

ALS KRANKER UNTER GESUNDEN

TRAUGOTT ROSER || „Lässt man mich sterben, wann und wie ich es will? Oder muss ich im Zweifelsfall sterben?“ Die Diskussion um Ärztlich Assistierte Suizid (ÄAS) mit all ihren Facetten, individual- und sozialemethischen, politischen und berufsrechtlichen Argumentationen bedarf vor allem eines: einen subjektzentrierten Ansatz. Im Mittelpunkt – der Mensch. Im Mittelpunkt: der Kranke und sein subjektives Empfinden und Befinden. Das entspricht hospizlicher Tradition: darüber nachzudenken, was es aus der Ich-Perspektive des Kranken bedeutet, sich unter (vermeintlich) Gesunden zu befinden.

Ich bin selbst nicht krank gewesen und kann nicht auf eigene Erfahrung zurückgreifen. Als Begleiter kann ich nur aus der Beobachtungsperspektive schildern, immer bewusst, dass es eine Außenperspektive ist und bleibt. Allerdings gehört es zu meinen frühesten Kindheitserinnerungen zu erleben, was es heißt, wenn man sich aufgrund einer Erkrankung von der normalen Welt entfremdet fühlt. Mein Vater kehrte von einer Dienstreise nach Bonn nicht nach Hause in der Nähe von Erlangen zurück. Ich wurde Zeuge des Telefonats meiner Mutter mit dem behandelnden Arzt in Frankfurt, wohin er nach einem Herzinfarkt notfallmäßig eingeliefert wurde. Eigentlich hatten wir ihn abholen wollen. Aber jetzt war die Welt eine andere. Die medizinische Aussage, die sich mir eingebrannt hat, war: „Er ist noch nicht über den Berg.“ Ab da war die Mutter nur noch am Telefon, Dinge regelnd, um so schnell wie möglich nach Frankfurt zu kommen und uns vier Kinder bei Nachbarn unterzubringen. Ich sollte Hausaufgaben für die Schule machen, 4. Jahrgangsstufe. Immer lief bei uns zu Hause das Radio. Irgendwann habe ich es abgestellt. Ich konnte nicht verstehen, wie man Schlagermusik spielen kann, wenn die Welt untergeht. Nein: Die Welt ging ja nicht unter. Sie drehte sich fröhlich weiter, nur wir, die Familie eines plötzlichen Schwerstkranken, passten da nicht mehr hinein. Als Kranker unter Gesunden. Als Angehöriger eines Kranken unter Gesunden.

Eine Untersuchung, die 2010 im BMJ veröffentlicht wurde, hat mir diese Erfahrung wieder ins Gedächtnis gerufen. Ein Forscherteam hat typische Krankheitsverläufe bei Lungenkrebspatienten in verschiedenen Stadien ihrer Erkrankung untersucht, vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis zum Versterben.¹ Die insgesamt 88 Interviews mit den Patienten und später den Angehörigen wurden analysiert, um die Veränderungen im subjektiven Empfinden im Verlauf der Erkrankung zu verstehen. Die Analyse zeigt, dass physisches, soziales, psychologisches und spirituelles Wohlbefinden im Krankheitsverlauf sich unterschiedlich entwickeln. Während auf der physischen und der sozialen Ebene das Wohlbefinden über lange Zeit stabil bleibt, sieht dies auf der psychischen und der spirituellen Seite ganz anders aus. Es gibt im psychischen und spirituellen Erleben deutliche Einbrüche, und zwar vor allem direkt nach der Diagnose, dann – wenn man meint, jetzt wird alles gut – nach der Entlassung nach Hause nach der ersten intensiven Behandlungsphase im Krankenhaus, wieder nach dem Feststellen eines Rezidivs, wenn die Erkrankung fortschreitet. Und schließlich in der Terminalphase. Will man Kranke ganzheitlich begleiten, wie es das Anliegen der Hospiz- und Palliativarbeit ist, darf und kann man nicht bis zur letzten Lebensphase warten, sondern muss früh beginnen. Das lernen wir gerade bei einem Projekt der Implementierung von Palliativversorgung und Hospizkultur in

den Einrichtungen der Augustinum-Gruppe. Gerade ein früher Beginn palliativer Begleitung – nicht erst beim Sterben – schafft Vertrauen und dient der Sicherheit, wirklich selbstbestimmt leben und sterben zu können. Gerade weil zu Beginn einer Krankheit subjektive Not am größten ist, obwohl man es häufig dem Menschen noch gar nicht ansieht. Ich erinnere mich gut, wie mein Vater nach fünf Wochen Klinikaufenthalt in Frankfurt nach Hause kam. Die Freude darüber wich in den Wochen danach einem bangen und auch krisenhaften: „Wie wird es weitergehen?“, beruflich, familiär, gesundheitlich.

Die Untersuchung belegt erneut, was die Hospizbewegung als subjektives Krankheitsempfinden beschreibt und zum Zentrum ihres Anliegens macht: die Verbesserung subjektiver Lebensqualität. Die Begründerin der modernen Hospizbewegung, Dame Cicely Saunders, hat Schmerz beschrieben als ein umfassendes Phänomen, das auf komplexe Weise alle Bereiche menschlichen Erlebens berührt. Total Pain, so ihr Begriff, umfasst körperliches, seelisches – psychisches und spirituelles – und soziales Leiden. Als Kranker unter Gesunden zu leben, heißt, sich in einer Welt Gesunder zu befinden und zu bewegen, als Körper, mit psychischen Belastungen und Ressourcen, in sozialen Kontexten und Rollen und konfrontiert mit Sinnfragen, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit und Fragen nach Transzendenz.

Die Begleitung muss deshalb auch auf allen vier Ebenen erfolgen. Im Blick auf die Debatte um ÄAS ist gerade dieser Aspekt wichtig. Bei Palliative Care ist Begleitung auf allen vier Ebenen wichtig.

Der an der Cornell und der McGill University tätige Internist Eric Cassel hat 1982 im *New England Journal of Medicine* einen Text veröffentlicht, der als einer der Grundtexte der Palliativmedizin gilt. Cassel hat die genaue Beobachtung des subjektiven Leidens von Patienten zum Bestandteil ärztlicher Heilkunst gemacht, die über die objektive Einschätzung der Schmerzstärke und -art hinausgeht. Seine zentrale These lautet: Wenn Ärzte nicht auf subjektives Leidempfinden achten, kann dies darin resultieren, dass sie medizinische Maßnahmen ergreifen, die zwar technisch angebracht schei-

nen, aber nicht nur das Leiden nicht lindern, sondern im Gegenteil noch steigern. Das Wissen der Gesunden wird zum Expertenwissen erklärt, während die eigentlichen Experten ihrer Krankheit vor ihnen sitzen. Experten wohlge-merkt nicht für medizinische Therapien, aber für das Erleben von und Umgehen mit der Krankheit. Experten für das eigene Leben. Man muss den Patienten fragen, sagt Cassel. Er schreibt in seinem Text von einer 35-jährigen Skulpturen-Künstlerin, die an metastasiertem Brustkrebs erkrankt war.² Sie erhielt wenig und ungenaue Informationen von den Ärzten zu Diagnose und Prognose, auch nicht zu Therapieoptionen; nach einer Mastektomie und massiven Therapien litt sie unter Gewichtszunahme und einem völligen Verlust der Libido. Sie verlor das Gefühl in der rechten Hand, ihrer Künstler-Hand. Sie entwickelte eine massive Depression. Nach einer Fraktur wurde ihre Hüfte fixiert. Während der Eingriffe und Behandlungen bemühte sie sich jedes Mal um neue Kraft, bis zum nächsten Rückschlag. Mit jeder Chemotherapie schwankte sie zwischen Hoffnung und erneuter Enttäuschung. Übelkeit, dauerndes Erbrechen und Verlust der Haare als Nebeneffekte der Therapie gingen einher mit der Angst vor der Zukunft und einer zunehmenden Isolation unter gesunden Menschen. Das Leiden ist total, es geht an die Existenz und drängt den Betroffenen in eine Situation der Passivität des Erleiden-Müssens. Von dieser Frau ausgehend macht Cassel deutlich, dass Palliativmedizin den Patienten als in seinem Personsein bedrohten Menschen in den Blick nehmen muss. Aus diesem Grund hat sich Palliativmedizin zu einem multiprofessionellen Konzept des Umgangs mit Leiden entwickelt.

Als Kranker unter Gesunden, das suggeriert, dass mit den Gesunden die anderen, die An- und Zugehörigen, die Freunde und Kollegen, die Nachbarn oder einfach die Menschen auf dem Gehweg gemeint sind, auf deren misstrauische, mitleidige oder wegschauende Blicke man achtet. Aber mit „gesund“ ist möglicherweise auch der jetzt Kranke gemeint. Mit der Krankheit kommt es ja zu einem Davor und Danach: vor der Diagnose und nach der Diagnose. Auf allen vier Ebenen vergleicht sich der Kranke mit sich selbst als Gesunder. Denn an gesunde

Tage erinnert man sich gut. Vor kranken Tagen fürchtet man sich.

Das körperliche Empfinden und die psychischen Auswirkungen bis hin zur Todessehnsucht hat schon 1666 John Milton beschrieben in „Paradise Lost“:

Geschwür und Nierensteine, Magengicht,
Besess'nes Rasen und des Tiefsinns Stieren,
Mondsücht'ge Tollheit, peinigende Dörrensucht,
Schwindsucht und Pest, weites Verderben brei-
tend.

Ein grässlich Wälzen, Stöhnen; Todesangst
Von Lager treibt zu Lager ruhelos.
Zu Häupten seiner Beute schwingt der Tod
Den Speer, doch zögert er, ob man ihn gleich
Anruft als höchstes Gut und letzte Hoffnung.³

Wenn ich schon nicht gesund bin (wie früher), dann lieber gleich tot. In sozialer Hinsicht wird man plötzlich vom Krankenkassenbeiträge zahlenden Erwerbstätigen zum Patienten, der – nun krankgeschrieben – seine Arbeitszeit Stunden um Stunden wartend in Untersuchungszimmern verbringt. Patient als neuer Fulltime-Job, den man sich nicht gewählt hat, für den man auch nicht ausgebildet wurde und auch nicht bezahlt wird. Die Arbeit, ob im Haushalt, als Mutter oder Vater, am Arbeitsplatz, als Student, als verantwortlicher Chef von Mitarbeitern, geht weiter und muss geregelt werden. Einkommensausfälle hofft man kompensiert zu bekommen, denn das Telefon, die Miete, der Ratenkredit laufen weiter. Man wird täglich daran erinnert, dass man nicht mehr gesund ist. Für manchen ist das demütigend.

Welche Bedeutung dabei Spiritualität – als Ressource – haben kann, lernen wir von einem Gedicht Dietrich Bonhoeffers,⁴ zwar in einer anderen Situation verfasst – der Gefangenschaft –, aber doch übertragbar. Achten Sie dabei darauf, wie lange es dauert, bis der Glaube als Ressource zur Sprache kommt, und mit welcher Vorsicht! (Das Gedicht ist erheblich gekürzt.)

Wer bin ich? Sie sagen mir oft,
ich trete aus meiner Zelle
gelassen und heiter und fest
wie ein Gutsherr aus seinem Schloss.

...
Wer bin ich? Sie sagen mir auch,
ich trüge die Tage des Unglücks
gleichmütig, lächelnd und stolz,
wie einer, der siegen gewohnt ist.
Bin ich das wirklich, was andere von mir sagen?
Oder bin ich nur das, was ich selbst von mir weiß?
Unruhig, sehnsüchtig, krank, wie ein Vogel im Käfig,
ringend nach Lebensatem, als würgte mir einer die Kehle,
hungernd nach Farben, nach Blumen, nach Vogelstimmen,
dürstend nach guten Worten, nach menschlicher Nähe,
zitternd vor Zorn über Willkür und kleinlichste Kränkung,

...
müde und leer zum Beten, zum Denken, zum Schaffen,
matt und bereit, von allem Abschied zu nehmen?
Wer bin ich? Der oder jener?
Bin ich denn heute dieser und morgen ein anderer?
Bin ich beides zugleich? Vor Menschen ein Heuchler
und vor mir selbst ein verächtlich wehleidiger Schwächling?

...
Wer bin ich? Einsames Fragen treibt mit mir Spott.
Wer ich auch bin, Du kennst mich, Dein bin ich, o Gott!

Wie man als Kranker sich selbst als Gesunder fremd wird, davon hat der Aktionskünstler und Regisseur Christoph Schlingensiefel, der 47-jährig an Lungenkrebs erkrankte, in seinem Buch geschrieben: „So schön wie hier kann's im Himmel gar nicht sein.“⁵

„... Nach dem Gespräch mit den Ärzten war ich mit Aino (meiner Lebensgefährtin) Nudeln essen. Sie hat mir mal so richtig die Meinung gesagt. [...] Seitdem habe ich einen klaren Kopf. Ich will das jetzt wissen. [...] Die Angst ist gelandet. Ja, meine Angst ist gelandet. Ich gehe heute Abend davon aus, dass ich Krebs habe.“

Mit wem unter den Gesunden kann ein Kranker so reden, dass er sich nicht wie ein Heuchler vorkommt? Mit wem kann man überhaupt reden? Als Kranker unter Gesunden, das heißt oft auch: als Kranker unter gesunden Besuchern. Christoph Schlingensiefel bekam viel Besuch. Zu viel. Deshalb schreibt er eine Liste der erwünschten Besucher auf und gibt sie den Pflegekräften, um die Besucher abzuwehren, die ihm zu viel werden.

... „Eine Schwester sagte, dass mich ein Freund besuchen wolle, (der nicht auf meiner Besucherliste stand). Er warte schon auf dem Gang. Ich meine, was soll man da machen? Ihn wegschicken? Das schaffe ich nicht, dafür bräuchte man Kraft und die habe ich zurzeit nicht. [...] da habe ich zur Schwester gesagt, ja gut, dann soll er reinkommen, aber sie solle nach einer Viertelstunde wiederkommen und ihm sagen, dass ich meine Ruhe brauche. Darum hatte ich sie gebeten. Aber sie kam nicht, und ich selbst habe es nicht geschafft ihn zu bitten, er solle jetzt gehen. Er war eine Stunde da. [...] Als er ging war meine Stimme ganz matschig, und ich musste ganz viel inhalieren. Ich weiß nicht, ich glaube ich bräuchte jetzt jemanden, der mich abschirmt. [...] Wenn mal ein Freund nicht auf der Liste steht, ist das vielleicht ein Versäumnis, weil das ein ganz Lieber ist, aber es ist nicht zu ändern, weil ich fertig bin. Finde ich alles sehr, sehr schwierig. Wie machen das denn die anderen Menschen die krank sind? Wie kommen denn die zur Ruhe?“

Das Gespräch mit Ärzten scheint da eine andere Dimension zu haben. Denn den Ärzten braucht man die Krankheit ja nicht zu erklären. Christoph Schlingensiefel schreibt:

„... Inzwischen sind ein paar Stunden vergangen und meine Stimmung ist wieder im Keller. [...] Daher sind die Gespräche mit den Ärzten, besonders mit Prof. K., für mich gerade wichtig. Weil es mir manchmal so vorkommt, dass ich nur mit ihnen offen reden kann. [...] Es geht nicht darum, mir irgendwelche Horrorszenarien auszumalen, aber ich brauche jemanden, mit dem ich glaubhaft und ehrlich darüber reden kann, was das demnächst für ein Leben sein wird. [...] es geht darum, mir aus der Verzweiflungsstarre rauszuhelfen und meine Ängste ernst zu nehmen.“

Als Kranker unter Gesunden. Das ist anstrengend. Für manche Menschen wohl zu anstrengend. Und es macht Angst, ob man das alles ertragen kann. Nicht nur die befürchteten Schmerzen, sondern all das drumherum.

Martina Kern hat vergangene Woche beim Landesverband Hospiz und Palliativarbeit in Hamburg eine Fallgeschichte einer alleinerziehenden krebskranken Mutter vorgestellt, bei der die Belastung der Kranken und ihrer Angehörigen nicht nur durch die Krankheit gegeben war, sondern durch den Druck des Funktionieren-Müssens in einem gesunden Umfeld. Die schwerkranke Frau war völlig überfordert, nicht nur durch die vielen Fragen der Behandlung, sondern auch durch die Verantwortung für die Kinder. Der älteste hatte die Situation satt und wollte zum Vater ziehen, der mittlere war in der Schule auffällig geworden. Der Jüngste suchte viel Nähe zu seiner Mutter. Die Hauptüberforderung war, dass die Frau mit 19 (wenn ich recht erinnere) unterschiedlichen Behörden und Institutionen verhandeln musste: von der Krankenkasse, dem Hausarzt und den diversen medizinischen Einrichtungen über Jugendamt, Schulen, Sozialamt, Schuldnerberatung, Hospizdienst etc. Die Menschen dieser Behörden, nicht immer die gleichen (rechnen Sie ungefähr 3 mal 19!), waren alle gesund; und nicht alle waren bereit, einen Hausbesuch bei der Kranken zu machen. Termine vereinbaren und einhalten, Bittgänge erledigen – und all das mit schwindenden körperlichen Kräften. Was es heißt, als Kranker unter Gesunden zu sein, versteht man erst, wenn man sich vorstellt, den Kontakt zu 19 Einrichtungen koordinieren zu müssen. Wenn eine solche Patientin sich nicht freut, wenn ein Hospizbegleiter seinen Besuch anbietet, ist das nicht, weil sie hilferesistent ist, sondern weil sie schlicht keinen weiteren fremden Menschen mehr sehen kann. Die Aufgabenstellung für eine am Bedarf orientierte hospizliche Begleitung heißt: weniger ist mehr, aber das wenige kompetent! Und dabei beachten, dass man der Patientin Dinge abnimmt, ohne ihr die Kontrolle zu nehmen.

In Phasen, wo sich Kranke dem Würgegriff der Krankheit ausgeliefert fühlen, wird der Wunsch nach dem schnellen Ende formuliert. Das ist nicht erst ein Phänomen der Gegen-

wart. Das sagt schon Hiob im Alten Testament: „So läge ich nun und wäre stille, ich schliefe, da hätte ich Ruhe [...] dort finden Ruhe, deren Kraft ermattet.“ (Hiob 3)

Krankheit zwingt in eine Situation des Sich-Ausgeliefert-Fühlens, erlebt als Hoffnungslosigkeit. Einer Untersuchung aus dem Jahr 2002 zufolge wird Hoffnungslosigkeit ausgelöst durch ein Zusammenspiel von vier Variablen: Unzufriedenheit des Patienten mit sozialer Unterstützung, einem Gefühl von Kontrollverlust und Autonomieverlust über die gesundheitliche Verfassung, Unfähigkeit, die Krankheit zu verarbeiten mittels spiritueller Glaubensvorstellungen und dem Gefühl, keinen Sinn und keine Bedeutung mehr zu haben. Auch dies wird erst aus der Patientenperspektive nachvollziehbar:

Renate F., war 63 Jahre alt. Sie hatte einen Lebenspartner, aber sie hat nie mit ihm zusammen gewohnt, nur Wochenenden und Urlaube zusammen verbracht. Nachdem bei Renate die Nervenkrankheit Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert wurde, gab sie seinem Drängen nach und zog zu ihm. Auch auf seinen Wunsch hin ging sie ins Krankenhaus zur Anlage einer PEG-Sonde, denn sie konnte nicht mehr schlucken.

Ihr fiel das Sprechen sehr schwer, meistens sprach ihr Freund für sie. Als die OP anstand, nahm sie alle Kraft zusammen und sagte über den Sprachcomputer, dass sie die OP nicht wollte. Sie mache das alles nur, weil ihr Freund sich das so wünsche. Es zeigte sich, dass Renate keinerlei Freude am Leben mehr hatte. Früher gab es Freude an Reisen und der Berufstätigkeit. Aber das war vorbei, da war sie ja noch gesund. Sinn konnte sie in ihrer jetzigen Existenz nicht finden. Religiöse Vorstellungen waren ihr fremd. Und auch die Beziehung gab ihr keinen Sinn und Bedeutung. Sie wollte ihren Freund eigentlich nicht die ganze Zeit um sich haben. Und sie fürchtete, dass er komplett die Kontrolle über ihr Leben und ihre Versorgung übernehmen würde. Sie war also unzufrieden mit ihrem sozialen Leben, hatte keinen Sinn und keine spirituellen Deutungsmuster.

Aber sie schöpfte neue Hoffnung, wieder selbst über ihre Situation, ihre Behandlung, ihr Leben entscheiden zu können. Renate entschied sich gegen die Anlage einer PEG-Sonde. Sie

kehrte zurück in die gemeinsame Wohnung, ihr Freund unterstützte schließlich den Weg. Sie gewann Kontrolle zurück und fühlte sich gesund genug – trotz der Krankheit – für eigene Entscheidungen. Sie entschied sich dafür, das Sterben zuzulassen, nicht für Suizid.

Krank sein unter Gesunden: Die Diskussion über ÄAS bedarf dessen, was wir in der Theologie die radikale Orientierung am Subjekt nennen, im Sinne einer „Theologie von unten“. Damit meine ich keine platte Situationsethik, sondern das Achten auf subjektive Faktoren, die Krankheitserleben bestimmen und den Wunsch nach beschleunigtem Sterben. Mit dem, was vor allem über qualitative Studien zu erfahren ist, heißt es umzugehen im Sinne einer sozialetischen Entscheidungsfindung, wie die Gesellschaft damit umgehen will.

Qualitative Studien haben gezeigt, was für die Beteiligten ein „gutes Sterben“ ausmacht – und was den Sterbeprozess erschwert. Zu den wichtigsten Themenbereichen gehören klare Entscheidungsfindung, die Möglichkeit, sich auf den Tod vorzubereiten und als ganzer Mensch anerkannt und respektiert zu werden.⁶ Zum Bereich klarer Entscheidungsfindung gehört, dass Patienten ihre Wünsche und ihre Sorge vor Qualen durch ungenügende Symptombehandlung äußern können. Als belastend empfanden es Patienten, wenn es keine Gespräche über die letzte Lebensphase und den Vorgang des Sterbens gegeben hatte. Dazu bedurfte es offener und ehrlicher Gespräche, die sich um nichts drücken. Diese verhelfen Patienten dazu, die eigenen Angelegenheiten zum Abschluss bringen zu können, einschließlich der Möglichkeit zum Lebensrückblick wie auch das Abschiednehmen von Zugehörigen und die Erfüllung religiöser Pflichten und Bedürfnisse. Und: Für viele Patienten ist es offenbar sehr wichtig, dass sie mental wach sind und das Gefühl haben, dass das eigene Leben rund ist und sie Frieden mit Gott haben.⁷

Ein allerletzter Punkt: Auch Angehörige fühlen sich oft längst nicht mehr gesund. Sie fühlen sich im Gegenteil manchmal stärker belastet als die Kranken. Aber von ihnen erwartet das Umfeld in Beruf und Familie, leider auch im Gesundheitswesen und politischen Raum, dass sie wie Gesunde stabil sind.

Kern, Grammatico und Ostgathe⁸ haben 2009 eine Interviewstudie mit pflegenden Angehörigen durchgeführt und gezeigt, was Angehörige leisten müssen. Dazu gehören:

- emotionale Unterstützung des Kranken,
- Förderung der Eigen- und Selbstständigkeit,
- dauernde Anwesenheit,
- Schaffung einer angenehmen Atmosphäre,
- Organisation sozialer Kontakte,
- Grundpflege,
- Zubereitung / Reichen von Nahrung,
- Applikation von Medikamenten,
- Hauswirtschaft,
- Organisation der Versorgung,
- das Aneignen von Informationen über Hintergründe der Krankheit.

Das ist unglaublich viel. Über zwei Drittel der Angehörigen sind bei all dem berufstätig.⁹ Kranke sehen das auch. Und nicht wenige wollen ihren Angehörigen die Last abnehmen. Die Diskussion um ÄAS muss auch einen ehrlichen Blick darauf wagen, warum Menschen als ein Motiv angeben, anderen nicht zur Last fallen zu wollen. Als Kranker unter Gesunden zu leben heißt auch zu hoffen, dass die geliebten Nahestehenden gesund bleiben. Suizidprophylaxe umfasst darum auch die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Kern und Ostgathe¹⁰ geben dazu Empfehlungen: Es braucht Aufklärung und Information, Unterstützung bei Übergängen zwischen stationärer Versorgung und ambulanter Betreuung, Erreichbarkeit von Experten-Unterstützung von außen (telefonisch, vor Ort), Unterstützung bei der Organisation von Hilfsmitteln und Prozess-Qualität in der Begleitung: Zeit, Vermittlung von Ruhe, Gefühl eines Da- und Willkommenseins, Beziehungsqualität, Experten- und Erfahrungswissen.

Ich glaube nicht, dass all dies im Katalog ärztlicher Beratungsgespräche über Suizidbeihilfe enthalten ist. Aber ich bin mir sicher, dass es all das braucht, wenn wir es möglich machen wollen, dass ein Kranker unter Gesunden leben kann bis zuletzt. Ein Gesetz, das ärztliche Beratung und Assistenz bei Suizidwunsch regelt, wird dabei nicht helfen, weder eine Liberalisierung noch eine Verschärfung. Was es braucht, ist eine wirkliche ganzheitliche Begleitung für Kranke und Angehörige.

PROF. DR. TRAUGOTT ROSER

Seminar für Praktische Theologie und Religionspädagogik, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

ANMERKUNGEN

- ¹ Murray, Scott A. / Kendall, Marilyn / Boyd, Kirsty u. a.: Archetypical trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer, in: *British Medical Journal* 2010, 304:c2581: Qualitative Interviews mit 19 Patienten mit Lungenkrebs und deren Angehörigen (88 Interviews insg.).
- ² Cassel, Eric: The Nature of Suffering and the Goals of Medicine in: *NEJM* 306/1982, S. 639-645.
- ³ Zit. in: Dalferth, Ingolf U.: *Leiden und Böses. Vom schwierigen Umgang mit Widersinnigem*, Leipzig 2006.
- ⁴ Brief Dietrich Bonhoeffers an Eberhard Bethge, 8. Juli 1944, in: Dietrich Bonhoeffer, *Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft*, hrsg. von Eberhard Bethge u. a., Gütersloh 1998, S. 513 f.
- ⁵ Schlingensief, Christoph: *So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein*, Köln 2009, S. 23, 99-100, 117.
- ⁶ Steinhauser, Karen E. / Clipp, Elizabeth C. / McNeilly, Maya u. a.: In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers, in: *Annals of Internal Medicine* 2000, 132:10, S. 825-832; Steinhauser, Karen E. / Christakis, Nicholas A., Clipp, Elizabeth C. u. a.: Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers, in: *JAMA* 2000, 284(19), S. 2476-2486.
- ⁷ Ebd.
- ⁸ Kern, Martina / Grammatico, Daniela / Ostgathe, Elke: *Was brauchen Menschen, die ihre schwerstkranken und sterbenden Angehörigen zu Hause versorgen?*, Münster 2009.
- ⁹ Eine Untersuchung des Statistischen Bundesamts vom Juni 2014 hat ergeben, dass in Deutschland 63 % der weiblichen und 73 % der männlichen pflegenden Angehörigen zwischen 25 und 64 Jahren erwerbstätig sind – also neben der Betreuung auch ihren beruflichen Pflichten nachgehen müssen.
- ¹⁰ Kern / Grammatico / Ostgathe: *Was brauchen Menschen?*