

*Sperrfrist: Mo, 25.11.2013, 19.30 Uhr
Es gilt das gesprochene Wort! Der Text wird im Vortrag gekürzt.*

Karl Kardinal Lehmann
Bischof von Mainz

Den Tagen mehr Leben geben Zur modernen Hospiz- und Palliativbewegung

Vortrag beim Hospizverein Rhein-Selz e.V. am 25. November 2013 in Nierstein

Dankbar blicken wir auf die Gründung des „Hospizvereines“, genauer der Ökumenischen Hospizarbeit Rhein-Selz e.V.“ zurück. Der Verein ist im nächsten Frühjahr zwölf Jahre alt. Er versteht sich als ergänzende Hilfe zu den schon bestehenden Einrichtungen wie ambulante Pflegedienste, Altenheime, Krankenhäuser, Kirchengemeinden etc., mit denen sie vertrauensvoll zusammenarbeiten“. Die Hospizarbeit erfolgt in ambulanter Form. Der Verein hat 80 ausgebildete Hospizhelfer/innen und ausgebildete Trauerbegleiter/innen. Über 600 Stunden pro Jahr finden Begleitungen statt. Wir wollen vor diesem Hintergrund die Hospizbewegung näher kennenlernen.

I.

Auch wenn die Hospizbewegung, wie wir sehen werden, geradezu eine Wiederentdeckung und Neuschöpfung unserer Tage zugleich ist, so dürfen wir den Ursprung der Grundidee nicht vergessen. Das Wortfeld „Hospiz“ geht auf das lateinische Wortfeld „hospes“ bzw. „hospitalitas“ zurück. Wir übersetzen dies in der deutschen Sprache gewöhnlich mit „Gastfreundschaft“. Dadurch werden wir erinnert, dass wir Wanderer zwischen zwei Welten sind. „Wir sind nur Gast auf Erden ...“, so heißt es in dem bekannten Kirchenlied. Wir wissen, dass wir Sterbliche sind und unterwegs bleiben, ohne uns endgültig aufhalten zu können. Wir genießen das Gastrecht auf dieser Erde. Es ist darum schon ein besonderes Glück, wenn uns in der Flüchtigkeit unseres Lebens so etwas wie Heimat geschenkt wird, in der wir uns aufhalten dürfen. Aber es gibt in dieser Zeit keine endgültige Bleibe. Umso wichtiger ist das Verhältnis zu den Menschen am Ende ihres irdischen Lebens. Hier bekommt „Gastfreundschaft“ nochmals einen eigenen Sinn. Dies zeigt bereits auch das Wort „Hospital“.

Die Geschichte des Hospitals beginnt mit den spätantiken Xenodochien, einer seit dem 4. Jahrhundert zunächst im Orient, wenig später in Italien und Gallien nachweisbaren Einrichtung für Arme, Schutz- und Hilflose. Sie unterstanden dem jeweiligen Ortsbischof. Der heidnischen Antike war eine vergleichbare öffentliche Fürsorge unbekannt. Im frühen

Mittelalter waren es hauptsächlich Stifte, Domstifte und Klöster, welche öffentliche Hospitäler gründeten und unterhielten für Arme, Alte und Waisen, Kranke und Invalide, durchziehende Pilger, überhaupt für alle der Hilfe Bedürftigen. In späterer Zeit wurden vor allem im Gefolge der Kreuzzüge durch ritterliche Vereinigungen Spitalsdienste errichtet, woraus die ritterlichen Spitalsorden entstanden. Sie haben bis heute Bestand, wenn wir z. B. nur an die Malteser und Johanniter denken.

Schließlich entstanden auch ganze Ordensgemeinschaften, die sich Hospitaliter nannten. Zu den ritterlichen Hospitalitern kamen auch bürgerliche Initiativen und weitere Brüder- und Schwestergemeinschaften der Armen- und Krankenpflege hinzu. Besonders im 19. Jahrhundert kamen viele Ordensgemeinschaften in der Armen- und Krankenpflege zum Einsatz, vgl. z. B. die Barmherzigen Brüder und Schwestern. Die spätmittelalterlichen Spitäler waren übrigens fast alle dem Heiligen Geist geweiht, auf dessen Wirkung als Tröster die Spitalgründer und jene, die dort Hilfe suchten, hoffen mochten. Besonders als das Spitalwesen der Ritterorden einen Niedergang erfuhr, haben bürgerliche Initiativen und weltliche Obrigkeiten, aber eben auch die erwähnten Ordensgründungen die Lücke ausgefüllt. Reich gewordene Leute gründeten oft für die Einwohner ein Hospital, wie z. B. Nikolaus von Kues (1450/56). Berühmt wurde auch das sogenannte Juliuspital, benannt nach seinem Gründer, dem Würzburger Bischof Julius Echter von Mespelbrunn (1576/79).

Diese Form des Hospitals war eine Auffangstelle für alle Arten menschlicher Hilflosigkeit. Die Sorge für die Seele hatte großes Gewicht. Dies geht bis in die Architektur hinein, wo die Spitalinsassen ganz auf die Kapelle des Hauses hin orientiert waren. Erst später gab es eine im Blick auf die Arbeitsteilung bestimmte Spezialisierung des Hospitals in verschiedene Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Altenheime, Waisenhäuser, „Narrenhäuser“ usw.). Von den alten Hospitälern blieben meist nur Armenhäuser übrig. Es ist wichtig zu wissen, dass die moderne Hospizbewegung durchaus etwas mit der Idee des mittelalterlichen „Hospitals“ zu tun hat.

Wie sehr diese Traditionen vergessen sind, zeigt sich hauptsächlich in den Darstellungen der modernen Hospizbewegung. Dies ist deshalb nicht unwichtig, weil diese überkonfessionelle Bewegung im Kern eben doch viele Elemente, Motive und Werte in sich birgt, die auf das christliche Verhältnis zum menschlichen Leben und besonders zu allem „beschädigten“ Leben zurückgehen. Diese Beweggründe kommen in der modernen Hospizbewegung, wenn auch verwandelt, wieder zum Tragen.

Die moderne Hospizbewegung entstand bekanntlich unter der Krankenschwester Cicely Saunders mit dem St. Christopher-Hospital in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in

London. Die ersten Anfänge gehen auf das Jahr 1967 zurück.¹ Die Gründerin starb im Sommer 2005 mit 87 Jahren in diesem Hospital. Sie schuf eine Bewegung, die im Lauf der Zeit die ganze Gesellschaft nach und nach bestimmte. Während man in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Betreuung von Patienten in der Sterbephase zunehmend vernachlässigte, kam es Anfang der 1960er Jahre zu einer Gegenbewegung. Neben C. Saunders muss hier auch und besonders Elisabeth Kübler-Ross genannt werden, die bahnbrechend wirkte für eine neue Kultur der Kommunikation mit Sterbenden.²

Die Hospizidee ist der zentrale Ausgangspunkt für die Hospizbewegung und die Palliativmedizin. Sie hat ein ganzheitliches Menschenbild und ist davon auch im Verständnis des Sterbens fundamental geprägt. So ist die Hospizbewegung Träger einer eigenen Lebensphilosophie. Darin werden die christlichen Wurzeln der Bewegung sichtbar, auch wenn sie von vielen anderen Kräften mitbestimmt wird. So gehört das *Annehmen* und *Hinnehmen* dessen, was über einen Menschen verfügt ist, zu den Grundlagen der Hospizpflege. Daraus ergibt sich ein anderer Umgang mit dem Sterben. Die Hospizbewegung begreift das Sterben als eine normale Phase des Lebens, die jeder Mensch durchläuft. Es wird als zum Menschen gehörend akzeptiert. Der Sterbeprozess wird weder verlängert noch verkürzt. Es ist nicht das Ziel, dem Leben unbedingt mehr Zeit hinzuzufügen, sondern in der Zeit, die dem Menschen noch bleibt, mehr Leben zu ermöglichen. So kann man die Hospizbewegung und die Palliativmedizin besser in ihren Zielen verstehen. Diese richten sich auf vier Kernbedürfnisse des Menschen, nämlich im Sterben nicht alleine gelassen zu werden, nicht unter starken Schmerzen leiden zu müssen, die letzten Dinge regeln zu können und sowohl die Sinnfrage als auch die Frage nach dem „Danach“ stellen und erörtern zu können. Darum ist auch der Einbezug der Seelsorge nicht nur als wünschbarer, sondern als notwendiger Bestandteil der palliativen Behandlung anzusehen. Dabei ist nicht nur an hauptamtliche, sondern auch an ehrenamtliche Begleiter gedacht. Im Zentrum steht dann sicher die Frage nach dem Sinn des Leidens bzw. nach der Motivation, eine solche Phase schweren und aussichtslosen Siechtums überhaupt auf sich zu nehmen.³

¹ Vgl. C. Saunders (Hg.), *Hospiz und Begleitung im Schmerz*, Freiburg i.Br. 1993.; D. Zeck, *Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland*, in: E. Klaschik/F. Nauck (Hg.), *Palliativmedizin heute*, Berlin 1994, 85-102; J.-Ch. Student (Hg.), *Das Hospizbuch*, 3. Aufl., Freiburg i.Br. 1994; H. Pichlmaier – G. Fosselt, *Hospiz/Hospizbewegung*, in: *Lexikon der Bioethik II*, Gütersloh 1998, 233-237 (Lit.) i.A. Fried (Hg.), *Wo man in Frieden sterben kann. Die Hospizbewegung* Wuppertal 1988.

² Vgl. ihr wichtiges Buch: *Interviews mit Sterbenden*, Stuttgart 1971 u.ö.; vgl. auch zu den Sterbephasen R. Ochsmann, in: J. Chr. Student (Hg.), *Sterben, Tod und Trauer*, Freiburg i. Br. 2004, 217-220.

³ Vgl. zum Sterben A. Napiwotzley/J. Chr. Student (Hg.), *Was braucht der Mensch am Lebensende*, Stuttgart 2007; G. D. Borasio, *Über das Sterben*, München 2012; E. Schockenhof, *Ethik des Lebens*, Freiburg i. Br. 2009; G. Maio, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2012; S. Conrad, *Sterben für Anfänger*, Berlin 2013 (persönliche Auseinandersetzung); H. Chr. Müller-Busch, *Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens*, Berlin 2012.

Diese Form der ganzheitlichen Betreuung kann schon in frühen Phasen der Erkrankung zur Linderung spezifischer Probleme und zur Krisenintervention erforderlich werden. Die Ziele der Hospizarbeit erstrecken sich auf viele Einrichtungen und Adressaten: Familien, Altenheime, Krankenhäuser, ambulante Dienste, Palliativstationen und stationäre Hospizeinrichtungen. Zum stationären Bereich kamen in den Jahren nach der Gründung z. B. eine Ambulanz, ein Hausbetreuungsdienst, ein Team zur Unterstützung der Hinterbliebenen und eine Fortbildungseinrichtung dazu. Die Zahl der englischen Hospize nahm ständig zu. Der Hospizgedanke fasste auch Wurzeln in den Vereinigten Staaten (ab 1974) und in Kanada (ab 1975). Mittlerweile hat sich der Hospizgedanke in weit über 100 Ländern rund um den Erdball verbreitet, sodass von einer weltweiten Bewegung gesprochen werden kann.

Bereits in den 1960er Jahren gibt es Anfänge auch in Deutschland, nämlich im Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen, einer Klinik für Tropenmedizin und Innere Krankheiten. Die Palliativtherapie wurde in die Krankenhausarbeit integriert. Die unzureichende Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender bei uns wurde 1971 mit dem im Fernsehen ausgestrahlten Dokumentarfilm „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“ offenkundig. Als erste stationäre Einrichtung in Deutschland wurde mit der Unterstützung der Deutschen Krebshilfe 1983 die Palliativstation der Chirurgischen Universitätsklinik in Köln eröffnet. Auf Initiative von Pater Dr. P. Türks wurde 1986 das erste deutsche Hospiz für sterbende Patienten im Altenzentrum des Aachener Oratorianer-Zentrums eingerichtet, das „Haus Hörn“. 1987 folgte das „Hospiz zum Heiligen Franziskus“ in Recklinghausen, im selben Jahr das Christophorus-Haus in Frankfurt. Hier ging es um die Erweiterung einer bestehenden Schmerzpraxis und einer Tagesklinik. Hier wurden auch Kurse und Seminare für Krebskranke unmittelbar nach der Diagnose angeboten. Ich verzichte jetzt darauf, die Unterstützung durch Bund und Länder näher darzustellen. 1985 wurde in München der Christophorus-Hospiz-Verein gegründet, der erste Verein in Deutschland, der die Bezeichnung ‚Hospiz‘ im Namen trägt. 1992 bildete sich die „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz“, die sich bald anders organisierte. Der im Jahr 1993 gegründete Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband e.V. in Berlin gibt seit seinem Anfang jährlich eine ausführliche Information mit Zahlenmaterial, Adressen usw. heraus: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland.

Gewiss darf hier auch ein Arzt unserer Region genannt werden. Der Internist Dr. Paul Becker aus Bingen war einer der ersten niedergelassenen Ärzte, die die Palliativmedizin in die praktische Arbeit aufnahmen. Er hat die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebenshilfe gegründet, die durch Fortbildungen und Lehrgänge einen sehr wichtigen Beitrag zur Verbreitung der Hospizidee in Deutschland geleistet hat.

Dieser Überblick darf jedoch nicht vergessen lassen, dass bei uns in Deutschland die Idee des Hospizes einen schweren Stand hatte und deshalb nur mit Verzögerungen durchgesetzt werden konnte. Damit hing auch eine ambivalente Wirkung des genannten Fernsehfilms „Noch 16 Tage“ aus dem Jahr 1971 zusammen, denn durch diesen Film wurden Assoziationen von Hospiz und „Sterbeklinik“ geweckt. So wurde die Hospizidee als ganz benachbart zur Euthanasie missverstanden. Erst in den 1980er Jahren hat sich dies langsam aufgelöst. Als ich 1987 Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz wurde, hatte ich noch eine gewisse Zeit zu tun, um in den Stellungnahmen der Kirche solchen Ängsten entgegenzutreten. Auch die Krankenhausgesellschaften, die Krankenhaus und Sterben eng miteinander verknüpften, taten sich hier sehr schwer.

Im Jahr 1990 gab es in Deutschland noch nicht mehr als drei Palliativstationen und drei stationäre Hospize. In der Zwischenzeit sind viele Hospize in Deutschland gegründet worden. Die ambulanten Dienste haben sich seit 1996 mehr als verdreifacht. Wir haben 1500 ambulante Einrichtungen, einschließlich der Dienste für die Kinder. 1996 gab es 30 stationäre Hospize und 28 Palliativstationen. Im Jahr 2011 waren es bereits 195 stationäre Hospize und 231 Palliativstationen. 100 000 Menschen engagieren sich weitgehend in diesen Einrichtungen.

Seit der Jahrtausendwende wurden auch Professuren für Palliativmedizin errichtet (Bonn, Aachen, Köln, München, Göttingen, Jena, Erlangen, Witten/Herdecke, Mainz). Auch die Politik hat seit dem Jahr 2005 (Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages) zur Förderung der Palliativmedizin und Hospizarbeit weitreichende Empfehlungen ausgesprochen.

II.

Es ist jedoch gut, sich die Situation und ihren Wandel in den letzten Jahrzehnten vor Augen zu führen. Nur dann versteht man die Fruchtbarkeit und die große Bedeutung der Hospizidee. Die Intensivierung der Debatte um Sterbebegleitung und gar Sterbehilfe in den letzten Jahren hat auch die Furcht vieler Menschen vor einem unwürdigen Sterbeprozess und Tod verstärkt. Die Zahl der Patienten, die möglicherweise von diesem Schicksal betroffen sein könnten, ist bei den jährlich über 200.000 an einer Krebserkrankung Gestorbenen und den ca. 300.000 Tumorneuerkrankungen pro Jahr relativ groß. Die Bedeutung einer angemessenen Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender hat seit einigen Jahren sowohl in der Medizin als auch in der Öffentlichkeit wachsende Anerkennung gefunden.

Die Palliativmedizin ist ein wichtiger Partner in diesem Gespräch. Das Stichwort „Palliativmedizin“ ist zu einer großen Verheißung geworden. Dennoch muss man sehen, dass

die Palliativmedizin nicht einfach gleichzusetzen ist mit „Schmerztherapie“. Die Palliativmedizin unterscheidet sich freilich schon recht grundlegend von einem kurativen Therapieansatz mit dem Ziel, die Krankheit des Patienten zu heilen. Das Wohlbefinden des Patienten steht im kurativen Prozess nicht an erster Stelle. Im Gegenteil, therapiebedingte Einschränkungen und zum Teil erhebliche Nebenwirkungen werden dem Kranken zugemutet, um eine Heilung zu erzielen. In der palliativmedizinischen Versorgung soll eine möglichst hohe Funktionsfähigkeit und Lebenszufriedenheit des Patienten erhalten werden, wenn keine Heilung mehr möglich ist.

Das Konzept wurde ursprünglich für Patienten mit Tumorerkrankungen entwickelt, gilt aber auch für andere Krankheiten, die fortschreitend und irreversibel zum Tode führen. Es ist also ganz wichtig: Die Palliativmedizin sagt Ja zum Leben und sieht das Sterben als einen „normalen“ Prozess an. Sie will den Tod nicht beschleunigen, aber auch nicht hinauszögern. Ihr geht es um die Linderung von Beschwerden und Schmerzen, aber sie will auch die psychischen und „spirituellen“ Bedürfnisse in das Gesamtsystem des medizinisch-integralen Prozesses integrieren, um möglichst das Leben der Patienten bis zum Tod so aktiv zu gestalten, wie es eben möglich ist. Darum spielen auch die Familie und das Umfeld des Kranken eine große Rolle. Ja, dazu gehört auch noch die Trauerphase. Das Sterben soll sanft gestaltet werden, der Tod ist nicht nur ein Verlöschen.

Das Wort Palliativmedizin kommt bekanntlich von dem lateinischen Wort „pallium“, das ursprünglich Mantel, Überwurf (Tunika) heißt. Übrigens gibt es in der kirchlichen Praxis auch noch das Pallium als Amtszeichen für Erzbischöfe, die Metropoliten sind. Es wird den neu Ernannten jedes Jahr am 29. Juni vom Papst direkt verliehen und ist ein weißer Wollstreifen mit sieben eingewobenen schwarzen Kreuzen, der um den Hals gelegt wird. Das Pallium muss also als eine schützende Umgebung verstanden werden, die wie ein Mantel um den Schwerkranken gelegt wird. In diesem Zusammenhang darf daran erinnert werden, dass die frühe Entwicklung des Krankenhauswesens in der Antike und im Mittelalter durchaus Elemente einer solchen umfassenden „palliativen“ Betreuung kannte, was hier freilich nicht näher zu verfolgen ist.⁴

Bei der gängigen Begriffsverwendung von Palliativmedizin muss man also viele andere Komponenten der Linderung von Beschwerden im Blick behalten und darf nicht nur den physischen Schmerz, so gewichtig er ist, hervorheben. Irgendwo las ich, dass die Schmerztherapie in Wirklichkeit bei all ihrer Bedeutung nur ein Sechstel der ganzen Palliativmedizin ausmache. Ich möchte darum die Definition der Weltgesundheitsorganisation

⁴ Vgl. dazu M. Stolberg, *Cura Palliativa – Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin*, in: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007), 7-29; W. Bruchhausen/H. Schott, *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, Göttingen 2008, 35 ff., 47 ff., 214 ff. (Lit.).

(WHO) zitieren, und zwar aus dem Jahr 2002, wo die Palliativmedizin verstanden wird als „die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Prävention und Linderung von Leiden mittels Früherkennung und hervorragender Untersuchung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur“.⁵

Es muss hier auch Erwähnung finden, dass die Palliativmedizin wesentliche Erkenntnisse von der Hospizbewegung übernommen und vertieft hat. Es dauerte - wie schon angedeutet - einige Zeit, bis die Hospizbewegung von Verdächtigungen befreit und Allgemeingut geworden ist, wie es heute weitgehend der Fall ist. Ihr Motto kann gut zusammengefasst werden in dem Stichwort „Leben in Würde bis zuletzt“.⁶ Es ist nämlich ganz wichtig, dass man diesen Zusammenhang erkennt, denn er hat von Anfang an den Kontext und den Horizont der Palliativmedizin beträchtlich erweitert. Nicht zuletzt deswegen ist die Palliativmedizin grundlegend interdisziplinär. Sie ist deswegen auch relativ unabhängig vom Ort der Betreuung, sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus. Darum gehört auch die Regelung letzter Dinge (unerledigte Geschäfte) und das Stellen der Sinnfrage mit dem Erörtern der Frage nach dem „Danach“, wenn der Kranke sich darauf einlässt, zu den Kernbedürfnissen Sterbender. Dabei darf nicht vergessen werden, dass viele Grundsätze der Palliativmedizin schon in frühen Krankheitsstadien angewandt werden. So kam es auch zu einer sprachlichen Unterscheidung von „Palliative Medicine“ und „Palliative Care“. In der deutschen Sprache tun wir uns mit den richtigen Kennzeichnungen noch etwas schwer. Die Palliativmedizin muss freilich, um ihre Kraft entfalten zu können, stärker in die ärztliche und krankenschwägerische Ausbildung integriert werden, muss aber auch in der Ausbildung der Seelsorger und Seelsorgerinnen stärkere Berücksichtigung erfahren.⁷ Hier ist schon manches geschehen.

III.

⁵ World Health Organization, National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed., WHO, Geneva/Genf 2002, 83-91.

⁶ Vgl. nur als allererste Einführung die verschiedenen Veröffentlichungen von Prof. Dr. Christoph Student, Gründungsmitglied der Deutschen Hospizhilfe e.V., vgl. J. Student, A. Mühlum, U. Student, Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care, München 2004; S. Stoddard, Leben bis zuletzt. Die Hospizbewegung, München 1978; G. Everding/A. Westrich (Hg.), Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Idee und Praxis der Hospizbewegung, München 2001; H. Beutel/D. Tausch (Hg.), Sterben – eine Zeit des Lebens. Ein Handbuch der Hospizbewegung, Stuttgart 1989; Sterben in Würde. Die Hospizbewegung zum Streit um die Euthanasiebewegung = Mainzer Perspektiven. Orientierungen 1, Mainz 1995.

⁷ Meine Kenntnisse verdanke ich neben manchen Gesprächen folgender neuerer Fachliteratur, E. Aulbert/F. Nauck/L. Radbruch (Hg.), Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 2007 (Nachdruck 2008); S. Husebo/E. Klaschik, Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis, 4. aktualisierte Auflage, Heidelberg 2006; C. Bausewein/S. Roller/R. Voltz, Palliativmedizin – Palliative Care, 3. Auflage, München 2007; M. Kern u.a., Basiscurriculum Palliative Care, 3. Aufl., Bonn 2007; J. Vollman u.a. (Hg.), Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis, Frankfurt 2009, 169 ff, 185 ff., 225 ff.

Denn die hier anstehenden Fragen kann man kaum beantworten, ohne dass man das Fundament für jegliches Verhalten und alle Antworten intensiver bedenkt, nämlich die Menschenwürde. Immer wieder taucht hier die Frage auf, wie man heute menschenwürdig sterben kann.⁸ Tragender Grund ist, wie gesagt, die Menschenwürde als das konstitutive Wesen der Person. Wir Christen leiten dies von der Gottebenbildlichkeit des Menschen ab, die für viele in Vernunft und Verstand besonders in Erscheinung tritt. Ich brauche dies hier nicht zu begründen.⁹

Diese Einsichten beschränken sich inhaltlich jedoch nicht auf die Bibel und die Theologie. Sie haben auch das Denken in anderen Bereichen angestoßen. Ich möchte in diesem Rahmen nur auf zwei kurze Beispiele verweisen. So auf I. Kant: „Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes ... gesetzt werden, was dagegen über allen Preis erhaben ist ..., das hat eine Würde. Der Mensch und überhaupt jedes vernünftige Wesen existiert als Zweck an sich selbst, nicht bloß als Mittel zum beliebigen Gebrauche für diesen oder jenen Willen.“¹⁰ Über alle Wertungen und jeden Preis erhaben, darf der Mensch niemals bloß als „Mittel“ gebraucht werden. Nichts anderes meint Hegel, wenn er davon spricht, dass dieser Gedanke der Person „von unendlicher Wichtigkeit“ ist.¹¹ Es ist also nicht so, dass die Menschenwürde nur ein unverdauter biblischer bzw. fromm-religiöser Rest wäre, auf den man letztlich verzichten kann. Dann sollten wir aber auch das ganze Sinnpotenzial nützen, das in der Bibel steht.

Dies ist auch der Grund, warum diese letzte Tiefe der Menschenwürde und damit auch der Menschenrechte gegen alle Versuchungen der Menschen, sich in falscher Weise zum Herrn des Lebens aufzuspielen, von Gott kommt, in ihm Schutz findet, dass er aber auch Achtung

⁸ Vgl. M. Mettner (Hg.), *Wie menschenwürdig sterben?*, Zürich 2000; H. Baumgartner (Hg.), *Für ein Sterben in Würde*, München 1997 u.ö.; K. Hampel (Hg.), *Menschenwürde am Ende des Lebens*, Münster 2004; E. Schockenhoff, *Sterbehilfe und Menschenwürde*, Regensburg 1991; H. Wagner (Hg.), *Grenzen des Lebens*, Frankfurt 1991; K.-M. Kodalle (Hg.), *Das Recht auf ein Sterben in Würde = Kritisches Jahrbuch für Philosophie*, Beiheft 4, Würzburg 2003; Hospizratgeber: *Lebensverlängerung um jeden Preis?* (IGSL), Bingen 1998; K. Göring-Eckardt (Hg.), *Würdig leben bis zuletzt*, Gütersloh 2007; V. Schumpelick (Hg.), *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde*, Freiburg i. Br. 2006; R. Beckmann u.a. (Hg.), *Sterben in Würde*, Krefeld 2004; R. Gronemeyer, *Eiszeit der Ethik*, Würzburg 2003, 105-116; A. Frewer/C. Eickhoff (Hg.), *Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte*, Frankfurt 2000; F. Thiele (Hg.), *Aktive und Passive Sterbehilfe*, München 2005; K. Arntz (Hg.), *Ars moriendi*, Regensburg 2008; P. Fässler-Weibel (Hg.), *Sterbende verstehen lernen*, Kevelaer 2006; W. Fricke, *Patientenwille und Sterbehilfe. Ein Plädoyer für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen am Ende des Lebens*, München 2006; St. Rehder, *Die Todesengel. Euthanasie auf dem Vormarsch*, Augsburg 2009.

⁹ Vgl. K. Lehmann, *Menschenwürde: Herkunft und Zukunft. Philosophisch-theologische Anmerkungen*, in: G. Seubold (Hg.), *Humantechnologie und Menschenbild. Mit einem Blick auf Heidegger*, Bonn 2006, 129-149 (Lit.); O. Höffe, *Menschenwürde à la Kant. Zur Aktualität eines alten Konzepts*. Manuskript einer Sendung beim Südwestrundfunk (SWR 2 Aula), 27. Januar 2008; Chr. Thies (Hg.), *Der Wert der Menschenwürde*, Paderborn 2009, 181 ff., 193 ff.; H. Schmidinger/C. Sedmak (Hg.), *Der Mensch – ein Abbild Gottes? Geschöpf – Krone der Schöpfung – Mitschöpfer*, Darmstadt 2010, 255 ff.;

¹⁰ *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 2. Abschnitt.

¹¹ *Grundlinien der Philosophie des Rechts*, § 209.

verlangt. Nicht zuletzt darum beginnt auch die Präambel unseres Grundgesetzes: „Im Bewusstsein seiner Verantwortung vor Gott und den Menschen ...“

Nur so haben wir auch den rechten Geist, um angesichts der Größe des Menschen keinem Allmachtswahn zu verfallen, sondern beides zu bewahren: das Staunen vor seiner Größe und die Demut des Herrschens. Dies können wir nur vor Gott, denn dieser lässt uns unverkürzt die Größe des Menschen, gewährt uns aber auch immer wieder Vergebung, wenn wir in unserer Hybris straucheln. Erinnern wir uns an die Worte von Ps 8: „Herr unser Herrscher, wie gewaltig ist dein Name auf der ganzen Erde; über den Himmel breitest du deine Hoheit aus. Was ist der Mensch, dass du an ihn denkst, des Menschen Kind, dass du dich seiner annimmst? Du hast ihn nur wenig geringer gemacht als Gott, hast ihn mit Herrlichkeit und Ehre gekrönt. Du hast ihn als Herrscher eingesetzt über das Werk deiner Hände, hast ihm alles zu Füßen gelegt.“ Dies gilt besonders für das überaus kostbare Geschenk des Lebens in allen seinen Phasen – vom ersten Beginn bis zu seinem natürlichen Ende. Was aber, wenn der Mensch selbst abhängig wird von anderen Menschen; wenn die Macht des einen es ermöglicht, sich über den anderen zu erheben, scheinbar sogar Richter über sein Leben und Sterben zu werden?

IV.

Während der Dienst der Begleitung und Hilfe im Sterbeprozess über Jahrhunderte häufig selbstverständlich von Einzelnen, von der Familie, von Nachbarn und von der engeren Gemeinschaft geleistet wurde, sind die Bereitschaft und die Möglichkeit dazu in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Seit einigen Jahren wollen sich aber viele Menschen mit der damit einhergehenden Tabuisierung und Anonymisierung von Sterben, Tod und Trauer nicht mehr abfinden. Sie bemühen sich je an ihrem Ort um eine intensive Begleitung aller Betroffenen: in der Familie, im Alten- und Pflegeheim, im Krankenhaus oder in der Gemeinde. Viele von ihnen haben dabei Anregungen von der rasch wachsenden „Hospizbewegung“ erhalten. Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland und die Deutsche Bischofskonferenz haben seit 1989 diese Bemühungen aufgegriffen, fortgesetzt und unterstützt.¹²

Nicht zu übersehen ist die zunehmende Zahl von Menschen, die ohne Angehörige oder mittellos sterben. Die Zahl von allein lebenden Menschen in allen Altersstufen steigt. Ihr Lebensweg, der auch das Sterben einschließt, gestaltet sich außerdem anders als das gemeinsame Leben in Partnerschaft, Ehe und Familie. Das durchschnittliche Todesalter hat

¹² Vgl. Sterbebegleitung statt effektiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte = Gemeinsame Texte 17,2. erweiterte Auflage, Bonn/Hannover 2011.

sich immer mehr nach oben verschoben. Das Sterben zu Hause im Kreis der Familie und der Angehörigen sowie der Nachbarn ist eher selten geworden. Die Bestattungskultur bietet einen Spiegel der verschiedenen Einstellungsänderungen zum Tod. Die Gestaltung des Lebens bestimmt auch den Umgang mit dem Sterben. Immer wieder wird die Forderung nach aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) laut. In unserer Gesellschaft werden Wohlstand, steigender Lebensstandard und Vitalität bis ins hohe Alter hinein als programmatische Ziele verkündigt. Viele Menschen können sich für das eigene Leben kaum mehr Entbehrungen und Grenzsituationen vorstellen. Die eindrucksvollen Erfolge der Medizin führten zu einer zuweilen ins Unermessliche gehenden Hoffnung auf Wiederherstellung der Gesundheit, auf gänzliche Schmerzeseitigung oder auf ein Leben mit einem „neuen Organ“. Heute sehen viele in einem beinahe unendlich langen Leben das Ziel. Manche erwarten auch von einer Reinkarnation den Ausgleich für die in diesem Leben erfahrenen Entbehrungen und die nicht erfüllten Hoffnungen. Der Glaube an ein Leben nach dem Tode im Sinne einer einmaligen personalen Vollendung (ewiges Leben) tritt eher zurück.¹³

Gerade weil die private und soziale Tabuisierung sich als schädlich für unser Leben erwiesen hat, werden Sterben, Tod und Trauer wieder auf neue Weise auch in der Öffentlichkeit gesellschafts- und gesprächsfähige Themen.

In aller Kürze möchte ich aus der Sicht des katholischen Glaubens, der hier auch weitgehend die christlichen Kirchen im Konsens sieht, die folgenden Grundsätze ansprechen. Sie ergeben sich aus dem bisher Gesagten und führen dies weiter zum Konkreten.

1. Jeder Mensch möchte leben und sich im Leben voll entfalten. Wer krank ist, stößt an Grenzen, die sich besonders in Hinfälligkeit und Hilflosigkeit, Not und Leid, Schmerz und Elend bezeugen. Wer so krank ist, sucht Hilfe. Dieses Angewiesensein auf Hilfe ist elementar. Die Hoffnung bezieht sich zuerst auf die Nächsten, besonders aber auf den Arzt.

2. Die unvermeidbare natürliche Grenze des weiterhin grundsätzlich endlichen Lebens konnte immer wieder und weiter ausgedehnt werden. Dies erzeugt eine eigentümliche Ambivalenz in der Grenzerfahrung: Einerseits hält man – wenigstens in der Tendenz – den medizinisch-technischen Fortschritt für fast unbegrenzt, sodass der Tod immer stärker in die Ferne rückt oder als ein Tabu erscheint; andererseits wird gerade angesichts der Übermacht des ausnahmslos jeden ergreifenden Todes auch die ganze Ohnmacht des Menschen offenkundig wie sonst kaum irgendwo.

¹³ Vgl. meine Vorlesung zum Gedenken an Prof. Dr. J.- D. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, am 11.11.2013 in Düsseldorf: Ewiges Leben oder ewiges Leben (im Druck).

3. Die Erfahrung der Grenze in der Krankheit und erst recht im Tod ist ein reales Zeichen, das auf die Endlichkeit und Beschränktheit des Menschseins hinweist. Dies kann dazu führen, dass man den Menschen als absurdes Wesen oder als Fehlkonstruktion einschätzt. Es gibt sehr verschiedene Reaktionen darauf: geradezu titanisches Sichaufbäumen, aber auch selbstvergessene Ergebung in das „Schicksal“. Das Rätsel des Todes verschwindet aber auch da nicht, wo man glaubt, alle Ansprüche des Unbedingten hinter sich lassen zu können. Darum bleibt die Stellung zum Tod der Prüfstein jedes Menschenbildes und für jede Anschauung vom Leben. Die Erfahrung der Grenze lässt sich nicht verleugnen, aber auch nicht überspielen. Der menschheitsalte Kampf gegen den Tod hat in unserer Zeit ungeahnte Möglichkeiten entwickelt und faszinierende Erfolge erzielt. Zuletzt erweist es sich doch, dass der Tod mächtiger ist. Dies ist für den Menschen, besonders für den Menschen von heute, schwer zu ertragen. Zugleich wächst die Versuchung, den Vorgang des Sterbens von außen maßgeblich zu beeinflussen. „Wir regeln den Eintritt ins Leben, es wird Zeit, dass wir auch den Austritt regeln.“ (Max Frisch, Tagebuch 1966-1971)

4. Der biblische Glaube versteht Endlichkeit und Grenze im Sinne der Kreatürlichkeit. Das Geschöpf weiß, dass es nicht sein muss, aber doch ist. Die Kreatur grenzt an das Nichts, ohne einfach nichtig zu sein. Schon durch seine Existenz und sein Wirken hat das Geschöpf eine eigene Wirklichkeit. Aber diese ist ihm immer schon geliehen. Das Geschöpf verkapselt sich nicht in sich selbst. Obwohl das Geschöpf in sich selbst etwas Positives ist, ist es nicht einfach selbstgenügsam. Es gelangt mehr zu seiner Vollkommenheit, wenn es seine „Armut“ annimmt, alles von einem anderen zu empfangen und sich in ihm zu vollenden. Bezogensein auf Gott ist kein Defekt, sondern die höchste Möglichkeit. In dem Augenblick, in dem die Kreatur diese seinsmäßige Demut verkennt und sich absolut auf sich selbst stellt, wird sie anmaßend, weil sie das ihr zgedachte Maß nicht annimmt. In dieser Verweigerung der Annahme kreatürlicher Armut liegt so etwas wie die Wurzel dessen, was man Urverfehlung und Ursünde nennt.

Dabei ist der Mensch freilich nicht in der Schicksalhaftigkeit seiner individuellen oder kollektiven Naturausstattung gefangengesetzt, sondern er soll auch die Vernunft gebrauchen. Darin zeichnet sich ja seine Menschenwürde besonders aus. Er tut dies, um nicht bloß die Defekte der faktischen menschlichen Natur zu heilen, sondern um die unvermeidbare Grenze des Lebens erträglich zu machen. Aber diese Versuche der Überwindung der „Grenze“ dürfen nicht insgeheim von einer Erwartung ausgehen, die aufgezeigte Kreatürlichkeit des Menschseins könnte grundsätzlich aufgehoben oder wenigstens prinzipiell transzendiert

werden. Es gibt hier gewiss von der schlichten Verdrängung des Todes bis hin zu Träumen von einem Leben ohne Altern und Sterben viele solcher und ähnlicher Grundeinstellungen.¹⁴

5. Die Erfahrung dieser Kreatürlichkeit berührt auch das Verständnis der „Selbstbestimmung“. Sie sollte u.a. auch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, zwischen dem Kranken und dem Pflegepersonal bestimmen. Alle Partner sind durch die Annahme des gemeinsamen Menschseins und die Erfahrung seiner Grenzen miteinander verbunden. Dies schafft eine elementare geschwisterliche Solidarität, die ein Stück weit unabhängig ist von der konkreten Situation des Einzelnen, der gesund oder krank ist. Viele Krankheiten können ja im Nu den Kranken erfassen. So kann die Not und Hilfsbedürftigkeit des Kranken besser Rücksicht finden, aber auch die menschliche Würde des Lebens und Sterbens hat ein gemeinsames Fundament, das verhindern sollte, dass der Kranke einfach zum „Objekt“ wird, oder dass der Patient nur Leistungen fordert. Dies sollte auch die Qualität des Vertrauens zwischen Arzt und Patient erleichtern.

V.

Das ganze Thema wird immer mehr vom Begriff der Autonomie bzw. der Selbstbestimmung geleitet. Dies ist ein Signalwort für die Kennzeichnung der Neuzeit und des modernen Denkens. Sittliches Handeln soll nicht von beliebigen Antrieben oder externen Autoritäten, sondern von der menschlichen Freiheit und Vernunft bestimmt sein. Kein Anspruch soll als sittlich verbindlich betrachtet werden, der nicht von der Vernunft als solcher erkannt und anerkannt worden ist. Der Gedanke, dass es die Einsehbarkeit durch die Vernunft ist, über die sich alle Verbindlichkeit vermitteln muss, und dass allein diese Vermittlung eine Norm der subjektiven Willkür und Beliebigkeit entzieht, ist der Kern des Begriffs der Autonomie. Es ist verständlich, dass man gerade in der medizinischen Ethik das Prinzip der Selbstbestimmung herbeiruft, um nämlich bei der Mächtigkeit heutiger medizinischer Möglichkeiten eben die Freiheit und die Personwürde des Menschen zu retten. Es besteht die Gefahr, die eigene Verantwortlichkeit gegenüber dieser Übermacht einzubüßen. Das Prinzip der Selbstbestimmung muss gerade auch von dieser Absicht her verstanden und begriffen werden.

Es geht also darum, dass das menschliche Subjekt in Situationen des Angewiesenseins auf die Hilfe anderer die Spielräume von eigener Entscheidung und persönlicher Gestaltung den Trägern beruflicher Rollen, z.B. den Ärzten oder dem Pflegepersonal, aber auch anderen Instanzen, nicht preisgibt. Durch die hohe Vernetzungsdichte und die Komplexität eines

¹⁴ Vgl. die wichtigen Studien dazu von G. Maio, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*; ders. (Hg.), *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizinisch-technischer Gestaltbarkeit*; Freiburg i. Br. 2011.

Großteils des menschlichen Handelns hat Selbstbestimmung heute einen hohen Stellenwert und gilt als ein vordringliches Ziel ethischer Erziehung.

Es ist aber nicht zu übersehen, dass in diesem Begriff der Autonomie sich einzelne Elemente miteinander verbinden, die zunächst einmal überhaupt erkannt und sorgfältig beurteilt werden müssen. Autonomie heißt ja zunächst nicht, dass die menschliche Vernunft und Freiheit allein die Quelle für die Maßstäbe des Handelns ist. Autonomie und Selbstbestimmung dürfen auch nicht eine vollkommene Autarkie vortäuschen, wie sie im Grunde nur Gott selbst zu eigen ist. Leicht schleicht sich in diese Kategorie eine Allmachtsvorstellung des menschlichen Subjekts ein, die auch anthropologisch unangemessen ist. Der Mensch ist z.B. nicht ein autonomes Wesen, das in vollkommener Selbstständigkeit lebt. Bei aller Freiheit und Selbstbestimmung ist es, gewiss verschieden in den einzelnen Lebensphasen, auf andere verwiesen, sodass Angewiesensein auf Hilfe und Fürsorge anderer nicht von vornherein Fremdbestimmungen sind. Auch lässt sich die Endlichkeit eines autonomen Wesens nicht übersehen. Der Mensch besitzt sich nicht völlig selbst. Darum ist er auch nicht einfach der Herr seines Lebens. Dies ist ein entscheidender Grund, warum es auch keine aktive Sterbehilfe geben kann und soll. Dies wird besonders evident, wenn man daran denkt, dass der endliche Mensch nicht nur sterblich ist, sondern auch noch leben kann, wenn er die aktuelle Entscheidungsmöglichkeit und auch das erkennbare Bewusstsein verloren hat. Es ist aber kein Zweifel, dass er dabei die menschliche Würde nicht verliert, ja darauf in besonderer Weise auch einen Anspruch hat. Personalität und Würde kommen also nicht nur dem gesunden, starken, entscheidungsfähigen Menschen zu, sondern auch dem kranken, schwachen und entscheidungsunfähigen Patienten. Aber zweifellos wird hier ein überzogenes Autonomie-Konzept auch unfähig, auf die Situation des Patienten wirklich einzugehen. Im Grunde bietet ein rigoroses Autonomie-Konzept für den wirklich Schwachen keinen Schutz. Es ist dann zwar zunächst logisch folgerichtig, aber eben in einer differenzierten Sicht doch falsch, wenn man die „Ethik der Autonomie“ ganz einer „Ethik der Fürsorge“ überordnet und entgegensteht. Auch dies ist nicht unproblematisch, denn zwischen Arzt und Patient liegt keine einseitige Asymmetrie vor, denn gerade auch der Patient hat immer noch gewisse Rechte. So muss der Arzt beauftragt werden. Ärztliche Fürsorge ist eine Antwort auf das Hilfsbegehren des Patienten, der sich, solange er entscheiden kann, dem Arzt anvertraut.

In dieser Situation entstehen Wünsche und Tendenzen nach einer so genannten Patientenverfügung. Seit Ende der 70er Jahre hat dies auch in Deutschland mehr Aufmerksamkeit gefunden. Eine Patientenverfügung dokumentiert den Willen eines Menschen für den Fall, dass er sich nicht mehr äußern und sein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten nicht mehr wirksam ausüben kann. Näher betrachtet ist eine Patientenverfügung ein Oberbegriff, der sämtliche Willensbekundungen eines

entscheidungsfähigen Menschen im Vorfeld einer Erkrankung oder des Sterbens umfasst, der für den Fall Rechtsverbindlichkeit erlangen soll, dass er aufgrund seiner Erkrankung oder Verletzung außer Stande ist, seinen aktuellen Willen verbindlich zu artikulieren. Man müsste also generell mehr unterscheiden zwischen einem Patiententestament, einer Betreuungsverfügung und einer Vorsorgevollmacht. Doch will ich darauf hier nicht weiter eingehen.¹⁵

VI.

Hinter der Forderung nach einer aktiven Sterbehilfe steht sehr oft die verständliche, urmenschliche Angst vor einem leidbelasteten, aussichtslos in die Länge gezogenen oder gar medizinisch-technisch gestreckten Sterben. Dies muss aber nicht so sein. Es ist gewiss nicht so, dass dem Schwerkranken nur die sinnlose Quälerei und die Auslieferung an die medizinischen Apparate im Namen einer Lebenserhaltung um jeden Preis übrig bleiben. Die Überzeugung, dass kein Kranker direkt und gewollt getötet werden darf, heißt ja nicht, dass der Kranke oder der Arzt sittlich verpflichtet sind, jedwedes irgendwie erreichbares Mittel zur Lebensverlängerung eines Sterbenden anzuwenden. Es gibt also durchaus eine Grenze der Verpflichtung, Leben um jeden Preis zu verlängern.¹⁶ Die Verwendung von schmerzstillenden Mitteln – die Medizin spricht hier von den guten Erfahrungen einer palliativen Sedierung am Lebensende – ist darum qualitativ etwas anderes als die Verabreichung von Mitteln, die in ihrer Wirkung die Zielsetzung haben, das Leben zu beenden. Der qualitative ethische Unterschied zwischen Töten oder Sterbenlassen darf nicht eingeebnet werden. Entscheidend ist der Verzicht auf eine eigenmächtige, definitive und totale Verfügung über menschliches Leben, die z.B. über den Sinn bzw. Wert menschlichen Lebens und über Art und Zeitpunkt des Sterbens entscheidet. Jede vorzeitige, direkte und gewollte Beendigung des Lebens ist ein Sichvergreifen am unantastbaren Recht des Menschen auf sein Dasein. Daran ändert auch die Forderung nichts, ein solcher Eingriff dürfe nur mit Wissen und Willen des Schwerkranken erfolgen. Eine unerlaubte Manipulation ist aber auch die mit allen Mitteln medikamentöser oder technischer Art erzwungene, menschlich aber sinnlos gewordene Lebensverlängerung. Der technisch verzögerte Tod darf nicht den Sieg über das menschliche Sterben davontragen. Hier bewegen wir uns in einem hochbrisanten Raum von ethischem Anspruch und menschlichem Ermessen. Wir sehen das Spannungsfeld zwischen der Selbstbestimmung des Patienten, dem Lebensschutz und der Menschenwürde. Hier kommen auch die anderen Akteure ins Spiel: die Angehörigen, Freunde – und nicht zuletzt das pflegende Personal und besonders die Ärzte.

¹⁵ Vgl. dazu ausführlich St. Sahm, *Sterbebegleitung und Patientenverfügung*, Frankfurt 2006; vgl. auch Th. Klie, in: J.-Chr. Student (Hg.), *Sterben, Tod und Trauer*, 164-170 (Lit.).

¹⁶ Vgl. dazu außer der schon genannten Literatur Pont. Accademia delle scienze, *Prolungamento artificiale delle vita*, Vaticano 1987

Oft wird als Motiv für die aktive Sterbehilfe das Mitleid des Menschen mit dem „sinnlos Leidenden“ angegeben. Das Mitleid, das nicht bereit ist, den Weg mit dem Sterbenden zu gehen, kann sich freilich auch als wenig human erweisen. Dahinter steht ein fragwürdiges Menschenbild, das möglicherweise nur vom Fortschritt und der Vorstellung heiler Ganzheit bestimmt ist. Die Leidensfähigkeit gehört zum Menschen. Die Palliativmedizin kann übrigens nach eigenen Angaben nur in circa einem Prozent der Sterbesituationen keine wirkliche Linderung der Schmerzen erreichen. (so Prof. Dr. L. Radbruch, Aachen). Die Bekämpfung dieser Schmerzen ist heute freilich die Voraussetzung für eine menschliche Bewältigung des Leidens. Die Nähe des Todes gibt dem Menschen – nicht zwangsläufig und nicht in jedem Fall – eine letzte Chance: Sie stellt ihm die Ganzheit seines Leben vor Augen und fragt ihn, ob er die Möglichkeit seines Leben ausgelotet und auf ihre Tragfähigkeit überprüft habe. Mancher Sterbende hat sich in dieser Stunde, die ja dank der Palliativmedizin nicht Einsicht und Verstehen auslöscht, mit seinen Familienangehörigen ausgesöhnt, manches Zerwürfnis abgetragen und ein neues versöhntes Verhältnis zu seiner Mitwelt gefunden. Wahres Mitleid geht einen solchen Weg geschwisterlich mit, trägt einen solchen Prozess des Sterbens mit und leidet die Reinigung eines menschlichen Lebens mit aus.¹⁷ Es wäre unmenschlich, diese menschliche Möglichkeit ganz zu verhindern. Diese Überlegungen setzen natürlich menschlich eine gründliche Besinnung über den Schmerz und das Leiden in seiner Bedeutung für den Menschen voraus. Das ist bei den bisher angesprochenen Fällen nur bei der Fähigkeit des Patienten zur aktuellen Willensäußerung möglich. Problematisch wird es allerdings im Fall eines Bewusstseinsverlustes, etwa im Fall des Wachkomas, bei Patienten mit einer fortschreitenden Demenzerkrankung oder auch bei wiederholten Schlaganfällen mit der Folge der Unfähigkeit zur Artikulation des eigenen Willens.¹⁸

Schwerstkranke und sterbende Menschen dürfen in keinerlei Hinsicht unter Druck gesetzt werden oder den Eindruck gewinnen, dass man sich ihrer entledigen wolle. Sie sollen sich gerade in den schwächsten Phasen ihres Lebens gewiss sein dürfen, dass sie als Person wertvoll bleiben und Unterstützung erhalten. Selbstbestimmte Vorsorge von Patienten und die Achtung der Wünsche und Vorstellungen der konkreten Person können ihren Niederschlag in Patientenverfügungen finden. Wenn gerade in einer der schwächsten Phasen des Lebens – an seinem Ende – die Selbstbestimmung durch Fremdbestimmung konfrontiert ist, so soll die Patientenverfügung doch das Mindestmaß an Mitbestimmung ermöglichen, das zu einem menschenwürdigen Sterben erforderlich ist. Hier sind Patienten, Ärzte, Angehörige und

¹⁷ M. Renz, Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung, ergänzte und überarbeitete Neuauflage, Paderborn 2005

¹⁸ Vgl. dazu A. Napiwotzley/J.-Chr. Student (Hg.), Was braucht der Mensch am Lebensende?, 73-132; G. Borasio, Über das Sterben, 107-120; Zu Barmherzigkeit und Mitleid vgl. W. Kasper, Barmherzigkeit, Freiburg i. Br. 2012.

Pflegepersonal gleichermaßen gefordert. Ich möchte aber auch an die Klinikseelsorge erinnern, der hier gewiss eine wichtige Rolle zukommt.

Wenn wir die unbedingte Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens auch und gerade am Lebensende einfordern, sind wir uns durchaus bewusst, dass der Rückgriff auf die Würde des Menschen heute in der Gefahr steht, geradezu inflationär gebraucht zu werden. Vielen kommt der Begriff Menschenwürde wie eine leere Hülse oder ein ungedeckter Scheck vor. Selbst in der Fachdiskussion unter Verfassungsrechtlern wird die unbedingte Geltung der Menschenwürde von einigen in Frage gestellt. Deshalb tun alle, die von der Würde des Menschen sprechen, gut daran, zu erläutern, was sie damit meinen. Ich habe dies oben im Blick auf die Kreatürlichkeit des Menschen und seine Gott-Ebenbildlichkeit andeutungsweise versucht.

Wir legen bei unserer Rede von der Menschenwürde ausdrücklich Wert auf die grundlegende und unverzichtbare Feststellung, dass die Würde dem Menschen als Menschen zukommt, unabhängig von jeder äußeren Situation. Es geht nicht um die Frage, wie viel Würde ein Mensch ausstrahlt. Es geht auch nicht um die Frage, wie würdig und „lebenswert“ das Leben eines Menschen noch für andere erscheint. Die Würde eines Menschen ist einer Taxierung nicht zugänglich. Sie kann nicht bemessen werden. Die Menschenwürde ist unantastbar und bedeutet einen unbedingten Anspruch auf Achtung und Schutz. Dieser Geltungsanspruch liegt jeder positiven staatlichen Gesetzgebung voraus.¹⁹ Wer ihn aufgibt, kann die Dynamik nicht mehr aufhalten, durch welche die Würde des Menschen mehr und mehr eingeschränkt wird. Sie gerät dann zusehends unter die Verfügungsgewalt herrschender gesellschaftlicher Meinungen. Dies hat nichts mit einer „Dammbruch-Rhetorik“ zu tun, wie manche meinen. Wer die Diskussion und die Meinungsbildung auf verschiedenen Ebenen verfolgt, sieht deutlich, dass die Gefahr eines Dammbruchs ausgesprochen real ist.

Wenn wir von der Würde des Menschen am Ende seines Lebens sprechen, geht es um die Frage: Wie können dem je einzelnen Menschen bis zum Ende seines Lebens und im Sterben die Achtung und der Schutz zuteil werden, die seiner Würde entsprechen? Diese Frage lässt sich nicht auf die Tage oder Stunden des Sterbens eines Menschen beschränken. Sie ist eng damit verbunden, wie wir als einzelne Menschen und als Gesellschaft insgesamt mit der Vergänglichkeit und Gebrechlichkeit menschlichen Lebens umgehen. Evangelische und katholische Kirchen haben sich dazu in den letzten Jahren immer wieder gemeinsam und einzeln geäußert. So sei zum Beispiel hingewiesen auf die Gemeinsame Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens“ (1989), auf die schon genannte gemeinsame Textsammlung

¹⁹ Vgl. dazu eingehend R. Spaemann, *Personen*, Stuttgart 1996.

„Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“ und auf entsprechende Erklärungen der deutschen Bischöfe, zusammengefasst in „Die deutschen Bischöfe Nr. 47“²⁰.

Der Jugendkult einer Spaß- und Erlebnisgesellschaft erschwert eine Auseinandersetzung mit der Vergänglichkeit des Lebens und mit dem eigenen Tod. Wir setzen ihm eine „Kultur des ganzen Menschen“ entgegen: eine Kultur, die die eigene Bedeutung jedes Lebensalters sieht und auch die Würde eines gebrechlichen Menschen im Blick behält. Menschen, die am Ende ihres Lebens stehen, dürfen nicht als „Auslaufmodelle“ und „Altlasten“ beiseite geschoben werden. Das Sterben soll nicht verdrängt und tabuisiert werden. Auch die letzte Phase des menschlichen Lebens ist als bedeutsame Lebenszeit zu sehen.

Gesetzliche Regelungen und gesellschaftliche Konventionen, die einer aktiven Sterbehilfe den Weg ebnen, sind ein Irrweg, den wir entschieden ablehnen. Eine solche Praxis kann die von ihr zuweilen erhoffte Förderung der Humanität nicht erbringen. Vielmehr setzt sie alte, behinderte, schwerstkranke und sterbende Menschen unter einen enormen Druck, der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen und sich deren Forderungen zu beugen. Angebliche Freiwilligkeit und faktischer Zwang lassen sich in einer solchen Praxis kaum mehr trennen. Die Erfahrungen aus Belgien und den Niederlanden sprechen eine deutliche Sprache: Der ehemalige Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion in der Enquêtekommision „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags, Thomas Rachel, sprach von etwa 3000 Menschen jährlich, die dort auf Verlangen aktive Sterbehilfe durch Ärzte erhalten. Bei ungefähr 1000 Patienten werde aktive Sterbehilfe durchgeführt, ohne dass sie darum gebeten hätten. Nur etwa die Hälfte der Fälle werde den Aufsichtsbehörden gemeldet. Diese Zahlen sind alarmierend. Sie scheinen sogar noch gestiegen zu sein.

Die Angst vieler Menschen vor einem schmerzhaften, qualvollen und einsamen Sterben nehmen wir sehr ernst. Diese Angst lässt viele Menschen nach „aktiver Sterbehilfe“ fragen. Insbesondere wenn in Umfragen im Zusammenhang mit einem leidvollen Lebensende nach der Akzeptanz einer „aktiven Sterbehilfe“ gefragt wird, sprachen sich 2001 in Deutschland 70% der Befragten für diese Möglichkeit aus (Allensbach-Umfrage). Vermutlich ist die Skepsis noch größer geworden, denn eine spätere Allensbacher Umfrage aus dem Jahr 2008 hat zum Ergebnis, dass 58 % für aktive Sterbehilfe eintreten, 19 % sind gegen eine aktive Sterbehilfe, 23 % antworten unentschieden. Die Deutsche Hospizstiftung weist im Oktober 2005 darauf hin, dass andere Wege für die letzte Lebensphase als die aktive Sterbehilfe in manchen Umfragen gar nicht thematisiert werden und diese anderen Wege auch unbekannt sind. Wenn man dies beachtet, entscheiden sich nur noch 35 % für aktive Sterbehilfe. 56 %

²⁰ Hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1996 unter dem Titel: Menschenwürdig sterben und christlich sterben, Schwerstkranken beistehen, Die Hospizbewegung, Im Sterben umfassen vom Leben.

befürworten den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit. Dies zeigen auch schon frühere Ergebnisse: Wird jedoch in der Fragestellung die Alternative zwischen „aktiver Sterbehilfe“ einerseits und Schmerztherapie und Hospizarbeit andererseits angesprochen, sinkt die Akzeptanz (schon im Jahr 2001) auf – immerhin noch – 35,4%. Bei Frauen ist diese Akzeptanz deutlich geringer als bei Männern (Zahlen der Deutschen Hospizstiftung). Bei aller Vorsicht ist die Tendenz deutlich erkennbar: Je weniger sich Menschen vor einem qualvollen Sterben fürchten müssen, desto weniger drängen sie auf eine aktive Tötung Sterbender. Zu einem achtungsvollen Umgang mit Sterbenden gehören unabdingbar persönliche Begleitung und Betreuung, respektvolle Pflege, aber auch eine medizinische Versorgung, die Schmerzen lindert und den Prozess des Sterbens begleitet, ohne ihn in unnötiger Weise zu verlängern. Im Übrigen macht auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin im Jahr 2008 darauf aufmerksam, dass viele Befragungsergebnisse in diesem Bereich, was auch in anderen Kontexten meinen Erfahrungen entspricht, auf suggestiven Fragen beruht und deswegen eine verzerrtes Bild der Realität abgeben.²¹ Wichtig sind die vier Grundbedürfnisse: Kommunikation, Medizinische Therapie, Psychosoziale Betreuung und spirituelle Begleitung.²²

Die Palliativmedizin hat sich in den letzten Jahren als wichtiges Instrument der medizinischen Betreuung Schwerstkranker und Sterbender etabliert. Die Erkenntnisse in diesem Bereich ermöglichen heute ein ausgesprochen individuelles Eingehen auf die jeweilige Situation eines im Sterben liegenden Menschen. So ist eine medizinische Betreuung möglich, die tatsächlich eine erhebliche Linderung von Schmerzen und Qualen bedeutet, ohne jedoch – auch im Endstadium – selbst den Tod herbeiführen zu dürfen. Die Herausbildung eines eigenen Profils von „Palliative-Care“ spiegelt diese Entwicklung in Wissenschaft und Praxis der Pflege wider. Es bleibt eine Herausforderung, diese Versorgung der Bevölkerung mit palliativpflegerischer und palliativmedizinischer Betreuung gerade am Lebensende in unserem Land auszubauen und zu fördern. In diesem Kontext ist die Entfaltung und immer breitere Umsetzung der Hospizidee ein großes Geschenk. Viele Menschen engagieren sich hier im Sinn einer „Kultur des ganzen Menschen“ und des Findens einer neuen „Sterbekultur“.

Ob in der Hospizarbeit, in der Klinik, in ambulanter oder stationärer Pflege, im Besuchsdienst oder in der Familie – alle, die Menschen in ihrem Sterben achtsam begleiten, leisten einen unersetzlichen Dienst an der Würde des Menschen. Dies ist unter anderem Ziel der

²¹ Vgl. Mitteilung der Deutschen Hospizstiftung vom Oktober 2005 (6 Seiten); Allensbacher Berichte, Nr. 14, 2008 (4 Seiten); Informationsdienst der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. vom 08.08.2008: Allensbach-Umfrage zu aktiver Sterbehilfe zeichnet falsches Bild. Dies zeigt, wie sehr die demoskopische Studie hier von ungeklärten methodischen Voraussetzungen ausgeht oder die Fragen zu sehr nach dem Auftraggeber ausrichtet.

²² Vgl. die eingehende Begründung bei G. Borasio, Über das Sterben, 55-97

ökumenischen „Woche für das Leben“, der christlichen Kirchen die jeweils im Mai jährlich wechselnde Themenschwerpunkte aus dem Bereich des menschlichen Lebens in allen seinen Phasen vom Beginn bis zum Ende aufgreift. Wir rufen z. B. dazu auf, die Begleiterinnen und Begleiter Sterbender in ihrer schweren und oft belastenden Aufgabe nicht allein zu lassen. Sie sollen spüren können, dass ihr Dienst nicht nur den Sterbenden, sondern auch den Lebenden wertvoll ist. Gefragt sind Angebote der Begleitung und Beratung, aber auch spirituelle Angebote, die ein Gespür dafür vermitteln, dass das letzte Weggeleit Sterbender in Gottes Hand gelegt werden darf. Viele Pfarrgemeinden und Gruppen leisten hier mit ihren Besuchsdiensten Vorbildliches.

Und noch ein Letztes möchte ich zumindest kurz erwähnen. Es gehört unbedingt in diesen Themenbereich: Die Würde des Menschen drückt sich auch in unserer Abschieds- und Erinnerungskultur aus. Begräbnisformen, Rituale und Symbole können der Trauer der Angehörigen, dem radikalen Ernst des Todes und dem persönlichen Gedenken des verstorbenen Menschen einen angemessenen Ausdruck verleihen. Wenn sie dies nicht tun, bleiben sie hinter dem Anspruch zurück, den die Würde des Menschen auch über den Tod hinaus erhebt. Für uns Christen verbindet sich in der Bestattungskultur die Trauer mit der Hoffnung: Trauer über den Abschied von einer unersetzbaren Person und Hoffnung auf ein Leben in Gottes allumfassender Liebe, die den Tod überwindet. Eine christliche Bestattungs-, Trauer- und Erinnerungskultur ist daher deutlicher und unverwechselbarer Ausdruck christlicher Auferstehungshoffnung. Sie gehört zum Leben und Sterben dazu. Nur in dieser umfassenden Sicht können wir dem Menschen in seiner Würde letztlich gerecht werden. Der Dienst für die Hinterbliebenen gehört zur Kultur des Sterbens, die jedoch schon in unserem Leben beginnt.²³

VIII.

Palliativmedizin und Hospizarbeit gehören zusammen. Es ist von besonderer Bedeutung, dass die Palliativmedizin viele andere Disziplinen einschließt, sodass sie eigentlich immer auch mit anderen Bereichen genannt werden muss, vor allem mit der Hospizarbeit, aber auch mit den psychischen und nicht zuletzt seelsorglichen Diensten, die hier nicht an den Rand gedrängt werden dürfen: „Eine rein medizinische Herangehensweise ist für die Linderung der Leiden keineswegs ausreichend. In den meisten Fällen ist ein Vorgehen notwendig, das neben der körperlichen Dimension auch die psychische, soziale und ggf. auch spirituelle Seite des Patienten als Person berücksichtigt. Hierzu kann z.B. auch die zeitaufwendige Auseinandersetzung mit dem Patienten über Sinnfragen des Lebens gehören. Ärzte, Pfleger

²³ Vgl. meine schon genannte Vorlesung „Ewiges Leben oder ewig Leben“.

und Angehörige sollten beizeiten erkennen, dass hierzu die Sachkenntnis eines spezialisierten palliativen Teams oder eines palliativen Experten in Anspruch zu nehmen ist.“²⁴

Deshalb ist es eine glückliche Fügung, dass es hier in letzter Zeit auch eine beträchtliche Veränderung der Perspektiven gegeben hat, die auch in den interdisziplinären Studien erscheinen. Ich erwähnte z.B. die umfangreiche Untersuchung von T. Roser, *Spiritual Care*.²⁵ Die Liste solcher Bemühungen könnte leicht verlängert werden.²⁶ Es ist auch nicht zu übersehen, dass damit nicht wenige Elemente der klassischen und modernen „Ars moriendi“ gewiss in veränderter Form, integriert werden können.²⁷

Es ist meine feste Überzeugung, dass wir die beschriebene Veränderung in unserem Verhalten zu Leben und Tod vor allem in Richtung einer aktiven Sterbehilfe nur korrigieren können, wenn wir im Sinne der Hospizidee, der Palliative und Spirituale Care, also unter Einbeziehung anderer Bereiche der Begleitung, dem Leben auch am Ende und beim Abschied einen Sinn abgewinnen können, der der Devise entspricht: *Leben in Würde bis zuletzt*.

Die ganze Diskussion zeigt uns erneut wieder, wie wahr die alte Weisheit ist, dass „jeder Mensch seinen Tod stirbt“ (Rilke). Dies muss freilich auch im Leben oder wenigstens in der letzten Phase des Lebens vorbereitet sein.²⁸ Der Tod bleibt ja mit seinen vielen Dimensionen.²⁹ Deswegen gibt es bei aller Notwendigkeit von Rahmenvorschriften auch nicht die Möglichkeit, alles bis in die letzten Einzelheiten rechtlich festzulegen. Es ist gut, wenn der Betroffene in einer bedrohlichen Situation seines Lebens sich selbst Gedanken gemacht und sich entsprechend geäußert hat. Aber ich denke, dass es immer wieder altherwürdiger Tugenden bedarf, um diese menschliche Situation zu mildern. Es braucht die Zusammenarbeit und das Zusammenspiel aller Menschen in der Umgebung eines Schwerstkranken. Dazu gehören die Ärzte und die Pflegekräfte, die Angehörigen und die Freunde, die Seelsorger und die Psychologen.³⁰ Dabei muss wirklich eine menschliche „Compassion“ vorherrschen, ein

²⁴ K. Woellert/H.-P. Schmiedebach, *Sterbehilfe*, München 2008, 87f.

²⁵ Untertitel: Ethische organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang = Münchener Reihe Palliative Care, Bd. 3, Stuttgart 2007 (vgl. auch das wichtige Geleitwort von E. Schockenhoff, 11f.).

²⁶ Vgl. z.B. die Hefte der Zeitschrift für medizinische Ethik: 52/2006, 54/2008 (Schwabenverlag, Stuttgart). Vgl. auch Chr. Meier u.a., *Patientenverfügung. Ausdruck der Selbstbestimmung. Auftrag zur Seelsorge*, Münchener Reihe Palliative Care, Bd. 1, Stuttgart 2005.

²⁷ Vgl. dazu den Literaturbericht von K. Staniul-Stucky/A. Holderegger in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 58 (2012) 51-63 (Lit.).

²⁸ Vgl. O. Tolmein, *Keiner stirbt für sich allein*, Gütersloh 2006.

²⁹ Vgl. P. Gehring u.a. (Hg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*, Darmstadt 2007.

³⁰ Wie wichtig diese letzte Phase des menschlichen Lebens für viele Menschen ist, zeigt in eindrucksvoller Weise M. Renz, *Zeugnisse Sterbender*, a.a.O.; vgl. A. Napiwotzky/J.-Chr. Student (Hg.), *Was braucht der Mensch am Lebensende?*, Stuttgart 2007; J. Zink, *Die Mitte der Nacht ist der Anfang des Tages. Bilder und Gedanken zu den Grenzen unseres Lebens*, Stuttgart 1968 (mit Bildern). Sehr wertvoll ist auch D. Wolf, von Goddenthow (Hg.), *Mit dem Tod leben. Sterbebegleitung und praktischer Rat*, Freiburg i. Br. 1989; St. Sahn,

Betroffensein vom Leiden eines Menschen, ein Mit-Leiden und darum auch Mitleid in Sinne von Barmherzigkeit. Schließlich wird man, besonders im Blick auf den Arzt, nie das Vertrauen verlieren dürfen, dass er in seinen Möglichkeiten so entscheidet, wie es für das Wohl des Menschen am besten ist. Alle notwendigen papierenen Normen können dieses Vertrauen und seine Einlösung nie ersetzen, auch und schon gar nicht Patientenverfügungen, so nützlich sie auch in mancher Hinsicht sein können.

Zusammenfassend darf man folgendes sagen und mitbedenken, wie sich auch der Begriff des Hospizes geändert hat. Am Anfang bezeichnete man damit nämlich ein konkretes Haus für Sterbende. Heute meint man nicht in erster Linie eine konkrete Institution, sondern ein Konzept. Man will in umfassender und ganzheitlicher Weise sterbende Menschen und ihre Angehörigen unterstützen. Es ist das Angebot wieder entdeckter Traditionen eines menschlichen Umgangs mit Sterbenden und bezieht sich auf das Sterben zu Hause, auf die ambulante Begleitung durch ausgebildete Helfer und betrifft natürlich auch den Umgang mit Sterbenden in Alten- und Pflegeheimen, in Krankenhäusern und Kliniken. Seit 1990 gebraucht man auf Veranlassung der Weltgesundheitsorganisation für den Begriff Hospiz gerne den internationalen Namen „palliative care“, am besten übersetzt mit „lindernder Therapie“.

Vor diesem Hintergrund darf man mit Recht sagen, dass die Förderung der Hospizidee und der mit ihr entstehenden Palliativmedizin gerade in der jahrzehntelangen Diskussion um Euthanasie und Sterbebegleitung ein großer Segen ist. Deshalb habe ich den Gedanken und die Bewegung des Hospizes als eine „wunderbare Idee“ bezeichnet, die sich bis heute erstaunlich durchsetzen konnte, bei uns in Deutschland mit Verzögerung, aber dann doch recht nachhaltig. Allen, die daran Anteil haben, vor allem auch am Gelingen, müssen wir sehr herzlich danken. Dabei darf man das ehrenamtliche Engagement so vieler Menschen dankbar hervorheben. Es ist – gerade auch nach christlichem Verständnis – eine herausragende Auszeichnung, wenn Menschen in großer Solidarität den Mitmenschen beistehen. Immer wieder konnte ich feststellen das gerade auch Menschen, die ihren Ehepartner oder Freund/Freundin verloren haben, sich nach dem Abschied besonders für das Hospiz einsetzen. Es braucht aber auch die, die diese Begleitung zur beruflichen Aufgabe gemacht haben: Einige Professoren der Medizin wie Prof. Dr. Martin Weber in Mainz haben dabei ein

Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht, Frankfurt 2008. Freilich gibt es auch bis zur Stunde Bejahungen einer aktiven Sterbehilfe, mit der man sich noch intensiver auseinandersetzen muss, z.B. U. Veronesi, *Il diritto di morire*, Mailand 2005 (Mondadori). Dafür ist z.B. hilfreich H. Schreiber, *Das gute Ende. Wieder die Abschaffung des Todes*, Reinbek bei Hamburg 1996; B. Jakoby, *Geheimnis sterben. Was wir heute über den Sterbeprozess wissen*, München 2004. Zu den Zeugnissen des Umgangs mit den Fragen der Sterbebegleitung vgl. W. Jens/H. Küng, *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Mit Beiträgen von I. Jens, A. Eser und D. Niethammer*, München 2009; I. Jens. *Unvollständige Erinnerungen*, 4. Aufl., Reinbek bei Hamburg 2009

besonderen Verdienst. Ich nenne aber auch aus der älteren Generation Prof. Dr. M. Lutterotti und aus der jüngeren Prof. Dr. F. Nauck oder Prof. Dr. L. Radbruch.

Schließlich ist es keine geringe Freude, dass die Zusammenarbeit von evangelischen und katholischen Christen an einem so wichtigen Ort des menschlichen Lebens hilfreich ist. Auch jüdische Bürgerinnen und Bürger machen an vielen Orten mit und unterstützen die vielfältige Hospizarbeit. Natürlich auch in Kooperation mit anderen Initiativen, jedenfalls immer nach dem Programm „Würdig leben bis zuletzt“.³¹

³¹ Zu wichtigen Fragen vgl. auch A. Kruse/H.-W. Wahl, *Zukunft altern, individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*, Heidelberg 2010 (vgl. Reg.); G. M. Hoff u.a. (Hg.), *Zwischen Ersatzreligion und neuen Heilserwartungen. Umdeutungen von Gesundheit und Krankheit = Grenzfragen 33*, München 2010; zur Palliativ-Medizin vgl. G. Maio, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*, 94, 343ff., 361f. i W Huber, *Ethik, Die Grundfragen unseres Lebens von der Geburt bis zum Tod*, München 2013, 279-281.