwillens und schließlich (V) über Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen.

Empfehlungen zum ärztlichen Handeln bei Suizidenten, die durch ihre Tat, den Selbstmordversuch, ihren aktuellen Willen deutlich gemacht haben (könnten), fehlen in den Grundsätzen.

### **Zu I) Ärztliche Pflichten bei Sterbenden:**

Es gehört zu den pragmatischen und moralischen, den juristischen und den sozialen Pflichten des Arztes, *Sterbenden ... so zu helfen, daß sie in Würde zu sterben vermögen*. Der Arzt gehorcht auch darin noch dem Handlungsappell der Not-und-Hilfe-Situation, mit dem es ja nicht allein um Heilung sondern um Leidenslinderung (Palliation) geht. Sterbende werden als Kranke oder Verletzte *mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen* gekennzeichnet, *bei dem der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist*. Hier sind Kenntnis, Erfahrung und Beurteilungskompetenz des Arztes bezüglich medizinischer Prognose gefordert. Offen bleibt die Bemessung *kurzer Zeit*, ob eine Woche, ein Tag, eine Stunde. Offen bleibt auch die Bestimmung dessen, was *in Würde zu sterben* heißt in einer plurikulturellen, d.h. auch wertpluralen Gesellschaft. Handlungsrelevant soll „Würde“ (in unserem Zusammenhang ist vornehmlich die Menschenwürde gemeint) als verbindende, gegenseitige Achtung der mitmenschlichen Solidarität charakterisiert werden. Diese Achtung gilt es durchzuhalten auch in den Extremsituationen der Intensivmedizin wie in

der Achtung einer Entscheidung zum Behandlungsverzicht und einem friedlichen Sterben und Sterbenlassen.

Die Inhalte *palliativer Behandlung* (Schmerztherapie, ggf. sparsame Sauerstoffgabe, Mukolytika, Laxanzien, Sedativa etc.) werden hier nicht genannt, wohl aber *Beistand und Sorge für Basisbetreuung*.

Lebensverlängernde Maßnahmen *dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todes- eintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann*. Indem sie unterlassen werden dürfen<sup>6</sup> (eine Erlaubnis!), ist die Weiterführung (wiederum) in das Ermessen des Arztes gestellt, dessen Beurteilungsvermögen auch die Einschätzung des nicht mehr aufzuhaltenden Verlaufes der Krankheit obliegt. Liest man jedoch „... dürfen ... nicht weitergeführt werden“, so handelt es sich um ein Verbot (unter den im folgenden genannten Bedingungen). Die *Übereinstimmung* der ärztlichen Entscheidung mit dem Willen des Patienten kann jedoch oft nur mit einem Surrogatwillen erreicht werden, da allzuoft der Kranke sich selbst in einem objektiv (bei Bewußtlosigkeit) oder psychisch-situativ nicht urteilsfähigen Krankheitsstatus befindet. So richtet sich der Appell nicht allein an die medizinische Sachkompetenz sondern an das Bemühen, den (mutmaßlichen) Willen des Kranken zu erfahren.

Mit der hier akzeptierten Hinnahme einer *möglicherweise unvermeidbaren Lebensverkürzung* wird die Straffreiheit sogenannter indirekter Sterbehilfe angesprochen, deren Absicht und Ziel nicht die Beschleunigung des Sterbeprozesses oder *Lebensverkürzung* (solche aktive Sterbehilfe wäre mit Strafe bedroht) sondern die *Linderung des Leidens* ist.

Mit dem nächsten Absatz wird die Wahrheit am Krankenbett angesprochen, d.h. eine personale mehr als eine kognitiv-informative, eine moralische mehr als nur eine sachliche Dimension der mitmenschlichen Beziehung, die auch Schonung, Behutsamkeit und Vorenthaltung vollständiger Information zuläßt. Der Arzt müsse auch *vorhandenen Ängsten Rechnung tragen*. Hier richtet sich der Appell an die Wahrnehmungsfähigkeit, die Sensibilität des Arztes für mimisch-gestische, nonverbale Signale oder für symbolsprachliche Äußerungen des Kranken.

Indem dem Arzt zugestanden wird, *Angehörige oder nahestehende Personen zu informieren (das Gespräch mit ihnen gehört sogar zu seinen Aufgaben!)*, wird er hier in seiner Schweigepflicht eingeschränkt, es sei denn, *der Wille des Patienten steht dagegen*. Zu fragen ist nach der Absicht solchen Zugeständnisses: Gilt es der möglichen Intensivierung der auf den Abschied hinlebenden Beziehung zwischen dem Kranken und seinen Angehörigen, dem besseren (medizinischen oder organisatorischen) Verständnis für die Entscheidungen und Handlungen der Betreuenden oder der Öffnung auf die Trauerarbeit hin? Diesen möglichen Inhalten der Angehörigen-gespräche hat der Arzt zu genügen.

---

<sup>6</sup> Opperbecke HW, Weißbauer W (1998): Ein Vorschlag für Leitlinien - Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. MedR 1998, Heft 9, pp 395 -399

## **Zu II) Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose:**

Die Beurteilung einer Krankheitsprognose als infaust impliziert die entscheidungsrelevante Einschätzung von *infaust quoad vitam versus quoad sanationem*, bezüglich des Lebens bzw. der Heilung. Auch gilt es zu beurteilen, ob die möglichen lebenserhaltenden Behandlungsmaßnahmen nicht vielleicht nur leidensverlängernd, ja geradezu sterbensverlängernd wirksam werden. Es ist die Aufgabe des Arztes, unter optimal möglichem Einsatz palliativ leidenslindernder Maßnahmen, dem Kranken sein Kranksein zu erleichtern, physisch, psychisch und sozial, ihm auch persönliche Sterbebegleitung zu ermöglichen. Wie die *Entscheidung über Änderung des Therapieziels* meist Ergebnis eines Prozesses ist, so sollte sie dementsprechend dem Kranken mitgeteilt, der Kranke in sie einbezogen werden. Bei entscheidungsunfähigen Patienten gilt auch hier der mutmaßliche oder der vertretungsweise geäußerte Wille.

Für Erwachsene gilt wie *bei Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen ... für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben* (zu ergänzen: Mißbildungen, die extrauterines Leben unmöglich machen; zum Beispiel Linksherzhypoplasie mit fehlender Lungenanlage), daß *ein offensichtlicher Sterbevorgang ... nicht durch lebenserhaltende Therapie künstlich in die Länge gezogen werden soll*.

Abschließend wird von der individuellen, d.h. auch situativen (organisatorischen, institutionellen) Erarbeitung diesbezüglicher Entscheidungen gesprochen. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der *Pflicht zu leidensmindernder Behandlung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen* (z.B. Schmerztherapie). Dieses bedingungslose Gebot impliziert die potentiell strafrechtliche Sanktion bei seiner Verletzung.

## **Zu III) Behandlung bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung:**

Die *schlechte Prognose* für einen *Patienten mit einer lebensbedrohlichen Krankheit* gibt für sich genommen, solange er sich nicht in einem erkennbaren Sterbeprozess befindet, keine Berechtigung für die Einstellung von Behandlung, Pflege und Zuwendung, selbst nicht bei *Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewußtlosigkeit (apallisches Syndrom, 'sog. Wachkoma')*. Es bleibt hier offen, was zu lebenserhaltender Therapie gehört: Hämodialyse, intraaortale Ballonpulsation, (Neueinsatz) künstliche(r) Beatmung, Organtransplantation?

Mit dem folgenden Absatz werden die *Änderung des Therapieziels* einschließlich der Konsequenzen und die *Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen* wie des *Einsatzes substituierender technischer Hilfsmittel* bei *unwiderruflichem Ausfall weiterer vitaler Funktionen* eingeräumt. Zwar dürfe die *Dauer der Bewußtlosigkeit ... nicht alleiniges Kriterium sein*; über die Dauer der als irreversibel beurteilten Vitalfunktionseinschränkung und deren Bedingung (wie in den „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“, 3. Fortschreibung 1997, festgelegt<sup>7</sup>) wird hier jedoch nichts gesagt.

---

<sup>7</sup> Deutsches Ärzteblatt 1995, Heft 30, vom 24.07.1998, A 1861 bis 1868

Wieder der Appell an die Beachtung des *mutmaßlichen Willens des Patienten*, der bei entscheidungsunfähigen Kranken durch einen Vorsorge-Bevollmächtigten oder einen vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuer vertreten werden kann.

#### **Zu IV) Ermittlung des Patientenwillens:**

Sie ist bei entscheidungs- und *bei einwilligungsfähigen* Patienten an die *angemessene* Aufklärung gebunden. Die Problematik ergibt sich aus der Spannung von kognitiver Einsichtsfähigkeit und emotionaler, existentieller Betroffenheit von der aktuellen oder antizipierten, d.h. auch befürchteten Lebensbedrohung, deren Wucht durch die Aufklärung deutlich werden kann in einer Situation, wo der Kranke infolge des Krankheitszustandes allein schon labilisiert ist. Die mögliche Divergenz zwischen seiner affektiv mitbestimmten Willenserklärung und den *aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen* kann daher auch leicht zum Anlaß und Ort der Manipulation und der paternalistischen (parentalistischen) Entscheidung des Arztes für den Patienten werden, auch für Sanktionen oder Repressalien, wo es um die Hilfe für den Kranken geht, seine *Entscheidung zu überdenken*.

Für (aus welchen Gründen auch immer) entscheidungs- und einwilligungsunfähige Personen ist die *Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z. B. der Eltern oder des vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuers oder des vom Kranken vorausverfügten Bevollmächtigten maßgeblich, zum Wohl des Patienten zu entscheiden*. Was aber ist das Wohl? Unterschwellig gehen Maßstäbe von extern zugeschriebener Zumutbarkeit und Lebensqualität ein, die eventuell einer hedonistischen Haltung und Einschätzung entspringen. Wo solche Haltung vermutet wird (bei Kranken, Angehörigen oder Betreuenden incl. Ärzten), darf nicht das Wissen um „das medizinisch Machbare“ zum Anlaß oder Rechtfertigungsgrund für den *Verdacht auf Mißbrauch* (der rechtlichen Befugnis zum Einspruch gegen medizinische Maßnahmen) oder auf Fehlentscheidung werden. Sowohl Verdacht auf Mißbrauch als auch Fehlentscheidung müssen die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts veranlassen.

Stehen dem Arzt keine Vorausverfügungen und kein rechtmäßiger Vertreter des Kranken für die Ermittlung von dessen Willen zur Verfügung, habe der Arzt *den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln*. In der konkreten Situation wird sich die Entscheidung auf medizinische Befunde und (anamnestische und aktuelle) Daten stützen (müssen), sofern sich nicht in angemessener Zeit *Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen (seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit)* eruieren lassen. *In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahestehende Personen einbezogen werden*.

Mit dem Appell an die *ärztlich indizierten Maßnahmen* wird wieder die medizinische, persönliche, moralische und soziale Begründungs- und Rechtfertigungsdimension der ärztlich (nicht allein medizinisch) zu entscheidenden Indikation maßgebend.

#### **Zu V) Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen:**

Mit den möglichen Vorausverfügungen sind rechtsbeachtliche Hilfsinstrumente für Handlungsentscheidungen des Arztes im Blick auf das Lebensende seines Patienten

benannt. Sie geben für den Fall eigener aktueller Einwilligungsunfähigkeit den Willen des Kranken in der Antizipation nicht überwindbarer Lebensbedrohung wieder und beauftragen gleichzeitig den Arzt zu gründlicher Prüfung der Kongruenz der antizipierten mit der konkreten, aktuellen Krankheitssituation und deren prognostischer Beurteilung unter Berücksichtigung therapeutischer Möglichkeiten. Erst die Kongruenz macht die Patientenverfügungen verbindlich, *sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, daß der Patient sie [die Patientenverfügungen] nicht mehr gelten lassen würde*. Es wird nicht gesagt, ob sie nur moralisch- oder auch rechtsverbindlich sind (letzteres liegt wieder in der Kompetenz der BÄK).

Hier ist mit dem Ermessensspielraum, der notwendigerweise dem Arzt eingeräumt werden muß, auch eine Ausfluchtmöglichkeit aus der Beachtung des Patientenwillens geöffnet, wie mit dem Hinweis, *Hoffnung könne oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen* wachsen, Betreuenden und Angehörigen ein potentiell bedrängendes Argument für die Forderung einer (medizinisch nicht mehr sinnfälligen) Maximaltherapie eingeräumt wird. Kriterien der *Ernsthaftigkeit* der Vorausverfügung können nur (weitere) Indizien für Lebenseinstellung und Wertorientierung sein. Je zeitnäher die Vorausverfügung zur aktuellen Entscheidungsnotwendigkeit, gar durch datierte Wiederholungen bekräftigt, desto überzeugender und stärker verpflichtend ist sie.

*Bei Behandlung mit hohem Risiko für Leben und Gesundheit, zu der ein Bevollmächtigter die Einwilligung geben darf, bedarf diese der Schriftform (§ 1904 BGB) und sie muß sich ausdrücklich auf eine solche Behandlung beziehen.*

Daß die *Einwilligung* des (vom Vormundschaftsgericht eingesetzten) *Betreuers oder Bevollmächtigten in eine 'das Leben gefährdende Behandlung' ... der Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes (§ 1904 BGB)* bedarf (Gleiches gelte – davon sei nach der Rechtsprechung (Oberlandesgericht Frankfurt a.M. vom 15.07.1998 - Az. 20 W 224/98) auszugehen – auch für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase), erscheint inkonsequent, soll aber möglichem Mißbrauch der individuellen Stellvertretung entgegenwirken.

Das Oberlandesgericht Frankfurt/Main vom 15.07.1998<sup>8</sup> hat einer zuvor benannten Betreuerin einer Patientin die Entscheidungsbefugnis zu einer Therapiemaßnahme mit potentiell tödlichem Ausgang ab- und dem zuständigen Vormundschaftsgericht zugesprochen. Hier wird eine Rechtsunsicherheit deutlich hinsichtlich des Umfangs der Entscheidungsbefugnis des gerichtlich bestellten Betreuers und der ihn beaufsichtigenden Institution; sie markiert einen Rückschritt aus der persönlichen Stellvertretung in die Letztzuständigkeit der Institution.

Nach der Rechtsprechung des OLG-Urteils hat das Vormundschaftsgericht bei Entscheidungen zu *Maßnahmen ... mit hohem Risiko für Leben und Gesundheit* ohnehin die letztgültige Zustimmungsbefugnis (§1904 BGB); *die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in eine 'das Leben gefährdende Behandlung' bedarf der Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes (§ 1904 BGB)*.

---

<sup>8</sup> Az: W224/98, NJW 1998, 2747 bis 2749

Im September 1999 wurden die Grundsätze in ihrem 5. Abschnitt um „**Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen**“ ergänzt, *da nach wie vor Unsicherheit darüber besteht, wie solche Erklärungen formal und inhaltlich zu gestalten sind und wann und wie sie Gültigkeit haben.*<sup>9</sup>

*Jeder Patient hat ein Recht auf Selbstbestimmung.*<sup>10</sup> So die Einleitung der Präambel. Dieses personale, juristisch geschützte Grundrecht, das auch für den Fall eingeschränkter oder aufgehobener Einwilligungsfähigkeit gewährleistet sein soll – ein Grundrecht, das den Träger solchen Rechtes der Fremdverfügung entzieht – verlangt (für unseren Zusammenhang der Sterbebegleitung) die Achtung *vorsorglicher Willensbekundung*. Wenn auch nicht ausdrücklich, so doch als Assoziation mit der **Selbstbestimmung**, ist der Gedanke der **Autonomie** der Person gegenwärtig. Sie ist als „Grundverfaßtheit“ (Beckmann) zu verstehen, als von der funktionalen Realisierbarkeit aktueller Selbstbestimmung unabhängige **Selbstzweckhaftigkeit**, die wohl situative Fremdbestimmung erlaubt, ja bei krankheitsbedingtem Verlust von Willensäußerung sogar verlangt, nicht aber die Verletzung von **Selbstbestimmtheit**.

Es sind gerade *die umfangreichen Möglichkeiten der modernen Medizin* (Wiederbelebung, lebensverlängernde Maßnahmen bei akuten oder chronischen Erkrankungen, Organersatz oder -transplantation), die *es sinnvoll erscheinen* lassen, Voraussetzungen über gewünschte oder nicht gewünschte Behandlung zu treffen. Das Gespräch *mit dem Arzt ihres Vertrauens* solle den Patienten Gelegenheit geben, über ihre *künftige medizinische Versorgung* zu sprechen und den *Willen* bezüglich medizinischer Maßnahmen am Lebensende *zum Ausdruck zu bringen*. In den Grundsätzen von 1998 werde auf *die Bedeutung solcher Erklärungen am Ende des Lebens hingewiesen*. Dort werden sie *als wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes*, im nächsten Abschnitt als *verbindlich* unter bestimmten Bedingungen dargestellt. Sie sind indiziell für den (mutmaßlichen) Willen.

Angesichts der wenigen in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer angeführten juristischen Paragraphen wird (wie kaum anders zu erwarten und auch eingedenk der Kompetenz nicht anders möglich) die Rechtsverbindlichkeit nicht zwingend deutlich. Was aber von diesen Grundsätzen bleibt, ist der wiederholte Appell

- an die (auszubildende und weiter zu entwickelnde) fachliche und ethische Begründungs- und Kommunikationskompetenz;
- an die individuelle und situative Beachtung des dem Arzt auch zugestandenen Ermessensspielraumes, der jeweils von der Vielschichtigkeit medizinischer Sachverhalte (Status quo, Prognose, therapeutische Möglichkeiten), der Wertorientierung und der Verhältnismäßigkeit mitgeprägt wird;
- an die mehrschichtig zu begründende Entscheidung von Indikation und
- als eine tragende Säule an die Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Kranken, sei es aktuell oder antizipativ geäußert oder stellvertretend vermittelt.

---

<sup>9</sup> Hier sei auf eine „Handreichung für Ärzte und Pflegende zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht“ verwiesen, die von einer Arbeitsgruppe „Sterben und Tod“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen 1998 erarbeitet und herausgegeben wurde.

<sup>10</sup> Dazu Beckmann JP (1998): Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses. Zschr Med Ethik 44: 143 - 156

Unausweichlich ist der hohe Grad moralischer Verpflichtung und Verantwortung des Arztes in der Begleitung sterbender Menschen.

Die notwendigerweise stark auf das Handeln ausgerichteten Grundsätze lassen jedoch die psychische Dimension des Sterbebestandes, des Standhaltens des Arztes in der Sterbebegleitung vermissen. Hier sind die Sensibilität, die Wahrnehmungsfähigkeit für Nuancen des Tones, der Sprache, der Mimik und Gestik, die Befähigung zu offenem Zuhören, zu wachsamem Schweigen gefordert<sup>11</sup>. Auch die Duldung von sich überlagernden, durchmischenden und vielleicht ständig wechselnden Affekten, wie sie von Elisabeth Kübler-Ross<sup>12</sup> (als Sterbephasen, was sie nicht sind im Sinne sich regelhaft in zeitlicher Sequenz ereignender Bewältigungsschritte) beschrieben wurden, die sich in überraschenden Äußerungen und Verhaltensweisen des Kranken zeigen können. Auch das Aushalten der Spannung von erwarteter und angebotener Nähe und notwendiger und noch tolerierter Distanz, der Achtung der Person des Kranken in seinen leiblichen, emotionalen und spirituellen Bedürfnissen und Wünschen.

Vielleicht wird der Arzt auch vor die Sinnfrage des Sterbens, in dem sich ein Leben erfüllen kann, gestellt. Ist es einfach (nur biologisches) Ende oder ist es Abschluß, Überantwortung, Übergang? Immer ist es Abschied. Wir begegnen als Ärzte im Tod und Sterben des Anderen, des Mitmenschen, nicht einem objektiven, neutralen, ungeschichtlichen, apersonalen und beziehungslosen Prozeß und Faktum. Wir begegnen unserer eigenen Endlichkeit und Sterblichkeit und darin unserer Menschlichkeit, diese nicht im Sinne von Humanität sondern von anthropologischer Konstitution. Vielleicht ahnen wir in dieser Begegnung auch die vom Mitmenschen wie von uns selbst zu leistende Aufgabe von Lösung, Abschied, Verzicht, Überantwortung, vielleicht auch von Vergebung und Hingabe, Opfer.

Indem und wie wir unsere eigene Sterblichkeit in der Begegnung erfahren, wird unser Umgang mit Sterbenden, ja auch mit Toten geprägt. Mit der Kategorie des Umgangs (Viktor von Weizsäcker) sei die zirkuläre („zyklomorphe“) Struktur unserer Wahrnehmung, Zuwendung, Einfühlung und Selbsterfahrung in der Begegnung mit dem anderen auch angesichts von Sterben und Tod dargestellt. Unser Umgang mit Sterbenden wird auch von der Selbstbetroffenheit, der konstitutiven Möglichkeit, selbst zu erkranken und zu sterben, mitbestimmt; von unserem Menschenbild, das unser Verständnis des eigenen und des Krankseins des Anderen formt, unserem Bild der Mitmenschlichkeit, die wir im Kranken und Sterbenden gerade auch angesichts des Todes zu achten fähig sind. Unser Umgang wird auch geprägt von der existentiellen Solidarität, die wir in der Begleitung Sterbender zu realisieren fähig sind.

Was von ärztlicher Sterbebegleitung erwartet und wie sie geleistet wird, erfordert eine Reflexion, eine Brechung unseres Selbstverständnisses als Ärzte, unseres Verständnisses von Krankheit und Kranksein. Sie fordert darüber hinaus auch eine Reflexion des gesellschaftlichen Bewußtseins von Sterben und Tod.

---

<sup>11</sup> Kübler-Ross E (1985): Verstehen was Sterbende sagen wollen - Eine Einführung in ihre symbolische Sprache (1. Aufl. als Taschenbuch 1985, Gütersloh, Verlag Gerd Mohn)

<sup>12</sup> Kübler-Ross E (1969): On Death and Dying. London, GB, Tavistock Publications Ltd.



## **Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (11.09.1998)<sup>1</sup>**

### **Präambel**

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten sein kann. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von dem Ziel der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u.a.: Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind vom Arzt zu verantworten. Er muß dabei den Willen des Patienten beachten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen.

### **I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden**

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, daß sie in Würde zu sterben vermögen. Die Hilfe besteht neben palliativer Behandlung in Beistand und Sorge für Basisbetreuung.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, daß eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod her-

---

<sup>1</sup> Zitiert nach: Deutsches Ärzteblatt 1998, Heft 39, vom 29.9.1998, B 1852/3

beiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muß wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige oder nahestehende Personen informieren, es sei denn, der Wille des Patienten steht dagegen. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

## **II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose**

Bei Patienten mit infauster Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden, kommt eine Änderung des Behandlungszieles nur dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muß dem Willen des Patienten entsprechen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktion ersetzt, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapie künstlich in die Länge gezogen werden.

Alle diesbezüglichen Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

## **III. Behandlung bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung**

Patienten mit einer lebensbedrohenden Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggfs. künstlicher – Ernährung ist daher geboten. Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewußtlosigkeit (apallisches Syndrom, sog. „Wachkoma“).

Bei fortgeschrittener Krankheit kann aber auch bei diesen Patienten eine Änderung des Therapieziels und die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in Betracht kommen. So kann der unwiderrufliche Ausfall weiterer vitaler Organfunktionen die Entscheidung rechtfertigen, auf den Einsatz substituierender technischer Hilfsmittel zu verzichten. Die Dauer der Bewußtlosigkeit darf dabei nicht alleiniges Kriterium sein.

Alle Entscheidungen müssen dem Willen des Patienten entsprechen. Bei bewußtlosen Patienten wird in der Regel zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

#### **IV. Ermittlung des Patientenwillens**

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z.B. der Eltern oder des Betreuers, oder des Bevollmächtigten maßgeblich. Diese sind gehalten, zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Bei Verdacht auf Mißbrauch oder offensichtlicher Fehlentscheidung soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden.

Liegen weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten Erklärungen vor oder können diese nicht rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei einer früheren Erklärung des Patienten zu. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahestehende Personen einbezogen werden.

Läßt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so handelt der Arzt im Interesse des Patienten, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.

#### **V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen**

Patientenverfügungen, auch Patiententestamente genannt, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, daß der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Es muß stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen läßt, auch für die aktuelle Situation gelten soll. Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, daß solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfaßt wurden und daß Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst. Bei der Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu. Der Zeitpunkt der Aufstellung hat untergeordnete Bedeutung.

Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber in der Regel schriftlich abgefaßt sein.

Im Wege der Vorsorgevollmacht kann ein Bevollmächtigter auch für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, deren Unterlassung oder Beendigung bestellt werden. Bei Behandlung mit hohem Risiko für Leben und Gesundheit bedarf diese Einwilligung der Schriftform (§ 1904 BGB) und muß sich ausdrücklich auf eine solche Behandlung beziehen. Die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in eine „das Leben gefährdende Behandlung“ bedarf der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 BGB). Nach der Rechtsprechung (Oberlandesgericht Frankfurt a.M.

vom 15.07.1998 - Az: 20 W 224/98) ist davon auszugehen, daß dieses auch für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase gilt.

Betreuungsverfügungen können Empfehlungen und Wünsche zur Wahl des Betreuers und zur Ausführung der Betreuung enthalten.

## **Verzeichnis der Autoren**

GAHL, Prof. Dr. med. Klaus, Chefarzt der Med. Klinik II im Städtischen Klinikum,  
38126 Braunschweig, Salzdahlumer Straße 90

HAAN, Beatrix, leitende Krankenschwester am Hospiz an der Lutter,  
37075 Göttingen, An der Lutter 26

MEIER, Brigitte, ehrenamtl. Mitarbeiterin der Hospizarbeit Braunschweig e.V.,  
38321 Denkte, Ringstraße 19

PRÖNNEKE, Dr. med. Rainer, Oberarzt der Med. Klinik I im Stadtkrankenhaus,  
38226 Salzgitter-Lebenstedt, Kattowitzer Straße 191

SIMON, Dr. phil. Alfred, Geschäftsführer der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.,  
37073 Göttingen, Humboldtallee 36

WITTE, Pater Johannes, Dominikanerkloster Braunschweig,  
38106 Braunschweig, Brucknerstraße 6





## **Akademie für Ethik in der Medizin e.V.**

Die 1986 gegründete Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) ist ein gemeinnütziger Verein mit Geschäftsstelle in Göttingen. Unter ihren Mitgliedern finden sich Ärzte, Pflegekräfte, Philosophen, Theologen, Juristen sowie Angehörige weiterer Professionen.

Die AEM hat sich zum Ziel gesetzt, den Diskurs über ethische Fragen in der Medizin, den Heilberufen und im Gesundheitswesen zu fördern. Hierzu führt sie – häufig in Kooperation mit anderen Institutionen – wissenschaftliche Projekte durch, organisiert Tagungen und Symposien, richtet zur Bearbeitung von Spezialthemen Arbeitsgruppen ein und gibt die Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ heraus.

Besondere Anliegen der AEM sind die Organisation von Begegnungen zwischen Patienten, Ärzten und Pflegenden im Rahmen sogenannter „Patientenforen“. Solche Veranstaltungen, bei denen nicht über sondern mit den Patienten gesprochen werden soll, finden außer in Braunschweig auch in Göttingen, Hannover und Freiburg statt.

### Kontaktadresse:

Dr. Alfred Simon (Geschäftsführer)  
Akademie für Ethik in der Medizin e.V.  
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen  
Tel.: (05 51) 39 96 80, Fax: (05 51) 39 39 96  
E-mail: [info@aem-online.de](mailto:info@aem-online.de)  
Homepage: [www.aem-online.de](http://www.aem-online.de)