

H. Christof Müller-Busch Abschied braucht Zeit

Palliativmedizin und Ethik des
Sterbens



medizinHuman

Suhrkamp

suhrkamp taschenbuch 4368

Abends friedlich einschlummern und im Schlaf sanft hinübergleiten. So stellen sich viele von uns einen guten Tod vor. Für schwerkranke Menschen, deren Lebenszeit begrenzt ist, sind dagegen oft andere Dinge wichtig: ausreichend Zeit für den Abschied, keine Schmerzen zu spüren und dem Tod ohne Furcht begegnen zu können.

Die Palliativmedizin hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Lebensqualität ihrer Patienten in ihrer letzten Lebenszeit zu fördern und ihnen so die Möglichkeit zu geben, in Würde zu sterben. Dabei geht es ihr nicht nur um Schmerztherapie und Angstlinderung, um Trost und Beistand für die Sterbenden und ihre Angehörigen, sondern auch darum, dem Tod Raum und Zeit zu geben, seinen Moment zuzulassen.

H. Christof Müller-Busch war bis 2008 Leitender Arzt am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin. Schwerpunkte seiner klinischen Tätigkeit waren Schmerztherapie und Palliativmedizin. Seit 1994 ist er maßgeblich beim Aufbau der Palliativversorgung in Deutschland engagiert. Er ist Sprecher des Arbeitskreises Ethik und war von 2006 bis 2010 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

H. Christof Müller-Busch

Abschied braucht Zeit

Palliativmedizin und
Ethik des Sterbens

Suhrkamp

medizinHuman
Herausgegeben von Dr. Bernd Hontschik
Band 14

Erste Auflage 2012
suhrkamp taschenbuch 4368
Originalausgabe
© Suhrkamp Verlag Berlin 2012
Suhrkamp Taschenbuch Verlag
Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das
der Übersetzung, des öffentlichen Vortrags sowie der Übertragung
durch Rundfunk und Fernsehen, auch einzelner Teile.
Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
Druck: Druckhaus Nomos, Sinzheim
Printed in Germany
Umschlag: Göllner, Michels, Zegarzewski
ISBN 978-3-518-46368-0

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung des Herausgebers 7

Einleitung 9

Kapitel 1

Palliativ: Geschichte eines Wortes und einer Idee 21

Kapitel 2

Intensivmedizin und Palliativmedizin – Widerspruch oder Ergänzung? 41

Kapitel 3

Tötung auf Verlangen, ärztliche Beihilfe zum Suizid und Palliativmedizin – eine medizinische und ethische Herausforderung 64

Kapitel 4

Respekt vor Autonomie – das Recht des Schwächeren und die Dominanz des Stärkeren 97

Kapitel 5

Essen und Trinken bis zum Abwinken – wie viel Nahrung braucht der Mensch? 120

Kapitel 6

Schmerz bei Sterbenskranken – phänomenologische und therapeutische Aspekte 138

Kapitel 7

Scham, Ekel und Schuld am Lebensende 154

Kapitel 8

Sterbensangst und welcher Tod ist der beste? 171

Kapitel 9

Zeit im Angesicht des Todes 186

Kapitel 10

Was erlebt ein Mensch, wenn er stirbt? Gedanken zum Nahtodphänomen 196

Kapitel II

Zur Bedeutung der Hoffnung in der Medizin 210

Kapitel 12

Humor bei Sterbenden 223

Kapitel 13

Trauer, Rituale und Angehörige 237

Kapitel 14

Wie ich sterben will – was ist mein guter Tod? 251

Dank 277

Anhang 278

Vorbemerkung des Herausgebers

Die Palliativmedizin führte lange ein Schattendasein in der Humanmedizin. Die Palliativmedizin passt eigentlich auch nicht in eine Zeit, in der angeblich alles, wirklich alles machbar ist, wenn man es nur richtig macht. Dass es auch so etwas wie ein Schicksal gibt, dass nicht alles mit Eigenverantwortung, Vorsorge und individueller Kompetenz gemeistert werden kann, das blenden wir konsequent aus. Sportliche Betätigung, gesunde Ernährung, der jährliche Gesundheitscheck, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen von Dickdarm, Haut, Brust, Gebärmutterhals oder Prostata verhindern aber weder Krankheit noch den Tod. Und nicht jeder von uns wird abends einschlummern und im Schlaf einen friedlichen Tod gestorben sein. Es heißt nicht umsonst Todeskampf. Der Tod ist nicht machbar.

Die moderne multimediale Gesellschaft ignoriert das weitgehend. In der Medizin hingegen ist in den letzten Jahrzehnten ein Umschwung zu beobachten. Die Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Tod hat heute sogar einen Platz in der Ausbildung von Medizinstudenten, wenn auch erst seit 2012.

Die Auseinandersetzung mit palliativer Medizin ist vielschichtig. Sie besteht zum einen darin, dass die Medizin – ganz im Gegensatz zur Machbarkeits-Ideologie – anerkennt, dass es Situationen gibt, in denen sie nichts machen kann, nämlich nichts im Sinne der hyperaktiven, hypermodernen, hypertechnisierten Heilungsmaschinerie, die die zunehmend profitorientierte Humanmedizin längst in den Griff genommen hat. Aber ist das wirklich nichts? Wo sich die Humanmedizin zur Palliativmedizin bekennt, zum Lindern, zum Begleiten, zum individuellen Bemühen um Würde im Sterben, da ist eine veränderte Haltung gefragt.

Denn sofort sieht sich die Humanmedizin unweigerlich auch mit schwerwiegenden Konflikten konfrontiert, die ethischer, politischer, ja philosophischer Natur sind und eben einer Haltung bedürfen: Es bedarf einer Haltung zur Sterbehilfe. Es bedarf einer Haltung zur Euthanasie. Es bedarf einer Haltung zu spirituellen Kontexten. Es bedarf einer Haltung zur Individualität des Menschen, nicht nur, aber auch in seiner Krankheit, und nicht nur, aber auch in seinem Sterben und seinem Tod.

In dem Wort Haltung steckt das Wort Halt. Dieses Buch, geschrieben von einem der bekanntesten Palliativmediziner Deutschlands, wird dazu beitragen, dass Haltung gefunden werden kann, aber auch Halt. Es kann Patienten einen Halt geben, die sich am Lebensende angekommen wissen und ein Gegenüber dringend brauchen, wenn das einsame und würdelose Sterben ein Ende haben soll. Es kann Angehörigen einen Halt geben, denen Begleiten und Trennenmüssen mehr abverlangt, als sie es zuvor vielleicht ahnen konnten. Es kann Medizinstudenten, es kann junge und erfahrene Ärzte an die Konzeptionen, Widersprüche und Auseinandersetzungen der Palliativmedizin heranführen und ihnen einen Halt geben beim Finden der eigenen Haltung.

Die Reihe *medizinHuman* hat den Anspruch, mit jedem einzelnen ihrer Bücher und in ihrer Gesamtheit Theorie und Praxis der Humanmedizin mit politischen und sozialen Konzepten einer solidarischen Gesellschaft zu verbinden. Diesem Anspruch wird der hier vorliegende vierzehnte Band der Reihe *medizinHuman* in besonderer Weise gerecht.

Einleitung

»Warten ist geschenkte Zeit«, erklärte mir Herr F. bei der morgendlichen Visite. Eigentlich hatte ich gedacht, dass der 73-jährige ehemalige Versicherungsmakler das Wochenende nicht überleben würde. Etwas verwundert begrüßte ich ihn mit den Worten: »Schön, dass wir uns wiedersehen.« Wegen einer aggressiven Erkrankung des blutbildenden Knochenmarks waren in den letzten Wochen immer häufiger Bluttransfusionen notwendig geworden, die ihn zwar für kurze Zeit etwas kräftiger werden ließen, das Fortschreiten der Erkrankung insgesamt aber nicht aufhalten konnten. Vor wenigen Tagen hatte er sich entschieden, auf diese lebensverlängernden Maßnahmen zu verzichten, nicht mehr um jede Woche, jeden Tag zu kämpfen. Sechs Jahre waren vergangen, seit man ihm die Diagnose der tödlichen Erkrankung mitgeteilt hatte – sechs Jahre des Kampfes, aber auch sechs Jahre intensiven Lebens. Bis zuletzt hatte er alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft – nun konnten die Ärzte nichts mehr gegen die Krankheit tun.

Er sah mich an und fragte: »Wie lange wird es noch dauern?« »Wie wichtig ist es Ihnen, das zu wissen?«, fragte ich zurück, und er antwortete: »Zum ersten Mal in meinem Leben empfinde ich das lange Warten nicht als einen Verlust an Zeit, sondern als Gewinn. Aber ich möchte den Moment des Todes nicht versäumen. Je länger ich warte, umso wichtiger wird die Gegenwart. Nun aber warte ich auch auf den rechten Augenblick, auf den Moment des Todes, um ihm in vollem Bewusstsein begegnen zu können.« Zwei Tage später starb Herr F. – im Gesicht des Toten fanden sich nur Ruhe und Frieden, keine Spuren von Kampf, Erschöpfung oder Schmerz.

In Deutschland sterben jährlich ca. 850 000 Menschen, etwas mehr als 1 Prozent der Bevölkerung. Mehr als 70 Prozent der im Jahr 2009 verstorbenen Menschen starben nach einer längeren Phase des Krankseins oder nach einer längeren Phase der Pflegebedürftigkeit im Alter, begleitet von Schwäche und Demenz. Nur 10 Prozent starben z. B. an einem plötzlichen Herztod, durch einen Unfall oder Suizid, ohne dass medizinische Entscheidungen und Maßnahmen in der Endphase des Lebens erfolgten. Die restlichen 20 Prozent starben nach einer kurzen Phase des Krankseins, in denen sich das Spannungsfeld zwischen kurativen und palliativen Behandlungsansätzen besonders deutlich zeigt. Auch wenn sich die Vorstellungen über den Sterbeort im Laufe fortschreitender Erkrankungssituationen verändern können, wünschen sich die meisten Menschen, zu Hause zu sterben. Doch noch immer stirbt fast die Hälfte von ihnen in Krankenhäusern und knapp ein Drittel in Pflegeeinrichtungen. Die meisten Sterbenden im Krankenhaus werden zuletzt auf einer Intensivstation behandelt. Dabei hängt die Sterbesituation stark von den regionalen und sozialen Bedingungen ab und wird durch Unterschiede in Struktur, Umfang, Art und Verfügbarkeit der palliativmedizinischen Versorgung bestimmt.

Im Verlauf des 20. Jahrhunderts ist das Sterben mehr und mehr ins hohe Alter verdrängt worden. Vor 100 Jahren starben noch über 60 Prozent der Menschen vor dem 60. Lebensjahr, heute sind es weniger als 10 Prozent. Das Spektrum der Krankheiten, die heute »tödlich« sind, hat sich gewandelt, und damit auch die Verlaufsformen am Ende des Lebens. Während um 1900 oft rasch verlaufende Infektionskrankheiten als Todesursache noch ganz im Vordergrund standen, starben im Jahr 2005 fast 50 Prozent der Menschen infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung im höheren Alter, oft verbunden mit Multimorbidität und längerem Krankheitsver-

lauf. Die »jungen« Alten dagegen starben häufiger an Krebserkrankungen.¹

Gerade in der heutigen Zeit mit ihrem hochspezialisierten Kampf gegen Krankheit und Tod hat die differenzierte Lindering und Begleitung individuellen Leidens in der medizinischen Welt lange zu wenig Beachtung und Anerkennung gefunden.² Durch die Möglichkeiten von Intensiv-, Chemo- und Immuntherapie, spezialisierten Operationen, Organersatz und moderner Medizintechnologie können zwar viele Krankheiten zumindest zeitweilig aufgehalten und Leben verlängert werden, die gewonnene Lebenszeit ist jedoch häufig auch mit einer Zunahme physischen und psychischen Leidens verbunden. Inzwischen aber werden die dadurch hervorgerufenen medizinischen und sozialen Probleme endlich verstärkt thematisiert, was dazu geführt hat, dass Palliativmedizin eine nicht nur im Rahmen der medizinischen Versorgung, sondern auch im Rahmen der ethischen und gesundheitspolitischen Debatte über würdiges Sterben herausragende und von allen Seiten anerkannte Bedeutung erlangt hat.

Ein Grundanliegen der Palliativmedizin ist es, die Lebensqualität von Patienten in der letzten Lebenszeit zu fördern. Dabei geht es nicht nur um Schmerztherapie und Angstlinderung, um Trost im Abschied und Beistand für die Sterbenden und ihre Angehörigen. Dem Tod seinen Raum, seine Zeit zu geben, seinen Moment zuzulassen, beinhaltet auch die Frage nach seinem Sinn. Letztlich geht es um die Möglichkeit, die vielleicht wichtigste Zeit im Leben der Menschen miteinander so zu gestalten, dass sie in ihrer Bedeutung für die Sterbenden, aber auch für die Angehörigen erfahrbar und erlebbar wird. Der von der Begründerin der modernen Hospizbewegung Cicely Saunders stammende Gedanke, der Zeit im Angesicht des Todes mehr Leben zu schenken, anstatt um jeden

Preis Lebenszeit zu verlängern, bezieht sich allerdings nicht nur auf eine medizinische Aufgabe, sondern stellt auch eine gesellschaftliche Herausforderung dar, die angesichts der demographischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die Frage, wie die letzte Zeit des Lebens gestaltet werden soll, ist eine Frage, die uns alle angeht – auch wenn sich die wenigsten damit beschäftigen möchten. Insofern beginnt palliative Betreuung nicht erst mit dem Beginn des Sterbens.

Die zunehmende Lebenserwartung und die damit verbundene Zunahme an Beschwerden durch chronische Erkrankungen haben inzwischen zu der Erkenntnis geführt, dass die Orientierung auf eine Verlängerung des Lebens nicht unbedingt immer mit einer Verbesserung der Lebenssituation und der Lebensqualität einhergeht. Was genau für einen Patienten in Grenzsituationen fortgeschrittener Erkrankung angemessen, sinnvoll und wertvoll ist, wird nicht nur innerhalb der Ärzteschaft, sondern auch bei Pflegenden, Patienten und Angehörigen kontrovers diskutiert. In Zukunft wird die Versuchung, in der Konfrontation mit unheilbaren Erkrankungen experimentelle Behandlungsverfahren mit immer höherem Risiko auch in aussichtslosen Situationen anzuwenden, zu nehmen und den wissenschaftlichen und therapeutischen Ehrgeiz bestimmen. Palliative Aspekte sollten aber nicht erst dann erwogen werden, »wenn nichts mehr getan werden kann«, sondern sie sollten kurative Behandlungsstrategien besonders in der Onkologie und in der Altersmedizin schon früh begleiten und ergänzen. Fritz Hartmann hat darauf hingewiesen, dass ein guter Arzt nicht nur das Gesundsein und Gesundwerden im Blick haben sollte, sondern dass er auch ein Sterbekundiger sein müsse.³ Es geht also nicht nur darum, die Krankheit zu behandeln oder durch einen Verzicht auf Behandlung das Sterben zuzulassen, sondern auch darum, in der Patienten-Arzt-Beziehung den Lebensabschied zu

würdigen. Die Beziehung des kranken Menschen zu seinem Arzt wird dabei durch ein Ungleichgewicht bestimmt, da der Arzt schon allein durch seine fachliche Kompetenz, sein Wissen und seine Erfahrung einen Informationsvorsprung für die Begleitung – ein Wort, das auch ›Leitung‹ enthält – des Sterbenden hat. Er muss das in ihn gesetzte Vertrauen so aufnehmen, dass die Kompetenz des Betroffenen im Kranksein, seine Erfahrungen und Werte diese Begleitung mitbestimmen.

Die Erwartungen des sterbenden Patienten an den Arzt und umgekehrt die des Arztes an den sterbenden Patienten unterscheiden sich. Die Frage, ob man den Tod zulassen oder ihm doch nochmals ein »Schnippchen schlagen« sollte, erschwert oft die persönliche Begegnung und die Kommunikation im Verlauf der Behandlung. Dabei ist auch die Begleitung des Sterbenden häufig noch allzu sehr von der Konzentration auf Befunde bestimmt, besonders dann, wenn es um Entscheidungen geht, die sich auf sogenannte objektive Kriterien und Fakten zu stützen versuchen. In der Begleitung des Sterbenden kommt es aber nicht nur auf die Befunde an. Durch Achtsamkeit auf Befindlichkeit und Beachtung von Intuition kann das Besondere einer Sterbesituation körperlich und seelisch gespürt werden. Die vielfältigen Manifestationen der Befindlichkeit in der Sterbephase wie Trauer, Schmerz, Angst, Scham, Wut, Unsicherheit oder Gelassenheit begleiten die Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehung. Palliative Kompetenz bezieht sich ganz besonders darauf, diese Aspekte aufzunehmen und zum Thema zu machen. Sensibilität für – oft situative – Befindlichkeitsaspekte, wobei auch die Bewusstheit der eigenen Sterblichkeit angesprochen wird, ist ein wichtiges Element einer guten Sterbebegleitung.

Die Frage nach dem Sinn, existentielle und spirituelle Aspekte der Endlichkeit und der Unabwendbarkeit des Todes

stehen in der Sterbebegleitung immer im Raum – und können zu unterschiedlichen Reaktionen führen: Abwehr, Verdrängung, Schuld, Übergangsrituale, Phantasien zu Tod und Jenseits, Wünsche an Angehörige und Annahme des Todes. Aufgabe des Arztes in einer guten Patienten-Arzt-Beziehung ist es dann, Perspektiven zu finden und sicherlich, wenn nötig, auch Trost zu spenden, wobei es in keiner Weise darum geht, den anderen zu überzeugen, sondern darum, ihn auf seinem Weg zu unterstützen.⁴

Balfour Mount, einer der Pioniere der modernen Palliativmedizin, hat in einer faszinierenden qualitativen Untersuchung vor einigen Jahren gezeigt, inwieweit die Anpassung an fortgeschrittene Erkrankungssituationen unterstützt und die Qualität des Lebens verbessert werden konnte, wenn die Sinnbestimmung in begrenzter Zeit bei der Begleitung des Sterbenden in der Phase des Abschieds mit aufgenommen wurde. Für Lebensqualität in der Sterbephase sind vier »Heilkräfte« wichtig: das Gefühl von Selbstsein und Integrität im Angesicht des Todes, das Bewusstsein eines die Zeit überdauernden Verbundenseins zu anderen, spirituelle Erfahrung von Sinn sowie die Zuversicht einer universellen Transzendenz.⁵

Als K. krank wurde, waren G. und K. schon lange ein Paar. Vor 20 Jahren hatte K. wie durch ein Wunder einen schweren Motorradunfall überlebt. Trotz seiner Behinderung infolge des Unfalls engagierte sich K. ehrenamtlich als Streetworker. Als Ursache der rasch fortschreitenden Lähmungen und Wesensveränderungen, die zunächst als Unfallfolge falsch diagnostiziert wurden, stellten die Ärzte im Krankenhaus schließlich nicht mehr heilbaren Hautkrebs fest. K.s ungebrochen starker Lebenswille hatte dazu geführt, dass er den Fortschritt der Krankheit so lange igno-

riert hatte, bis es zu spät war. Trotz intensiver Behandlung verschlechterte sich sein Zustand rasch. Prognose: wenige Wochen, vielleicht einige Monate. Die zunehmende Lähmung hatte inzwischen zu völliger Bettlägerigkeit und zu Schluckbeschwerden geführt. Während der gesamten Zeit wurde K. liebevoll von G. begleitet.

An einem Sonntagmorgen eröffnete mir G. zwei Wünsche: 1. Wir wollen heiraten – so schnell wie möglich; und 2. Wir wollen noch einmal gemeinsam an die Ostsee fahren. Der erste Wunsch konnte innerhalb weniger Tage durch gute Kooperation einer verständnisvollen Standesbeamten erfüllt werden, der zweite Wunsch gestaltete sich schwieriger: Die Vorstellungen des Paares, in einem Wohnwagen einige – vielleicht sogar die letzten – Tage an der Ostsee verbringen zu können, stieß auf medizinische und moralische Bedenken, ganz abgesehen von den organisatorischen Problemen. Ein extrem heißer und schwüler Sommer und die Vorstellung, die letzten Tage des Lebens in einem nicht ausreichend klimatisierten Wohnwagen ohne professionelle Betreuung zu verbringen – dafür fand sich im Pflegeteam und bei den Ärzten keine rechte Zustimmung. War dies nicht eine allzu romantische Vorstellung eines guten Sterbens angesichts der massiven Schmerz- und Schluckprobleme, die bei K. immer wieder notfallmäßige Interventionen erforderlich machten? Darf palliative Fürsorge auch zulassen, dass sich das selbst gestaltete Sterben in einem Raum vollzieht, der aus ärztlicher und menschlicher Sicht eher als belastend und quälend angesehen werden muss? Es gab lange Diskussionen über mehrere Tage, bis die Entscheidung dadurch erleichtert wurde, dass das nahende Lebensende immer offensichtlicher wurde. Nur wenige Wochen nach der Hochzeit starb K., im Rooming-In liebevoll begleitet von seiner Ehefrau.

Einige Zeit später schrieb sie uns einen Brief:

»Wir machen Flitterwochen – das war unser Entschluss nach der Nottrauung. Wir wurden nie enttäuscht. Die letzten Wochen waren die schmerzhaft-schönsten unserer neunjährigen Beziehung. Das erste Mal in seinem bewegten Leben habe ich meinen Mann wirklich an der schwersten seiner vielen Erkrankungen zerbrechen sehen. Er ist seinen Weg würdevoll und tapfer abgeschieden und hat den Kelch bis zum letzten bitteren Tropfen geleert. Als er die Übermacht der Erkrankung spürte und annahm, konnte er schon kaum noch sprechen. Und letzten Endes begriff ich, dass ich sein nötigstes Recht schützen musste. ›Wir können nicht lange in die Sonne blicken und wir können dem Tod nicht immer ins Auge sehen‹, hat Elisabeth Kübler-Ross geschrieben. Durch seinen früheren Motorradunfall war K. drei Mal klinisch tot. Er wusste und spürte, wovor er seinen unerschütterlichen Lebensmut schützen musste. Es war für uns das Schwerste mitzuerleben, wie schwierig Wollen, Fühlen und Denken, Bewegen und Sprechen werden, wenn einem der Tod in den Nacken steigt. Wir konnten es schließlich ertragen, allerdings nur durch die Nähe und Wärme einer schützenden und heilvollen Gemeinschaft. K. wurde seinem Ende entgegengetragen auf einem Fluss voller Liebe und Sorgsamkeit. Er starb nicht schnell und auch nicht leicht. Aber er zeigte uns jeden Tag, dass Dankbarkeit über Horizonte tragen kann. Mit ihm ist wiederum eines der Königskinder von dieser Erde gegangen. Als heute Morgen der Regen begann, hatte ich das Gefühl, die ganze Welt würde um seinen Tod weinen. Mit Dank dafür, dass es möglich wurde, dies in aller Würde auszuleben und ihm das beste Ende zu bereiten. Eure G.«

Lebensqualität in der Sterbephase zu ermöglichen, bedeutet zunächst einmal, den anderen zu respektieren. Die Vermeidung sinnlosen Leidens am Ende des Lebens macht es aber immer wieder auch notwendig, Entscheidungen zu treffen. Diese Entscheidungen erfordern nicht nur einen Dialog auf der Grundlage von Vertrauen, Verantwortungsbewusstsein und Verständnis, sondern auch die Bereitschaft, die letzte Wegstrecke des Sterbens mit kompetenter Zuwendung und helfend zu begleiten.

Palliativmedizin ist nicht nur ein besonderes medizinisches Konzept, und keineswegs nur eine neue Spezialdisziplin. Wie im vorliegenden Band deutlich werden soll, bedeutet Palliativmedizin in besonderem Maße auch Wertorientierung, indem sie die Grenzen therapeutischen Handelns respektiert und die Kommunikation über die in den letzten hundert Jahren schmerzlich missachteten und vernachlässigten ethischen Grundlagen medizinischer Moral und menschlichen Miteinanders wieder ins Bewusstsein zu bringen versucht. Menschen in der letzten Lebensphase erwarten nicht nur hohe fachliche Kompetenz, sondern sie benötigen in besonderer Weise Zuwendung, wertfreies Interesse, Erreichbarkeit, Wahrhaftigkeit, Unvoreingenommenheit und Empathie. Zudem erwarten sie Authentizität und u. U. auch die Bereitschaft, sich Konflikten zu stellen und diesen nicht auszuweichen. Wenn Menschen in Grenzsituationen sich in ganz unterschiedlicher Weise mit existentiellen Fragen beschäftigen, z. B. dem Sinn des Weiterlebens bei einer aussichtslosen Prognose, ist es häufig schwierig, in den verschiedenen Phasen einer nicht heilbaren Erkrankung Aspekte der Hoffnung und Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln. So hat Palliativmedizin auch die Aufgabe, sich der mythischen und häufig tabuisierten Trennlinie zwischen Krankheit und Tod anzunähern und die Schicksalshaftigkeit, vielleicht sogar die Frage

nach dem Sinn von Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod, aber auch die Frage eines autonomen Sterbens wieder im Zusammenhang mit der Gewissheit des Todes unter ethischen Gesichtspunkten zu reflektieren und zu thematisieren. Die Todesverdrängung unserer Gesellschaft ist die Begleiterscheinung einer Entwicklung, in der durch die zunehmenden Möglichkeiten der Lebensvernichtung die Verantwortung für den Erhalt des Lebens, aber auch für das Sterben in die Hände der Menschen selbst gelegt ist. Sie ist aber auch Bestandteil einer Entwicklung, in deren Verlauf das Bemühen um eine gemeinsame orientierende Lebensvorstellung und Weltanschauung verlorengegangen ist.

Die mit der Palliativmedizin verbundene Hinwendung zum Menschen und nicht nur zu seinen Krankheiten sollte für eine paradigmatische Rückbesinnung der Medizin wegweisend sein. Das naturwissenschaftlich dominierte Krankheitskonzept wird ergänzt werden müssen durch ein wissenschaftliches Weltbild, das eine Synthese der Natur- und Geisteswissenschaften sowie auch der Sozial- und Kulturwissenschaften zur Grundlage hat. Mehr denn je benötigen wir jedoch die Zusammenfassung des erforschten Wissens über den kranken und sterbenskranken Menschen in einer übergeordneten Wissenschaftsdisziplin: einer medizinischen Anthropologie. Eine humane Medizin, die die Betreuung und Begleitung des Sterbenskranken und Sterbenden zu ihren Aufgaben zählt, ist auch ein Gradmesser für das humane Miteinander einer Gesellschaft.

Dieses Buch wurde geschrieben vor dem Hintergrund vieler Begegnungen mit sterbenskranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen. Für mich als Arzt waren diese Erlebnisse mit Sterbenden immer wieder mit der Frage verbunden, wie wir uns einer Grenze annähern können, mit der

wir keine eigene Erfahrung haben, der sich aber niemand entziehen kann. Diese Grenze zu überschreiten, steht uns allen irgendwann bevor, und vielleicht sollten wir der Vorbereitung auf sie und Auseinandersetzung mit ihr mehr Bedeutung schenken. Nur wenige sind allerdings bereit, dies auch zu tun. Das vorliegende Buch ist der Niederschlag meiner Erfahrungen im Umgang mit Sterbenskranken sowie der Gedanken und Erkenntnisse, die mich zu der Überzeugung gebracht haben, dass durch die ›Wiederentdeckung‹ des palliativen Gedankens in der Medizin ein wichtiger Schritt geleistet wurde, dem Thema Sterben und Tod in der Gesellschaft wieder einen höheren Stellenwert zukommen zu lassen – besonders auch im Hinblick auf die Bestimmung eines würdigen Sterbens. Die einzelnen Kapitel dieses Buches behandeln Fragen und Probleme, die sterbenskranke Menschen und ihre Angehörigen immer wieder bewegen. Neben medizinischen Aspekten ergeben sich dabei vor allem ethische und kommunikative Herausforderungen. Sachliche Informationen sollen die Kommunikation über diese Fragen und Probleme aus unterschiedlicher Perspektive erleichtern. Ein wichtiger Aspekt sind die existentiellen Fragen, die Menschen in der Vorphase des Sterbens auf ganz unterschiedliche Weise beschäftigen, z. B. die Frage eines guten, würdigen Sterbens, die Bedeutung von Nahtoderfahrungen, Hoffnung, Trauer und Ritualen. Ganz bewusst wurde auch ein Kapitel zum Humor eingefügt. Das mag manchem zunächst befremdlich erscheinen, aber auch in der Nähe des Todes gibt es viel zu lachen. Mit skizzenhaft eingefügten Anekdoten, Zitaten und Kommentaren möchte ich zudem ein empathisches Verstehen ermöglichen.

Das vorliegende Buch soll jedoch weder ein Lehrbuch sein, noch erhebt es den Anspruch, alle Aspekte zu behandeln, die aus der Sicht sterbenskranker Menschen und in deren Betreuung wichtig sind. Es wendet sich an Angehörige und Begleiter