

Marius Menke¹
Paderborn/Osnabrück

***Spiritual Care* als ethisches Instrument bei Sterbewünschen multimorbider und chronisch kranker Patienten unter thanatsoziologischen Gesichtspunkten**

1. Gesellschaftlicher Wandel im Umgang mit Sterben und Tod aus thanatsoziologischer Perspektive

Pflegebedürftige Menschen die Sterbewünsche artikulieren, tun dies unter veränderten soziologischen Bedingungen, die in engem Zusammenhang mit einem gesellschaftlichen Wandel im Umgang mit Sterben und Tod in Deutschland stehen. Um Sterbewünsche richtig einordnen und ihnen entgegen zu können, ist es notwendig, diesen gesellschaftlichen Wandel zu berücksichtigen.² Diese Zusammenhänge untersucht neuerdings die Thanatsoziologie, die sich als interdisziplinäre Wissenschaft von Sterben und Tod aus dem Kanon der Geisteswissenschaften als Subsystem herausgelöst hat. Ein wesentliches Begründungskriterium für den laufenden Transformationsprozess ist nach einhelliger Meinung die systemische Ausdifferenzierung moderner Gesellschaften.³ Demnach erfahren laut Klaus Feldmann die Menschen Tod und Sterben immer weniger durch „Primärerfahrungen“ – also einen direkten Kontakt mit Sterben, – sondern verstärkt durch „Sekundärerfahrungen“ – also Erfahrungen, vermittelt über die verschiedenen (Sub-)Systeme einer ausdifferenzierten Gesellschaftsstruktur.⁴ Die Menschen „moderner Gesellschaften entkommen nur scheinbar

¹ Marius Menke - Dipl.-Theol., B.A. (Pol. Sc.), Promovend an der Theologischen Fakultät Paderborn und Stipendiat der Konrad-Adenauer-Stiftung, E-Mail: marius.menke@googlemail.com.

² Vgl. H. Knoblauch/A. Zingerle, *Thanatsoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, [in:] Dies. [Hg.], *Thanatsoziologie*, Berlin 2005, S. 11-27.

³ Vgl. dazu insgesamt den Sammelband von Th. Benkel/M. Meitzler [Hg.], *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*, Wiesbaden 2019.

⁴ Vgl. K. Feldmann, *Sterben in der modernen Gesellschaft*, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 23-40, 24.

dieser Problematik einer ‚Entwirklichung‘, indem sie eine naturwissenschaftliche und vor allem medizinische ‚Objektivität‘ akzeptieren und somit einen großen Konsens finden.“⁵ Die Fortschritte in der modernen Medizin seit der Mitte des 19. Jahrhunderts führten im Vergleich zu vorindustriellen Zeiten zu einem starken Anstieg der Lebenserwartung⁶, womit gleichzeitig eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität einherging. Objektiv gesehen hat sich dadurch der Sterbeprozess verlängert, obwohl oder gerade weil sich medizinische Therapiemöglichkeiten auf einem immer höheren qualitativen Niveau bewegen.⁷ Diese Entwicklung ist mitverantwortlich für den Wandel im Umgang mit Tod und Sterben in der deutschen Gesellschaft.⁸ Gehörte der Tod früher als reale Möglichkeit zum Alltag aller Altersstufen, wird er heute als Endpunkt eines längeren, von multimorbiden Krankheitsverläufen geprägten, Prozesses erfahren. So kommen Menschen durch das Sterben von Zugehörigen erst im späteren Lebensverlauf direkt mit dem Tod in Berührung. Die für gesunde Personen als unangenehm empfundenen Begleiterscheinungen des Sterbeprozesses haben dazu geführt, dass das Sterben zunehmend biographisch, sozial und räumlich marginalisiert wurde.⁹ Sterbende Menschen wurden flächendeckend in die Hände von professionell pflegenden und behandelnden Einrichtungen gegeben.

⁵ Ebd.; siehe zum Hintergrund auch die neueste Studie zu den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen in Deutschland von F. Thieme, *Sterben und Tod in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatosoziologie*, Wiesbaden 2018.

⁶ Vgl. für eine knappe Darstellung der Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland R. Rau/G. Doblhammer, *Zur Epidemiologie des Sterbens in der deutschen Gesellschaft. Entwicklung von Lebenserwartung, Todesursachen und Pflegebedarf am Lebensende*, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, S. 3-22, 5-10.

⁷ Vgl. zur Verlängerung der Sterbephase und die Entwicklung der Todesursachen Rau/Doblhammer, *Zur Epidemiologie des Sterbens*, S. 10-13. Rau und Doblhammer zeichnen die historische Entwicklung der Lebenserwartung nach, die einen direkten Einfluss auf die Dauer der Terminalphase hat. Nachdem die Lebenserwartungen bis zuletzt rasant angestiegen waren, werden die Zugewinne aufgrund bislang unheilbarer Krankheiten immer geringer. „Das Spektrum der Todesursachen verschiebt sich hin zu chronischen Krankheiten wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebs und anderen“ (11). Die Terminalphase weitet sich so aus und ist geprägt von einem äußerst schmerzhaften Krankheitsverlauf. Abdel Omran rechnet daher mit einer Zunahme von Sterbewünschen, verursacht durch chronifizierte und unheilbare Krankheiten, gerade weil der Versuch diese Krankheiten zu therapieren die Leidenszeit verlängert. Vgl. A. R. Omran, *The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change*, [in:] M. M. Fund Q 49 (1971), S. 509-538.

⁸ Diese Sicht wird gestützt durch die Studie der Soziologin I. Saake, *Gegenwärtigen des Todes im 21. Jahrhundert*, [in:] APuZ 4 (2008), 5-6; ferner dies., *Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung*, Wiesbaden 2006.

⁹ Vgl. St. Stadelbacher/W. Schneider, *Zuhause Sterben in der reflexiven Moderne. Private Sterbewelten als Heterotopien*, [in:] Th. Benkel [Hg.], *Die Zukunft des Todes. Heterotopien des Lebensendes*, Bielefeld 2016, S. 61-84.

Der Alltag von Hinterbliebenen wird häufig nur kurz unterbrochen, um sich um Begräbnisse und Trauerriten zu kümmern. Früher hingegen traf der Tod die Menschen inmitten der Erfüllung und Erledigung ihrer Aufgaben und Pflichten, die auf den Ablauf eines übergeordneten Ganzen ausgerichtet sind, also in die Kontexte von Familie und Beruf gehören. Die Sterbenden heute sind größtenteils aus dem gesellschaftlichen Funktionsgefüge herausgenommen; ob sie zu Hause oder in einer Einrichtung sterben. Die Sorge vor einem plötzlich eintretenden Tod hat sich verlagert auf die terminale Phase am Lebensende. Noch vor einigen Jahren war das Sterben nicht nur eine Sache des Einzelnen, sondern in ein größeres familiäres oder gesellschaftliches Umfeld eingebettet, in der die Sterbenden eine natürliche Sterbebegleitung erfuhren. Während aufgrund der wachsenden Mobilität und der Individualisierung der Angehörigen die Zahl der häuslichen Familiengemeinschaften kontinuierlich zurück geht, führt der demographische Wandel dazu, dass immer weniger junge Menschen eine stetig wachsende Zahl an alten Menschen (professionell) pflegen, beziehungsweise versorgen muss.¹⁰ „Aus dem Sterben in der Solidarität der Gesellschaft, der Geborgenheit und Fürsorge der Glaubensgemeinschaft, Ortsgemeinschaft und Familie ist das professionell begleitete, langsame Sterben und nicht selten ein einsamer Tod geworden.“¹¹

Wunsch und Wirklichkeit klaffen dabei oft auseinander. Heute sind es mehrheitlich fünf Orte, an denen sterbende Menschen die letzten Monate verbringen: Krankenhäuser, Intensivstationen, Pflegeheime, Palliativstationen und Hospize sowie das Eigenheim. Der Ort hat einen äußerst gewichtigen Einfluss auf die Qualität des Sterbeprozesses, als auch auf die Verfügbarkeit einer bestmöglichen Sterbebegleitung. Er kann ferner ausschlaggebend dafür sein, dass Patienten überhaupt erst einen Sterbewunsch äußern. Eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung hat ergeben, dass 76 % der Befragten das Eigenheim als gewünschten Sterbeort angaben, während 10 % in einem Hospiz, 6 % in einem Krankenhaus und nur 2 % in einem Alten- oder Pflegeheim sterben wollen.¹² Diese Angaben

¹⁰ Vgl. anstelle zahlreicher Studien nur die neuesten der Bundesagentur für Arbeit [Hg.], *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*, Mai 2018. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> [04.09.2018]; ferner M. Isfort, / R. Rottländer / F. Weidner et al., *Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln 2016. Online verfügbar unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf [04.09.2018].

¹¹ M. Wasner, *Keiner stirbt für sich allein. Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfelds bei Sterbenden*, [in:] F.-J. Bormann/ G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, S. 82-94 ,83.

¹² Vgl. G. Wolfgang, *Faktencheck Gesundheit 2015*. Online verfügbar unter: [103](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/Faktencheck/Diagramme/Palliativversorgung/Dia-</p></div><div data-bbox=)

divergieren teils extrem mit dem tatsächlichen Sterbeort. 2013 starben 20 % zu Hause, 3 % in einem Hospiz, 46% in einem Krankenhaus und 31 % in einem Alten- oder Pflegeheim. Diese Diskrepanz ist ein Indikator für einen heteronomen Sterbeprozess, der Anlass zu der These gibt, dass ein selbstbestimmtes Sterben – zumindest bezogen auf den Sterbeort – in wenigen Fällen möglich scheint. Dass die meisten Todesfälle im Krankenhaus stattfinden wird sich in Zukunft nicht signifikant verändern, auch wenn durch neue Maßnahmen wie die „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung“ zunehmend Patienten ein umsorgtes Sterben im Eigenheim ermöglicht wird. Die Angst vor einem vereinsamten Sterben im Krankenhaus wird genährt durch Erfahrungen und Berichte, die Sterbende in Krankenhäusern als „Betriebsstörung“ oder „negativen Kostenfaktor“ darstellen und den Leichnam eilends und ohne Aufsehen in den Kühlraum überführen.¹³ In jüngster Zeit ist es – zudem auch in konfessionellen Krankenhäusern – erneut üblich geworden, dass Patienten in einem Drei-Bett-Zimmer versterben und jenes Krankenbett nach kürzester Zeit wieder belegt wird.¹⁴ Priorisierung und Rationalisierung sowie ein pragmatischer Umgang mit den vorhandenen Ressourcen, die als Gründe für derlei Umstände namhaft gemacht werden müssen, machen im Übrigen auch vor konfessionellen Krankenhäusern nicht halt.¹⁵ Die meisten Menschen sterben im Krankenhaus allerdings nicht auf Behandlungsstationen, sondern auf Intensivstationen. Die Diskrepanz zwischen kurativen Therapien und begleitetem Sterben ist hier besonders hoch. Sterbewünsche werden häufiger geäußert, um der Einsamkeit und dem furchterregenden Umfeld zu entfliehen. Zwar unterstützen die funktionalen Räumlichkeiten keinesfalls eine gute Sterbebegleitung, allerdings sind die medizinische Versorgung und die Möglichkeit der Schmerzlinderung auf Intensivstationen besonders hoch.¹⁶

gramm-Sterbeort-Wunsch-und-Wirklichkeit.jpg [09.08.2018]. Zu diesem Topos wurden zahlreiche qualitative und quantitative Untersuchungen durchgeführt, die zu teilweise stark divergierenden Ergebnissen gekommen sind. Andere Zahlen finden sich etwa bei B. Dasch et al., *Sterbeorte. Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts*, [in:] *Deutsches Ärzteblatt*, 112 (2015), S. 496-504, 498: Hier liegen die Todesfälle in Krankenhäusern bei 54 %, die in Pflegeheimen bei 19 %. Für die Korrelation von Sterbeort und Sterbeortwunsch im Zusammenhang mit Sterbewünschen vgl. G. D. Borasio, *Über das Sterben*, München 2015, S. 30.

¹³ Vgl. G. D. Borasio, *Über das Sterben*, S. 30.

¹⁴ Für diesen Hinweis danke ich Dr. med. Susanne Lindner, die als Palliativmedizinerin im St.-Johannes-Hospital Dortmund tätig ist. Dass dies auch gängige Praxis in Krankenhäusern ist, die in katholischer Trägerschaft stehen, ist umso besorgniserregender.

¹⁵ Vgl. H.-U. Dallmann, *Vom Umgang mit Knappheit: ethische Perspektiven auf die Priorisierung im Gesundheitswesen*, [in:] „Ethik und gesellschaft“ 1 (2011). Online verfügbar unter: <file:///C:/Users/Marius/Downloads/250-298-1-SM.pdf> [17.06.2019].

¹⁶ Vgl. L. Radbruch et al., *Körperlicher Schmerz und seine palliativmedizinische Linderung. Chancen und Grenzen der Behandlung*, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, S. 159-172, 160.

Bei der hohen Belegungsrate und der damit einhergehenden Arbeitsverdichtung – deren Gründe mit dem veränderten gesellschaftlichen Umgang von Tod und Sterben korrelieren – in Krankenhäusern und Pflegeheimen, ist auch eine auf die Person ausgerichtete, individualisierte Begleitung häufig nicht leistbar. Hinzu treten das ungewohnte Umfeld und eine zusätzliche psychische Belastung durch andere Patienten. Die Absage an das Eigenheim als präferiertem Ort des Sterbens gründet in erster Linie an einem mangelnden oder unzureichenden sozialen Umfeld. Zum Korpus der Angehörigen zählen dabei nicht nur die Kernfamilie, sondern ebenfalls und teilweise stärker Freunde und Bekannte. Regionale Unterschiede zwischen urbanen Ballungsräumen und ländlichen Regionen sind indes besonders zu berücksichtigen.¹⁷ Um dieser Situation gerecht zu werden, befinden sich inzwischen einige Konzepte in der Erprobungsphase, vom Mehrgenerationenhaus – welches aufgrund der kleinen jungen Generationen schwer umzusetzen ist – bis zu Alters-Wohngemeinschaften oder intergenerationellen Wohnprojekten. Schließlich gilt es zwischen der Belastbarkeit und Bereitschaft von Familienmitgliedern einerseits und deren Befähigung. Nicht immer können diese die professionalisierte und individuell abgestimmte medizinische und pflegerische Versorgung übernehmen. Insbesondere in ländlichen Regionen sehen sich Patienten einer akuten Unterversorgung und Engpässen in der Betreuung ausgesetzt, die durch den Fachkräftemangel zusätzlich befeuert wird.¹⁸ Somit zeigt sich eine komplexe Versorgungssituation, die charakterisiert ist durch gesamtgesellschaftliche Transformationsprozesse, ihrerseits rückgebunden an derzeitige Trends der Digitalisierung, Globalisierung und Dekonstruktion moralischer Konventionen. Dieser Prozess bedarf stärker der Gestaltung, sodass auch sterbende Menschen ihren Platz in der Gesellschaft wieder einnehmen können. Einen wichtigen Beitrag dazu leistet die medizinische Erforschung im Horizont von Tod und Sterben.

¹⁷ Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung prognostiziert für das Jahr 2030 einen eklatanten Anstieg der pflegebedürftigen Personen. Demnach steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Bremen um 28 %, in Brandenburg um 72 % und in München, Oberhavel gar um 100 %. Vgl. H. Rothgang et al., *Themenreport „Pflege 2030“*. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Herausgegeben von der Bertelsmann-Stiftung 2012. Online verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [09.08.2018].

¹⁸ Vgl. bspw. die Versorgungsentpässe in den Kreisen Paderborn und Höxter [in:] *Alter und Pflege. Kommunale Alten- und Pflegeplanung nach § 7 Alten- und Pflegegesetz NRW*, Herausgegeben vom Kreis Paderborn, Oktober 2015, S. 30-33. Online verfügbar unter: <http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/de/Kommunale-Altenberichterstattung/Werkzeugkasten/Berichtsstruktur-und-Handlungsfelder/Bericht-Alter-und-Pflege-des-Kreises-Paderborn.pdf> [09.08.2018]. Der Caritasverband für die Stadt Paderborn musste im Jahr 2017 bis zu 60 % der ambulanten Pflegeanfrage ablehnen, im Kreis Höxter waren es bis zu 65 %.

2. Medizinische Sachfragen

2.1 Zur medizinischen Erkennbarkeit des Sterbeprozesses

Der medizinische Fortschritt ermöglicht den Menschen ein längeres und in Selbstbestimmung geführtes Leben. Zahlreiche theologische wie ethische Konfliktsituationen sind erst denkbar, seitdem gezielte lebensverlängernde oder lebensbeendende therapeutische Maßnahmen existieren. Eine vormals rasch zum Tode führende Krankheit kann so durch Therapien chronifiziert werden, deren Folge ein teilweise unnötig in die Länge gezogener Sterbeprozess ist.

Aufgrund der modernen Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten, die den Krankheitsverlauf beeinflussen können, wird eine Person heute erst sehr spät als sterbend eingeschätzt. Es gilt als medizinisches Handlungsgebot, das Spektrum der Therapiemöglichkeiten voll auszunutzen. Diese Maxime beförderte in Teilen die Tendenz, dass sich Patienten mehr vor dem Sterbeprozess fürchten, als vor dem Tod selbst.¹⁹ Lukas Radbruch benennt als häufigste Gründe, warum Kranke den Tod dem Leben vorziehen wollen, die Angst, zur Belastung für Zugehörige zu werden, Autonomieverlust, generelle Angst vor einer ungewissen Zukunft, physische Symptome und Schmerzen. Depressionen gelten als wichtigste Einflussvariable, die zusätzlich zu Schwankungen des Sterbewunsches führen können.²⁰

Ein wichtiger Aspekt der Begleitung von Sterbenden ist die Erkennbarkeit des Beginns des Sterbeprozesses. Der Übergang von der Sterbephase in den Tod, auch als Agonie bezeichnet, wird am intensivsten von der Gerichtsmedizin *ex post* betrachtet. Die Agonie wird dort als zeitlich verschiedener kontinuierlicher Übergang vom Leben zum Tod definiert, der von marginalen Lebensreaktionen gekennzeichnet ist.²¹ Sterben ist kein punktuell Geschehen, sondern der zeitlich ausgedehnte Ablauf der Desintegration wichtiger Funktionssysteme.²² Die medizinische Forschung spricht allerdings von einem Zeitpunkt, ab dem ein irreparabler Zellschaden nicht mehr rückgängig zu machen ist.

¹⁹ In empirischen Untersuchungen schwanken die Zahlen unheilbar und chronisch Kranker mit Sterbewunsch zwischen 10-30 %. Als ursächliche Gründe stehen dagegen psychosoziale und psychologische Gründe einhellig vor physisch-funktionellen Problemen. Vgl. insgesamt S. Stiel et al., *Der Wunsch nach vorzeitigem Lebensende – was steckt dahinter?*, „Der Schmerz“ 24 (2010), S. 177-189.

²⁰ Vgl. ebd. 179; zum Einfluss von Depressionen auf den Beginn des Sterbeprozesses vgl. C. Bausewein, *Sterben ohne Angst. Was Palliativmedizin leisten kann*, München 2015, S. 89-97.

²¹ Vgl. W. Laves/S. Berg, *Agonie. Physiologisch-chemische Untersuchungen bei gewaltsamen Todesarten*, Lübeck 1965.

²² Vgl. D. Groß/S. Kreucher/J. Grande, *Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung. Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden*, [in:] M. Rosentreter/D. Groß/S.

„Bei der sogenannten Apoptose, dem genetischen Selbstzerstörungsprogramm einer Zelle, ist der *point of no return* definierbar als ein Zustand, bei dem für den Stoffwechsel der Zelle notwendige Strukturelemente so stark geschädigt sind, dass eine Wiederherstellung aus eigenen Kräften der Zelle nicht mehr gelingen kann.“²³ Am Ende der Apoptose steht das Aussetzen der Herz- und Lungenfunktion, die den *klinischen* Tod kennzeichnet. In der Medizin wird daneben der *Gehirntod* als *Individualtod* beschrieben, der weiterhin zu unterscheiden ist vom *totalen* Tod oder *biologischen* Tod, mit dem das vollendige Absterben jeglicher lebender Körperzellen gemeint ist.²⁴ Von diesen Definitionen des Todes, die je nach Fachbereich unterschiedlich bewertet werden²⁵, hängt auch die Definition des Beginns des Sterbeprozesses ab. Neben den professionellen Betreuern wie Ärzten und Pflegefachkräften, treten auch die Kostenträger, Angehörige oder Patienten als definierende Personen in Erscheinung. Diskrepanzen werden zusätzlich durch das biologische Verständnis des Todes seitens der Medizin und dem sozial-kulturellen Verständnis seitens der Patienten und ihren Angehörigen erzeugt, wie Allan Kellehear anmerkt: „Debates about the determination of death have encouraged an academic climate conducive to uncritical acceptance of biological criteria for death with an underrecognition of the crucial role of the social criteria of death.“²⁶

In der medizinischen Fachliteratur wird flächendeckend insistiert, dass der Sterbeprozess nicht mit sozialen, sondern mit biologischen Erkennungsmerkmalen eingeleitet wird, d.h., dass die alleinige Äußerung eines Sterbewunsches keinesfalls den Beginn des Sterbeprozesses anzeigt.²⁷ Maßgeblich sei der naturwissenschaftliche Blick auf die Person, wonach das Sterben einen eng umrissenen Zeitraum beschreibt, der einen raschen körperlich-zellulären Verfall anze-

Kaiser [Hg.], *Sterbeprozesse. Annäherungen an den Tod*, Kassel 2010, S. 17-31.

²³ G. Becker/C. Xander, *Zur Erkennbarkeit des Sterbeprozesses*, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, S. 116-136, 117 (Hervorhebungen im Original).

²⁴ Vgl. V. Lipp, *Behandlungsziel und Indikation am Lebensende*, [in:] F.-J. Bormann [Hg.], *Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von ‚Töten‘ und ‚Sterbenlassen‘*, Berlin/Boston 2017, S. 437-450.

²⁵ Vgl. z.B. die breite Diskussion um die Frage wann ein Mensch Tod ist im Zuge der Hirntod-Debatte. Anstelle vieler vgl. den einordnenden Sammelband von H. Niederschlag/I. Proft [Hg.], *Wann ist der Mensch tot? Diskussion um Hirntod, Herztod und Ganztod*, Ostfildern 2012.

²⁶ A. Kellehear, *Dying as a Social Relationship. A Sociological Review of Debates on the Determination of Death*, [in:] „Soc. Sci. Med.“ 66, 7 (2008), S. 1533-1544, 1541; vgl. ausführlicher bei K. Feldmann, *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*, Wiesbaden 2010, S. 20ff.

²⁷ Für eine Übersicht vgl. A. Pescher, *Naturwissenschaftliche Bemerkungen zum Sterbeprozess und zur Thanatologie*, [in:] M. Rosentreter/D. Groß/S. Kaiser [Hg.], *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*, Kassel 2010, S. 33-50.

igt.²⁸ Anders vertritt der Psychologe Robert J. Kastenbaum die Meinung, dass neben dem rein objektiven somatischen Übergang in die Sterbephase, zusätzlich das Erleben und Verhalten des Patienten in einem Verhältnis dazu stehen muss.²⁹ Als Sterbender kann jemand demnach nur dann bezeichnet werden, wenn eine objektive Tatsache – nämlich die, vom Tode bedroht zu sein – und eine subjektive Empfindung – nämlich sich dessen bewusst zu sein – zusammenkommen.³⁰ Im Bereich der Kognitions- und Sozialwissenschaften gilt die soziale Dimension des Sterbens als herrschende Meinung und unbedingt beachtenswert. Das zeigt sich beispielsweise an den veränderten sozialen Rollen, welche Sterbende, Zugehörige und nicht-professionell Begleitende einnehmen.³¹

Diese Sachlage zeigt an, wie umstritten und nicht einheitlich definierbar eine eindeutige Erkennbarkeit des Sterbeprozesses scheint. Einerseits finden sich Definitionsschwierigkeiten über den unzweifelhaften Beginn des Sterbeprozesses innerhalb der Medizin, andererseits besteht Uneinigkeit über die wechselseitige Bedeutung von biologischen und psychosozialen Faktoren. Angesichts dieses offensichtlichen Mangels an gesicherter Entscheidungsfähigkeit, wird in der Behandlungs- und Pflegepraxis vielfach auf das Erfahrungswissen des professionellen Klinik- und Pflegepersonals zurückgegriffen und Entscheidungen über Therapie- und Behandlungsänderungen im Einvernehmen mit allen betroffenen Personen getroffen. Dabei kann es durchaus sein, dass Pflegefachkräfte aufgrund ihres engen Kontaktes mit sterbenden Menschen, am besten den Beginn eines Sterbeprozesses erkennen und einschätzen können.³² Das gilt vor allem für Si-

²⁸ Vgl. J. Wittkowski/Ch Schröder, *Betreuung am Lebensende. Strukturierung des Merkmalbereichs und ausgewählte empirische Befunde*, [in:] Dies. [Hg.], *Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung*, Göttingen 2008, S. 1-51.

²⁹ Vgl. R. J. Kastenbaum, *Death, Society, and Human Experience*, Saint Louis 1977, S. 156. In eine ähnliche Richtung argumentiert J. Wittkowski, *Umgang mit Sterben und Tod. Wie lassen sich die Ergebnisse der Grundlagenforschung in der Praxis umsetzen?*, „Report Psychologie“ 24, 2 (1999), S. 114-120, 117: Ein Mensch sollte als sterbend angesehen werden, wenn „(1) nach menschlichem Ermessen sicher ist, dass er in einem bestimmten, näher eingrenzba- ren Zeitraum tot sein wird, (2) mindestens einige Menschen in seiner Umgebung dies wissen, (3) er sich der Tatsache, dass er unmittelbar vom Tod bedroht ist, soweit bewusst ist, dass dieses Bewusstsein sein Erleben und Verhalten bestimmt.“

³⁰ Vgl. G. Becker/C. Xander, *Zur Erkennbarkeit des Beginns des Sterbeprozesses*, S. 124. Zu bedenken ist die besondere Situation von dementiell und kognitiv veränderten Personen, die sich häufig, vor allem bei vorangeschrittenem Krankheitsverlauf, nicht mehr subjektiv äußern können, oder zumindest nicht dergestalt, dass ihre Äußerungen und ihr Wille für die begleitenden Personen zweifelsfrei erkennbar wäre.

³¹ Vgl. J. Wittkowski, *Zur Psychologie des Sterbens – oder: Was die zeitgenössische Psychologie über das Sterben weiß*, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, S. 50-64, 58f.

³² Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Apoptose nicht immer durch äußere Erscheinungsmerkmale erkennbar ist, weshalb Sterbebegleiter häufig nicht nur anhand biologischer, sondern

tuationen in Alten- und Pflegeheimen, in denen Pflegefachkräfte und Sterbende während der letzten Lebensmomente eine starke soziale Bindung eingehen, die eine erfahrene Pflegefachkraft intuitiv den Beginn eines Sterbeprozesses erkennen lässt.³³ Es werden zunächst aus medizinischer Sicht zwei Möglichkeiten erläutert werden, wie auf Sterbewünsche reagiert kann.

2.2 Schmerztherapie als Prävention und Reduktion von Sterbewünschen

Dame Cecily Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin, unterschied zwischen körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen, die niemals allein, sondern im Verbund auftreten und zum „totalen Schmerz“ beitragen.³⁴ Während körperliche Schmerzen durch eine Reizung der Schmerzrezeptoren auftreten, legen Studien nahe, dass sich diese durch das Wissen um eine unheilbare Erkrankung psychisch verstärken.³⁵ Bei der Erstellung eines Therapieplanes zur Schmerzbehandlung müssen die Schmerzquellen identifiziert und die Kombination der verschiedenen Schmerzanteile berücksichtigt werden.³⁶ Solange der Patient extremen körperlichen Schmerzen ausgesetzt ist, können psychosoziale oder spirituelle Schmerzen fast nie gelindert werden, weshalb in den meisten Fällen zum Beispiel eine Opioidtherapie zum Einsatz kommt. Eckhard Beubler argumentiert, dass erst nach dem Abklingen der Schmerzen eine psychische und kognitive – und weitergedacht auch eine seelsorgliche – Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Lebensende möglich ist.³⁷ Hingegen verweist Monika Thomm auf die hohen Risi-

auch anhand von Verhaltensauffälligkeiten den Beginn des Sterbeprozesses erkennen. Vgl. D. Groß/S. Kreucher/J. Grande, *Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung. Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden*, [in:] M. Rosentreter/D. Groß/St. Kaiser [Hg.], *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*, Kassel 2010, S. 17-31.

³³ Vgl. C. Bausewein, *Symptome in der Terminalphase*, „Der Onkologe“ 11, 4 (2005), S. 420-426.

³⁴ C. Saunders/M. Baines, *Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkrank Menschen*, Göttingen 1991.

³⁵ Hinzu treten zahlreiche weitere Faktoren wie das Wissen um den Verlust gesellschaftlicher Stellung, Arbeitsplatzverlust, familiäre Sorgen, Einsamkeit, etc.

³⁶ Vgl. Ch. Maier/H.-Ch. Diener, *Anamnese und Therapieplanung*, [in:] Ch. Maier/H.-Ch. Diener/U. Bingel [Hg.], *Schmerzmedizin. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien*, München 2017, S. 21-36.

³⁷ Vgl. E. Beubler, *Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie. Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten*, Berlin/Heidelberg 2016, S. 49-53. Allerdings setzt sich Eckhard Beubler auch für Schmerztherapien mit Nicht-Opioiden ein, mit denen seines Erachtens eine Schmerztherapie zunächst begonnen werden sollte. Vgl. ebenso den analgetischen Stufenplan bei Radbruch, *Körperlicher Schmerz und seine palliativmedizinische Linde-*

ken und Nebenwirkungen von Opioidtherapien, die nicht nur in eine Abhängigkeit führen können, sondern deren Nebenwirkungen persönlichkeitsverändernd wirken oder die kognitiven Fähigkeiten so einschränken, dass Äußerungen hinsichtlich der Wünsche des Sterbeprozesses aufgrund von Sedierung nicht mehr verständlich artikulierbar sind.³⁸ Angesichts von extremen Oberbauchschmerzen etwa bei Bauchspeicheldrüsenkrebs scheint eine intensive Schmerztherapie mit starken Opioiden wie *Fentanyl* häufig medizinisch alternativlos. In dem Fall werden zwar Sterbewünsche nur noch selten ausgesprochen, allerdings gilt als Grund dafür die starke Sedierung.³⁹ Viele Patienten nehmen jedoch eine Sedierung zugunsten einer raschen Analgesie in Kauf.⁴⁰

Sind aufgrund von Therapiezielen und Krankheitsbildern extreme Schmerzen unvermeidbar oder äußern Patienten aufgrund von anhaltenden extremen Schmerzen einen Sterbewillen, stellen (zunächst opioidfreie, gemäßigte) Schmerztherapien eine gute Möglichkeit dar, diesen präventiv zu begegnen oder sie zu reduzieren. Die Schmerztherapie besteht aus einer Dauermedikation, die im Regelfall durch den Mund appliziert wird und je nach Krankheitsbild durch Koanalgetika oder adjuvante Medikamente ergänzt werden kann. Treten dauerhaft starke Nebenwirkungen auf oder zeigt sich eine nicht ausreichende Wirkung, muss der Therapieplan angepasst werden.⁴¹

Ist der Schmerz unter Kontrolle gebracht, sind Seelsorger/innen im Verbund mit Psycholog/innen gefordert, die psychosozialen und spirituellen Schmerzen

rung, S. 166. Dort werden die folgenden drei Stufen der Schmerztherapie beschrieben. Stufe 1: Nichtopioidanalgetika; Stufe 2: Opiode für mäßige bis mittlere Schmerzen; Stufe 3: Opiode für mittlere bis starke Schmerzen.

³⁸ Vgl. M. Thomm, *Chronischer Schmerz und Komorbidität*, [in:] Dies. [Hg.], *Schmerzmanagement in der Pflege*, Berlin/Heidelberg 22016, S. 131-148. Neuere Studien weisen darauf hin, dass hochdosierte Opioidtherapien das Leben nicht verkürzen. Ganz im Gegenteil verlängern sie gerade das Leben derer, die unter akuten Atemwegserkrankungen leiden und aufgrund dessen mit Atemnot zu kämpfen haben, da eine Nebenwirkung von Opioiden die Erweiterung der Atemgefäße ist. Vgl. M. A. Mazer/Ch. M. Alligood/Q. Wu, *The Infusion of Opioids During Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation in the Medical Intensive Care Unit*, *JPSM* 42, 1 (2011), S. 44-51.

³⁹ Vgl. M. Bobbert/C. Knapp, *Tiefe kontinuierliche Sedierung als „verdeckte Euthanasie“? Praxisbezogene ethische und medizinische Unterscheidungen für die Palliativversorgung*, *Ethica* 25, 4 (2017), S. 307-328. Sie weisen auf offene ethische und rechtliche Fragen bei der Differenzierung von „tiefer kontinuierlicher Sedierung als spezielle Form der palliativen Sedierung“ und einer „ärztlichen Tötung auf Verlangen“ hin.

⁴⁰ Vgl. H. W. Striebel, *Therapie chronischer Schmerzen: ein praktischer Leitfaden*, Stuttgart 42002, S21-23; vgl. B. Alt-Epping, *Palliative Sedierung*, [in:] F.-J. Bormann [Hg.], *Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von ‚Töten‘ und ‚Sterbenlassen‘*, S. 543-548.

⁴¹ Vgl. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, *Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen. Arzneiverordnung in der Praxis*, Köln ³2007.

wirksam zu bekämpfen bzw. zu begleiten. Denn bei nachlassenden Schmerzen ergeben sich schnell Ängste vor einem erneuten Auftreten, die in manchen Fällen posttraumatische Belastungsstörungen hervorrufen und im Verbund mit Depressionen in eine für viele Patienten aussichtslose Situation führen können. Je nach Indikation und Krankheitsverlauf ist dann gemeinsam mit allen Beteiligten zu klären, ob eine Verlegung auf eine Palliativstation sinnvoll erscheint.

2.3 Palliativmedizinischer Umgang mit Sterbewünschen

Während Schmerzrezeptoren medikamentös behandelt werden können, bleibt ein analgetischer Stufenplan bei seelischen Schmerzen wirkungslos. Um daraus hervorgehenden Sterbewünschen zu begegnen, erscheint das Instrument der palliativen medizinischen und pflegerischen Begleitung – auch im Verbund mit Ansätzen aus der *Spiritual Care* – als besonders gut geeignet.

„Ziel der Palliativmedizin ist es, die Behandlung bei fortschreitender, unheilbarer Erkrankung so optimal an den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen zu orientieren, dass der Wunsch zu sterben möglichst nicht auftritt beziehungsweise ein bestehender Todeswunsch durch palliativ medizinische Maßnahmen so beeinflusst werden kann, dass das Leben bis zum Ende möglichst gut und ohne schweres existentielles Leiden gelebt werden kann.“⁴²

Christof Müller-Busch hat auf die Parallelen zwischen der palliativen und der christlichen Sterbebegleitung hingewiesen.⁴³ In diesem Kontext ist es die Aufgabe der Medizin, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden durch eine vollumfassende Begleitung beizustehen.⁴⁴ Medizinisch, ethisch wie auch juristisch zu unterscheiden ist dabei die Sterbebegleitung von der Sterbehilfe⁴⁵. Im deutschen Rechtsstaat kann eine gezielte lebensverkürzende Behandlung nicht verlangt werden, da sie ein Tötungsdelikt darstellt. Das deutsche Recht verbietet gemäß § 216 StGB die sogenannte *Tötung auf Verlangen* ebenso wie die gemäß § 217 StGB festgestellte *geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung*. Auf Wieder-

⁴² M. Galushko/R. Voltz, *Todeswünsche und ihre Bedeutung in der palliativmedizinischen Versorgung*, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 200-210, 200; vgl. ferner P. L. Hudson et al., *Desire For Hastened Death in Patients with Advanced Disease and the Evidence Base of Clinical Guidelines: A Systematic Review*, „Palliat Med“ 20 (2006), S. 693-701.

⁴³ Vgl. Ch. Müller-Busch, *Kurze Geschichte der Palliativmedizin*, [in:] M. W. Schnell/Christian Schulz [Hg.], *Basiswissen Palliativmedizin*, Berlin/Heidelberg 2014, S. 3-10.

⁴⁴ Vgl. § 1 Abs. 2 MBO-Ä.

⁴⁵ Zur aktuellen Diskussion um die Sterbehilfe und ihre verschiedenen Ausformungen vgl. nur H. Niederschlag/I. Proft [Hg.], *Recht auf Sterbehilfe? Politische, rechtliche und ethische Positionen*, Ostfildern 2015.

holung angelegte, organisierte Formen des assistierten Suizids durch Sterbehelfer werden damit unter Strafe gestellt. Aktive Sterbehilfe und ärztlicher Suizid gelten in der Hospiz- und Palliativbewegung nicht als Teil der Versorgung, was zuletzt 2003 von der *European Association for Palliative Care (EAPC) Ethics Task Force* bekräftigt wurde: „The provision of euthanasia and physician-assisted suicide should not be part of the responsibility of palliative care.“⁴⁶ Die medizinische und politische Debatte um pro und contra der Sterbehilfe in Deutschland wird indes in großer Breite fortgesetzt und entzündet sich stets an der Frage, ob die Autonomie des Subjektes auch ein Recht auf Suizid bzw. vorzeitige Beendigung des eigenen Lebens durch Fremdeinwirkung einschließt.⁴⁷

Bislang ist nicht zweifelsfrei erwiesen, welche Komponenten einer palliativen Versorgung helfen, jene Leiden zu lindern, die zur Bitte um eine aktive Beendigung des Lebens führt. Das Postulat, dass Palliativmedizin im Verbund mit spiritueller Begleitung und der Einbindung der Zugehörigen einen Sterbewunsch obsolet werden lassen, ist bislang nicht empirisch belegt worden. Vielmehr handelt es sich dabei um klinisches Erfahrungswissen.⁴⁸ Eine Studie an depressiven AIDS-Patienten konnte zwar die erfolgreiche medikamentöse Behandlung durch Antidepressiva und die damit einhergehende nachhaltige Reduktion des Sterbewunsches nachweisen, allerdings fehlt es an Studien über die Wirksamkeit von nicht-medikamentösen Behandlungen.⁴⁹ In dieser Hinsicht müssten speziell Fälle von Patienten untersucht werden, die sich trotz palliativer Behandlung und spiritueller Begleitung für eine Beendigung ihres Lebens entscheiden. „Da die psychologische Unterstützung innerhalb des insgesamt jungen Feldes Palliativmedizin noch wenig spezialisiert und akademisch begründet ist, kann der adäquate Umgang mit Todeswünschen zu einer Schlüsselkompetenz von therapeutisch arbeitenden Psychologen in der Palliativmedizin werden.“⁵⁰

Um palliative Betreuung weiter zu stärken, hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterben-

⁴⁶ L. J. Materstedt/D. Clark, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. A View from an Eapc Ethics Task Force*, „Palliat Med“ 17 (2003), S. 97-101, 99.

⁴⁷ Vgl. dazu anstelle zahlreicher Publikationen nur den Sammelband von T. S. Hoffmann/M. Knaup [Hg.], *Was heißt: In Würde sterben?*, Wiesbaden 2015.

⁴⁸ Vgl. Galushko/Voltz, *Todeswünsche und ihre Bedeutung*, S. 201; für eine medizinische Bewertung im Umgang mit klinischem Erfahrungswissen vgl. S. Kränzle, *Qualität in Palliative Care*, [in:] S. Kränzle/U. Schmid/Ch. Seeger [Hg.], *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, Berlin/Heidelberg 2014, S. 179-182.

⁴⁹ Vgl. W. Breitbart et al., *Impact of Treatment for Depression on Desire for Hastened Death in Patients with Advanced Aids*, „Psychosomatics“ 51 (2010), S. 98-105.

⁵⁰ Vgl. Galushko/Voltz, *Todeswünsche und ihre Bedeutung in der palliativmedizinischen Versorgung*, S. 207.

de Menschen in Deutschland“⁵¹ publiziert. Die dort aufgeführten fünf Leitsätze verstehen sich als umfassende Forderung des Rechts eines jeden Menschen auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Neben gesellschaftspolitischen Herausforderungen auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene, die Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung, die Entwicklungsperspektiven und Forschung, thematisiert das Papier vordergründig die Bedürfnisse der Betroffenen und die Anforderungen an die Versorgungsstruktur.⁵² Dadurch soll die Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in den stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden.⁵³ In Zukunft muss kontinuierlich an einer flächendeckenden Versorgung gearbeitet werden, was sich vor allem in ländlichen Regionen noch schwierig gestaltet. Ein großer Verdienst der Bewegung ist die Verankerung des Anliegens in Gesetzesform. Die institutionellen Rahmenbedingungen wurden dadurch vereinheitlicht und verbessert, wodurch eine palliative Versorgung in der Breite überhaupt erst denkbar wurde. In weiten Teilen verbinden sich dabei Palliativkultur und christliche Seelsorge zu Anwälten für die Bewahrung der Menschenwürde bis in die letzten Minuten des Lebens. Mehr noch fordert Palliative Care die spirituelle Begleitung aktiv ein und bietet Seelsorger/innen damit einen Raum, um den diese in Einrichtungen häufig kämpfen müssen.

3. Spiritual Care

3.1 Bedürfnisse erkennen, Sterbekultur implementieren

Spiritual Care gilt als neues Fachgebiet der Medizin und will die spirituelle Dimension des Sterbens und der Sterbebegleitung stärker betonen. Laut Eckhard Frick wurzelt *Spiritual Care* im Unterschied zur religiösen Praxis „in der Authentizität der jeweiligen Sprecher, die mit dem Unbestimmbaren/Unwissbaren jenseits der Grenzen unserer Welt und unseres Lebens konfrontiert sind.“⁵⁴

⁵¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V./ Bundesärztekammer [Hg.], *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbende Menschen in Deutschland. September 2010*. Online verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf> [19.09.2018].

⁵² Vgl. ebd. S. 8-24.

⁵³ Vgl. zur Struktur und zum Verfahren des Charta-Prozesses S. Kränzle/B. Wehrauch, *Geschichte, Selbstverständnis und Zukunftsstrategien von Palliative Care*, [in:] S. Kränzle/U. Schmid/Ch. Seeger [Hg.], *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, Berlin/Heidelberg ⁵2014, S. 3-14, 8-13.

⁵⁴ E. Frick, *Spiritual Care – ein neues Fachgebiet der Medizin*, ZfME 55 (2009), S. 145-155, 145.

Bereits eine oberflächliche Recherche belegt die vielfältigen Definitionen und Varianten von *Spiritual Care*. Sie reichen bis hin zur Verarbeitung von Traum- und Wachvisionen Sterbender.⁵⁵ Begrifflich wird darunter einerseits eine hoch-professionalisierter und interdisziplinärer neuer Wissenschaftszweig subsumiert, andererseits die klassische, von den christlichen Kirchen geleistete Seelsorge verstanden. Im Allgemeinen lässt sich *Spiritual Care* als eine interprofessionelle und transdisziplinäre Aufgabe verstehen, die kranke und sterbende Menschen „in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und Lebensvergewisserung sowie bei Krisenbewältigung“⁵⁶ begleiten will. Speziell in Bezug auf Patienten mit einem persistenten Sterbewunsch lautet die Frage: „What can be done medically, psychologically, through spiritual care or social support to ease these grounds of the wish to die, and the sufferings connected to this particular constellation of wishes?“⁵⁷ Um diesen Fragen umfassend gerecht zu werden, ist eine enge Zusammenarbeit von Medizin, Ethik und Seelsorge nötig. Die gebündelten Spezialkompetenzen der jeweiligen Fachrichtungen versprechen eine umfassende Sorge um das Wohl der Patienten, die einen Sterbewunsch artikulieren. „Dass Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und Angehörige anderer patientennahe Berufe zur spirituellen Grundversorgung beitragen, wenn sie die spirituelle Dimension in ihre Arbeit einbeziehen, entspricht nicht nur den Vorgaben der WHO, sondern ebenso einem christlichen Verständnis umfassender Gesundheitsversorgung.“⁵⁸ Der Seelsorge kommt eine integrative Funktion zu, die nicht nur die spirituellen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt, sondern auch jene der professionellen Mitarbeiter/innen. „Im Unterschied zu gesundheitsberuflichen Formen von *Spiritual Care*, die als Teilaspekt des gesundheitsberuflichen Grundauftrags zu verstehen sind, zeichnet sich die Krankenhausseelsorge als spezialisierte *Spiritual Care* dadurch aus, dass in ihr die eigene Verortung im spirituellen Feld mit beruflichen Rollen verknüpft und damit auch auskunftspflichtig ist.“⁵⁹

Die verschiedenen Spezialfelder der Ethik von Medizin- und Pflegeethik bis hin zu Kommunikations- und Unternehmensethik, reflektieren auf die Gesamtsi-

⁵⁵ Vgl. S. Peng-Keller, *Spiritual Care und klinische Seelsorge im Horizont globaler Gesundheitspolitik. Chancen und Herausforderungen*, [in:] Th. Hagen/N. Groß/W. Jacobs/Ch. Seidl [Hg.], *Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen. Auftrag – Vernetzung – Perspektiven*, Freiburg i. Br. 2017.

⁵⁶ Bundesamt für Gesundheit, *Nationale Leitlinien Palliative Care*, Bern 2010, S. 14.

⁵⁷ H. Gudat Keller et al., *Palliative Non-oncology Patients' Wish To Die. Final Scientific Report*. Online verfügbar: <https://www.hospizimpark.ch/wp-content/uploads/2017/10/Final-report-public-redacted.pdf> [17.06.2019].

⁵⁸ Peng-Keller, *Spiritual Care und klinische Seelsorge im Horizont globaler Gesundheitspolitik. Chancen und Herausforderungen*, S. 54.

⁵⁹ Ebd. S. 55.

tuation in den Gesundheitseinrichtungen und bringen individualetische Aspekte zwischenmenschlichen Handelns in der medizinischen Versorgung in einen Zusammenhang mit einer ordnungsethischen Prüfung der Rahmenbedingungen in den Einrichtungen. Instrumente wie die ethische Fallbesprechung ergänzen und strukturieren die Behandlungssituation.

Im Bereich der Spiritualität geht es primär um eine theologische Reflexion der Mitarbeitenden, die aufgrund ihrer Methode und ihrem Anspruch einer Durchdringung von Glaube und Vernunft den existentiellen Grenzsituationen eher gerecht wird, als eine oberflächliche „Wohlfühl-Meditation“. Spirituelle Emotionen sollten durch eine rationale Kontextualisierung geerdet werden. Krankenhauseelsorger/innen sollten daher auch über versierte theologische Kenntnisse verfügen und diese fortwährend schulen. Spiritualität ist eine natürliche Dimension menschlicher Existenz, ein lebenslanges Grundbedürfnis einer jeden Person. Sie demonstriert zunächst schlicht, dass Personen weit mehr sind als biologische Zellhaufen, die der mechanischen Sorge bedürfen. Als endliche Wesen bedürfen die Menschen der Spiritualität und mithin der Religion, um sich mit Gott als höherer und jenseitiger Macht in Beziehung zu setzen. „Du treibst ihn an, dass er seine Freude daran finde, dich zu loben, denn auf dich hin hast du uns gemacht, und unruhig ist unser Herz, bis es ruht in dir.“⁶⁰ Diese durchaus wechselhafte aber beständige Beziehung unterstützt die Menschen in der Bewältigung der zahlreichen Übergangsphasen des Lebens, wozu Tod und Sterben aufgrund des ungewissen Fortgangs in besonderer Weise zählen. „Aus Sicht der theologischen Ethik gehört zur Lebensqualität einer Person immer auch der Umgang mit und die Bewältigung von Krankheit und Tod.“⁶¹ Eine stärkere Durchdringung von Spiritualität und Ethik sowie Seelsorge und Medizin erscheint daher wünschenswert.

Die vorangegangene Darstellung der medizinischen Sachfragen im Umgang mit Sterbewünschen hat gezeigt, dass den spirituellen Bedürfnissen Sterbender bei Anamnese, Indikation, Behandlung und Therapierung nur eine marginale Bedeutung eingeräumt wird.⁶² Spiritual Care meint nicht nur die Wahrnehmung und Gewährleistung der spirituellen Bedürfnisse Sterbender, sondern auch eine Achtsamkeit der je eigenen Spiritualität, besonders in Bezug auf das alltägliche Erleben von Tod und Sterben vieler Gesundheitsfachkräfte. Spiritualität ist, anders als die alltägliche Arbeit, nie Routine. Es handelt sich um den konkreten Menschen in seiner persönlichen Lebenslage. Die Gesundheitsfachkräfte bewe-

⁶⁰ Augustinus, *Confessiones - Bekenntnisse. Lateinisch/Deutsch*. Übersetzt, herausgegeben und kommentiert von K. Flasch und B. Mojsisch, Stuttgart 2009, I 1.

⁶¹ P. Schallenberg, *Soziale und ethische Aspekte der personalisierten Medizin*, „Medizinische Genetik“ 28, 4 (2016), S. 460-465, 465.

⁶² Vgl. T. Roser, *Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*, 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. (Münchner Reihe Palliative Care Band 3), Stuttgart 2017, S. 106 f.

gen sich täglich im Spannungsfeld der Ausführung routinierter Behandlungsabläufe und der existentiellen Ausnahmesituation des Sterbenden. Die Sterbenden dürfen nicht zu austauschbaren Gesichtern werden. Spiritualität hilft, in eine tiefere Dimension des intersubjektiven Handelns einzugehen. Die Bedürfnisse Sterbender sind von denen „gewöhnlicher“ Pflegebedürftiger stark verschiedenen. Sie in ihren individuellen Facetten wahrzunehmen, ist erste Aufgabe der Begleitung Sterbender.⁶³ Bedürfnisse ergeben sich aus einer sozialen Isolation, aus Ängsten – z. B. vor dem Verlust der Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit, vor seelischen und körperlichen Schmerzen, vor dem Tod –, Depressionen oder dem Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Ebenso können Gefühle der Ohnmacht entstehen, wenn es dem medizinischen Personal nicht gelingt, sich kommunikativ auf den Patienten einzustellen.⁶⁴ Hinzu treten ungeklärte Konflikte oder unerfüllte Bedürfnisse im privaten Umfeld des Patienten. Die Beziehung zum familiären Umfeld spielt eine entscheidende Rolle für Sterbende. Ohne die zugewandte Begleitung ist das Sterben im häuslichen Umfeld häufig unerträglich und auch in stationären Einrichtungen gilt die Begleitung durch die Familie als Voraussetzung eines „guten“ Sterbens.⁶⁵ Zur Professionalität der Pflegefachkräfte gehört auch, dass sie die Geborgenheit und Sicherheit familiärer Vertrautheit nicht ersetzen können. Eine Entlastung der Familie wirkt sich positiv auf die Lebensqualität des Patienten aus und sollte im interprofessionellen Feld von *Spiritual Care* einen hohen Stellenwert einnehmen.⁶⁶

Der Krankheitsverlauf, der Sterbeprozess und das Abschiednehmen sind keine von der Welt isolierten und individualisierten Prozesse. Die Aufmerksamkeit sollte daher allen Personen gelten, die mit Belastung oder Hilflosigkeit konfrontiert sind.⁶⁷ Es ist angesichts der Pflegefachkräftemangels dringend geboten, dass sich die Träger der Einrichtungen verstärkt um Seelsorger/innen oder seelsorgliche Begleitungen bemühen, die entweder als Außenstehende in die Einrichtungen kommen oder als „Betriebsseelsorger“ ganz dort tätig sind. Ebenfalls wird gegenwärtig diskutiert, ob Pflegefachkräfte mit einer zusätzlichen Qualifi-

⁶³ Vgl. H. G. Koenig, *Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfadentext*, Stuttgart 2012, S. 56.

⁶⁴ Vgl. A. Nassehi, *Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwart*, [in:] I. Saake/W. Vogd [Hg.], *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden 2008, S. 379-397, 395.

⁶⁵ Vgl. F. Ricken, *Ars moriendi – zu Ursprung und Wirkungsgeschichte der Rede von der Sterbekunst*, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, S. 309-324.

⁶⁶ Vgl. Ch. Garvert/A. Kaul/Ch. Drolshagen, *Selbstbestimmt sterben auch im Krankenhaus*, „Lebendige Seelsorge“ 5 (2005), S. 268-273, 271.

⁶⁷ Vgl. K.-H. Feldmann, *Abschied am Totenbett*, „Lebendige Seelsorge“ 4 (2009), S. 260-267, 265.

zierung die Seelsorgearbeit unterstützen sollten.⁶⁸ Dadurch könne gewährleistet werden, dass die „religiöse Ausrichtung des Menschen in Pflegeplanung und sozialer Betreuung gleichwertig zu körperlichen oder sozialen Bedürfnissen berücksichtigt“⁶⁹ wird.

In Gesundheitseinrichtungen werden Sterbewünsche am häufigsten geäußert, sei es aufgrund der intensivmedizinischen Betreuung, von Therapiezieländerungen oder Schmerztherapien. Insbesondere Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft ist die Förderung einer menschenwürdigen Sterbekultur ein Anliegen, die zu einem fürsorgend begleiteten Sterben beitragen soll.⁷⁰ Diese formulieren aufgrund ihrer christlichen Ausrichtung eine besondere Verantwortung für ein menschenwürdiges Sterben. Damit der Sterbephase eine lebensaltersensible Bedeutung eingeräumt werden kann, bedarf es neben speziell geschulten Fachkräften auch anlassbezogen eingerichteter Räumlichkeiten⁷¹, Sensibilität für die Bedeutung von Riten⁷², eine angemessene Bestattungskultur in Verbindung mit einer würdevollen Aufbewahrung des Leichnams, sowie eine an modernste Gegebenheiten angepasste und berücksichtigende spirituelle Zuwendung⁷³.

Begleitung im Sterben endet nicht an der Tür der Einrichtungen, sondern setzt sich in der Gestaltung institutioneller Rahmenbedingungen fort. Gemeinsam mit der Landesregierung in Hessen, haben konfessionelle Träger eine Empfehlung zur Verbesserung der Sterbebegleitung herausgegeben, die auch bewusst Sterbewünschen begegnen soll. Zur Prüfung des eigenen Umgangs mit der Sterbekultur werden vier Fragestellungen vorgeschlagen:⁷⁴

⁶⁸ Vgl. E. Köhler, *Sterben in Würde aus Sicht der SAPV*, „Lebendige Seelsorge“ 2 (2017), S. 104-109.

⁶⁹ *Seelsorge in Einrichtungen der stationären Hilfe kirchlicher und nichtkirchlicher Träger im Bereich des Erzbistums Paderborn*, Kirchliches Amtsblatt 2011/Stück 6, [in:] *Leitlinien und Regelungen* (10), S. 16.

⁷⁰ Zum Begriff der menschenwürdigen Sterbekultur vgl. P. Schallenberg, *Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung*, [in:] B. Wald [Hg.], *Ende des Lebens. Tod und Sterben heute*, Paderborn 2018, S. 57-67.

⁷¹ Vgl. S. Holzschuh, *Herausforderung Abschiedsraum*, „Lebendige Seelsorge“ 5 (2004), S. 331-334.

⁷² Vgl. B. Enzner-Probst, *Rituale in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen*, „Lebendige Seelsorge“ 4 (2009), S. 237-243.

⁷³ Vgl. E. Engelke, *Smart sterben – Tod 4.0. Sind End-of-Life-Center unsere Zukunft?*, „Lebendige Seelsorge“ 2 (2017), S. 118-124.

⁷⁴ Vgl. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit [Hg.], *Empfehlungen zur Verbesserung der Sterbebegleitung in hessischen Altenpflegeheimen*, November 2009, 24, Online verfügbar unter: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/empfehlungen_zur_verbesserung_der_sterbebegleitung_in_hessischen_altenpflegeheimen.pdf [09.09.2018]; Vgl. ferner S. Pleschberger, *Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*, Freiburg im Breisgau 2005.

1. Welche Sterbekultur haben wir in unserer Einrichtung? (Analyse)
2. Welche Sterbekultur möchten wir in unserer Einrichtung etablieren? (Zielformulierung)
3. Wie kann Sterbekultur einen Eingang in unseren Alltag finden? (Umsetzung)
4. Worin zeichnet sich unsere Sterbekultur aus? (Reflexion)

Gute Sterbekultur ist nicht im empirischen Sinne messbar wie andere Qualitätsmerkmale der professionellen medizinischen und pflegerischen Versorgung, weil sie von den Haltungen und Handlungen aller Beteiligten abhängt. Sie ist aber beschreibbar. Ebenfalls können Instrumente und Bausteine genannt werden, die dazu beitragen, eine Sterbekultur im oben beschriebenen Sinne entstehen zu lassen. Die folgenden Indikatoren können auf eine gelungene Sterbekultur hinweisen:

- a) die Zufriedenheit aller an der Sterbebegleitung beteiligten Personen,
- b) die Reaktion und das Verhalten von Zugehörigen,
- c) ein positives Feedback von außerhalb der Einrichtung
- d) die Nennung der Einrichtungen und Dienste in Traueranzeigen⁷⁵

Der christliche Ansatz schließt jegliche Form der aktiven Sterbehilfe wie des assistierten Suizides aufgrund der eigenen Unverfügbarkeit des Lebens als Geschenk Gottes von vornherein und konsequent aus.⁷⁶ Stattdessen verhilft sie der Sterbehilfe als Lebenshilfe zu ihrem Recht.

„Sterbehilfe als Lebenshilfe meint immer eine lebenslange Antizipation des eigenen Sterbens und des individuellen Todes: Wie jemand lebt, so vermag er auch zu sterben, und jede Lebenskunst nimmt ein Stück der Kunst des Sterbens vorweg. Denn im Ausblick auf das eigene Sterben verdichtet sich ein ganzes Leben und verdichtet sich der Glaube an Gott: Es ist letztlich Glaube an den unbedingten Willen Gottes zur eigenen Person und zum eigenen Leben, und dies im Anblick des sicheren und unausweichlichen Todes. Erst hier wird Auferstehung zum existentiellen Thema des Glaubens.“⁷⁷

Zu einer ethischen Analyse gehört jedoch auch die Berücksichtigung der Möglichkeit, dass Personen, die einen Sterbewunsch äußern, nicht immer den assistierten Suizid im Hinterkopf haben. Vielmehr befinden sie sich in einer extremen Lebenssituation, in der sie keinesfalls verbleiben wollen und in der ein Sterbewunsch den vielleicht einzigen verbliebenen Ausweg darstellt. Diese

⁷⁵ Vgl. ebd., vgl. ferner K. Wilkening/R. Kunz, *Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*, Göttingen 2003.

⁷⁶ Vgl. F.-J. Bormann, *Wie wollen wir sterben? Die Debatte um die verschiedenen Formen der Sterbehilfe*, ThQ 198 (2018), S. 261-279.

⁷⁷ Vgl. P. Schallenberg, *Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung*, S. 61.

Aussage seitens des Patienten gilt es zunächst als solche anzunehmen, ohne im Patientengespräch voreilig auf moralische Normvorstellungen zu verweisen, die womöglich im Einzelfall dem Patientenwohl hinderlich sind. In diesen Situation entscheidend, ist einerseits eine zu jeder Zeit souveräne Kommunikationskultur, die nicht, aufgrund individueller Handlungs- und Entscheidungsschwäche, mit Moralismen argumentiert, sondern auf der Grundlage rationaler Abwägungsszenarien Auswegmöglichkeiten auslotet. Dadurch entsteht Handlungssicherheit für alle Professionen. In diesem Fall können Medizin, Ethik und Seelsorge eine gewinnbringende Synthese eingehen, indem praktisches Handeln mit dem Betroffenen immer wieder kritisch reflektiert wird.

3.2 Sterbewünsche interprofessionell kommunizieren, sensibel reagieren

Der Mensch ist ein Beziehungswesen. Verbale und non-verbale Kommunikation ist das Medium der Beziehung. Wenn der Einzelne zu anderen Menschen in eine intersubjektive Beziehung tritt, vermag er sich sozial zu entfalten. Kranke und vom Tode bedrohte Menschen sind in dieser sozialen Entfaltung gehemmt, beziehungsweise können sie aus eigener Kraft nicht mehr entfalten. Diese Situation kann auch die Beziehung zu Gott erschweren und stören, wenn der Mensch auf der Suche nach einem Sinn seiner Erkrankung ohne Antwort bleibt. Schon Thomas von Aquin beschrieb die Kommunikation als Teil der „inclinationes naturales“, dem Menschen von Natur aus zukommenden Grundpfeilern der Existenz.⁷⁸

Mit Menschen zu kommunizieren, die an einer fortgeschrittenen, lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, gehört zu den großen Herausforderungen der Sterbebegleitung. Das achtsame Gespräch, das aushaltenden Schweigen, das aktive Zuhören sowie non-verbale Ausdrucksformen sind Elemente, die in einer emotional belastenden Situation eine beruhigende Wirkung haben.⁷⁹ „Wo eine Annahme der Erkrankung, und sei es auch nur momentan, gelingt, kann dies trotz der Furchtbarkeit der Diagnose sogar stellenweise zu einer Intensivierung wesentlicher Aspekte des Lebens führen.“⁸⁰ Eine misslungene Kommunikation hingegen führt zu Enttäuschungen und zusätzlichen Belastungen. Die Medizi-

⁷⁸ Vgl. Thomas von Aquin, STh I-II, 94, 2.

⁷⁹ Vgl. E. Weiher, *Die Sterbestunde im Krankenhaus. Was können die Professionellen im Umkreis des Todes tun? Beiträge zur Thanatologie*, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, „Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie“ 28 (2004), S. 87-92.

⁸⁰ M. Volkenandt, *Kommunikation mit Patienten und Angehörigen*, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, S. 111-115, 113.

ner/innen sind vielfach als trostpendende Vertrauenspersonen gefordert. Eine elementare Voraussetzung für ein vertrauensvolles Verhältnis ist das Bemühen um Wahrhaftigkeit und damit um ein wahrheitsgemäßes Sprechen über die Not-situation. Der Sterbende, als Experte seines eigenen Empfindens und seiner eigenen Lebenssituation, erfährt ohnehin von der Schwere seiner Erkrankung, was bei einer ausbleibenden Kommunikation oder gar Fehlinformation zu einer Erschütterung des Vertrauensverhältnisses führt.⁸¹ Daneben wird das Selbstbestimmungsrecht der Person missachtet, das gewahrt bleiben muss, wenn schwierige Entscheidungen bezüglich einer Behandlung anstehen oder bei einer Änderung des Lebenskonzeptes.⁸² Aufgrund eines Mangels an Kommunikation bleiben die Ungewissheiten und vielleicht unnötigen Sorgen des Patienten unausgesprochen. Es ist nur verständlich, dass das Überbringen einer guten Nachricht leichter fällt als das einer schlechten und dass man Situationen scheut, mit denen man nicht vertraut ist. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die eigene subjektive Wahrnehmung durchaus ganz anders sein kann, als das subjektive Empfinden des Patienten. Das Risiko der Unvorhersehbarkeit der Reaktion des Patienten steht in diesem Fall nicht über dem Gebot der Wahrhaftigkeit.⁸³

Die Gesprächsführung trägt dazu bei, auch schwere Kommunikationssituationen einfühlsam zu meistern.⁸⁴ Es soll im Sprechen deutlich werden, dass die letzte Wegstrecke nicht alleine gegangen werden muss. Bei manchen Patienten

⁸¹ Vgl. W. Gebhardt, *Experte seiner selbst – Über die Selbstermächtigung des religiösen Subjekts*, [in:] M. Ebertz/R. Schützeichel [Hg.], *Sinnstiftung als Beruf*, Wiesbaden 2010, S. 33-41.

⁸² Üblicherweise und weiterhin auch durch geltendes Recht gestützt gilt hierfür die Patientenverfügung in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht. Beide Instrumente stehen seit längerer Zeit in der Kritik aufgrund einer fehlenden Reichweitenbegrenzung und ungeklärten Willensbekundung während des Behandlungsverlaufs. Vgl. hierzu neben anderen Beiträgen zuletzt nur J. Kleffmann, *Die Patientenverfügung als Garant für den Patientenwillen in jeder Lebensphase?*, [in:] M. Bonacker/G. Geiger [Hg.], *Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit*, Opladen/Berlin/Toronto 2018, S. 165-186.

⁸³ Vgl. C. Seeger, *Biographisches Arbeiten in der Sterbebegleitung – Jedes Leben hinterlässt Spuren*, [in:] S. Kränzle/U. Schmid/Ch. Seeger [Hg.], *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, 5. aktualisierte und erweiterte Auflage, Heidelberg 2014, S. 73-90.

⁸⁴ Je nach Einrichtung eignet sich das Instrument der ethischen Fallbesprechung auch für die seelsorgliche Arbeit, nicht zuletzt da häufig Seelsorger/innen Vorsitzende von Ethik-Komitees in Gesundheitseinrichtungen sind und durch ihre Ausbildung und Erfahrung besonders zur kommunikativen Intermediation. In den meisten Fällen ergeben sich zwischenmenschliche Probleme durch kommunikatives Fehlverhalten, welches in einer Fallbesprechung bestmöglich erkannt, thematisiert und gelöst werden kann. Vgl. für ein methodisch und systematisch aufeinander abgestimmtes Modell der ethischen Fallbesprechung F.-J. Bormann, *Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung*, *ZfME* 59 (2013), S. 117-127 in Verbindung mit Diözesaner Ethikrat im Erzbistum Paderborn, *Das integrative Modell ethischer Fallbesprechung*, 2. Auflage 2016. Online verfügbar unter: <https://www.caritas-paderborn.de/fuer-experten/diozesaner-ethikrat/diozesaner-ethikrat> [18.06.2019].

entwickelt sich das Bewusstsein um den herannahenden Tod erst schrittweise, andere Verdrängen ihre Situation. Dies zeigt, dass die Begleitung ein kontinuierlicher Prozess ist und kein einmaliger oder temporärer Akt. Bei aller gebotenen Wahrhaftigkeit ist es ratsam, nach positiven Aspekten der Situation zu suchen und diese gezielt hervorzuheben. Dazu müssen die Seelsorger mit dem Gesundheitszustand inklusive aller Krankheitsbilder bestens vertraut sein, denn nur so kann ein Sterbewunsch richtig eingeordnet werden. So ist von an Depressionen leidenden Menschen bekannt, dass sie dazu neigen, um Aufmerksamkeit zu kämpfen und die Äußerung eines Sterbewunsches ist ein beliebtes Mittel diese zu erreichen.

Daneben sind Seelsorger/innen häufig auch gefordert nicht nur mit Sterbenden in kommunikativen Austausch zu treten, sondern auch mit deren Angehörigen.⁸⁵ Auch hier gilt das Gebot der Wahrhaftigkeit. Seelsorger/innen müssen häufig eine vermittelnde Rolle zwischen medizinischem Personal und Angehörigen einnehmen, um den weiteren Behandlungsverlauf abzustimmen. Ferner bieten Einzelgespräche einen geschützten Raum, in dem Zugehörige ihrer Sorge Ausdruck verleihen können. Unter Umständen kann es auch nötig sein, über den Tod des Patienten hinaus die Angehörigen zu begleiten. Dabei wünschen Trauernde „keine Glaubensbelehrung, sondern eine im Dialog mit ihnen an ihrem Leben ausgerichtete Verkündigung.“⁸⁶

Ob die Bewältigung des Sterbeprozesses gelingt, entscheidet sich nicht nur am Kommunikationsverhalten, sondern mehr noch an der Progredienz der Erkrankung und dem Schmerzempfinden. Zeit ist in allen medizinischen Einrichtungen eine knappe Ressource und muss optimal genutzt werden. Gerade das Gespräch am Patientenbett wird in Priorisierungsvorgaben häufig wegrationalisiert und als knappes Gut gesehen. Gute Gespräche dauern allerdings genauso lange wie schlechte, und es ist vielfach erwiesen, dass gute Kommunikation letztendlich Arbeitsressourcen freisetzt.⁸⁷

Die Gesundheitseinrichtungen – gleich ob sie in konfessioneller, privater oder staatlicher Trägerschaft stehen – sind Orte der pastoralen Verkündigung. Sie sind ein Querschnitt der Gesellschaft und sorgen sich um Personen unterschiedlicher Herkunft und Religionszugehörigkeit.⁸⁸ Eine auf die kulturellen

⁸⁵ Vgl. K. Pfeiffer, *Psychosoziale Belastungen bei pflegenden Angehörigen*, [in:] M. Bonacker/G. Geiger [Hg.], *Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit*, Opladen/Berlin/Toronto 2018, S. 205-218.

⁸⁶ W. Holzschuh, *Tod und Trauer. Trauerforschung und Trauerbegleitung am Lehrstuhl für Pastoraltheologie, Universität Regensburg*, „Lebendige Seelsorge“ 5 (2004), S. 316-321, 320.

⁸⁷ Vgl. insbesondere S. Kränzle et al., *Begegnung mit Sterbenden*, [in:] S. Kränzle/U. Schmid/Ch. Seeger [Hg.], *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, S. 111-140.

⁸⁸ Vgl. B. Heller, *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*, Freiburg i. Br. 2012.

und religiösen Bedürfnisse abgestimmte Sterbebegleitung zu ermöglichen ist daher ein wichtiger Bestandteil, dem die Einrichtungen unter anderem durch spezielle eingerichtete Räume der Stille und Patientenzimmer Rechnung getragen wird.⁸⁹ Mit dem steigenden Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund und Schutz- und Asylsuchenden aus unterschiedlichsten Kulturkreisen an der bundesdeutschen Gesellschaft, sowie der sich fortsetzenden Säkularisierung, muss sich die Seelsorge der heterogener werdenden Gesamtlage anpassen. Das bedeutet nicht, dass Seelsorger/innen in Gesprächen die eigenen religiösen Überzeugungen zur zwingenden Grundlage machen dürfen. In manchen Fällen werden Seelsorger/innen zu Personen gerufen, die muslimischen, buddhistischen oder hinduistischen Glaubens sind oder die ganz bewusst jegliche Form von Religion ablehnen. Auch sie befinden sich in einer existentiell belastenden Situation, in der sie auf der Suche nach Trost und Gewissheit sind. Hier ist darauf zu achten, in einer vulnerablen Situation, in der sich die Menschen immerhin selbst den Seelsorger/innen öffnen, den geschenkten Trost nicht etwa an Bedingungen zu knüpfen. Kontinuierliche Bildung und Fortbildung von Seelsorger/innen beugt Handlungsunsicherheiten vor und fördert die Vertrautheit mit Riten und Traditionen anderer Religionen.⁹⁰

3.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Kontext von Spiritual Care

Ziel und Sinn von Medizin und Seelsorge ist zum einen die Erhaltung und Wiederherstellung des menschlichen Lebens sowie die Förderung und Steigerung der Lebensqualität, Handlungsfähigkeit und Autonomie. Zum anderen eine menschenwürdige Sorge und Begleitung am Lebensende. Um dies zu erreichen, arbeiten seit einigen Jahren Gesundheitseinrichtungen und politische Institutionen kontinuierlich an einer Struktur der Sterbebegleitung. Nicht zuletzt das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 steht für eine deutliche Aufwertung der Sorge um eine bestmögliche Begleitung von sterbenden Menschen.⁹¹ Das Gerüst dieser Struktur bilden niedergelassene Ärzte, „Spezia-

⁸⁹ Vgl. A. Rau, *Segensfeier mit Sterbenden und ihren Angehörigen*, „Lebendige Seelsorge“ 4 (2009), S. 267-276.

⁹⁰ Vgl. Corina Salis-Gross, *Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim*, Frankfurt am Main/New York 2001, S. 181.

⁹¹ Der Rechtsanspruch auf hospizlich-palliative Versorgung wird in § 39 SGB V geregelt. Die Krankenkassen sind rechtlich verpflichtet, eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung im eigenen Haushalt, der Familie oder in stationären Einrichtungen durch einen ambulanten Hospizdienst zu fördern. Die Berechnung der Förderung ergibt sich aus der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde die Palliativversorgung Bestandteil der Regelversorgung (vgl. § 27 SGB V). Es soll nicht nur Personal- und Sachkosten finanzi-

lisierte Ambulante Palliativversorgung“, palliativmedizinische Konsiliardienste sowie stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste. Die Kirchen, primär vertreten durch Caritas und Diakonie, bringen sich in Form von politischer Interessenvertretung, eigenen Gesundheitseinrichtungen und sozialen Diensten in den Gestaltungsprozess ein. Obwohl die Struktur der Sterbebegleitung bereits gut ausgebaut ist und auch in Zukunft noch finanziell und flächendeckend ausgebaut werden wird, nehmen Ethik und Seelsorge einen vergleichsweise geringen Raum ein. Während die palliative Betreuung auf einem sehr hohen medizinischen und psychologischen Niveau arbeitet, wird Seelsorge stellenweise als „frommes Beiwerk“ angesehen und dementsprechend vernachlässigt.

Auf der anderen Seite fordert das neue Feld der *Spiritual Care*, das ursprünglich im Rahmen medizinischer Forschung entwickelt wurde, eine enge Zusammenarbeit aller Professionen ein.⁹² *Spiritual Care* ist der Versuch, den spirituellen Bedürfnisse der Patienten seitens der Gesundheitsberufe einen größeren Stellenwert einzuräumen. Die medizinische Forschung erkennt verstärkt die Bedeutung spiritueller Bedürfnisse und versucht, Medizin und Spiritualität gegenseitig stärker zu durchdringen.⁹³ Multiprofessionalität gilt als Versprechen einer schnelleren und wirksameren Therapie gerade von chronischen und unheilbaren Erkrankungen. Neben der reinen medizinischen „Arbeit“ am menschlichen Körper geht es ferner um den „Umgang mit der Grenze und die bedrohte Subjekthaf-tigkeit.“⁹⁴ Denn sowohl „Sterben als auch Spiritualität sind Entgrenzungen des Menschseins, unausweichlich nicht nur, was die Endlichkeit betrifft, sondern auch was das Bezogensein auf die Unendlichkeit angeht, auf die Auseinandersetzung mit dem ‚Jenseits‘ der Grenze.“⁹⁵ Für Eckhard Frick ist mit *Spiritual Care* keine Aufgabe der Seelsorge allein gemeint, sondern die interdisziplinäre Zusammenar-

ell berücksichtigen, sondern auch Aufwendungen für eine Trauerbegleitung der Angehörigen (vgl. § 39b SGB V). Das Gesetz stärkt ebenso die ambulante Hospizarbeit in Pflegeheimen und Krankenhäuser, wodurch die Sterbebegleitung insgesamt aufgewertet und ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung wurde (vgl. § 37 SGB V). Schließlich sieht der Gesetzgeber eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vor, die ein Beratungsangebot darstellt und den Patienten Möglichkeiten der Begleitung im Sterbeprozess aufzeigt (vgl. § 132g SGB V).

⁹² Vgl. zur Entstehungs- und Expansionsgeschichte der *Palliativ Care* D. Nauer, *Spiritual Care statt Seelsorge?*, Stuttgart 2015, S. 22-45; vgl. in diesem Zusammenhang ferner A. Trawöger, *Braucht Seelsorge Psychotherapie*, ThPQ 167, 1 (2019), S. 48-55.

⁹³ Vgl. E. Frick/T. Roser, „*Spiritual Care*“ – zur spirituellen Dimension des Sterbens und der Sterbebegleitung, [in:] F.-J. Bormann/G. D. Borasio [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, S. 529-538.

⁹⁴ Ebd. S. 529.

⁹⁵ Ebd.; vgl. ergänzend I. Karle, *Perspektiven der Krankenhauseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der Spiritual Care*, „Wege zum Menschen“ 62, 6 (2010), S. 537-555.

beit als gemeinsame „Schleusenwärter“ an der „Übergangs-Krise des Lebens“⁹⁶. Ähnlich wie in einer Anamnese potentiell medizinisch relevante Informationen erfragt werden, erkundigt sich der Arzt im Rahmen der Spiritual Care nach dem „spirituellen Pflegebedarf“⁹⁷. Dazu gehört vor allem eine spirituelle Begleitung von Patienten am Lebensende durch professionell ausgebildete Seelsorger/innen.

In der praktisch-theologischen Forschung ist das Konzept bislang noch nicht in der breite rezipiert worden. Einen guten Überblick bietet Doris Nauer, die neben kritischen Anfragen, eine Verhältnisbestimmung vornimmt und *Spiritual Care* als ernstzunehmende Herausforderung beschreibt.⁹⁸ Weite Teile ihrer Argumentation lassen sich als deutliches Plädoyer für ein zeitgemäßes Seelsorgekonzept lesen, dass gerade durch die interdisziplinäre Vernetzung in den Einrichtungen und die gemeinsame Zusammenarbeit die Seelsorge in Zukunft stärker in der Pflicht sieht. Ergänzend dazu fordert Doris Nauer ein prinzipielles Bekenntnis der christlichen Kirchen zur Kategorialseelsorge, die von den Menschen stärker angefragt wird, als territoriale Modelle moderner Kirchlichkeit. Besonders nachdrücklich votiert sie gegen eine Selbstabschaffung der christlichen Seelsorge, die selbstbewusster auftreten müsse und ihren genuinen Ort im Potpourri heilsam am Menschen handelnder Professionen in Gesundheitseinrichtungen stärker hervorheben solle. Daneben hat sich vor allem der Jesuit Eckhard Frick in der theologischen Diskussion um *Spiritual Care* hervorgetan und diese in positiv wohlwollender Weise geprägt. Dessen Ansatz ist insgesamt systematischer und entfaltet detailliert das Prinzip der Patientenzentriertheit in den einschlägigen Veröffentlichungen.⁹⁹ Sein Forschungsinteresse gilt der Spiritualität „zwischen säkularisierter Beliebigkeit und kirchlicher Normierung“¹⁰⁰ sowie spirituellen Praxisfeldern im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung interkultureller und interreligiöser Perspektiven. Obwohl kritische Aspekte – insbesondere mit Blick auf das Selbstverständnis seelsorglichen Handelns und Verkündigens – nicht unausgesprochen bleiben, wird das Konzept der *Spiritual Care* in den veröffentlichten theologischen Beiträgen weitestgehend positiv bewertet und als bislang fehlendes Bindeglied zwischen Spiritualität und Medizin begrüßt. In Zukunft bedarf es der weiteren intradisziplinären Erforschung innerhalb der Theologie sowie der interdisziplinären Forschung im Dialog mit Medizin und Sozialwissenschaften. Das seitens der Medizin- und Pflegewissenschaft steigende Interesse an Spiritualität im Behandlungskon-

⁹⁶ E. Frick, *Spiritual Care – ein neues Fachgebiet der Medizin*, ZfME 55 (2009), S. 145-154, 146.

⁹⁷ Ebd., S. 147.

⁹⁸ Vgl. Nauer, *Spiritual Care statt Seelsorge?*, S. 10-21.

⁹⁹ Neben den oben schon genannten Veröffentlichungen vgl. insbesondere den Sammelband Frick, Eckhard/Roser, Traugott [Hg.], *Spiritualität in der Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, 2. aktualisierte Auflage, Stuttgart 2011.

¹⁰⁰ Ebd., S. 5.

text wurde bislang in der theologischen Diskussion zu wenig berücksichtigt. Dadurch droht die Chance, *Spiritual Care* als Teil der Therapie stärker in den Fokus zu nehmen und diese zum Teil der Grundversorgung werden zu lassen, ungenutzt zu verstreichen. Neben einer unausgereiften theologischen Reflexion und einer schwachen Positionierung dieses Themas an gesellschaftspolitischer Stelle, sehen sich Gesundheitseinrichtungen mit einer zu geringen Zahl von Ethiker/innen und Seelsorger/innen an in ihren Einrichtungen konfrontiert. Der Bedarf ist zweifelsohne vorhanden und wird zunehmend offensiv von einzelnen Einrichtungen eingefordert. Insbesondere da stellenweise keine ethische Kompetenz oder Seelsorgeangebote vorhanden sind, die auf die besonderen Bedarfe von Personen in der Terminalphase reagiert und zusätzlich ein Ansprechpartner für Angehörige und medizinisches Personal ist.

Fazit

Die Zukunft der ethischen und spirituellen Begleitung in Gesundheitseinrichtungen ist nicht isoliert zu betrachten oder anders gesagt: eine Ethik, die spirituelle Aspekte in ihre Abwägungsprozesse mit aufnimmt, wird ihrem Auftrag nur gerecht werden können, wenn sie als anerkannte Partnerin in die professionellen Berufsgruppen eingliedert wird. Sie darf im Potpourri der sich um Sterbende sorgenden Fachdisziplinen nicht fehlen und muss ihren genuinen Wert gegenüber den anderen beteiligten Akteuren stärker hervorheben. *Spiritual Care* im Zusammenspiel mit einem belastbaren Modell des *Advance Care Planning* können in Zukunft das Grundgerüst für ein menschenwürdiges Sterben in deutschen Gesundheitseinrichtungen sein. Die verbindenden Elemente sind eine optimierte Kommunikation, die einen reibungslosen Behandlungsablauf garantieren, Autonomieverlust am Lebensende weitestgehend verhindern und Sterbewünsche als zwischenmenschliche Ausdrucksform ernst nehmen soll.

In Zukunft werden sich die Ethikbeauftragten noch stärker in das Konvolut der professionellen Berufsgruppen in Gesundheitseinrichtungen einbringen und ihre Stellung in den Reihen der professionellen Gesundheitsfachkräfte selbstbewusst einfordern müssen. Das Instrument *Spiritual Care* bereits im Medizinstudium zu verankern und darüber hinaus alle Gesundheitsfachkräfte kontinuierlich fortzubilden ist unbedingt wünschenswert. Dazu gehört es zum Aufgabenbereich der Geschäftsführer und Leitungsverantwortlichen von Gesundheitseinrichtungen, den Umgang mit ethischen Modellen nachdrücklich einzufordern und eine „Kultur der Ethik“ in den Einrichtungen zu etablieren. Schließlich wäre über eine intensivierete Zusammenarbeit zwischen Ethikberatern, Seelsorgern und Sozialdiensten vor allem im Krankenhausbereich aber auch darüber hinaus nachzudenken, um reibungslose Abläufe und eine vollumfängliche Sorge und Begleitung im Sterbeprozess zu garantieren.

Zusammenfassung

Tod und Sterben sind zwei Aspekte des menschlichen Lebens, die in modernen Gesellschaften westlicher Prägung zunehmend marginalisiert werden. Seit dem Ende omnipräsenter Todeserfahrungen zweier Weltkriege und dem Beginn kontinuierlich steigender Lebensqualität, verschiebt sich der Sterbeprozess in die Stille und Abgeschiedenheit professioneller Gesundheitseinrichtungen. Andererseits stellt sich statt langwieriger Lebenserhaltung und fortwährender Todesverdrängung die Frage nach einem würdevollen Sterben in der Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod. Gesundheitsfachkräfte müssen sich zusätzlich zu den medizinischen Behandlungsprozessen auf eine Fülle von ethischen, sozialen und seelischen Bedürfnissen der Patienten einstellen. Aufgrund steigender Arbeitsverdichtung, bedarf es dazu der Implementierung inter-professioneller Teams. Die hier besprochene Variante von Spiritual Care ist der Versuch einer gegenseitigen Durchdringung von lebensoffen abwägender Medizin, handlungsleitender Ethik und christlicher Seelsorge. So soll bestmöglich auf existentielle Grenzsituationen, wie etwa Sterbewünsche, reagiert werden können.

SCHLAGWÖRTER: Spiritual Care; Medizin, Ethik & Seelsorge; Thanatosoziologie; Interprofessionalität

Abstract

Individual Ethics and Spirituality at the End of Life: Spiritual Care of Terminally Ill Patients With Dying Wishes

Death and dying in western nations have been socially marginalized in recent decades. Since life is no longer under an imminent threat by wars and epidemics, the process of dying has been shifting into the seclusion of professional health care institutions. On the other hand there has been a development towards endless sustainment and a lack of awareness for the inevitability of one's death. This new situation adds to the regular medical care of terminally ill patients an additional mindfulness for their social, ethical and spiritual needs. The version of "spiritual care" discussed below aims at a mutual strategy to combine medical care, ethics and pastoral ministry.

KEYWORDS: Spiritual Care; medicine, ethics & pastoral ministry; sociology of death and dying; interdisciplinarity

Literaturverzeichnis

- Alt-Epping B., *Palliative Sedierung*, [in:] Bormann, F.-J. [Hg.], *Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von ‚Töten‘ und ‚Sterbenlassen‘*, Berlin/Boston 2017, S. 543-548.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, *Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen. Arzneiverordnung in der Praxis*, Köln 2007.
- Augustinus, *Confessiones - Bekenntnisse. Lateinisch/Deutsch*. Übersetzt, herausgegeben und kommentiert von K. Flasch und B. Mojsisch, Stuttgart 2009.
- Bausewein C., *Sterben ohne Angst. Was Palliativmedizin leisten kann*, München 2015.
- Bausewein C., *Symptome in der Terminalphase*, „Der Onkologe“ 11, 4 (2005), S. 420-426.
- Becker G./Xander C., *Zur Erkennbarkeit des Sterbeprozesses*, [in:] Bormann, F.-J./Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 116-136.
- Benkel Th./Meitzler M. [Hg.], *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*, Wiesbaden 2019.
- Beubler E., *Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie. Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten*, Berlin/Heidelberg 2016.
- Bobbert M./Knapp C., *Tiefe kontinuierliche Sedierung als „verdeckte Euthanasie“? Praxisbezogene ethische und medizinische Unterscheidungen für die Palliativversorgung*, [in:] „Ethica“ 25, 4 (2017), S. 307-328.
- Borasio G. D., *Über das Sterben*, München 2015.
- B. F.-J., *Wie wollen wir sterben? Die Debatte um die verschiedenen Formen der Sterbehilfe*, ThQ 198 (2018), S. 261-279.
- Bormann F.-J., *Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung*, ZfME 59 (2013), S. 117-127.
- Breitbart W./Rosenfeld B. et al., *Impact of Treatment for Depression on Desire for Hastened Death in Patients with Advanced Aids*, „Psychosomatics“ 51 (2010), S. 98-105.
- Bundesamt für Gesundheit, *Nationale Leitlinien Palliative Care*, Bern 2010.
- Dasch Burkhard et al., *Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts*, „Deutsches Ärzteblatt“ 112 (2015), S. 496-504.
- Engelke Ernst, *Smart sterben – Tod 4.0. Sind End-of-Life-Center unsere Zukunft?*, „Lebendige Seelsorge“ 2 (2017), S. 118-124.
- Enzner-Probst B., *Rituale in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen*, „Lebendige Seelsorge“ 4 (2009), S. 237-243.
- Feldmann K.-H., *Abschied am Totenbett*, „Lebendige Seelsorge“ 4 (2009), S. 260-267, 265.
- Feldmann K., *Sterben in der modernen Gesellschaft*, Bormann F.-J./Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 23-40.
- Feldmann K., *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*, Wiesbaden 2010.
- Frick E., *Spiritual Care – ein neues Fachgebiet der Medizin*, ZfME 55 (2009), S. 145-154.
- Frick E./Roser T., *„Spiritual Care“ – zur spirituellen Dimension des Sterbens und der Sterbebegleitung*, [[in:] Bormann F.-J./ Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 529-538.
- Frick E./Roser T. [Hg.], *Spiritualität in der Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, 2. aktualisierte Auflage, Stuttgart 2011.
- Galushko M./Voltz R., *Todeswünsche und ihre Bedeutung in der palliativmedizinischen Versorgung*, [in:] Bormann F.-J./ Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 200-210.

- Garvert Ch./Kaul A./Drolshagen Ch., *Selbstbestimmt sterben auch im Krankenhaus*, „Lebendige Seelsorge“ 5 (2005), S. 268-273, 271.
- Gebhardt W., *Experte seiner selbst – Über die Selbstermächtigung des religiösen Subjekts*, [[in:]] Ebertz M./Schützeichel R. [Hg.], *Sinnstiftung als Beruf*, Wiesbaden 2010, S. 33-41.
- Groß D./Kreucher S./Grande J., *Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung. Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden*, [in:] Rosentreter M./Groß D./Kaiser St. [Hg.], *Sterbeprozesse. Annäherungen an den Tod*, Kassel 2010, S. 17-31.
- Heller B., *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*, Freiburg i. Br. 2012.
- Hoffmann Th. S./Knaup M. [Hg.], *Was heißt: In Würde sterben?*, Wiesbaden 2015.
- Holzschuh S., *Herausforderung Abschiedsraum*, „Lebendige Seelsorge“ 5 (2004), S. 331-334.
- Holzschuh W., *Tod und Trauer: Trauerforschung und Trauerbegleitung am Lehrstuhl für Pastoraltheologie, Universität Regensburg*, „Lebendige Seelsorge“ 5 (2004), S. 316-321.
- Hudson P. L./Kristjanson L. J. et al., *Desire For Hastened Death in Patients with Advanced Disease and the Evidence Base of Clinical Guidelines: A Systematic Review*, „Palliat Med“ 20 (2006), S. 693-701.
- Karle I., *Perspektiven der Krankenhauseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der Spiritual Care*, „Wege zum Menschen“ 62, 6 (2010), S. 537-555.
- Kastenbaum R. J., *Death, Society, and Human Experience*, Saint Louis 1977.
- Kellehear A., *Dying as a Social Relationship. A Sociological Review of Debates on the Determination of Death*, „Soc Sci Med“ 66, 7 (2008), S. 1533-1544.
- Kleffmann J., *Die Patientenverfügung als Garant für den Patientenwillen in jeder Lebensphase?*, [in:] Bonacker M./Geiger G. [Hg.], *Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit*, Opladen/Berlin/Toronto 2018, S. 165-186.
- Knoblauch H./Zingerle A., *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, [in:] Dies. [Hg.], *Thanatosoziologie*, Berlin 2005, S. 11-27.
- Koenig H. G., *Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden*, Stuttgart 2012.
- Köhler E., *Sterben in Würde aus Sicht der SAPV*, „Lebendige Seelsorge“ 2 (2017), S. 104-109.
- Kränzle S./Hermann I./Kerkovius Th./Göth M., *Begegnung mit Sterbenden*, [in:] Kränzle S./Schmid U./Seeger Ch. [Hg.], *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, 5. aktualisierte und erweiterte Auflage, Heidelberg 2014, 111-140.
- Kränzle S./Weihrauch B., *Geschichte, Selbstverständnis und Zukunftsstrategien von Palliative Care*, [in:] Kränzle S./Schmid U./Seeger Ch. [Hg.], *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, Berlin/Heidelberg 2014, S. 3-14
- Kränzle S., *Qualität in Palliative Care*, [in:] Kränzle S./Schmid U./Seeger Ch. [Hg.], *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, Berlin/Heidelberg 2014, S. 179-182.
- Laves W./Berg S., *Agonie. Physiologisch-chemische Untersuchungen bei gewaltsamen Todesarten*, Lübeck 1965.
- Lipp V., *Behandlungsziel und Indikation am Lebensende*, [in:] Bormann F.-J. [Hg.], *Lebensbeendende Handlungen: Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von ‚Töten‘ und ‚Sterbenlassen‘*, Berlin/Boston 2017, S. 437-450.
- Maier Ch./Diener H.-Ch., *Anamnese und Therapieplanung*, [in:] Maier Ch./Diener H.-Ch./ Bingel U. [Hg.], *Schmerzmedizin. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien*, München 2017, S. 21-36.
- Materstedt L. J./Clark D., *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. A View from an Eapc Ethics Task Force*, „Palliat Med“ 17 (2003), S. 97-101.
- Mazer M. A./ Alligood Ch. M./Wu Q., *The Infusion of Opioids During Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation in the Medical Intensive Care Unit*, JPSM 42, 1 (2011), S. 44-51.
- Müller-Busch Ch., *Kurze Geschichte der Palliativmedizin*, [in:] Schnell M. W./Schulz Ch. [Hg.], *Basiswissen Palliativmedizin*, Berlin/Heidelberg 2014, S. 3-10.

- Nauer D., *Spiritual Care statt Seelsorge?*, Stuttgart 2015.
- Nassehi A., *Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwart*, [in:] Saake I./Vogd W. [Hg.], *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden 2008, S. 379-397.
- Niederschlag H./Proft I. [Hg.], *Wann ist der Mensch tot? Diskussion um Hirntod, Herztod und Ganztod*, Ostfildern 2012.
- Niederschlag H./Proft I. [Hg.], *Recht auf Sterbehilfe? Politische, rechtliche und ethische Positionen*, Ostfildern 2015.
- Omrán A. R., *The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change*, "Milbank Mem Fund" Q 49 (1971), S. 509-538.
- Peng-Keller S., *Spiritual Care und klinische Seelsorge im Horizont globaler Gesundheitspolitik. Chancen und Herausforderungen*, [in:] Hagen Th./Groß N./Jacobs W./Seidl Ch. [Hg.], *Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen. Auftrag – Vernetzung – Perspektiven*, Freiburg i. Br. 2017.
- Pescher A., *Naturwissenschaftliche Bemerkungen zum Sterbeprozess und zur Thanatologie*, [in:] Rosentreter M./Groß D./Kaiser St. [Hg.], *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*, Kassel 2010, S. 33-50.
- Pfeiffer K., *Psychosoziale Belastungen bei pflegenden Angehörigen*, [in:] Bonacker M./Geiger G. [Hg.], *Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit*, Opladen/Berlin/Toronto 2018, S. 205-218.
- Pleschberger S., *Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*, Freiburg im Breisgau 2005.
- Radbruch L. et al., *Körperlicher Schmerz und seine palliativmedizinische Linderung – Chancen und Grenzen der Behandlung*, [in:] Bormann F.-J./Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 159-172.
- Rau A., *Segensfeier mit Sterbenden und ihren Angehörigen*, „Lebendige Seelsorge“ 4 (2009), S. 267-276.
- Rau R./Doblhammer G., *Zur Epidemiologie des Sterbens in der deutschen Gesellschaft. Entwicklung von Lebenserwartung, Todesursachen und Pflegebedarf am Lebensende*, [in:] Bormann F.-J./Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 3-22.
- Roser T., *Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*, 2. erweiterte und aktualisierte Auflage, (Münchener Reihe Palliative Care Band 3), Stuttgart 2017.
- Ricken F., *Ars moriendi – zu Ursprung und Wirkungsgeschichte der Rede von der Sterbekunst*, [in:] Bormann F.-J./Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 309-324.
- Saake I., *Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung*, Wiesbaden 2006.
- Saake I., *Gegenwart des Todes im 21. Jahrhundert*, APuZ 4 (2008), S. 5-6.
- Salis-Gross C., *Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim*, Frankfurt am Main/New York 2001.
- Saunders C./Baines M., *Leben mit dem Sterben: Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen*, Göttingen 1991.
- Schallenberg P., *Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung*, [in:] Wald B. [Hg.], *Ende des Lebens. Tod und Sterben heute*, Paderborn 2018, S. 57-67.
- Schallenberg P., *Soziale und ethische Aspekte der personalisierten Medizin*, „Medizinische Genetik 28, 4 (Dezember 2016), S. 460-465.
- Seeger Ch., *Biographisches Arbeiten in der Sterbebegleitung – Jedes Leben hinterlässt Spuren*, [in:] Kränzle S./Schmid U./Seeger Ch. [Hg.], *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, 5. aktualisierte und erweiterte Auflage, Heidelberg 2014, S. 73-90.

- Stadelbacher St./Schneider W., *Zuhause Sterben in der reflexiven Moderne. Private Sterbewelten als Heterotopien*, [in:] Benkel Th. [Hg.], *Die Zukunft des Todes. Heterotopien des Lebensendes*, Bielefeld 2016, S. 61-84.
- Stiel St./Elsner F./Pestinger M./Radbruch L., *Der Wunsch nach vorzeitigem Lebensende – was steckt dahinter?*, „Der Schmerz“ 24 (2010), S. 177-189.
- Striebel H. W., *Therapie chronischer Schmerzen: ein praktischer Leitfaden*, Stuttgart 42002.
- Thieme F., *Sterben und Tod in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatosozologie*, Wiesbaden 2018.
- Thomm M., *Chronischer Schmerz und Komorbidität*, [in:] Dies. [Hg.], *Schmerzmanagement in der Pflege*, Berlin/Heidelberg 2016.
- Trawöger A., *Braucht Seelsorge Psychotherapie*, ThPQ 167, 1 (2019), S. 48-55.
- Volkenandt M., *Kommunikation mit Patienten und Angehörigen*, [in:] Bormann, F.-J./ Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 111-115.
- Wasner M., *Keiner stirbt für sich allein. Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfelds bei Sterbenden*, [in:] Bormann, F.-J./Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 82-94.
- Weiber E., *Die Sterbestunde im Krankenhaus. Was können die Professionellen im Umkreis des Todes tun? Beiträge zur Thanatologie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz*, „Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie“ 28 (2004), S. 87-92.
- Wilkening K./Kunz R., *Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*, Göttingen 2003.
- Wittkowski J./Schröder Ch., *Betreuung am Lebensende. Strukturierung des Merkmalbereichs und ausgewählte empirische Befunde*, [in:] Dies. [Hg.], *Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung*, Göttingen 2008, S. 1-51.
- Wittkowski J., *Umgang mit Sterben und Tod. Wie lassen sich die Ergebnisse der Grundlagenforschung in der Praxis umsetzen?*, „Report Psychologie“ 24, 2 (1999), S. 114-120.
- Wittkowski J., *Zur Psychologie des Sterbens – oder: Was die zeitgenössische Psychologie über das Sterben weiß*, [in:] Bormann F.-J./Borasio G. D. [Hg.], *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, S. 50-64.