



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

Wie gelingt gutes Sterben?

verfasst von / submitted by

Jennifer Moche

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 190 333 299

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium
UF Deutsch UF Psychologie
und Philosophie UniStG

Betreut von / Supervisor:

Dr. Ursula Baatz

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. TOD, STERBEN UND SCHMERZ	4
2.1 BEGRIFFSERKLÄRUNG	4
2.2 KRANKHEIT UND SCHMERZ	8
2.3 DIE STERBEPHASEN NACH KÜBLER-ROSS	12
3. STERBEBEGLEITUNG - HOSPIZ UND PALLIATIVE CARE.....	17
3.1 STERBEBEGLEITUNG	17
3.2 PALLIATIVE CARE	18
3.3 HOSPIZ	20
3.4 PALLIATIVE VERSORGUNG UND VERBREITUNG DES HOSPIZGEDANKENS IN ÖSTERREICH	25
4. DAS MENSCHENBILD DER HOSPIZBEWEGUNG	28
4.1 ANTHROPOLOGISCHE GRUNDFRAGEN	28
4.2 DAS BILD VOM STERBENDEN MENSCHEN.....	29
4.3 DER TOD ALS TEIL DES LEBENS.....	35
4.4 ROLLE DER BETEILIGTEN	38
5. DER TOD UND SEINE GESCHICHTE.....	40
5.1 STERBEN DAMALS – STERBEN HEUTE.....	40
5.2 AKTUALITÄT DES THEMAS.....	44
5.3 WANDEL IM GESUNDHEITSBEREICH DURCH MEDIZINTECHNISCHE MÖGLICHKEITEN	47
6. SINNFRAGE UND ETHISCHE ASPEKTE	52
6.1 PHILOSOPHIEREN ÜBER DEN TOD	52
6.2 DIE FRAGE NACH DEM SINN	52
6.3 ETHISCHE FRAGESTELLUNGEN	55
6.4 SELBSTBESTIMMTES STERBEN.....	60

6.5 STERBEHILFE	61
6.6 STERBEBEGLEITUNG STATT STERBEHILFE?.....	70
6.7 HERANGEHENSWEISE AN ETHISCHE KONFLIKTSITUATIONEN	72
8. DAS ‚GUTE‘ STERBEN – CONCLUSIO	74
9. FACHDIDAKTISCHER TEIL	77
9.1 EINLEITUNG	77
9.2 UNTERRICHTSDIDAKTIK.....	77
9.2.1 SOZIALFORMEN	77
9.2.2 UNTERRICHTSMETHODEN	79
9.2.3 UNTERRICHTSMATERIALIEN/-MEDIEN.....	82
9.2.4 DIE KOMPETENTE LEHRPERSON.....	83
9.3 FACHDIDAKTISCHE AUFBEREITUNG DES THEMAS IM ETHIKUNTERRICHT	84
9.4 AUFBEREITUNG DES THEMAS IM PHILOSOPHIEUNTERRICHT	96
10. ZUSAMMENFASSUNG UND RESÜMEE	114
11. LITERATURVERZEICHNIS	118
11.1 FILMVERZEICHNIS	122
12. ANHANG	123
12.1 KURZZUSAMMENFASSUNG	123
12.2 ABSTRACT.....	123
12.3 ARBEITSBLÄTTER FÜR DEN ETHIKUNTERRICHT	124
12.4 ARBEITSBLÄTTER FÜR DEN PHILOSOPHIEUNTERRICHT.....	127

1. Einleitung

Und zu tiefer Vollendung des Menschen gehört selbst auch – der Tod; denn auch er gehört zur Bestimmung, d.h. zur Natur des Menschen. Darum heißt der Tote mit Recht der Vollendete. Menschlich zu sterben, zu sterben mit dem Bewußtsein, daß Du im Tode Deine menschliche Bestimmung erfüllst, zu sterben also im Frieden mit dem Tode - das sei Dein letzter Wunsch, Dein letztes Ziel.¹
(Ludwig Feuerbach)

Der Tod ist ein Teil des menschlichen Lebens. Es gibt viele verschiedene Ursachen für sein Eintreten. Wann und wo er eintritt, kann nie genau vorausgesagt werden. Das Einzige, was mit Sicherheit behauptet werden kann, ist, dass er früher oder später eintreten wird. Tatsache ist, der Mensch ist sterblich. Obwohl sich die Menschheit über dieses Faktum bewusst sein sollte, versucht sie das Nachdenken über den Tod, besonders den eigenen, zu meiden. Die Thematik wird tabuisiert, das Sprechen darüber unterlassen. Obwohl das Ableben der Menschen immer schon zum Leben gehört hatte, haben sich die Umstände und der Umgang mit dem Sterben im Laufe der Geschichte stark gewandelt. Dies hat mitunter auch mit dem großen Fortschritt in der Medizin und den damit verbundenen medizinischen Möglichkeiten zu tun. Somit war das eigene Zuhause nicht mehr der zentrale Sterbeort. Es wurde vielen Menschen die Möglichkeit gegeben zu entscheiden, an welchem Ort sie sterben möchten: zu Hause oder im Krankenhaus. Wo Menschen früher dem Tode geweiht waren, besteht heutzutage die Möglichkeit, durch medizintechnische Innovationen Menschen am Leben zu erhalten. Der Mensch kann dadurch bis zu einem bestimmten Grad über Leben und Tod anderer entscheiden. Durch die Fortschritte im medizinischen Bereich ergeben sich jedoch auch zahlreiche Fragen, mit denen sich die Menschen in der Vergangenheit nicht beschäftigen mussten. Besonders wenn es um den Tod geht, wird oftmals alles erdenklich Mögliche unternommen, um jenen aufzuhalten. Doch ist dies in jedem Fall nötig? Gibt es nicht auch Situationen, in denen es sinnvoller wäre, den Menschen am Sterbebett zu begleiten, seine Bedürfnisse zu erkennen und seine Würde zu achten, anstatt dem Tod den Kampf anzusagen? Wenn man den Tod im Sinne Feuerbachs als Vollendung des Menschen, als Teil seiner natürlichen Bestimmung anerkennt und es jedem möglich sein soll, in Frieden zu sterben, so stellt sich unweigerlich die Frage, wie denn ein solches Sterben aussehen sollte? Wie gelingt gutes Sterben? Kann man, wenn es um das Ende des Lebens geht, denn überhaupt davon sprechen, dass etwas ‚gut‘ verläuft?

¹ Ludwig Feuerbach: *Gedanken über Tod und Unsterblichkeit*. Leipzig 1847, S.334.

Da der Tod bekanntlich kein Alter kennt, jederzeit zuschlagen kann und jeder Mensch früher oder später mit dem Thema konfrontiert werden wird, ist es wichtig, dass man sich bereits in jungen Jahren mit jener Angelegenheit auseinandersetzt. Die Bedeutsamkeit des Themas sollte schon in der Schule erkannt und darauf reagiert werden. Neben dem Religionsunterricht eignen sich vor allem die Fächer Ethik und Philosophie für eine Thematisierung. Demzufolge soll in jener Arbeit folgender Fragestellung nachgegangen werden:

Wie kann der Frage: „Wie gelingt gutes Sterben?“ im Ethik- und Philosophieunterricht in adäquater Weise nachgegangen werden?

Das Ziel der Arbeit ist das Aufzeigen dessen, wie die Frage nach dem guten Sterben, dem Alter der SchülerInnen entsprechend, im Unterricht behandelt werden kann. Die Arbeit wurde hierfür in zwei Teilbereiche gegliedert. Im ersten Teil wird der Frage nach dem guten Sterben in Form einer wissenschaftlichen Aufarbeitung der Thematik nachgegangen. Damit das Thema mit allen Aspekten und Facetten im Unterricht aufbereitet werden kann, ist eine gründliche Analyse der Inhalte sowie möglicher Reaktionen oder Problematiken erforderlich. Deshalb werden im ersten, wissenschaftlichen Teil der Arbeit zunächst die zentralen Begriffe geklärt. Des Weiteren erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbebegleitung und der damit verbundenen Erarbeitung des Menschenbilds der Hospizbewegung. Weiters wird die historische Entwicklung des Todes aufgegriffen, die uns in das Zeitalter der Medikation führt. Es soll erörtert werden, welche ethischen Fragestellungen sich aus dem heutigen Umgang mit dem Thema Sterben ergeben. Dabei steht das brisante Thema Sterbehilfe im Fokus.

Nach dem theoriegebundenen ersten Teil folgt eine praktische Auseinandersetzung im zweiten Abschnitt, welcher den fachdidaktischen Teil der Arbeit umfasst. In jenem werden zunächst die gewählten Sozialformen und Unterrichtsmethoden aus der Fachliteratur beschrieben und die Wahl der Unterrichtsmaterialien begründet. Im Anschluss werden die aus dem ersten Teil gewonnenen Kenntnisse verwertet und zwei selbst erstellte Unterrichtskonzepte zu je fünf Unterrichtseinheiten vorgestellt. Das erste Unterrichtskonzept stellt ein Beispiel für die Aufarbeitung im Ethikunterricht dar. Im zweiten, methodisch und fachlich etwas komplexer gestalteten Unterrichtsbeispiel, welches sich für den Philosophieunterricht in der achten Klasse eignet, wird eine weitere

Möglichkeit für den Umgang im Unterricht aufgezeigt. Ziel ist es, Möglichkeiten der Behandlung heikler Themen wie Tod und Sterben mit Jugendlichen zu veranschaulichen, sodass sie nicht nur Wissen erlangen und reproduzieren können, sondern auch unterschiedliche Fähig- und Fertigkeiten erlangen, Sensibilität und Empathiefähigkeit entwickeln, ihre Reflexionsfähigkeit verbessern, ein Gefühl für den Umgang mit ethischen Fragestellungen erlangen und eine kritische Haltung entwickeln.

2. Tod, Sterben und Schmerz

2.1 Begriffserklärung

Bevor auf das Thema Sterben eingegangen werden kann, müssen zunächst zentrale, in der Arbeit wesentliche Begriffe geklärt werden. Sterben kann als ein Prozess angesehen werden, der sich über eine lange Zeitspanne erstrecken oder einen sehr raschen Verlauf nehmen kann. Ab wann kann man nun davon sprechen, dass ein Mensch tot ist und wie vollzieht sich dieser Prozess?

2.1.1 Der Tod

Die Thanatologie ist eine Wissenschaft, die sich mit dem Sterben bzw. dem Tod beschäftigt. Der Begriff stammt vom griechischen Wort *Thanatos* und bedeutet Tod. Auf biologischer Ebene kann man davon sprechen, dass ein Körper als tot zu bezeichnen ist, wenn alle Organe und Zellen funktionslos geworden sind und die Funktionen nicht wieder hergestellt werden können.² Der tatsächliche Tod setzt ein, wenn die Funktion der Organe unwiderruflich eingestellt wird. Es gibt jedoch einen gewissen Zeitraum, in dem die Organe ihre Funktionstüchtigkeit bei zeitgerechter Sauerstoffversorgung wieder aufnehmen können. Diese Zeitspanne variiert je nach Organ. Bei Überschreitung der erforderlichen Zeit können die Funktionen nicht mehr zurück erlangt werden.³ Es kann jedoch auch zu speziellen Todesfällen kommen, wie beispielsweise bei Menschen, die als klinisch tot oder hirntot bezeichnet werden. Beim klinischen Tod bricht das Herz-Kreislauf-System zusammen und die betroffene Person weist eventuell für mehrere Minuten keine Atmung auf. Sie kann jedoch möglicherweise durch zeitgerechte Reanimation gerettet werden.⁴ Das Wiederbeleben und die künstliche Beatmung sind Methoden, die einen Menschen ins Leben zurückbringen können - im besten Fall sogar ohne bleibende Schäden. Eine mögliche Konsequenz eines Wiederbelebungsversuchs, bei dem der/die PatientIn zwar erfolgreich stabilisiert werden konnte, doch die Zellen im Hirn bereits ihre Funktion verloren haben, ist der Hirntod.⁵ Hirntod bzw. Individualtod bezeichnen Formen des Todes, bei welchem das Gehirn seine Funktion verloren hat, der

² Vgl. Manuel Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*. Göttingen 2016, S.2.

³ Vgl. Dominik Groß [u.a]: „Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden“. In: Rosentreter, Michael [u.a] (Hg.): *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*. Kassel 2010, S.17-31, hier S.20f.

⁴ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.2.

⁵ Vgl. Karl-Heinz Wehkamp: „Lebensende – Zwischen Intensivstation und Hospizbewegung.“ In: Ders. [u.a] (Hg.): *Grenzen und Grenzüberschreitung. Tod und Geschöpflichkeit in der modernen Medizin*. Hannover 1998, S.67-80, hier S. 69.

Blutkreislauf und das Anreichern des Blutes mittels Sauerstoff jedoch mithilfe intensivmedizinischer Versorgung weiter aufrechterhalten werden können. Durch die weitere Versorgung der übrigen Organe können in solch einem Fall Organe entnommen und an potenzielle Empfänger gespendet werden.⁶

Die Frage, ab wann genau ein Mensch als Toter bezeichnet werden kann, ist nicht problemlos zu beantworten. Rechtlich gesehen spricht man vom Todeszeitpunkt ab jenem Zeitpunkt, wo die Herztätigkeit endgültig aussetzt oder die medizintechnische Versorgung bewusst beendet wird. Der tatsächliche Eintritt eines Menschen in den Zustand des Todes wird durch eine/n ÄrztIn festgestellt, welche/r im Bedarfsfall auch die Todesursache feststellt. Die Feststellung des Todes erfolgt durch die Überprüfung von Todeszeichen, bei welchen man sichere von unsicheren Anzeichen unterscheidet.⁷ Dass die Bestimmung über den Zeitpunkt des Todes nicht in allen Fällen problemlos erfolgen kann, zeigt sich anhand der Hirntodproblematik. (Weitere Ausführungen zu dieser Thematik sind in Kapitel 5.3.2 nachzulesen.) Der Tod wird oftmals mit dem Ende des Lebens gleichgesetzt, was das Ende der Existenz eines Individuums mit einschließt. Ein Urteil über das Ende der individuellen Existenz lässt sich jedoch nicht unreflektiert fällen. Besonders in Religionen wird über das ‚Danach‘ nachgedacht, wo der Tod nicht unbedingt ein Ende, sondern einen Übergang darstellt.⁸

Die Ursachen für das Ableben von Menschen können vielfältig sein. Im Allgemeinen unterscheidet man zwischen dem natürlichen und dem akzidentellen Tod. Der natürliche Tod ist jener, jedem Menschen vorherbestimmte Tod, der aufgrund der Vergänglichkeit des menschlichen Körpers, des Alters und dem Nachlassen der Organfunktionen, unweigerlich eintritt. Diese natürliche Art zu sterben wird in der Gesellschaft wegen scheinbarer Leichtigkeit als gutes Sterben angesehen. Eine negative Haltung gibt es jedoch dem akzidentellen Tod gegenüber, der nicht natürlich zustande kommt. Ein Mensch stirbt beispielsweise bei einem Unfall, aufgrund einer Erkrankung oder durch Gewalteinwirkung bzw. ein Verbrechen. Daher ist für viele der natürliche Tod wünschenswert und die Menschen hoffen, von einem unnatürlichen Tod verschont zu bleiben. Diese Auffassung ist jedoch mit Vorsicht zu genießen und nicht überall

⁶ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.2.

⁷ Vgl. ebd., S.2f.

⁸ Vgl. Peter Fuchs: „Media vita in morte sumus‘ Zur Funktion des Todes in der Hochmoderne – systemtheoretisch beobachtet.“ In: Gehring, Petra [u.a] (Hg.): *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*. Darmstadt 2007, S.30-50, hier S.34f.

anerkannt.⁹ Die Ansichten über einen guten Tod oder ein würdevolles Sterben können sowohl unter Fachleuten, als auch unter Laien, sehr weit auseinandergehen, siehe Kapitel 8.

2.1.2 Das Sterben

Der Tod, der das tatsächliche Ende des Lebens kennzeichnet, ist vom Sterben zu unterscheiden, das als Vorgang gesehen werden kann und somit ans Leben geknüpft ist.¹⁰ Meist umfasst der tatsächliche Sterbeprozess einige Stunden. Sterben vollzieht sich in Schritten. Oft fühlen sich Personen, die in die letzte Lebensphase eintreten, geschwächt und es fällt ihnen schwer, zu kommunizieren. Sie wirken häufig benommen oder unruhig. Phasen der Bewusstlosigkeit können auftreten. Inkontinenz, Ausfall des Hustenreflexes und Veränderungen im Bereich der Atmung kennzeichnen die nächsten Stufen. Die Atmung kann variieren, einige Menschen atmen schneller, andere langsamer, manche in unregelmäßigen Abständen. Der klinische Tod setzt mit dem Stillstand des Kreislaufes und des Atems ein. Der biologische Tod setzt mit dem Ausfallen des zentralen Nervensystems ein. Nach und nach sterben die Zellen des Körpers ab. Bestimmte Zellen des Körpers können durchaus ihre Aktivität fortsetzen, auch wenn der klinische Tod festgestellt wurde. Phänomene, wie Zucken der Muskeln oder Entzündung des Darms, sind auch noch eine halbe Stunde nach Einsatz des biologischen Todes möglich. Die sicheren Todeszeichen, zu denen man Totenflecke und die Totenstarre zählt, setzen in etwa zwei Stunden danach ein.¹¹ Dass der Sterbeprozess mit dem Einsetzen des Todes in gewisser Weise nicht gänzlich beendet ist, zeigt sich in manchen Kulturen und Religionen anhand der Nachbetreuung des toten Menschen. Es werden Gebete gesprochen und eventuell gebräuchliche Rituale vollzogen. Der Leichnam kann aufgebahrt werden, sodass sich Angehörige verabschieden können.¹²

Um eine Verwirrung bezüglich der Begriffswahl zu vermeiden, soll nochmals deutlich gemacht werden, dass in den Ausführungen der vorliegenden Arbeit die Wörter Sterben und Tod nicht äquivalent verwendet werden. Das Nomen Tod bzw. das Adjektiv tot werden verwendet, wenn es um das tatsächliche Ableben geht, um den Zustand der irreversiblen Funktionslosigkeit des Körpers. Der Begriff Sterben hingegen wird als

⁹ Vgl. Katharina Lacina: *Tod*. Wien 2009, S.20.

¹⁰ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.2.

¹¹ Vgl. Elisabeth Albrecht [u.a]: „Terminalphase und Tod“. In: Bauswein, Claudia [u.a] (Hg.): *Leitfaden Palliative Care – Palliativmedizin und Hospizbetreuung*. München 2015, S.340-361, hier S.343.

¹² Vgl. Groß [u.a]: *Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung*, S.18.

Prozess aufgefasst und umfasst daher auch die Endphase, in der ein Mensch noch nicht als Toter bezeichnet werden kann. Daher wird er auch in dieser Arbeit in dem Sinne verwendet.

2.1.3 Die Finalphase

Die *Finalphase* ist die eigentliche Sterbephase, die die letzten Tage oder Stunden des Lebens ausmacht. Man spricht auch vom Erreichen des ‚point of no return‘.¹³

Die Finalphase umfasst dieser Definition nach die letzte Lebenszeit des Menschen. Es ist jene Zeit in der sich die Person und ihre BegleiterInnen auf den bevorstehenden Tod einstellen. Trotzdem können keine genauen Prognosen aufgestellt werden, wie lange die Person noch zu leben hat, denn auch in der finalen Phase kann es zu einer spontanen Besserung kommen. Die Finalphase zeichnet sich in der Regel dadurch aus, dass sich Personen, die sich in dieser letzten Phase befinden, schwach fühlen und sich ihre Aufmerksamkeitsspanne verkürzt. Die Menschen fühlen sich müde, verlieren das Interesse am Essen und Trinken, sowie an ihrer Umgebung. Gelegentlich treten Phasen der Bewusstlosigkeit auf, sowie Probleme, die das Leben ernsthaft bedrohen. Betroffene Menschen leiden meist unter starken Schmerzen, trockenem Mund, Ängsten und innerer Unruhe. Einige Betroffene wirken auf andere, ihnen nahestehende Personen verwirrt.¹⁴ Die tatsächliche Dauer der finalen Phase kann nicht präzise bestimmt werden, da Anfang und Ende keine punktuellen Ereignisse darstellen. Die Finalphase ist ein Teil des Sterbeprozesses, welchem, wie bereits ausgeführt, je nach Epoche, Kultur und Religion, eine unterschiedliche Zeitspanne zugesprochen werden kann. Wenn es um die Begleitung von schwerkranken Menschen geht, so unterscheidet man noch zwei weitere Phasen, die der Finalphase vorausgehen. Zuerst die Rehabilitationsphase, welche eine Dauer von wenigen bis zu mehreren Monaten oder vereinzelt auch Jahre andauern kann. In dieser Phase können Betroffene trotz Einschränkungen durch eine Krankheit ihrem Alltag meist weiterhin folgen. Die darauf folgende Phase wird Terminalphase genannt. Diese ist mit größeren Einschränkungen verbunden und führt weiter in die hier beschriebene, letzte Phase, die Finalphase.¹⁵

¹³ Renate Held-Hildebrandt: „Die Finalphase des Lebens.“ In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh 2004, S.247-251, hier S.247. [Hervorhebung laut Text]

¹⁴ Vgl. Held-Hildebrandt: *Die Finalphase des Lebens*, S. 247.

¹⁵ Vgl. Groß [u.a]: *Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung*, S.20f.

2.2 Krankheit und Schmerz

2.2.1 Krankheit

Die Begriffe Krankheit und Gesundheit scheinen nicht einfach zu definierende Begrifflichkeiten zu sein. Was es heißt gesund zu sein, wird oftmals erst in dem Augenblick bewusst, wenn der Zustand der Gesundheit zu weichen scheint und sich Krankheit einstellt. Mit Krankheit verbinden die meisten Menschen negative Erfahrungen, Ausnahmesituationen und Schmerz. Durch Krankheit wandeln sich auch die Rollen im Leben der Menschen. Ein Geschäftsmann kann plötzlich zum Patienten werden. Eine erfolgreiche Journalistin zu einer Krebskranken. Ziel ist es, in seine ursprüngliche Rolle zurückkehren zu können. Die Aufgabe der Medizin wird in dem Versuch einer Heilungsleistung gesehen. Jene kurativen Maßnahmen zur Behebung von Krankheit sind jedoch nicht in allen Fällen zielführend; man denke beispielsweise an unheilbare Erkrankungen.¹⁶

2.2.2 Schmerz

Der *International Association for the Study of Pain* (IASP) folgend, lässt sich der Begriff des Schmerzes, englisch ‚Pain‘, wie folgt beschrieben: „An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.“¹⁷ Aus dieser Definition der IASP geht hervor, dass Schmerz immer ein unangenehmes Empfinden bei der betroffenen Person auslöst. Im *Handbuch der Palliativpflege* wird Schmerz als Symptom kategorisiert, das anzeigt, dass etwas nicht in Ordnung ist. Der Störfaktor kann sich hierbei im Körper befinden und somit nicht sichtbar sein, er kann sich jedoch auch an der Außenseite des Körpers befinden und mit dem Auge erkennbar sein. Der Körper vermittelt dem Menschen durch den Schmerz, dass etwas im Organismus nicht ordnungsgemäß verläuft. Organismus wird in diesem Kontext jedoch nicht nur als Komplex funktionstüchtiger Organe auf rein körperlicher Ebene verstanden, sondern bezieht sich auf den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit.¹⁸ „Schmerz ist immer ein multidimensionales Geschehen.“¹⁹ Folglich muss im Umgang mit Schmerz eine Haltung eingenommen werden, die neben der körperlichen Dimension auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension miteinbezieht.²⁰

¹⁶ Vgl. Jürgen Wallner: *Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung*. Wien 2004, S.55.

¹⁷ International Association for the Study of Pain: *IASP Definition of Pain*. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> (Zugriff 15.03.2017).

¹⁸ Vgl. Monique Weissenberger-Leduc: *Handbuch der Palliativpflege*. Wien [u.a] 2002, S.6.

¹⁹ Susanne Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*. Wien 2012, S.155.

²⁰ Vgl. Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.155f.

Schmerz kann sich auf drei Ebenen zeigen:²¹

- Biologische Ebene: Schmerzen werden als Resultat einer Störung der körperlichen Funktionen verstanden.
- Psychische Ebene: Hierbei geht es um die persönliche Wahrnehmung, dass etwas nicht in Ordnung ist.
- Verhaltensebene: Da der Schmerz von der persönlichen Haltung jedes Menschen abhängt, kann genauso das Erdulden davon von Person zu Person variieren.

In *Lebensende, Sterben und Tod* wird eine im Jahr 1994 von Seale und Cartwright erhobene Studie angeführt, in der häufige belastende Symptome bei krebserkrankten Sterbenden erhoben wurden. Jenen Ausführungen zufolge stellt der Schmerz, gefolgt von Appetitlosigkeit, Zuständen der Erschöpfung und Problemen beim Schlafen, die am meisten vorkommende Symptomatik dar, unter der sterbenden Menschen leiden.²² Oft ist es nicht die Angst vor dem Tod selbst, die todkranke Menschen am meisten quält, sondern die Angst vor den erwarteten Schmerzen. Es ist die Angst vor den Umständen und Symptomen, die sie auf ihrem letzten Lebensweg begleiten werden.²³ Dieser Umstand zeigt die Wichtigkeit und Bedeutung von verständnisvollen und empfindsamen Menschen für schmerzleidende Personen. Besonders das medizinische Personal sollte sich im Hinblick auf die Wahl einer passenden Schmerztherapie genauer mit dem Empfinden des/der Kranken befassen.

Schmerz ist ein Phänomen, das weder einfach zu definieren, noch in seiner Intensität einfach einzuschätzen ist. Dies liegt vor allem daran, dass das Empfinden eine starke subjektive Komponente aufweist. Neben der physischen Komponente spielen während der Schmerzphasen auch psychische Prozesse eine große Rolle.²⁴ „[...] Es gibt keinen rein körperlichen Schmerz, denn immer sind die PatientInnen dadurch auch mehr oder weniger seelisch und emotional beeinträchtigt.“²⁵ So können bei längerer Dauer von Schmerzphasen beispielsweise die Konzentration und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt werden; die Gemütslage kann beeinflusst werden, was zu Verstimmung oder Anspannung führt. Wenn Schmerzen chronisch werden, kann dies auch mit Phasen von Depressionen

²¹ Vgl. Weissenberger-Leduc: *Handbuch der Palliativpflege*, S.6.

²² Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.16.

²³ Vgl. Weissenberger-Leduc: *Handbuch der Palliativpflege*, S.5.

²⁴ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S. 18.

²⁵ Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.155.

einhergehen.²⁶ Das Zusammenspiel von Körperwahrnehmung und seelischem Zustand spielt auch im limbischen System eine Rolle. Für die Veränderung des Hormonhaushalts, als Folge von belastenden Schmerzen, ist der Hypothalamus maßgebend.²⁷

Für Außenstehende ist es recht gut möglich, die Lokalisation zu erfassen, von der die Schmerzen ausgehen. Die Intensität und das eigene Empfinden sind jedoch Komponenten, die nur schwer von Außenstehenden eingeschätzt werden können. Die Frage nach dem Wo scheint daher einfacher zu ergründen zu sein, als die Frage nach dem Wie.²⁸ Die Tatsache, dass der Schmerz nicht nur an einem Ort sitzt und auf bloßes Körperempfinden reduziert werden kann, wird von Cicely Saunders aufgegriffen. Sie prägt den Begriff *Total Pain*, unter dem verstanden wird, dass unter Schmerzen nicht nur physische Belastungen subsumiert werden können, sondern der Blick aufs Ganze gerichtet werden muss. Komponenten wie das Aufgeben von Hoffnung, die Angst vor dem Ableben und die Traurigkeit können das subjektive Schmerzempfinden beeinflussen.²⁹ Die psychische Dimension spielt bei der subjektiven Schmerzwahrnehmung eine zentrale Rolle. Psychische Belastungen können eine Ursache für das Empfinden von Schmerz darstellen. Es ist nicht zwingend nötig, dass das Schmerzgefühl durch einen Faktor, der sich auf die physische Dimension bezieht, ausgelöst wird. Folglich kann es sein, dass der/die PatientIn nicht auf die Gabe von Medikamenten anspricht. Auch die spirituelle Ebene kann auf das Empfinden Einfluss nehmen. Die Frage nach dem Sinn oder nach dem, was den Menschen nach seinem Tod erwartet, kann belasten und Schmerzen verstärken. Durch die Thematisierung und den Beistand von Mitmenschen kann ein schmerzentlastender Zustand entstehen oder der Schmerz wird von der betroffenen Person vorübergehend nicht mehr wahrgenommen.³⁰ Die Ausführungen bezüglich der Wechselwirkung von Körper und Psyche verdeutlichen die Relevanz eines Blicks, der sich auf das Ganze richtet und alle Dimensionen beachtet.

Für den Beistand in der terminalen Phase, sowie für die Abhilfe durch Behandlungen, ist es zentral zu versuchen, den Schmerz der PatientInnen trotz der subjektiven Komponente zu fassen zu versuchen. Dies geschieht im Regelfall anhand von mündlicher

²⁶ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S. 18.

²⁷ Vgl. Weissenberger-Leduc: *Handbuch der Palliativpflege*, S.7.

²⁸ Vgl. Paul Timmermann: „Der Schmerz und die Ethik der Sterbebegleitung“. In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh 2004, S.23- 33, hier S.23.

²⁹ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.18.

³⁰ Vgl. Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.155ff.

Kommunikation, bei der man drei Aspekte unterscheidet. Erstens, die Schmerzintensität, somit also die Stärke des Schmerzes. Zweitens, den damit verbundenen Affekt und somit den Belastungsgrad. Drittens, die qualitative Komponente, eine Art Lokalisationsbestimmung. Im persönlichen Gespräch werden auch gerne unterschiedlich gestaltete Skalen verwendet. Diese reichen von verbalen Skalen, die mit Adjektiven arbeiten, bis hin zu Zahlenskalen und visuellen Bildern, wie Smileys, welche auch bei Kindern eingesetzt werden können.³¹ Außerdem besteht die Möglichkeit kranke Menschen Tagebuch über ihre Schmerzen führen zu lassen. Wenn PatientInnen notieren, wann, in welcher Intensität und wo genau ihre Schmerzen auftreten, kann eine genaue Therapieanalyse stattfinden. Zusätzlich können Veränderungen bei der Einnahme bestimmter Medikamente notiert werden. Betroffene erinnern sich dank der Notizen einfacher an Erlebtes und können ihr Schmerzempfinden im Gespräch dadurch eventuell besser artikulieren.³² Sigrid Beyer, die zum Thema *Frauen im Sterben* forschte, kam zu der Erkenntnis, dass Aspekte des Geschlechts die Kommunikation zwischen der behandelnden Person und der zu behandelnden Person massiv beeinflussen können. Besonders dann, wenn der behandelnde Arzt ein Mann und die Patientin weiblich ist, kann die Interaktion durch Rollenklischees oder Vorurteile beeinflusst werden. Dies kann zum Resultat haben, dass die Einschätzung des Schmerzes falsch getroffen wird und eine adäquate Behandlung nicht stattfinden kann.³³

Besonders Menschen, die an Krebs erkranken, leiden sehr häufig unter schmerzenden Symptomen. Bei etwa 90% der Betroffenen könnte man durch eine genaue Schmerzanalyse und der Verordnung von passenden Medikamenten oder Therapien eine deutliche Linderung erzielen. Dennoch erhält mehr als die Hälfte aller KrebspatientInnen laut *Handbuch der Palliativpflege* nicht die optimale Behandlung gegen die Schmerzen.³⁴ Diese Beispiele zeigen, wie wichtig es ist, dass genug Zeit für richtige Schmerzanalyse aufgewandt und dabei der Wert auf das Empfinden des/der PatientIn gelegt wird. Es ist ebenfalls wichtig, dass zwischen ÄrztIn und PatientIn eine Vertrauensbasis herrscht und dass jegliche Art von Vorurteilen vermieden wird. So kann gute Kooperation und eine arrangierte Therapie ermöglicht werden, die dem/der PatientIn effektiv bei der Linderung von Schmerzen behilflich sein kann.

³¹ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.43f.

³² Vgl. Gudrun Russ: „Schmerzdiagnostik bei Tumorpatienten“. In: Bernatzky, Günther [u.a] (Hg.): *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin*. Wien[u.a] 2006, S.27-34, hier S.31.

³³ Vgl. Sigrid Beyer: *Frauen im Sterben. Gender und Palliative Care*. Freiburg 2008, S.176.

³⁴ Vgl. Weissenberger-Leduc: *Handbuch der Palliativpflege*, S.11.

2.2.3 Fatigue

Das am meisten belastende Symptom, das Sterbende beklagen, wird unter dem Begriff *Fatigue* gefasst. Betroffene fühlen sich schwach und müde. Das Befinden ist geprägt von extremer Intensität und langanhaltender Dauer. Auch durch ausreichenden Schlaf kann dem Zustand nicht entgegengewirkt werden. *Fatigue* zeigt sich darin, dass betroffene Menschen keinen Antrieb finden und ihnen auch einfache alltägliche Aufgaben schwer fallen bzw. sie nicht mehr dazu fähig sind Aufgaben zu erledigen, da sie sich zu erschöpft fühlen.³⁵

2.3 Die Sterbephasen nach Kübler-Ross

2.3.1 Über Elisabeth Kübler-Ross

Wenn es um den Tod und die Anliegen sterbender Menschen geht, so wird dies oftmals mit dem Namen Elisabeth Kübler-Ross in Verbindung gebracht. Da sie eine zentrale Rolle im Zuge der Hospizbewegung spielte und die Phasenlehre auch heute noch gerne in Ausbildung und Betreuung herangezogen wird, soll sich dieses Kapitel mit ihrer Person und den von ihr formulierten Sterbephasen beschäftigen. Kübler-Ross wurde 1926 in Zürich geboren, studierte Medizin und legte eine Fachausbildung im psychiatrischen Bereich ab. Ihr Werk *Interviews mit Sterbenden* machte sie zu einer Autorin, die weite Beachtung und zahlreiche Ehrungen erhielt.³⁶ Sie brachte das Thema Sterben an die Öffentlichkeit und trug dazu bei, dass Sterbende mehr Mitspracherecht haben, wenn es um die Frage geht, wo sie die letzte Zeit ihres Lebens verbringen möchten. Sie untersuchte den Prozess des Sterbens und kam zu einem Modell mit bestimmten Verlaufsphasen. Sie begab sich selbst in das Umfeld sterbender Menschen und führte Interviews mit jenen durch. Die Einteilung in verschiedene, zu durchlaufende Phasen beim Sterbeprozess, ist eine Orientierungshilfe und wird in den Ausbildungen an Krankenpflegeschulen und Kursen für HospizmitarbeiterInnen gelehrt.³⁷

2.3.2 Die fünf Sterbephasen

- „Die erste Phase: Nichtwahrhabenwollen und Isolierung“³⁸

³⁵ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.19.

³⁶ Vgl. Ida Lamp: „Hospiz – zur Geschichte einer Idee“ In: Dies. (Hg.): *Hospiz-Arbeit konkret: Grundlagen – Praxis – Erfahrungen*. Gütersloh 2001, S.9-16, hier S.13.

³⁷ Vgl. Bernhard Jakoby: *Geheimnis Sterben. Was wir heute über den Sterbeprozess wissen*. Reinbek bei Hamburg 2007, S.60.

³⁸ Elisabeth Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart 1992, S.41.

Kübler-Ross beschreibt, wie eine Vielzahl an Menschen reagiert, wenn sie erfahren, dass sie erkrankt sind und sich mit der Tatsache abfinden müssen, aufgrund ihrer Erkrankung, dem Tod geweiht zu sein. Sie schildert die Reaktion der Betroffenen als einen Ausdruck der Abwehr, wenn sie davon berichtet, dass einige Personen dem/der Arzt/Ärztin mitteilen, dass es sich um einen Irrtum handeln müsse. Oftmals werden im Zuge dessen auch verschiedene ÄrztInnen in der Hoffnung aufgesucht, dass sich bei der Untersuchung ein Fehler eingeschlichen habe.³⁹ Diese Art von Abwehrmechanismus ist eine in der Gesellschaft häufig verbreitete Erscheinung. Möchte man sich mit gewissen Dingen nicht beschäftigen, so neigt man dazu, dies herauszuschieben oder das Problem zu leugnen. Gelegentlich ist der Versuch der Abwehr so stark, dass Betroffene bis zuletzt in diesem Zustand verharren.⁴⁰ PatientInnen versuchen anfänglich oftmals die Konfrontation mit dem Thema zu meiden, sprechen ein wenig später über Lebensfragen, wenden sich dann jedoch wieder von der Realität ab.⁴¹ Was darauf folgt, ist oftmals eine Form der Isolation. Kübler-Ross beschreibt einen Fall einer Patientin, die ihre Lebererkrankung zu verleugnen versuchte. Es wird beschrieben, wie sie in einem Zustand innerlicher Verwirrung vereinsamte. Dies zeigte sich daran, dass sie gelegentlich zum Telefon griff, um andere Menschen sprechen zu hören.⁴² Für Außenstehende sind das Leugnen der Krankheit und das damit einhergehende Verhalten nicht verständlich. Das führt oft dazu, dass wie im angeführten Beispiel, das Pflegepersonal den Kontakt mit dem/der PatientIn zu meiden versucht.⁴³ Was können begleitende Personen nun tun, um dem/der Kranken bestmöglich entgegenzukommen? Einerseits ist es von Bedeutung zu zeigen, dass man offen für Kommunikation und bereit zum Zuhören ist andererseits erfordert es auch Geduld, dem/der Betroffenen Zeit beim Annehmen des Schicksals zu geben und ihm/ihr nicht ständig entgegen zu reden.⁴⁴

- „Die zweite Phase: Zorn“⁴⁵

Die Phase des Zorns ist jene, die sowohl für Sterbende, als auch für ihre BegleiterInnen am härtesten empfunden wird. Es gelangt ins Bewusstsein, was man noch alles hätte tun wollen, wofür nun keine Zeit mehr bleibt. Auch das Unbehagen vor dem Tod und das

³⁹ Vgl. Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*, S.41.

⁴⁰ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.63.

⁴¹ Vgl. Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*, S.43.

⁴² Vgl. ebd., S.45f.

⁴³ Vgl. ebd. S.49.

⁴⁴ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.64.

⁴⁵ Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*, S.50.

Nichtwissen dessen, was danach kommt, setzen den PatientInnen zu.⁴⁶ Betroffene fragen sich, warum es gerade sie treffen musste; die Situation erscheint nicht gerecht und erzeugt Wut im Inneren. Diese mit Groll gefüllte Phase zeigt sich auf unterschiedliche Weise: Oftmals richtet sich der Zorn gegen die eigene Person, gelegentlich jedoch auch gegen andere Nahestehende oder weitere UnterstützerInnen. Die Wut gegenüber dem Pflegepersonal äußert sich beispielsweise darin, dass die PatientInnen alles bemängeln, was die PflegerInnen für sie tun. Viele greifen auch des Öfteren zur Klingel.⁴⁷ BegleiterInnen sollten in dieser Phase besonders stark sein, negative Äußerungen der Leidenden sollen nicht auf die eigene Person bezogen werden, Verständnis für die Wut der Kranken gezeigt und jede Art von wertendem Umgang vermieden werden.⁴⁸

- „Die dritte Phase: Verhandeln“⁴⁹

Kübler-Ross erklärt das Verhalten der PatientInnen in dieser Phase anhand eines Vergleichs mit einem Kind, das sich zuerst gegen einen Appell der Eltern sträubt, dann jedoch die Situation überdenkt und in einen Zustand der Besinnung eintritt durch welchen sich Besserung der Lage einstellen soll.⁵⁰ Betroffene versuchen diverse Angelegenheiten zu regeln, vereinbaren Treffen mit bestimmten Menschen oder wagen sich an ein Testament heran. Zu diesem Zeitpunkt wird das Leben nochmals neu organisiert; Kranke wirken nach außen hin sehr kooperationsfähig.⁵¹ In dieser Phase geht es vor allem, um das Erlangen des Gefühls, trotz der Umstände eigenständig Wirken zu können. Mit dem Ziel, dem Leben so lange wie möglich beiwohnen zu können, werden Theorien entwickelt, wie man vorgehen kann, um positive Änderung herbeizuführen. Betroffene schließen beispielsweise insgeheim einen Pakt mit Gott oder geben Versprechen an das medizinische Personal ab.⁵² UnterstützerInnen haben in dieser Phase die zentrale Aufgabe, Kranke in ihrer hoffnungsvollen Haltung zu unterstützen, müssen jedoch ebenso darauf achten, dass ihren Schützlingen keine falschen Hoffnungen bereitet werden.⁵³

⁴⁶ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.64.

⁴⁷ Vgl. Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*, S. 50f.

⁴⁸ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.65.

⁴⁹ Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*, S.77.

⁵⁰ Vgl. ebd., S.77.

⁵¹ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.66.

⁵² Vgl. Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*, S.78f.

⁵³ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.66.

- „Die vierte Phase: Depression“⁵⁴

Die eventuell noch vorhanden gewesene Motivation weicht und an ihre Stelle tritt ein Zustand des Betrübtheits. Kübler-Ross unterscheidet hier zwei Arten der Depression. In einer ersten Phase wird das verloren gegangene betrauert. Dazu gehört beispielsweise der Verlust eines Jobs, des herkömmlichen Lebensstils oder der Pflege der Kinder, die nicht mehr in der geläufigen Form stattfinden kann. In der zweiten depressiven Phase ist der Kummer Ausdruck des bevorstehenden Verlustes – des Verlustes des eigenen Lebens. Während in der ersten Phase der Depression das Betonen positiver Aspekte der Bekannten von Vorteil sein kann, hilft dieses Vorgehen in der darauffolgenden Gemütslage nicht weiter. In jener zweiten Phase rät die Autorin daher, dass beistehende Personen keine Ablenkung bereitzustellen versuchen, sondern dem Menschen zeigen, dass man für die Person da ist.⁵⁵ In der Phase der Depression ist es von Bedeutung, dass begleitende Personen Traurigkeit zulassen können, ohne den Versuch zu starten, die Trauer durch Ablenkungsstrategien abzuwenden.⁵⁶

- „Die fünfte Phase: Zustimmung“⁵⁷

Diese Phase ist gekennzeichnet durch die Haltung, dem Tod ins Auge blicken können. Die Betroffenen scheinen mit sich ins Reine zu gelangen. Die Phase wird als ruhig beschrieben, in der die negativen Gefühle der vorhergegangenen Phasen verflogen zu sein scheinen. Der/Die PatientIn scheint Frieden gefunden zu haben. In diesem Stadium schlafen Betroffene viel, warten in gewisser Weise darauf, dass ihre Reise zu Ende geht, was meist ohne vielfältige Gefühlsausdrücke vor sich geht. Auch die Art und Weise des Kommunizierens ändert sich. Sterbende bevorzugen meist Stille und Interaktion findet häufiger mit Hilfe von nonverbalen Gesten statt.⁵⁸ Bei der Betreuung von Menschen im letzten Stadium ist besonders die Vermittlung des Beistandes wichtig. Körperkontakt kann sehr wohltuend wirken. Den Kranken soll das Gefühl vermittelt werden, dass sie nicht allein sind. Auch wenn dies für Beistehende schwer fällt, sollte diese Phase angenommen und ausgehalten werden.⁵⁹

⁵⁴ Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*, S. 80.

⁵⁵ Vgl. ebd., S. 80ff.

⁵⁶ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.68.

⁵⁷ Kübler-Ross: *Interviews mit Sterbenden*, S. 99.

⁵⁸ Vgl. ebd., S.99f.

⁵⁹ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.69.

Die von Elisabeth Kübler-Ross beschriebenen Sterbephasen sind weit bekannt und werden im Umgang mit Sterbenden gern als Unterstützung bei der Orientierung genutzt. Wichtig ist hierbei anzumerken, dass der Phasenverlauf kein linearer ist, dass zwischen den einzelnen Phasen gewechselt werden kann oder dass gelegentlich auch mehrere gleichzeitig auftreten. Ebenfalls kann es vorkommen, dass bestimmte Menschen einzelne Phasen überhaupt nicht durchlaufen.⁶⁰ Durch medizintechnische Neuerungen kommt es in der Gegenwart immer öfter vor, dass todkranke Menschen die nach Kübler-Ross definierten Phasen nicht in jener Form durchleben können. Durch den unnatürlichen Eingriff kann auch beispielsweise ein Verweilen in der ersten Phase auftreten.⁶¹ Es gibt auch Fälle, in denen PatientInnen bis zuletzt den Kampf nicht aufgeben und nie innerliche Zustimmung finden. Die von Kübler-Ross definierten Phasen bedürfen eines sensiblen Umgangs. Sie können nicht als Schema gesehen werden, das jedem/r PatientIn übergestülpt werden kann. Die unterschiedlichen Stationen bilden auch keinen Ablaufplan, welchem gefolgt werden muss, damit man vom guten Sterben sprechen kann.⁶²

⁶⁰ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.11.

⁶¹ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.60.

⁶² Vgl. Alfred Bellebaum: *Abschiede. Trennungen im Leben*. Wien 1992, S.101.

3. Sterbebegleitung - Hospiz und Palliative Care

Nachdem die verschiedenen Ängste und Gefühle der Sterbenden und der begleitenden Personen geschildert wurden, soll der Frage nachgegangen werden, wie der Prozess des Sterbens möglichst angenehm gestaltet werden kann. Dazu wird im folgenden Kapitel auf den Begriff der Sterbebegleitung Bezug genommen und in diesem Kontext die Palliative Care beschrieben sowie das Konzept von Palliativstationen und Hospizeinrichtungen geschildert.

3.1 Sterbebegleitung

Die Begriffe *Sterbebegleitung* und *Sterbehilfe* sind voneinander zu unterscheidende Termini, die sich auf unterschiedliche Handlungsweisen beziehen. Dennoch werden sie in der Gesellschaft des Öfteren synonym verwendet. Sterbebegleitung wird in der vorliegenden Arbeit in differenzierter Weise zum Begriff Sterbehilfe verwendet und ist daher nicht mit jenem gleichzusetzen. Die Bedeutung von Sterbehilfe und die verschiedenen Arten stehen zwar im Zusammenhang mit der Sterbebegleitung, in dieser Arbeit wird jedoch ein unterschiedliches Verständnis vorausgesetzt. Im folgenden Teil wird von Sterbebegleitung als der Versorgung und dem Beistand Sterbender gesprochen. Auf das Thema Sterbehilfe wird in Kapitel 6.5 nochmals genauer eingegangen.

Die Begleitung von Sterbenden wird unter dem Begriff *Thanatotherapie* zusammengefasst. Dabei geht es vor allem um das Thematisieren eines würdevollen Todes: Menschlichkeit, adäquate Pflege sowie Hilfe beim Überwinden oder Durchstehen von Schmerzen. Diese Art von Begleitung wird mit dem Aufkommen der Hospizbewegung gefordert.⁶³ „Sterbebegleitung wird hier als Lebensbegleitung bis zum letzten Atemzug verstanden.“⁶⁴

Wenn Menschen im Spital sterben, verbringen sie oftmals ihre letzten Stunden alleine. Es steht ihnen niemand bei den letzten Augenblicken bei. Manchmal fühlen sich Sterbende geplatzt von Schmerzen oder sind wegen medizinischer Versorgung an Maschinen angeschlossen. Kaum jemand würde sich wünschen, in der letzten Phase des Lebens auf sich allein gestellt zu sein. Trotzdem kommt dies immer wieder vor, weil der Tod ein Thema ist, mit welchem im Spital niemand gerne konfrontiert wird. Das Pflegepersonal

⁶³ Vgl. Bellebaum: *Abschiede*, S. 104.

⁶⁴ Wehkamp: *Lebensende – Zwischen Intensivstation und Hospizbewegung*, S.74f.

zieht sich häufig zurück, weil die Situation unangenehm ist und eine Belastung für das eigene seelische Wohl darstellt. Bei großer Fürsorge des Pflegepersonals kann jedoch auch das Gegenteil eintreten, dass nach einigen Jahren eine gewisse Distanz entwickelt wird, weil der Sterbeprozess zu einem Teil des alltäglichen Lebens wurde.⁶⁵ Die Begleitung von Sterbenden sollte als Teil des Lebens angesehen werden, jedoch wegen der Natürlichkeit und der vielleicht durch den Berufsalltag erlangten Routine nicht im Sinne einer Abstumpfung, sondern als Lebensbegleitung verstanden werden. Espérance-Francois Ngayibata Bulayumi setzt sich mit dieser Thematik auseinander und führt an, dass Sterbebegleitung als Teil des Lebens angesehen werden soll, der zur Wahrung der Würde von Menschen beiträgt.⁶⁶

3.2 Palliative Care

Wenn man sich die Etymologie der beiden Begriffe *Palliative* und *Care* ansieht, so erfährt man, dass der erste Begriff aus dem Lateinischen entnommen wurde und vom Wort *Pallium* abstammt. Das Wort bedeutet Mantel und steht symbolisch für Symptomlinderung. *Care*, ein englischer Begriff, vereint in sich die Pflege und die Sorge gegenüber Menschen mit bestimmten Bedürfnissen.⁶⁷ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliativmedizin bzw. Palliative Care, wie sie auch genannt wird, wie folgt:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.⁶⁸

Folgt man der hier angeführten Definition der WHO, so wird das zentrale Anliegen der Palliative Care erkennbar: Die Lebensqualität von schwer erkrankten Personen und ihren Angehörigen zu verbessern. Hervorzuheben ist auch, dass sich der Ansatz nicht darauf einschränken lässt, Schmerzen zu lindern. Der Mensch als Individuum wird mit allen seinen Facetten erfasst. Neben der physischen wird auch die psychische Komponente

⁶⁵ Vgl. Anne-Marie Tausch [u.a]: *Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet*. Reinbek bei Hamburg 2000, S.187f.

⁶⁶ Vgl. Espérance-Francois Ngayibata Bulayumi: „*Sterbebegleitung als Lebensbegleitung*“. *Eine imperative ethische Notwendigkeit*. Linz 2001, S.247.

⁶⁷ Vgl. Christoph Drolshagen (Hg.): *Lexikon Hospiz*. Gütersloh 2003, S.104.

⁶⁸ World Health Organization: *WHO Definition of Palliative Care*, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Zugriff 19.02.2017).

einbezogen; eventuelle Bedürfnisse nach spiritueller Bedeutung werden erkannt und befriedigt.

Die Aufgabe der Palliativmedizin liegt in der bestmöglichen Betreuung von Menschen, die an einer nicht heilbaren Krankheit und den damit einhergehenden Schmerzen leiden.⁶⁹ Es erfolgt eine genaue Abstimmung der Therapiemethode. Dabei wird darauf geachtet, was dem/der PatientIn bezüglich einer Verbesserung der Lebensqualität in seiner/ihrer derzeitigen Lage wirklich nützt. Die Maßnahmen können auch variieren und müssen nicht zu jedem Zeitpunkt der Krankheit ident bleiben. Dies erfordert ständige Reflexionsarbeit. Anzumerken ist, dass nicht eine Heilung der Krankheit, sondern die psychische und physische Symptommelinderung des Menschen das Ziel ist. Auch bei unheilbaren Krankheitsbildern ist eine palliative Versorgung im Sinne einer Linderung von Schmerz und Verbesserung der Lebensqualität gewünscht.⁷⁰ In dieser Arbeit geht es jedoch vor allem um Palliative Care in Bezug auf Menschen, die aufgrund einer Erkrankung in absehbarer Zeit sterben werden. Das Hauptaugenmerk wird auf die besondere Versorgung von Menschen im fortschreitenden Stadium einer Krankheit gelegt.

3.2.1 Die Palliativstation

Es gibt unterschiedliche Einrichtungen, die sich die palliative Versorgung von schwerkranken Menschen zur Aufgabe gemacht haben. Ein Beispiel sind Palliativstationen. Menschen unterschiedlichen Alters, die an einer nicht heilbaren Krankheit leiden, können auf solch einer Station vorübergehend aufgenommen werden. Vorübergehend meint in diesem Zusammenhang, dass eine Palliativstation ein Ort ist, an dem sich PatientInnen für eine begrenzte Zeitspanne aufhalten. Meist beträgt die Aufenthaltsdauer in etwa drei Wochen, bis die kranken Menschen in ihr Zuhause oder eine andere Einrichtung entlassen werden. Die zeitliche Begrenzung kann einen Nachteil darstellen, da Betroffene nach jener vorgesehenen Zeitspanne oftmals noch nicht für eine Entlassung bereit sind.⁷¹ Der große Vorteil an Einrichtungen dieser Art ist die Nähe zum Spital. Meist befinden sie sich in unmittelbarer Nähe eines Spitals oder sind integriert. Durch die Anbindung an ein Krankenhaus ergeben sich vielerlei positive Aspekte. Einerseits kann eine Mitbenutzung von Unterkünften und der Küche stattfinden, was das Anfallen an Zusatzkosten begrenzt, andererseits bieten sich auch auf medizinischer Ebene

⁶⁹ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.104.

⁷⁰ Vgl. Weissenberger-Leduc: *Handbuch der Palliativpflege*, S.1f.

⁷¹ Vgl. Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.26f.

einige Vorteile. Die Abstimmung auf eine adäquate Behandlung wird durch den einfacheren Zugang zu medizinischen Untersuchungen verschiedenster Art, erleichtert. Auch in Notfällen kann sehr rasch für Hilfe gesorgt werden. Besonders die optimale medizinische Versorgung spielt eine große Rolle auf Palliativstationen.⁷²

Im günstigsten Fall kann eine gute Betreuung im Sinne der Palliative Care auch dazu führen, die Lebenszeit zu verlängern. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen ist es bei einem Großteil der Erkrankten möglich die letzte Lebenszeit in den eigenen vier Wänden zu verbringen.⁷³ Ein Umgang mit Kranken, im Sinne der Palliative Care, wird auch von HospizmitarbeiterInnen verfolgt. Auf die Entwicklungen der Hospizidee und das Menschenbild der Hospizbewegung soll in den folgenden Ausführungen eingegangen werden.

3.3 Hospiz

Das Wort Hospiz leitet sich vom lateinischen Begriff *hospitium* ab, was ursprünglich als Ausdruck für Herberge und Gastfreundschaft Gebrauch fand. Die anfängliche Bedeutung vom Wort Hospiz bezieht sich auf eine Herberge im christlichen Sinn, in der Pilger vor allem im Mittelalter Zuflucht fanden.⁷⁴ Der Ausdruck Hospiz steht nicht nur für eine erbaute Unterkunft, sondern ebenso für einen Gedanken, der sich quer über die Welt verbreitet hat. Er steht für eine bestimmte Gesinnung gegenüber sterbenden Menschen und den sie begleitenden Angehörigen. Das Leben wird in all seinen Facetten betrachtet, in welchem Krankheit, Schmerz, Tod und die damit verbundene Trauer zur Sprache kommen und ein passender Umgang gesucht wird.⁷⁵

Die Hospizbewegung gibt nicht vor, Erfinderin der Sterbebegleitung zu sein. Der Samen wurde bereits früher gesät.⁷⁶ Schon zur Zeit der Römer sprach man vom Hospiz als Einrichtung in der kranke und sterbende Menschen Zuflucht fanden.⁷⁷ Doch durch das Entwerfen eines neuen Konzepts wurde die Saat zum Sprießen angeregt.⁷⁸ Eine klare Abgrenzung des Konzepts der heutigen Hospizeinrichtungen zu Grundlagen, die bereits vorhanden waren, ist nicht umfassend möglich. In der Gegenwart soll die Betreuung im

⁷² Vgl. DuBoulay: *Cicely Saunders*, S.211ff.

⁷³ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.54.

⁷⁴ Vgl. Elisabeth Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis. Ein Leitfaden für Menschen, die Sterbenden helfen wollen*. Freiburg [u.a.] 2002, S.13.

⁷⁵ Vgl. Lamp: *Hospiz – zur Geschichte einer Idee*, S.9.

⁷⁶ Vgl. Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.14.

⁷⁷ Vgl. Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.20.

⁷⁸ Vgl. Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.14.

Hospiz als ein Zusatz gesehen werden, der auf bereits erlangtem Wissen aufbaut und jenes ergänzt, um zu einer möglichst adäquaten Betreuung zu gelangen. Ein zentrales Anliegen war es von Anfang an, den kranken Menschen je nach Bedarf ein Sterben in einer behaglichen Umgebung oder zu Hause zu ermöglichen und somit die enge Verknüpfung vom Tod und dem Spital etwas zu lockern.⁷⁹

3.3.1 Geschichtlicher Hintergrund

Die Anfänge des Hospizes, in dem sich die betreuenden Personen nicht nur die Pflege bei Krankheit, sondern auch die Begleitung von sterbenden Menschen zur Aufgabe machten, kann man um das Jahr 1900 datieren. Ein irischer Orden, bekannt unter dem Namen „die Schwestern der Nächstenliebe“⁸⁰ (*Sisters of Charity*), kümmerte sich um die Gründung von Herbergen in Dublin und London. Dabei legten sie Augenmerk auf die Begleitung von sterbenden, kranken Menschen, die sonst nirgendwo unterkamen, wo sie eine adäquate Betreuung in ihrer derzeitigen Lebenslage erhalten würden.⁸¹ Wenn es um die Hospizbewegung geht, dann ist ein Name in diesem Zusammenhang nicht wegzudenken: Cicely Saunders. Jene Engländerin war die treibende Kraft, von der die Bewegung aus ihren Ursprung nahm. Durch sie kam es zur Eröffnung des St. Christopher's Hospice, welches das Entstehen von Hospizen an unterschiedlichen Orten zur Folge hatte. Hier wurde der Mensch nicht mehr nur auf seine äußerliche Hülle reduziert, wie es ihren Beobachtungen zufolge im Spital oft der Fall war.⁸² Auf der Suche nach den Ursprüngen und der Intention der Hospizbewegung stellt sich die Frage: „Wie kam es zu der Idee hinter der Eröffnung des St. Christopher's Hospice 1967?“ Shirley du Boulay schreibt in ihrem Werk über Cicely Saunders, dass Saunders nie davon ausging, solch eine großartige Bewegung auszulösen. Sie entdeckte einen Mangel im Bereich des Umgangs mit sterbenden Menschen und wollte diesen ausgleichen.⁸³ Cicely Saunders war Krankenschwester und Sozialarbeiterin, später schloss sie ihrer Ausbildung ein Medizinstudium an. Bei ihrer Tätigkeit im Spital erkannte sie, dass sterbende Menschen keine angemessene Betreuung in ihrer letzten Lebensphase erhielten. Diese Erkenntnis regte sie dazu an, zu überlegen, was sterbende Menschen tatsächlich benötigen. Sie beschäftigte sich vor allem mit dem Thema Schmerz und arbeitete in einem Hospiz des vorhin genannten Ordens mit. Der Name Hospiz und das Anliegen der Betreuung von

⁷⁹ Vgl. Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.14.

⁸⁰ Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.13.

⁸¹ Vgl. ebd., S.13.

⁸² Vgl. Beyer: *Frauen im Sterben*, S.161.

⁸³ Vgl. DuBoulay: *Cicely Saunders*, S.203.

Sterbenden waren hier bereits vorhanden gewesen, doch durch Saunders wissenschaftliche Fundierung kam ein neuer Blickwinkel auf.⁸⁴ Schmerzen wurden nicht mehr nur auf körperlicher Ebene betrachtet, sondern ein umfassender Blick wurde geschärft, der auch Emotion, Spiritualität und die soziale Komponente miteinbezog. Mit ihrem Ansatz konnte Saunders nicht nur MedizinerInnen und PflegerInnen begeistern, sondern auch die Gesellschaft. Dies führte dazu, dass sich einige Menschen dazu bereit erklärten, ehrenamtliche Arbeit zu leisten. Außerdem kam es zur Beihilfe durch zahlreiche Spenden. Aufgrund ihrer Reiselust verbreitete sie ihre Idee rund um den Globus. In verschiedenen Ländern wurden zahlreiche Einrichtungen eröffnet, die je nach Bedarf und kulturellen Gegebenheiten gestaltet wurden.⁸⁵ Trotzdem war der Weg, den Cicely ging, nicht immer einfach, denn sie fand nicht nur Zuspruch bezüglich ihrer Ideen. Kritik machte sich vor allem durch eine alte, christliche Tradition breit, in der man davon ausging, dass alles Leid von Gott verursacht und mit einem Grund versehen wurde. Das Leiden der Menschen wurde als Prüfung, gleich dem Leiden Christi, angesehen. Der Mensch habe sich dieser Auffassung zufolge nicht in das Wirken von Gott einzumischen. Obwohl es immer wieder Kritiker gab, die versuchten Saunders Konzept etwas entgegen zu bringen, ließ sie sich nicht von ihrem Weg abbringen. Sie hatte einen starken Willen, durch den sie einiges bewirken konnte.⁸⁶

3.3.2 Eine Stätte für sterbende Lebende

Hospize beschreiben also Stätten, wo kranke Menschen ihre letzte Lebenszeit verbringen können. Verschiedene MitarbeiterInnen, unterschiedlicher Berufsgruppen sind vor Ort und sorgen für eine adäquate Betreuung der Kranken. Obwohl die Mitarbeit von ÄrztInnen und dem Pflegepersonal unabdinglich ist, kann man Einrichtungen solcher Art nicht mit Pflegeheimen für alte Menschen oder einem Spital vergleichen. Anne-Marie und Reinhard Tausch bezeichnen in ihrem gemeinsamen Werk Hospize als Lebensstätte für sterbende Personen. Es soll vermieden werden, jene als Sterbekliniken anzusehen, da das Wohlergehen der Betroffenen im Vordergrund steht.⁸⁷ Cicely Saunders drückte diesen Grundsatz in einem Gespräch mit einem sterbenden Menschen wie folgt aus:

⁸⁴ Vgl. Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.13f.

⁸⁵ Vgl. Beyer: *Frauen im Sterben*, S.162.

⁸⁶ Vgl. DuBoulay: *Cicely Saunders*, S.206f.

⁸⁷ Vgl. Tausch [u.a]: *Sanftes Sterben*, S.195.

Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch leben können bis zuletzt.⁸⁸

Damit dieser Leitgedanke ermöglicht werden kann, ist gute Zusammenarbeit zwischen MitarbeiterInnen, Angehörigen und dem/der PatientIn notwendig. Das Einräumen von Möglichkeiten erfordert jedoch auch eine gewisse Offenheit. Ein Kommen und Gehen ist nach beiden Seiten hin offen. Familienmitglieder können auf ihren Wunsch hin übernachten und falls möglich, können auch die kranken Personen für eine bestimmte Zeit das Hospiz verlassen und einige Zeit im eigenen Heim verbringen. Auch die Möglichkeit, Zeit an der frischen Luft zu verbringen, soll bestehen. Meist hilft eine angepasste Schmerztherapie (beispielsweise mit flüssigem Morphin) dabei, dass die letzte Zeit im Leben ohne unaushaltbare Umstände, bewältigt werden kann.⁸⁹

3.3.3 Sterben zu Hause

Cicely Saunders war es ein besonderes Anliegen, dass für unheilbar kranke Personen die Möglichkeit besteht, in einem ihnen bekannten Umfeld zu sterben. Es stellt sich an dieser Stelle nicht mehr die Frage, ob und wie behandelt wird, sondern wie die beste Betreuung des Menschen aussehen soll. Oberste Priorität hat das Wohlergehen des/der Betroffenen und sein/ihr Empfinden, in dieser Phase des Lebens nicht allein sein zu müssen.⁹⁰ Der ambulante Hospizdienst bietet eine optimale Möglichkeit bei der Unterstützung der Betreuung kranker, sterbender Menschen zu Hause. In den meisten Fällen wird ein/e geschulte HospizmitarbeiterIn aufgesucht, der/die bei der Koordination der benötigten Betreuungspersonen hilft. Das Team der BetreuerInnen kann nach Bedarf aus unterschiedlichen Berufsgruppen, abgestimmt, zusammengesetzt werden. Wichtige Bedeutung im ambulanten Hospizdienst kommt ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zu. Jene werden meist nach spezieller Schulung in der Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen eingesetzt. Sie kommen zu Familien nach Hause, führen Gespräche und helfen, die Familie zu entlasten, so gut es ihnen möglich ist.⁹¹ Wenn die Terminalphase einsetzt, muss dies nicht bedeuten, dass die Person unbedingt ins Spital eingeliefert werden muss, um dort aus dem Leben zu scheiden. Bei bestimmten erfüllten Voraussetzungen ist es auch möglich, im eigenen Heim zu sterben. Dies erfordert jedoch eine gute Kooperation und Kommunikation zwischen den Angehörigen und dem

⁸⁸ Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.18.

⁸⁹ Vgl. Tausch [u.a]: *Sanftes Sterben*, S.195.

⁹⁰ Vgl. DuBoulay: *Cicely Saunders*, S.214.

⁹¹ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.11f.

medizinischen Personal. Im Vorfeld sollten daher alle offenen Fragen geklärt und sichergestellt werden, dass das Sterben in der häuslichen Umgebung vorstattengehen darf. Angehörige müssen im Besitz aller wichtiger Nummern sein und es muss abgeklärt werden, wer im Todesfall (beispielsweise ein/e ÄrztIn oder HospizmitarbeiterIn) verständigt wird. Wenn es eine Patientenverfügung gibt, so soll diese vorgelegt werden. Auch das Vorhandensein von benötigten Medikamenten soll sichergestellt werden. Ein weiterer Punkt, der auf die Nachbetreuung abzielt, ist das Abklären der Sorge um die Hinterbliebenen.⁹²

3.3.4 Interdisziplinäre Betreuung

Da man im Hospiz auf viele verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Geschichten und differierenden Interessen sowie spezifischen Empfindungen trifft, ist es notwendig, dass man dieser Vielfalt durch ein adäquates Team an BetreuerInnen gegenübertritt. ÄrztInnen und PflegerInnen werden in ihrer Arbeit durch weitere Berufsgruppen unterstützt. Besonders PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen und SeelsorgerInnen bereichern die Arbeit mit den PatientInnen.⁹³ Auch ehrenamtliche MitarbeiterInnen stellen eine sehr wichtige Ressource für Hospizeinrichtungen dar. Hospizarbeit wäre ohne die Hilfe ehrenamtlicher MitarbeiterInnen nicht denkbar. Sie übernehmen einen Großteil der Tätigkeiten in der Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen. Diese Arbeit verrichten sie ohne Bezahlung, aus unterschiedlichen Beweggründen, meist aus Liebe zum Menschen. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen spenden Trost und Zuwendung, die neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung sehr wichtig ist und jene gut ergänzt. Die Arbeit im Hospiz findet auf freiwilliger Basis statt und zeigt eine Art von bürgerlicher Bewegung auf, die die Tabuisierung um die Todesthematik in der Gesellschaft aufbrechen möchte.⁹⁴

⁹² Vgl. Albrecht: *Terminalphase und Tod*, S.346f.

⁹³ Vgl. Barbara Brokamp: „Palliativpflege und Hospizpflege – leider oft noch ein Privileg!“ . In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh 2004, S. 252-258, hier S.257.

⁹⁴ Vgl. Catrina E. Schneider: „Hospizarbeit und Ehrenamtlichkeit“. In: Lamp, Ina (Hg.): *Hospiz-Arbeit konkret: Grundlagen – Praxis – Erfahrungen*. Gütersloh 2001, S.59-71, hier S.62f.

3.4 Palliative Versorgung und Verbreitung des Hospizgedankens in Österreich

3.4.1 Geschichtlicher Rückblick

Ihren Anfang in Österreich nahm die Hospizidee in den späten 70er-Jahren, vor allem durch die Unterstützung von kirchlichen Verbänden und Spenden.⁹⁵ Anhand der an das *Lehrbuch der Palliativpflege* angelehnten Zeitachse soll mit Hilfe von zentralen Schlagworten ein kurzer tabellarischer Überblick über die Entwicklung in Österreich gegeben werden⁹⁶:

Jahr	Begebenheit
1985	Hospizgedanke wird vor allem durch Schwester Hildegard Teuschl, eine Schwester des Caritas Socialis in Österreich, verbreitet.
1987	Ambulante Hospizarbeit wird durch ein interdisziplinäres Team betrieben.
1992	Es kommt zur Gründung des ersten stationären Hospizes in einem Krankenhaus in Wien.
1993	Innsbruck: Erstmalige Betreuung Sterbender in ihrer eigenen Wohnung. Der <i>Dachverband Hospiz Österreich</i> wird gegründet.
1995	Seither kommt es zum Einsatz mobiler HospizmitarbeiterInnen bereits in ganz Österreich.
1998	Erstes stationäres Hospiz in Innsbruck und erste Palliativstation in Graz.
1999	Eingliederung der palliativen Medizin im Gesundheitswesen: Errichtung vieler palliativer Stationen in Österreich.
2002	Etablierung der Möglichkeit einer Hospizkarenz für betreuende Angehörige.
2007	Der erste palliativmedizinische Lehrstuhl entsteht an der Wiener Medizinuniversität.

3.4.2 Formen palliativer Versorgung in Österreich

In Österreich unterscheidet man verschiedene Formen palliativer Betreuung. Einerseits gibt es die palliative Grundversorgung in Spitälern, Pflegeheimen und durch mobile Dienste, ÄrztInnen und TherapeutInnen. Schon in den vergangenen Jahren gab es Schulungen des Personals, um jenes auf die zahlreichen Aufgabenbereiche vorzubereiten.

⁹⁵ Vgl. Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.23.

⁹⁶ Vgl. ebd., S23f.

Eine umfangreiche Schulung wird auch für die Zukunft gewünscht. Neben der Grundversorgung gibt es Spezialeinrichtungen, die sich auf die palliative Betreuung fokussiert haben und die palliative Grundversorgung ergänzen. Nicht immer kann in der Grundversorgung eine optimale Betreuung stattfinden. In einigen Fällen ist die Betreuung in einer speziellen Einrichtung zu empfehlen. Im Krankenhaus gibt es Konsiliardienste für palliative Versorgung, die eine beratende Funktion für das medizinische und Pflegepersonal übernehmen. Das Personal der mobilen palliativen Teams fungiert beratend sowohl für ausgebildete BetreuerInnen, als auch für Angehörige, die Unterstützung benötigen.⁹⁷ In der Betreuung von schwerkranken Menschen werden drei Formen der Betreuung unterschieden: Palliativstationen, stationäre Hospize und Tageshospize. Palliativstationen richten ihr Augenmerk für einen begrenzten Zeitraum auf die Versorgung unheilbar Kranker. (Eine genauere Erläuterung zum Konzept der Palliativstationen wurde bereits im Kapitel 3.2.1 gegeben.) Stationäre Hospize sind selbstständige Institutionen. Betreut werden hier kranke, erwachsene Menschen mit starken Symptomen und hohem Bedarf an Betreuung. Es sollen Schmerzen gelindert werden und eine Vorbereitung auf ein angemessenes Ableben gegeben werden. Gelegentlich kann auch die Stabilität des/der PatientIn ein Anliegen sein, wenn das Entlassen ins eigene Heim gewünscht und möglich ist.⁹⁸ Im Regelfall werden jedoch PatientInnen betreut, denen es nicht mehr möglich ist in ihrem eigenen Heim betreut zu werden, die jedoch auch nicht auf die umfassende medizinische Versorgung in einem Spital angewiesen sind.⁹⁹ Einrichtungen im Sinne eines Tageshospizes können von kranken, erwachsenen Personen genutzt werden, bei welchen eine Mobilisierung ohne Komplikationen möglich ist. Unter Tags können Betroffene an Aktivitäten im Hospiz teilnehmen. Sie werden gepflegt, medizinisch versorgt und beraten. Für Angehörige besteht hier ebenfalls die Möglichkeit Hilfe zu finden.¹⁰⁰ Die PalliativpatientInnen besuchen diese Einrichtung auf freiwilliger Basis. Durch die Interaktion mit anderen wird die Gefahr von sozialer Isolation verringert, die Lebensqualität verbessert und die Eigenständigkeit gefördert. Ein weiterer positiver Faktor ist die entlastende Wirkung für

⁹⁷ Vgl. Baumgartner, Johann: „Palliativmedizin – Definition, abgestufte Versorgung und Organisationsform“. In: Bernatzky, Günther [u.a.] (Hg.): *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin*. Wien [u.a.] 2006, S.1-9, hier S.3f.

⁹⁸ Vgl. Nagele [u.a.]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.25.

⁹⁹ Vgl. Baumgartner: *Palliativmedizin*, S.8.

¹⁰⁰ Vgl. Nagele [u.a.]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.26f.

Angehörige. Kranke nutzen das Hospiz unter Tags, schlafen jedoch im eigenen Zuhause.¹⁰¹

Palliativstationen und Hospizeinrichtungen sind prinzipiell voneinander zu unterscheiden. Oftmals ist jedoch eine klare Trennung nicht möglich. Ein Teil der österreichischen Hospizeinrichtungen wurde zu Palliativstationen umgewandelt. Jene wurden danach weiterhin unter den Begriff Hospiz zusammengefasst.¹⁰² In der Gesellschaft werden die Begriffe Hospiz und Palliativstation oder palliativmedizinische Versorgung des Öfteren in identer Weise verwendet. Eine tatsächliche begriffliche und organisatorische Differenz zwischen Hospizeinrichtungen und Palliativstationen wird vor allem durch die unterschiedliche Finanzierung deutlich, da Hospize dem Sozialwesen zugeordnet sind und Palliativstationen in den Zuständigkeitsbereich des Bundes bzw. des Gesundheitsministeriums fallen.¹⁰³ Die Frage nach der Finanzierung von palliativen Einrichtungen ist eine kritische, mit der in den verschiedenen Ländern Europas unterschiedlich umgegangen wird. In den meisten Ländern werden die anfallenden Kosten nicht von der Krankenkasse übernommen. Hospize werden teilweise als kirchliche Institutionen geführt oder von privaten Personen finanziert.¹⁰⁴ Wie auch immer die unterschiedlichen Einrichtungen bezeichnet oder finanziert werden, im Vordergrund steht jedenfalls das allen Einrichtungen gemeinsame Ziel einer adäquaten Betreuung sterbender Menschen.¹⁰⁵

¹⁰¹ Vgl. Baumgartner: *Palliativmedizin*, S.7.

¹⁰² Vgl. Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.27.

¹⁰³ Vgl. Katharina Schmidt: *Eine sonderbare Stille. Warum der Tod ins Leben gehört*. Wien 2016, S.38f.

¹⁰⁴ Vgl. Erich H. Loewy: „Ethische Fragen im Hospiz“. In: Ders. [u.a] (Hg.): *Wohin mit den Sterbenden?* Münster [u.a] 2002, S.15-23, hier S. 17.

¹⁰⁵ Vgl. Nagele [u.a]: *Lehrbuch der Palliativpflege*, S.27.

4. Das Menschenbild der Hospizbewegung

In Kapitel 3 wurde der Begriff *Palliative Care* beschrieben und der Unterschied zwischen Palliativstationen und Hospizen verdeutlicht. Im folgenden Kapitel soll nun veranschaulicht werden, welches Menschenbild der Hospizbewegung zugrunde liegt. Nach einer kurzen Einleitung zum Themengebiet Anthropologie wird aufgezeigt, welches Bild vom sterbenden Menschen durch den Leitgedanken der Hospizbewegung aufkam.

4.1 Anthropologische Grundfragen

Das Wort Anthropologie stammt aus dem Griechischen und „[...]stellt die Frage nach dem Wesen des Menschen.“¹⁰⁶ Von der Erörterung jenes Wesens gehen viele weitere Fragestellungen aus. Beispielsweise sind ethische Überlegungen eng mit der Frage nach dem menschlichen Wesen verknüpft. Würde man den Menschen beispielsweise als reines Sinneswesen auffassen, das von der Befriedigung seiner Bedürfnisse und den Trieben gesteuert ist, so wäre er nicht bereit für das Bewältigen moralischer Vorstellungen. Das Gegenteil wäre es den Menschen als reines vernünftiges Wesen zu definieren. Auch hier würde es keinen Anknüpfungspunkt für ethische Aspekte geben, denn als Vernunftmensch wäre jede Handlung nach gewissen Gesichtspunkten automatisch vernunftgesteuert und das Nachdenken über das richtige Handeln wäre nicht mehr nötig. Ethik ist dort gefragt, wo sich ein bestimmtes Spannungsfeld aufbaut; zwischen dem, was sein soll, und dem, was Realität ist. Es wird von einer gewissen Dualität im Wesen der Menschen ausgegangen, wo erst zwischen Sinnlichkeit und Vernunft Klarheit gestiftet werden muss. Der Mensch wird weder rein durch Sinnlichkeit, noch gänzlich nur durch Vernunft geleitet.¹⁰⁷ Die Frage nach dem tatsächlichen Wesen des Menschen ist nicht einfach zu beantworten. Im Laufe der Zeit haben sich viele verschiedene Theorien entwickelt. Jedem Umgang mit Menschen geht eine bestimmte Intention voraus. Diese ist geprägt durch das Bild, welches wir von der Person haben. Im folgenden Abschnitt soll es darum gehen, aufzuzeigen, welches Verständnis vom Menschsein der Hospizbewegung zugrunde liegt. Es soll gezeigt werden, welchen Grundsätzen nachgegangen wird und wie jene durch die Analyse der Bedürfnisse sterbender Menschen formuliert werden konnten.

¹⁰⁶ Annemarie Pieper: *Einführung in die Ethik*. Tübingen [u.a.] 2003, S.72.

¹⁰⁷ Vgl. Pieper: *Einführung in die Ethik*, S.73ff.

4.2 Das Bild vom sterbenden Menschen

4.2.1 Verständnis vom Menschsein

Mit dem Wirken Cicely Saunders wurde der Leitgedanke der Betreuung von Menschen im Hospiz durch eine gewaltige Bewegung in die Welt getragen. Die zentralen Punkte bei Saunders waren die intensive Auseinandersetzung mit der Kontrolle von Schmerzen, der verständnisvolle Umgang mit den Angehörigen des/der Kranken und die Beschäftigung mit der Frage nach dem guten Sterben. Diese ist untrennbar an das Vermögen und die Bedürfnisse und Wünsche des/der PatientIn geknüpft.¹⁰⁸

4.2.2 Der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit

Ich muss den Patienten als ganzen Menschen wahrnehmen! Nicht nur den Kranken pflegen, sondern den Menschen in seiner Ganzheit erkennen und umsorgen. Es geht um das Wohl jedes einzelnen Menschen. Es gilt, seine physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ressourcen und Probleme zu erkennen.¹⁰⁹

Jene Worte verwendet Barbara Brokamp in ihrem Aufsatz in der Einleitung zum Verständnis des Begriffs der Hospizbetreuung. Das Erfassen des Individuums in seiner Gänze als nötiges Kriterium zum Erhalt der Qualität im Leben.¹¹⁰ Es besteht das Interesse am Menschen selbst. Welche Hobbys hat er/sie? Was würde er/sie gerne unternehmen? Auch solche Fragen gehören dazu. Zuerst muss die Defizitperspektive aufgebrochen werden. Es darf nicht nur gefragt werden, wie krank der Mensch ist oder wie lange er noch zu leben hat, sondern auch hinterfragt werden, welche Ressourcen noch vorhanden sind, welche Organe gesund sind, wie viel Bewegung möglich ist und was zum Wohlbefinden beitragen kann.¹¹¹ All das sind Fragen, die dazu beitragen, den Menschen als einzigartiges Individuum zu erkennen, ihn als Ganzes zu sehen und ihn nicht auf seine Krankheit zu reduzieren.

Gliedert man die vier im Zitat genannten Dimensionen auf, so kann man in jeder ein besonderes Bedürfnis erkennen. In der physischen Dimension macht sich das Verlangen nach Schmerzfreiheit oder zumindest der Linderung von Schmerz breit. Wünsche auf der psychischen Ebene können durch das Anliegen, wichtige Dinge noch vor dem Tod erledigen zu können, resultieren. Auf sozialer Ebene geht es um das menschliche Sehnen nach Nähe und Zuwendung, das Gefühl, in der letzten Lebensphase nicht allein zu sein.

¹⁰⁸ Vgl. DuBoulay: *Cicely Saunders*, S.209f.

¹⁰⁹ Brokamp: *Palliativpflege und Hospizpflege*, S.252.

¹¹⁰ Vgl. Brokamp: *Palliativpflege und Hospizpflege*, S.252.

¹¹¹ Vgl. Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.17.

Die spirituelle Dimension greift vor allem das Bedürfnis der Reflexion und Artikulation auf. Sterbende haben das Verlangen, über ihr Leben und den Sinn ihres Lebens bzw. das Ableben nachzudenken und ihre Ängste artikulieren zu dürfen. Sie haben ein Recht darauf, jemanden bei sich zu haben, der ihnen bei der Aufarbeitung hilft.¹¹² Diese Erfassung der Ganzheitlichkeit des bedürftigen Menschen mit allen seinen Komponenten war Cicely Saunders zentrales Anliegen. Es ist eine umfassende Sichtweise, die alle Bedürfnisse auf jeglichen Ebenen aufgreift und die es anzustreben gilt. Saunders war sich bei der Bearbeitung dieses Themas stets bewusst, dass dies eine schwierige Angelegenheit sei, die wahrscheinlich niemals zur Gänze überall erfüllt sein würde. Trotzdem kann das Sterben aufgrund eines Blickes in die richtige Richtung menschlicher und würdevoller gestaltet werden.¹¹³ Im Hospiz Lexikon findet man unter dem Punkt ‚Ganzheitlichkeit‘ folgende Worte:

Ganzheitlichkeit bezieht sich auf das der Hospizbewegung zugrunde liegende Menschenbild: Im Mittelpunkt allen hospizlichen Handelns steht der sterbende Mensch [...]¹¹⁴

An diesem Ausspruch wird nochmals deutlich, wie der sterbende Mensch im Zuge dieser Bewegung aufgefasst wird. Der Mensch wird als Mensch und nicht als Kranker aus einer Defizitperspektive gesehen, sondern in seiner Ganzheit, auf allen Ebenen. Ganzheitlichkeit ist auch wichtig im Sinne des von Saunders definierten Begriff des *total pains*, der unter dem Punkt 2.2.2 beschrieben wurde. So ist also auch das Empfinden von Schmerz keines, welches sich rein körperlich äußert, sondern auf mehreren Dimensionen spürbar ist.¹¹⁵

Ganzheitlichkeit kann ebenfalls auf die Gruppen von Menschen übertragen werden, die auf ihrem letzten Weg begleitet werden. Des Weiteren werden auch keine personenspezifischen Unterschiede gemacht. Jeder Mensch hat das Recht auf eine angemessene Betreuung. Es ist Beistand bis zuletzt, aus Liebe zu allen Menschen, unabhängig davon, ob es sich um Frauen, Männer oder Kinder handelt. Tatsachen wie welcher sozialen Klasse die Betroffenen angehören oder welche Hautfarbe sie haben, Kultur, Ethnie, sexuelle Orientierung sind nicht relevant. Religiöse Angebote können,

¹¹² Vgl. Johann-Christoph Student: „Was ist ein Hospiz?“ In: Ders. (Hg.): *Das Hospiz-Buch*. Freiburg im Breisgau 1999, S.21-34, hier S.23.

¹¹³ Vgl. DuBoulay: *Cicely Saunders*, S.218f.

¹¹⁴ Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.56.

¹¹⁵ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.57.

müssen jedoch nicht genutzt werden. Niemand soll von der Aufnahme ausgeschlossen werden.¹¹⁶

4.2.3 Selbstbestimmung

In der heutigen Zeit ist es möglich, nicht nur die Kontrolle über unser eigenes Leben zu behalten, sondern auch über viele andere Dinge, die uns umgeben. Durch moderne Apps kann man beispielsweise sehen, ob der/die EmpfängerIn die geschriebene Nachricht bereits empfangen oder sogar gelesen hat. Es kann nachvollzogen werden, an welchem Ort sich ein anderer Mensch oder ein bestelltes Postpaket aktuell befindet. Auch zahlreiche Daten können sehr rasch online abgerufen werden. In der Gesellschaft macht sich dadurch der Drang bemerkbar, alles unter Kontrolle haben zu wollen. Etwas, das sich jedoch unserer Kontrolle zu entziehen scheint, ist der Tod.¹¹⁷ Da es für Menschen ein schwerer Schlag sein kann, wenn sich das momentane Leben der eigenen Kontrolle zu entziehen scheint und sie dann das Gefühl erlangen, selbst nicht eingreifen zu können, ist es umso wichtiger, dass es Menschen gibt, die versuchen, den Betroffenen das Recht auf Selbstbestimmung zurückzugeben. Sterbende sollen das Gefühl erlangen, dass sie auch in der letzten Phase ihres Lebens Anspruch darauf haben, über sich und ihr Leben zu entscheiden und nicht vom Einfluss anderer dominiert zu werden.

Der Mensch muss trotz seiner Krankheit als Individuum mit einem Recht auf Selbstbestimmung angesehen werden. Dass er krank ist, heißt nicht, dass ihm jegliche Kompetenz abgesprochen werden kann und er zur Gänze hilflos jemandem anderen ausgeliefert ist.¹¹⁸ Es geht im Sinn einer Selbstgesetzgebung um die Wahrung der Autonomie des/der Einzelnen. Bei Kindern und bei demenzkranken Personen kann die Bestimmung über sich selbst zum Schutz des eigenen Selbst nicht gänzlich gewährleistet werden. Schwer kranke Menschen sind sich jedoch in den meisten Fällen ihrer Situation bewusst und haben trotz ihrer Erkrankung einen Willen, der respektiert werden muss, auch wenn andere informierte Personen wie die Familie oder das Personal im Spital eher andere Entscheidungen treffen würden. Wenn der/die Kranke nicht mehr bei vollem Bewusstsein und daher nicht in der Lage ist autonom zu bestimmen, so wird ein Rückgriff auf eine Patientenverfügung gemacht, falls solch eine vorhanden ist, oder ein/e bestimmte/r VertreterIn übernimmt die Entscheidung. Gibt es weder eine Verfügung,

¹¹⁶ Vgl. Wehkamp: *Lebensende – Zwischen Intensivstation und Hospizbewegung*, S.75f.

¹¹⁷ Vgl. Schmidt: *Eine sonderbare Stille*, S.146.

¹¹⁸ Vgl. Brokamp: *Palliativpflege und Hospizpflege*, S.252.

noch eine/n per Gesetz festgelegte/n VertreterIn, so muss man von dem ausgehen, was der/die Kranke in jenem Fall am ehesten wollen würde.¹¹⁹

Der Vorteil bei der Pflege in Palliativstationen oder in Hospizzentren gegenüber der Grundversorgung im Spital oder Pflegeeinrichtungen ist jener der bedürfnisorientierten Behandlung, die von den PatientInnen gebraucht und gewünscht wird. Dies äußert sich beispielsweise darin, dass man den Kranken die Wahl lässt, wofür sie ihre Ressourcen aufbrauchen möchte. Manchmal ist es für die Menschen wichtiger, eine geliebte Person zu treffen und mit ihr plaudern zu können, als eine heiße Dusche zu nehmen.¹²⁰ Durch die körperliche Abgeschlagenheit und das Gefühl auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, besteht die Gefahr, dass der/die Kranke ein Empfinden der Abhängigkeit von anderen entwickelt. Besonders bei Menschen, die davor einen Beruf ausgeübt haben, in dem sie viel eigenständig arbeiten durften, kann dieses, durch die Krankheit bestehendes Abhängigkeitsgefühl, eine tiefe Wunde in den/die PatientIn reißen.¹²¹ Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie man in solchen Situationen agieren kann, um die Autonomie des/der Kranken trotz der empfundenen oder tatsächlichen Abhängigkeit von der Hilfe anderer, zu wahren.

Ein weiterer Punkt, den man neben dem Selbstbestimmungsrecht bei der Pflege des/der PatientIn, beachten kann ist die Persönlichkeit des/der PatientIn. Wenn man Interesse an der Geschichte des Menschen zeigt, so kann man durch verschiedene Handlungen dabei helfen, das eigene Leben, die eigenen Freuden und geliebten Gewohnheiten nicht zur Gänze aufgeben zu müssen. Katharina Schmidt schreibt in *Eine sonderbare Stille* von der Idee der Hospizleiterin des *Hospiz Rennweg*, einem/r RotweinliebhaberIn einen Teil seiner/ihrer gewohnten Freude zurückzugeben, indem die Mundpflege mit Rotwein anstatt mit Wasser durchgeführt wird. Besonders bei der Pflege gibt es verschiedene Tricks, die man anwenden kann, damit der/die Kranke aus der Rolle des/der Abhängigen aussteigen und das Gefühl von Selbstbestimmung zurückerlangen kann.¹²²

Für die MitarbeiterInnen des Hospizes ist es oberste Priorität, die Autorität der Person zu wahren, den Respekt ihr gegenüber aufrecht zu halten und sie in ihrem Dasein ernst zu nehmen und mitsprechen zu lassen. Verbunden mit diesem Gedanken ist auch die

¹¹⁹ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.22f.

¹²⁰ Vgl. Brokamp: *Palliativpflege und Hospizpflege*, S.254.

¹²¹ Vgl. Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.16.

¹²² Vgl. Schmidt: *Eine sonderbare Stille*, S.148f.

Tatsache, dass ein ehrlicher Umgang gefordert wird. Der/die Kranke wird so weit informiert, wie er/sie es wünscht. Lügen ist nicht erwünscht, da dies mit dem Gedanken der Selbstbestimmung und Wahrung der Autorität nicht übereinstimmen würde.¹²³ Der Autonomie und dem damit verbundenen Recht auf Selbstbestimmung sind aber auch Grenzen gesetzt. Nicht immer kann der Wille des/der PatientIn zur Gänze durchgeführt werden. Besonders dann, wenn es um das umstrittene Thema der Sterbehilfe geht. Hier ist die gesetzliche Lage zu beachten, die den Handlungsspielraum des medizinischen Personals einschränkt.¹²⁴

4.2.4 Würde und Sterben in Gemeinschaft

Neben dem Erfassen des Menschen in seiner Ganzheitlichkeit und der Wahrung des Rechts auf Selbstbestimmung gibt es noch einen weiteren zentralen Aspekt, der das Menschenbild der Hospizbewegung prägt. Es handelt sich um die Würde jedes einzelnen Menschen, die bis zuletzt gewahrt werden soll.

Im Österreichischen Bundes-Krankenanstaltengesetz des Jahres 1993 heißt es laut §5a. in Absatz neun:

§5a. Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes zu verpflichten, daß [...] 9. ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können [...]¹²⁵

Dass diese Forderung nicht zur Gänze bzw. sogar in unzureichender, nicht zufriedenstellender Form im Krankenhausalltag erfüllt wird, ist sowohl in der Gesellschaft als auch unter MitarbeiterInnen palliativer Dienste ein scharfer Kritikpunkt. Oftmals fehlen die zeitlichen und personellen Ressourcen, um den PatientInnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Um die Wahrung der Würde des Menschen bis zuletzt gewährleisten zu können, gibt es unterschiedliche Perspektiven, an denen in palliativen Einrichtungen angeknüpft werden soll. Diese sollen in diesem Abschnitt erläutert werden.

Kranke haben durch die Umstände, die ihre Krankheit mit sich bringt, oftmals das Gefühl, einen Teil ihrer Würde verloren zu haben. Dieses Empfinden des Verlustes kann

¹²³ Vgl. Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.16.

¹²⁴ Vgl. Schmidt: *Eine sonderbare Stille*, S.153.

¹²⁵ Strafgesetzbuch: *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 801., Bundesgesetz: Änderung des Krankenanstaltengesetzes 1993.*

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_801_0/1993_801_0.pdf, S.6830 (Zugriff 22.03.2017).

unterschiedliche Ursachen haben. Häufig resultiert es daraus, dass sie ihren Alltag nicht mehr allein bewältigen können, auf die Hilfe anderer angewiesen sind und banal erscheinende Tätigkeiten (beispielsweise das Verrichten von Körperpflege) nicht mehr eigenständig ausgeführt werden kann. Damit einher geht die Tatsache, dass Kranke oftmals das Empfinden prägt, dass nur mehr über sie gesprochen oder geurteilt wird. Wichtiger wäre es jedoch, dass mit ihnen gesprochen wird. Durch das Einbinden der Wünsche sterbender Menschen kann ihnen ein Teil ihrer Würde gewährleistet werden.¹²⁶

Ein weiterer Teil des würdevollen Sterbens ist das Recht auf einen Sterbeprozess im Beisein von Mitmenschen. Einen Menschen in seiner letzten Lebensphase mit seinen Qualen und Bedürfnissen alleine zu lassen würde dem Bild eines Sterbens in Würde widersprechen. Damit verbunden ist auch die Wahl des Sterbeortes. Im Zuge der Hospizbewegung wurde immer mehr von dem distanzierten Vorgehen in Spitälern, wo Menschen in ihren letzten Stunden meist einsam und allein kämpfen mussten, Abstand genommen. Der Gedanke, dass jeder Mensch das Recht hat, an einem Ort zu sterben, an dem er sich wohl fühlt, zusätzlich umgeben von Personen, die ihn stützen, ist vorherrschend mit dem Aufkommen des Hospizgedankens.¹²⁷

Ein weiterer Aspekt, dem nachgegangen wird, ist das Ermöglichen von einem Sterben ohne unerträgliche Schmerzen.¹²⁸ Auch das ist ein Teil der menschlichen Würde. Daher nehmen die ausführliche Analyse vom Schmerzempfinden der PatientInnen und die adäquate Schmerzbehandlung einen sehr hohen Stellenwert in der palliativen Betreuung im Hospiz ein.

4.2.5 Verständnis gegenüber Sterbenden

Katharina Schmidt, eine Redakteurin, die sich seit dem Tod ihres Vaters mit dem Thema Sterben auseinandersetzt, beschäftigt sich mit den Bedürfnissen Sterbender, lässt sie zu Wort kommen und will ihre Erkenntnisse unter die Menschen bringen. Sie schreibt davon, dass nicht alle Menschen in gleicher Weise damit umgehen, wenn sie erfahren, dass sie aufgrund einer Erkrankung in absehbarer Zeit sterben werden. Konkret beschreibt sie zwei Arten von Reaktionen. Schmidt zufolge gibt es Personen, die durch die Diagnose einen anderen Blickwinkel einnehmen und versuchen, die letzte Zeit so positiv wie möglich zu verbringen. Menschen dieser Art lernen Dinge zu schätzen, die bisher als

¹²⁶ Vgl. Student: *Was ist ein Hospiz?*, S.22.

¹²⁷ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.72.

¹²⁸ Vgl. ebd., S.72.

Selbstverständlichkeit galten, und lernen neue Prioritäten zu setzen. Dem gegenüber gibt es auch den Menschentyp, der die Lage pessimistisch betrachtet und für den die Diagnose als schwerer Schicksalsschlag das Leben so beeinflusst, dass es zur Gänze von Negativität überschüttet wird. In solchen Fällen kann es vorkommen, dass körperliche Schmerzen durch die Haltung dermaßen beeinflusst werden, dass sogar der Einsatz starker Medikamente keine schmerzstillende Wirkung mehr zeigt.¹²⁹ In der Begleitung von Sterbenden wird man beide Arten von Reaktion vorfinden und einen angemessenen Umgang nur dann erlangen, wenn man für das individuelle Empfinden des/der Kranken Verständnis aufbringen kann.

Eine Emotion, die dem Alltag sterbender Menschen beiwohnt, ist die Angst. Furcht ist ein unangenehmer Begleiter, der das Leben kranker Menschen sehr dominieren kann. Es ist zu beachten, dass Angst ein Affekt ist, der vor allem durch Ungewissheit entstehen kann. Ein großer Schritt in Richtung eines Lebens ohne Angst bzw. mit geringerer Furcht kann eine gründliche Aufklärung sein. Daher sollten ÄrztInnen über die Krankheit und die damit verbundenen eventuellen Komplikationen Bescheid wissen, die im Zusammenhang mit den Symptomen auftreten können bzw. besonders in der terminalen Phase zu erwarten sind. Aber nicht nur das ärztliche Personal, sondern auch die Pflegepersonen und Angehörigen sollten sich ausreichend informieren. Mit kompetent wirkenden Menschen, die den/die Kranke/n umgeben, kann ihm/ihr bereits geholfen werden, indem durch eine ausreichende Aufklärung die Furcht vor dem Ungewissen verringert wird.¹³⁰

4.3 Der Tod als Teil des Lebens

Die Frage nach gutem Sterben ist in gewisser Weise mit einem ambivalenten Gedanken verbunden. Im Leben strebt man permanent nach Glück. Damit ist auch das Entfalten des eigenen Selbst und somit der Erhalt des eigenen Lebens verknüpft. Die Ambivalenz zeigt sich darin, dass das Leben begrenzt ist und unser Streben somit auf etwas ausgerichtet ist, was nie zur Gänze erreicht werden kann. Der Gedanke der Unsterblichkeit ist in der Gesellschaft keine Seltenheit. Man erkennt dies besonders an verschiedenen religiösen Strömungen, die diesen Gedanken teilen. Sigmund Freud spricht sogar davon, dass es

¹²⁹ Vgl. Schmidt: *Eine sonderbare Stille*, S.113f.

¹³⁰ Vgl. Weissenberger-Leduc: *Handbuch der Palliativpflege*, S.156.

dem Menschen nicht möglich wäre, sich den eigenen Tod vorzustellen. Die Vorstellung von einer begrenzten Dauer des eigenen Lebens führt zu Angst vor dem Sterben.¹³¹

Mit dem Verständnis vom Tod als Teil des Lebens ist auch die Akzeptanz des Todes verknüpft. Nicht nur der/die Betroffene muss sein/ihr Schicksal annehmen, auch die Betreuenden müssen dies tun. Wenn ein/e PatientIn schwer krank ist und Behandlungen, die dazu führen würden, dass er/sie länger am Leben bleiben würde, deutlich ablehnt, so muss dies von den behandelnden ÄrztInnen akzeptiert werden. Bei einem Fall, wo der/die PatientIn nicht bei Bewusstsein ist, muss davon ausgegangen werden, was sich der/die Betroffene wohl am ehesten wünschen würde.¹³² Somit wird hier wieder deutlich, dass der Wille des/der Kranken deutlich im Vordergrund steht.

Im Zuge der Hospizbewegung soll ein Verständnis vom Leben deutlich gemacht werden, das den Tod integriert. Jener soll nicht abgeschieden vom Leben betrachtet werden, sondern dem Leben zugehörig. Ida Lamp beschreibt das Anliegen der Integration der Sterbenthematik im Sinne der Hospizbewegung mit diesen Worten:

Sterben gehört zum Leben, Kranksein und Leiden und der Tod gehören dazu. – Wenn wir dieses Wissen zulassen, wenn es unsere Lebenshaltung prägt, dann können wir auch etwas ändern an unserem Umgang mit Menschen, die krank sind, behindert, alt, die in Krisen geraten, die sterben und trauern.¹³³

Die beschriebene Haltung soll im Sinne des Hospizgedankens eingenommen werden. Dieser Aussage zufolge ist jenes weit gefasste Verständnis vom Leben notwendig, um überhaupt zu einem angemessenen Umgang mit Menschen, die in ihre letzte Lebensphase eintreten, zu gelangen. Die Hospizbewegung versucht jenes Verständnis einerseits in den medizinischen Bereich einzugliedern, andererseits aber auch in der Gesellschaft zu verbreiten. Erst wenn der Tod als Teil des Lebens betrachtet wird, wenn man sich ohne Tabuisierung mit der Thematik auseinandersetzt und eine offene Haltung einnimmt - erst dann erscheint es möglich, kranken und/oder sterbenden Menschen in angemessener Weise zu begegnen.

¹³¹ Vgl. Eduard Zwierlein: „Alle Menschen müssen sterben.“ In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh 2004, S. 9-15, hier S.10.

¹³² Vgl. Albrecht [u.a]: *Hospizpraxis*, S.20f.

¹³³ Lamp: *Hospiz – zur Geschichte einer Idee*, S.9f.

4.3.1 Position in der Sterbehilfedebatte

Mit der Sicht auf den Tod als einen Teil des Lebens wird auch die Haltung der HospizmitarbeiterInnen gegenüber der Debatte um Euthanasie deutlich. Wenn der Sterbeprozess als integrierter Teil im Leben eines jeden Menschen verstanden wird, dann kann daraus abgeleitet werden, dass kein Recht auf frühzeitige Beendigung durch oder mit Hilfe von anderen besteht. Der *Dachverband Hospiz* nahm 2008 Stellung zur Euthanasiedebatte. Der Verband befürwortet die gesetzliche Lage in Österreich und wendet sich gegen die Etablierung eines Gesetzes, demzufolge die aktive Tötung oder die Beihilfe zum Suizid legalisiert werden würde. Als Begründung wird unter anderem die Tatsache genannt, dass durch die Erfahrung in der praktischen Arbeit mit schwer kranken PatientInnen die Erkenntnis gewonnen werden konnten, dass das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe bei den Betroffenen deutlich zurückgeht, wenn eine angemessene Betreuung im Sinne der palliativen Versorgung und Linderung des Leids auf allen Ebenen erfolgt. Ein weiterer Grund gegen die Legalisierung aktiver Sterbehilfe bzw. der Beihilfe zum Suizid ist jener, dass durch das Einführen eines Gesetzes, das jenes Vorgehen nicht strafbar macht, starker Druck auf die PatientInnen ausgeübt werden könnte. Die Entscheidung könnte eventuell nicht zur Gänze selbstbestimmt gefällt werden. Betroffene könnten sich möglicherweise als Last ansehen und nach einem früheren Ableben verlangen, um nicht als Belastung für Angehörige betrachtet zu werden. Außerdem könnte durch die Legalisierung eine Ausweitung stattfinden, die Einfluss auf das Verlangen anderer PatientInnen hat. Durch ein Gesetz dieser Art könnte der Druck der Gesellschaft verstärkt werden, da Kranken nun die Möglichkeit offen stehen würde, früher zu sterben und so eventuell Kosten und Belastungen für Angehörige und BetreuerInnen zu verringern. Weiters argumentiert der Dachverband damit, dass das Töten dem Berufsethos von MedizinerInnen widersprechen würde. Da das Leid sterbender Menschen jedoch ernst genommen werden muss und in manchen Fällen das Bedürfnis auf frühzeitiges Ableben vorhanden ist, muss in adäquater Weise auf den Zustand der Betroffenen reagiert werden. Aus diesem Grund müssen laut dem

Dachverband Betreuungsmöglichkeiten im Sinne palliativer Einrichtungen ausgebaut und die dazu benötigten Ressourcen bereitgestellt werden.¹³⁴

4.4 Rolle der Beteiligten

Die Arbeit mit Sterbenden kann für die BetreuerInnen selbst sehr belastend wirken. Die Grenze der Belastbarkeit muss oftmals erst gefunden werden. Damit HelferInnen dieses Limit nicht erst erkennen, wenn es zu spät ist und sie bereits an einem Burnout Syndrom leiden, ist es essentiell, dass jedes Mitglied des Teams darauf achtet, sich selbst und die eigenen Kapazitäten nicht zu vergessen bzw. zu überschätzen.¹³⁵

4.4.1 Das Betreuungsteam

Neben verschiedenen Angeboten (beispielsweise Supervisionsgruppen oder Gruppen, in denen die Selbsterfahrung und der Umgang mit den eigenen Ängsten thematisiert wird) die genutzt werden können und sollten, ist es auch wesentlich, dass keine Überlastung durch zahlreiche Überstunden anfällt.¹³⁶ Vom Hospizteam wird nicht nur die Unterstützung der PatientInnen und ihrer Angehörigen gewünscht, sondern auch die gegenseitige Zuwendung, ein respektvoller Umgang und ein gegenseitiges Stützen der KollegInnen. Nur in einem funktionierenden Team kann treffend zusammengearbeitet werden und eine geeignete Betreuung stattfinden.¹³⁷

4.4.2 Angehörige

In den meisten Fällen verändert sich nicht nur das Leben der kranken Person, sondern auch jenes ihrer nahestehenden Menschen. Diese finden sich in einer neuen Lage und können schnell überfordert sein. Daher hat es höchste Priorität, dass neben der Behandlung der/des Kranken auch eine Betreuung der Angehörigen stattfindet. Die stetige Information der BegleiterInnen aus dem familiären Umfeld bzw. dem Bekanntenkreis durch die BetreuerInnen sollte nicht vernachlässigt werden.¹³⁸ Eine wertvolle Ressource bildet hier das mobile Palliativteam. Jenes, aus verschiedenen Berufsgruppen bestehendes Team, übernimmt die Beratungsfunktion und leitet zu einem adäquaten Umgang mit der zu betreuenden Person an. Es wirkt einerseits unterstützend für Betreuungspersonen in Heimen, andererseits übernimmt es die helfende Tätigkeit im

¹³⁴ Vgl. Hospiz Österreich Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen: *Stellungnahme des Dachverbandes Hospiz Österreich zur Euthanasiedebatte* 2008.

http://www.hospiz.at/pdf_dl/stellungnahme_zur_euthanasiedebatte.pdf (Zugriff 20.03.2017).

¹³⁵ Vgl. Albrecht: *Terminalphase und Tod*, S.348.

¹³⁶ Vgl. ebd., S.348.

¹³⁷ Vgl. Student: *Was ist ein Hospiz?*, S. 25.

¹³⁸ Vgl. Albrecht: *Terminalphase und Tod*, S.347.

Umgang mit Angehörigen. Es besteht die Möglichkeit, dass hilfeschuchende Personen ein solches Team ansuchen, welches sie bei ihrem weiteren Vorgehen unterstützt. Das Heranziehen des mobilen Teams kann vor allem dann wertvoll sein, wenn ein Verbleiben der/des PatientIn zu Hause gewünscht wird.¹³⁹

Ein Qualitätsmerkmal der Hospizbewegung ist auch die Kontinuität der Betreuung. Diese bezieht die Tatsache mit ein, dass die unterstützende Tätigkeit nicht mit dem Tod des/der PatientIn enden kann. Auch die Phase nach dem Ableben des geliebten Menschen kann für Hinterbliebene sehr leidvoll sein. Das Hospizteam übernimmt daher auch die Begleitung im Trauerprozess.¹⁴⁰

Wenn es um die Betreuung von kranken Menschen und ihren Angehörigen geht und der/die PatientIn ihre letzte Lebenszeit zu Hause verbringen möchte, so steht an oberster Stelle, dass alle Betroffenen über wichtige Fakten ausreichend informiert werden. Dabei kann es wertvoll sein, wenn eine Person ausgewählt wird, die für das medizinische Personal bzw. HelferInnen aus dem Hospiz als erste AnsprechpartnerIn dient und die bei Bedarfsfällen kontaktiert werden soll. Zu den wichtigen Informationen gehört die Aufklärung über den möglichen Verlauf der Krankheit sowie Veränderungen, die durch die Umstellung der medikamentösen Therapie eintreten können und das in Kenntnis setzen von Anzeichen, die auf den Beginn der terminalen Phase hindeuten. Auch ein angemessenes Handeln und Verständnis für verschiedene Bewusstseinszustände soll angesprochen werden. Neben der ausreichenden informellen Auskunft sollte auch das Einbinden in die behandelnde Praxis nicht vernachlässigt werden. Die Mithilfe von Angehörigen kann für alle Beteiligten eine wunderbare Ressource darstellen. Sie können bei der Pflege mithelfen und in die Betreuung so einbezogen werden, dass auch sie sich gebraucht und nützlich fühlen. Wie bei den Kranken, so ist es auch im Umgang mit den Angehörigen nötig, ihnen respektvoll entgegen zu treten, ihre Trauer zu respektieren und ihnen unterstützend zuzusprechen.¹⁴¹ Auch Familie, Verwandte und Bekannte, die in den Sterbeprozess eingebunden sind, brauchen Unterstützung, um selbst die Rolle eines/r Unterstützers/in ausführen zu können.

¹³⁹ Vgl. Baumgartner: *Palliativmedizin*, S.5f.

¹⁴⁰ Vgl. Student: *Was ist ein Hospiz?*, S.25f.

¹⁴¹ Vgl. Albrecht: *Terminalphase und Tod*, S.347.

5. Der Tod und seine Geschichte

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über den historischen Wandel bezüglich des Umgangs mit dem sterbenden Menschen gegeben. Im Anschluss wird verdeutlicht, warum eine Thematisierung auch in der heutigen Gesellschaft Relevanz aufweist. Abschließend wird auf den Wandel im Gesundheitsbereich, der sich durch Forschung und Innovation im medizinischen Bereich bemerkbar macht, eingegangen.

5.1 Sterben damals – sterben heute

5.1.1 Sterben vor dem 20. Jahrhundert

Sowohl in der Antike als auch im Mittelalter war es die Aufgabe der Ärzte¹⁴², Menschen von ihren Krankheiten zu heilen. Die Behandlung von schwerkranken, dem Tod geweihten Menschen, zählten sie damals jedoch nicht zu ihren Zuständigkeitsbereich. Dies hatte unterschiedliche Gründe. Einer der Gründe, wieso die Behandlung bei unheilbaren Krankheiten nicht fortgesetzt wurde, war die Angst, die Schuld am Tod des/der PateintIn zugesprochen zu bekommen bzw. als geldgierig bezeichnet zu werden, da die Behandlung ohnehin aussichtslos erschien. Ein weiterer Grund ist jener, dass man zur damaligen Zeit die Erkrankung als Zeichen Gottes ansah. Das Leid wurde als Strafe oder als Prüfung für den/die Betroffene/n angesehen und es erschien nicht angemessen in Gottes Werk einzugreifen. Die Versorgung der Sterbenden fiel im Mittelalter somit Mitgliedern von Orden oder auch Laien zu. Die Ärzte ermutigten Kranke zur Beichte, was dazu führte, dass in der Betreuung von Sterbenden nicht mehr das Wohl des Körpers, sondern das der Seele im Vordergrund stand. Der Zuständigkeitsbereich der Ärzte weitete sich erst mit dem 18. Jahrhundert zunehmend auch auf die Betreuung von Sterbenden aus. Dies hatte mitunter auch mit der zu dieser Zeit betriebenen Forschung bezüglich der biologischen Gegebenheiten, die den Sterbeprozess begleiten, zu tun. Man fand zu dieser Zeit heraus, dass eine Aktivierung des Herzmuskels möglich ist und dass einzelne Organe ihre Funktion länger aufrechterhalten können, wenn ein Mensch bereits für tot erklärt wurde. Dies hatte zur Folge, dass die Menschen im 18. und 19. Jahrhundert in der Angst lebten, einen Scheintod zu erleiden und führte dazu, dass man sich über Kriterien Gedanken machte, die einen Menschen mit Sicherheit als verstorben erkennen ließen. Außerdem versucht man, je nach Möglichkeit, so lange lebensrettende Maßnahmen zu

¹⁴² Anmerkung der Autorin: Es wird angenommen, dass es in dieser Zeit nur männliche Ärzte gab. Deshalb wird in diesem Abschnitt sinnvollerweise nicht in beiderlei Formen geschrieben.

ergreifen, bis man mit Sicherheit sagen konnte, dass der Mensch nicht mehr ins Leben zurückgelangen wird.¹⁴³

Wird ein Blick in die Vergangenheit geworfen, so kann man sich sterbende Menschen vorstellen, die im Kreise der Familie in der gewohnten Umgebung aus der Welt scheiden. Wenn es möglich war, kamen Verwandte und Bekannte vorbei, um sich zu verabschieden. Nach dem Tod wurde die verstorbene Person zu Hause aufgebahrt. Angehörige trauerten, vollzogen Rituale und gingen danach ihrem Alltag nach. Der Tod schien einen Teil des Lebens darzustellen. Sterben wurde als ein Prozess angesehen, der untrennbar zum Leben dazu gehört.¹⁴⁴ Laut Philippe Ariès, der sich in seinem gleichnamigen Werk mit der Geschichte des Todes ausführlich auseinandergesetzt hat, galt der Tod bis zum Einsetzen des ersten Weltkrieges als öffentliches Ereignis, welches feierlich aufbereitet wurde. Wichtige Bezugspersonen versammelten sich um die sterbende Person, Kerzen und Weihwasser waren als traditionelle Utensilien im Zimmer platziert. War es zunächst sogar üblich, den Leichnam öffentlich vor dem Haus aufzubahren, so wurde es zu einer neuen Tradition, nun auch eine Anzeige über den Tod an die eigene Eingangstüre anzubringen. Jene Türe war von dem Todeszeitpunkt an nicht mehr verschlossen, sodass Bekannten und Verwandten die Möglichkeit offen stand, sich vom verstorbenen Menschen zu verabschieden. Der Gottesdienst war ein Treffpunkt für die Gemeinde und wurde von dieser pflichtbewusst wahrgenommen. Auch nach der Bestattung war der Prozess des Sterbens noch nicht abgeschlossen. Die Trauerphase wurde bewusst gemeinsam durchgestanden, was sich durch das Zusammentreffen von Bekannten und Verwandten und durch regelmäßige Besuche am Grab des/der Verstorbenen zeigte. Der Tod gestaltete sich somit als gemeinschaftliches Ereignis, welches zusammen durchgestanden wurde, bis anschließend alle wieder ihrem herkömmlichen Alltag nachgehen konnten.¹⁴⁵

Besonders religiöse Praxen halfen beim Durchstehen der letzten Phase des Lebens. Man bat Gott um Vergebung, fand Hoffnung im Gebet und dem Glauben bald an die Seite Gottes geholt zu werden. Auch die letzte Ölung war ein wichtiger Bestandteil, der im Leben der ChristInnen zum Ableben dazu gehörte. Ab dem 19. Jahrhundert brachen die christlichen Traditionen im Zuge der Säkularisierung immer weiter auf. Dadurch ergab

¹⁴³ Vgl. Groß [u.a]: *Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung*, S.22ff.

¹⁴⁴ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.17.

¹⁴⁵ Vgl. Philippe Ariès: *Geschichte des Todes*. München 2002, S.715.

sich ein leerer Raum, der an die Stelle des religiösen Trostes rückte. Besonders bei der Frage nach einem Leben nach dem Tod waren diese Umstellungen sehr prägend.¹⁴⁶

5.1.2 Sterben ab dem 20. Jahrhundert

In manchen Ländern und Kulturen hat sich das Bild vom öffentlichen Sterben in der Gemeinschaft bis heute gehalten. Vor allem in der westlichen Welt zeigt sich jedoch seit dem 20. Jahrhundert eine neue Entwicklung des Umgangs mit dem Sterben.¹⁴⁷ Ariès spricht sogar davon, dass sich das Bild ins Gegenteil verkehrt habe. Er schreibt:

[...] die Gesellschaft hat den Tod ausgebürgert, ausgenommen den Tod großer Staatsmänner. Nichts zeigt in unseren modernen Städten mehr an, daß etwas passiert ist [...]¹⁴⁸.

Ariès zufolge verschwindet der Tod im Alltagsgeschehen der modernen Gesellschaft. Alles auf den Tod hinweisende wird versucht zu verbergen. Ob es sich um den unscheinbaren Leichenwagen handelt, der in früheren Zeiten ins Auge sprang, oder die Trauerkleidung, die heutzutage immer weniger ritualisiert wird. Vor allem in der Großstadt wird dem Tod eines Menschen keine besondere Aufmerksamkeit mehr geschenkt. Das Alltagsgeschehen wird weiter geführt, der Tod in den Hintergrund gedrängt.¹⁴⁹ Auch der Umgang mit Trauer hat sich gewandelt. Ab Mitte des 20. Jahrhunderts zeichnet sich ein neues Bild der Trauerbewältigung ab. Es schickt sich nicht, Emotionen offen zu zeigen; Tränen werden unterdrückt, geweint wird, wenn überhaupt, nur zu Hause, abseits der Öffentlichkeit. Der Versuch der Verdrängung der Trauer stellt ein weiteres Beispiel für die im Zitat erwähnte Ausbürgerung des Todes aus der Gesellschaft dar.¹⁵⁰

5.1.3 Institutionalisierung des Todes

Mit dem Entstehen von immer mehr Krankenhäusern kam es zu einer Auslagerung des Sterbens aus dem eigenen Heim. Durch die damit verbundenen medizintechnischen Möglichkeiten kann in den Sterbeprozess eingegriffen werden und ein natürliches Ausscheiden aus der Welt, wie es in der Vergangenheit möglich war, findet in dem Sinne nicht mehr statt.¹⁵¹ Neben den medizinischen Neuerungen gab es auch einen anderen

¹⁴⁶ Vgl. Hartmut Kreß: „Die Würde von Sterbenden achten.“ In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh 2004, S.34-44, hier S.36f.

¹⁴⁷ Vgl. Ariès: *Geschichte des Todes*, S.716.

¹⁴⁸ ebd., S.716.

¹⁴⁹ Vgl. ebd., S.716f.

¹⁵⁰ Vgl. ebd., S.741ff.

¹⁵¹ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.17.

Grund für das Auslagern des Sterbens aus den eigenen vier Wänden. Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurden Hygiene und Wohlbefinden im Leben der Menschen für immer wichtiger befunden. Sie schienen empfindlicher gegenüber dem Anblick kranker Menschen und den damit einhergehenden Umständen, wie Körpergeruch und Zeigen von Leid und Schmerz. Auch die Möglichkeit der Pflege durch Verwandte und Bekannte wurde immer geringer. Wo es früher üblich war, dass eine Gruppe von zur Verfügung stehenden, helfenden Betreuungspersonen im persönlichen Umkreis bei der Betreuung half, kam es immer mehr zur Verringerung der potentiellen HelferInnen. Dies hatte seine Ursache einerseits in der bereits erwähnten Wandlung der Auffassung von Hygiene und Komfort der Menschen andererseits in der zunehmenden Berufstätigkeit. Es fehlte immer mehr an helfenden Personen und zeitlichen Ressourcen. Durch medizinische Möglichkeiten kam es außerdem immer öfter zu chirurgischen Eingriffen, die einen Aufenthalt im Spital notwendig machten. Schleichend machte sich so eine neue Tradition breit, die den Sterbeprozess ins Krankenhauszimmer verlagerte.¹⁵² Es gibt auch Fälle, bei denen Angehörige nicht mehr dazu im Stande sind, Sorge zu tragen bzw. ihnen keine andere Möglichkeit offen bleibt, als das Einliefern in ein Krankenhaus. Der Prozess des Sterbens nimmt eine sofortige Wende mit dem Rufen des Rettungsdienstes bzw. der Aufnahme im Spital. Das Personal ist im Falle eines Notfalls zum Eingreifen verpflichtet und kann bei Verzicht auf lebensrettende Maßnahmen sogar rechtlich belangt werden. Durch den automatischen Eingriff in den Sterbeprozess wird ein natürliches Sterben verhindert. Nicht immer kann der Tod des/der PatientIn verhindert werden. Oftmals wird der/die Sterbende in solch einem Fall nicht mehr als menschliches Individuum mit seiner Ganzheit betrachtet, sondern als ein Körper, der wieder in Ordnung gebracht werden muss.¹⁵³

Ariès spricht von drei Phasen der geschichtlichen Veränderung des Todes. Die Erste setzt er Ende des 19. Jahrhunderts an, wo die Gewohnheit aufkam, Kranke unwissend über ihren tatsächlichen Zustand zu lassen. Die zweite Phase machte sich im aufkommenden 20. Jahrhundert breit und zwar mit dem Unterdrücken des Trauerprozesses verbunden. Die dritte Verständnisphase setzte Mitte des 20. Jahrhunderts mit dem Aufkommen der Medikation ein. Um den Schmerz und das Leid zu lindern, ergaben sich durch den

¹⁵² Vgl. Ariès: *Geschichte des Todes*, S.729f.

¹⁵³ Vgl. Wehkamp: *Lebensende – Zwischen Intensivstation und Hospizbewegung*, S.72.

Fortschritt der Medizin zahlreiche neue Möglichkeiten.¹⁵⁴ Es gilt alles zu unternehmen, um den Tod aufhalten zu können. Durch den Fokus auf den Körper des Menschen und das Ziel, die Organfunktionen aufrecht zu halten, kann es dazu kommen, dass nicht mehr die Person selbst als Individuum, sondern nur die fleischliche Hülle, die diese umgibt, betrachtet wird. Inwiefern man in solchen Fällen noch von der Wahrung der Würde von Menschen sprechen kann, wird im Kapitel 5.3 näher ausgeführt.¹⁵⁵

5.1.4 Der Sterbeort

Aus den bisherigen Ausführungen wird erkennbar, dass der Ort, an dem die Großzahl der Menschen in der modernen Gesellschaft verstirbt, das Krankenhaus ist. Besonders durch die medizintechnischen Möglichkeiten hob sich der Ort des Sterbens immer mehr aus dem eigenen Zuhause heraus. Oftmals können Methoden zur Schmerzlinderung nur im Spital angewandt werden.¹⁵⁶ Tatsache ist somit, dass der Großteil der Menschen heutzutage im Spital stirbt. Dennoch besteht bei vielen Sterbenden der Wunsch zu Hause ihre letzte Lebenszeit verbringen zu können. In Österreich sind es in etwa 30%, die den Tod in ihrem gewohnten Umfeld finden. Obwohl die Sterberate bei einem Aufenthalt des/der PatientIn bei sich daheim ansteigt, ist eine verbesserte Lage des/der Betroffenen insofern zu verzeichnen, dass sich die Symptome der vorherrschenden Krankheit zu verbessern scheinen.¹⁵⁷ Dies ruht mitunter auch daher, dass im Krankenhaus das Behandeln der PatientInnen und nicht die Betreuung während des Sterbeprozesses im Vordergrund steht. Der Fokus liegt auf dem Herbeiführen von Besserung und dem Erzielen von Heilung. Kaum ein Spital würde sich selbst durch eine gute Betreuungsleistung im Umgang mit sterbenden Menschen anpreisen wollen.¹⁵⁸

5.2 Aktualität des Themas

5.2.1. Der Tod in den Medien

Der Tod scheint eine ambivalente Stellung in der modernen Gesellschaft einzunehmen. Zwar werden der Sterbeprozess und das Sterben tabuisiert, trotzdem wird der Mensch täglich, auch wenn unbewusst, mit dem Thema Tod oder Töten konfrontiert. In den Nachrichten wird immer wieder über kriminelle Fälle oder Katastrophen berichtet, bei denen Menschen ums Leben kommen. Auch in Filmen tritt der Tod auf und bei

¹⁵⁴ Vgl. Ariès: *Geschichte des Todes*, S.747f.

¹⁵⁵ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.18.

¹⁵⁶ Vgl. Ariès: *Geschichte des Todes*, S.748.

¹⁵⁷ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.66.

¹⁵⁸ Vgl. Wehkamp: *Lebensende – Zwischen Intensivstation und Hospizbewegung*, S.73.

Kriminalserien vollzieht sich das Sterben oftmals in sehr unschöner Weise. Dennoch scheint es ein Tabuthema zu sein, über das in der Gesellschaft nicht gerne gesprochen wird. Durch das Auslagern des Sterbens aus dem häuslichen Umfeld wurde auch der Versuch einer Verdrängung der Thematik unternommen.¹⁵⁹ Der erschwerte Umgang mit dem Tod ruht besonders darin, dass er für Menschen gedanklich nur schwer zu erfassen ist. Anthropologisch gesehen hat die Menschheit eine Sonderstellung in Bezug auf die Todesthematik, da sie die einzige Spezies ist, die über ihr Schicksal als sterbliches Lebewesen Bescheid weiß. Dennoch bleibt es immer ein Vernehmen des Todes von anderen und nicht von sich selbst, egal ob man eine Todesnachricht von einer angehörigen Person erhält, eine Schlagzeile über das Ableben einer Berühmtheit liest oder im Fernsehen bzw. in der Realität das Ereignis eines Unfalls oder Mordes sieht. Der Tod wird zwar wahrgenommen, trotzdem gibt es keine Kenntnis über den eigenen, persönlichen Tod. Besonders in der fiktiven Welt der Filme wird erkennbar, dass ein Verlangen nach Unsterblichkeit vorherrscht. Dies zeigt sich in diversen Science-Fiction Filmen, in welchen Wesen erschaffen werden, die mit Hilfe von Technologien stärker, unverwundbarer und in manchen Fällen sogar unsterblich sind. Dies kann als menschliches Verlangen nach Unsterblichkeit bzw. als Möglichkeit für einen gedanklichen Zufluchtsort, an jenem man nicht mit der Angst vor der eigenen Sterblichkeit konfrontiert ist, gedeutet werden.¹⁶⁰

Laut einer schwedischen Studie ist besonders die kindliche Auffassung über den Tod stark von Filmen und Serien, die sich Kinder angesehen haben, geprägt. In der besagten Studie wurden Kinder im Alter zwischen sechs und zehn Jahren über ihre Auffassung von Todesursachen befragt. 40 Prozent gaben dabei an zu glauben, dass Menschen nur durch gewaltsames Einwirken von anderen sterben, also ermordet oder totgeschlagen werden.¹⁶¹ Diese Tatsache macht deutlich, wie groß der Bedarf nach einer genauen Thematisierung des Todes ist. Durch die Tabuisierung, aber im gleichen Zug die Präsenz des Themas in den Medien und dem Abendprogramm, entsteht ein ambivalentes Verhältnis und ein Spannungsfeld zwischen Realität und Fiktion. Dies würde einer Aufklärung in jungen Jahren bedürfen, aber auch einer weiteren Thematisierung, die alle Altersklassen bis hin ins hohe Alter anspricht.

¹⁵⁹ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.15.

¹⁶⁰ Vgl. Lacina: *Tod*, S.7ff.

¹⁶¹ Vgl. Heinrich Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe*. München 2015, S.14.

5.2.2 Das Thema Sterben in Gesellschaft und Ausbildung

Betrachtet man die aktuelle Lage, so ist erkennbar, dass einerseits die Menschen älter werden, andererseits die Anzahl an Geburten pro Kopf sinkt. Dies führt dazu, dass in Zukunft in der Gesellschaft das Thema Lebensende einen größeren Stellenwert einnehmen muss. Daraus ergeben sich jedoch auch Probleme, die das Pensionssystem, die Betreuung von alten Menschen und auch die Relevanz der Beschäftigung mit dem Thema Sterben betreffen.¹⁶²

Nicht nur im Bereich der Gesellschaft ist die Thematik um den Tod ein Problemfeld, das man so gut wie möglich meidet. Auch in der Ausbildung von ÄrztInnen ist das Sterben ein Themenfeld, das auf biologischer Ebene eindeutig besprochen wird. Jeder Arzt und jede Ärztin muss wissen, ab wann ein Mensch für tot erklärt werden kann. Trotzdem gibt es im Bereich der Vorbereitung auf den Tod und den Umgang damit besonders mit aufkommenden ethischen Fragestellungen ein großes Defizit. Die Sensibilisierung bezüglich des Umgangs mit jenen Grenzsituationen findet in der Ausbildung noch nicht in jenem Ausmaß statt, welches laut Autor wünschenswert wäre.¹⁶³

5.2.3 Die Euthanasiedebatte

Eine Debatte, die die Aktualität der Frage um das gute Sterben verdeutlicht, ist jene um die heiße Diskussion bezüglich der Legalisierung von Sterbehilfe. Ein Artikel der Zeitschrift *The Guardian*, der am 1.März 2017 erschienen ist, zeigt, wie die Meinungen bezüglich der Frage um eine Rechtmäßigkeit von aktiver Sterbehilfe, in der Gesellschaft auseinandergehen. In jenem Artikel werden Menschen in einer von der Joseph-Rowntree-Stiftung geförderten Studie bezüglich ihrer Meinung zur Euthanasiedebatte befragt. Hierbei kommt heraus, dass die Ansichten durchaus konträr sind. Dennoch gibt es einen Anhaltspunkt, der alle Befragten vereint: Es ist die Sorge um die adäquate Betreuung von sterbenden Menschen. Dem Artikel zufolge wird in der Gesellschaft die Meinung vertreten, dass die Versorgung der momentan konzipierten Palliative Care nicht dem entspricht, was wünschenswert wäre, da sich die Frage nach Sterbehilfe ansonsten auf diese Weise nicht stellen würde.¹⁶⁴

¹⁶² Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.159.

¹⁶³ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.23.

¹⁶⁴ Vgl. Peter Beresford: „The euthanasia debate is polarised, yet shared concerns unite all sides.“ In: *The Guardian* 1.März 2017, <https://www.theguardian.com/society/2017/mar/01/shared-concerns-unite-all-sides-of-euthanasia-debate-peter-beresford> (Zugriff 09.03.2017).

5.2.4 Menschen sind sterblich

Nun kann man den Tod zwar in gewisser Weise aus den eigenen vier Wänden verbannen und ihn in Krankenhäusern und Pflegeheimen werken lassen, doch ganz aus dem Weg gehen kann man ihm nicht. Tatsache ist: Wir sind vergängliche Wesen. Der Tod ist unaufhaltsam und trifft jeden; manche früher, manche später. Durch Initiativen wird zwar immer wieder versucht, das Thema zu enttabuisieren, doch das Sprechen darüber fällt nicht leicht. Die Aktualität der Thematik zeigt sich also darin, dass der Tod ein Teil des menschlichen Lebens ist, den es immer gegeben hat, gibt und geben wird. Lediglich die Art und Weise, wie man über das Sterben denkt und spricht, hat sich gewandelt und wird vermutlich auch in ferner Zukunft anders aussehen. Das liegt zu einem großen Teil daran, dass es im medizinischen Bereich immer mehr Verbesserungen gibt und mit ziemlicher Sicherheit auch zukünftig geben wird. Welche Veränderung und wie sich die medizintechnischen Möglichkeiten entwickelt haben, wird im nächsten Abschnitt verdeutlicht.

5.3 Wandel im Gesundheitsbereich durch medizintechnische Möglichkeiten

In diesem Abschnitt soll der Blick auf den Wandel, der sich durch Forschung und Innovation im medizinischen Bereich vollzogen hatte, gerichtet werden. Dabei wird eine Annäherung an damit verbundene ethische Fragestellungen erzielt, auf die in Kapitel 6 genauer eingegangen werden soll.

5.3.1 Die Multioptionsgesellschaft

Selbst beim Sterben schlägt die viel beschworene ‚Multioptionsgesellschaft‘ zu. In dem Bereich, der geradezu klassischerweise menschlicher Kontrolle entzogen zu sein schien und daher auch keine Entscheidungen erforderte, kann nun zwischen Optionen gewählt werden.¹⁶⁵

Sterben hob sich im Laufe der Zeit mehr und mehr aus dem religiösen Fundament heraus und wurde immer weiter in den Bereich der Medizin gedrängt. Durch vielerlei Forschungen und zahlreiche Neuerungen im medizintechnischen Bereich ergaben sich neue Möglichkeiten der Behandlung von kranken Menschen. Dieser Aspekt kann durchaus positiv angesehen werden, wenn es um den Erhalt des Lebens oder die Linderung von Symptomen geht. Trotzdem kamen mit den Neuerungen auch Herausforderungen auf, die das medizinische Personal zum Nachdenken über die Angemessenheit der Vorgehensweise anregen können bzw. sollten. Durch medizinische

¹⁶⁵ Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.25.

Technologien ist es heutzutage oft nicht klar ersichtlich, ob in einer bestimmten Situation wirklich alles erdenklich Mögliche unternommen wurde.¹⁶⁶ Damit untrennbar verbunden stellt sich auch die Frage, ob der Mensch überhaupt dafür bestimmt ist, auf diese Art und Weise in den Lauf des Lebens einzugreifen.

Durch diverse Innovationen im medizinischen Feld, die mitunter durch das aktive Eingreifen vom Fachpersonal über Leben oder Tod von PatientInnen bestimmen können, kamen zentrale ethische Fragestellungen bezüglich des Sterbens auf, die sich in dieser Form in der Vergangenheit nicht gestellt haben. Einst starben die Menschen, wenn ihre Zeit gekommen ist. Die Organe haben ihre Funktion eingestellt und das Leben schied aus dem Körper. Dabei konnte man nicht so in den Lauf des Lebens eingreifen, wie es in der heutigen Zeit der Fall ist. Diese Tatsache führt uns zum einleitenden Zitat und dem Leben in einer Multioptionsgesellschaft zurück. Tatsachen müssen nicht mehr einfach hingenommen werden. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die durch medizintechnische Neuerungen aufkamen und die Menschen erstmals zu Fragen drangen, die bisher in solch einer Form nicht denkbar waren.¹⁶⁷ Dies führt in weiterer Folge zur Auseinandersetzung mit einem Sonderbereich der Angewandten Ethik: der Medizinethik. Dabei geht es um wohl durchdachte Überlegungen, die Fragen des Gesundheitsbereichs aufgreifen. Ziel ist es, die Qualität der Versorgung in der Praxis so ausrichten zu können, dass sie im Wohle der Beteiligten gestaltet und im besten Fall sowohl vom ärztlichen bzw. Pflegepersonal, als auch von den Behandelten gebilligt oder sogar gewünscht werden kann.¹⁶⁸ (Eine genauere Beschreibung der Begriffe Angewandte Ethik und Medizinethik findet sich in Kapitel 6.3.2.) In der Gegenwart ergibt sich ein neues Bild an Optionen in der Medizin. Maschinen können lebenswichtige Funktionen des Körpers übernehmen, Organe können bei Bedarf und einem/r passenden SpenderIn ausgetauscht werden.¹⁶⁹ Lässt man diese Gedanken wirken, so erhält man den Eindruck, als würde über etwas künstlich Erschaffenes gesprochen werden und nicht über einen lebendigen Menschen, der aus Fleisch und Blut besteht. Fast wie bei einer Reparatur, ähnlich in einer Werkstatt und dem Austausch von Bestandteilen, wenn diese in die Jahre gekommen sind oder plötzlich aus unerfindlichem Grund ihre Funktion aufgegeben haben.

¹⁶⁶ Vgl. Slavomír Dluhoš: *Sterben im Leben und Leben im Sterben: existenzialethischer Zugang zum Sterbeprozess*. Wien 2011, S.37.

¹⁶⁷ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S. 22f.

¹⁶⁸ Vgl. Arnd T. May: *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige*. Münster: 2000, S.27f.

¹⁶⁹ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S. 22ff.

5.3.2 Den Tod bestimmen

Auch der Prozess des Sterbens nimmt durch den Gewinn von Erkenntnissen, Forschung und Entwicklung in der Welt der Medizin neue Züge an. Durch die Möglichkeit der Reanimation muss ein Mensch nicht automatisch, sobald sein Herz aufhört zu schlagen, für tot erklärt werden. In manchen Fällen gibt es die Möglichkeit, den Kreislauf wieder herzustellen. Wo der Tod früher akzeptiert wurde, muss heute zuerst geprüft werden, ob jener nicht eventuell rückgängig gemacht und der Mensch zurück ins Leben geholt werden kann. Auch das Versagen eines Organs ist kein Todesurteil mehr: Bei einem/r passenden SpenderIn besteht die Möglichkeit, das Organ ‚auszutauschen‘. Das künstliche Erhalten der Organe bei hirntoten Menschen, um den Erhalt für bedürftige EmpfängerInnen zu sichern, stellt einen Prozess dar, der in dieser Form in der Vergangenheit wohl nie denkbar gewesen war. Das Leben des Menschen erscheint beendet, das Individuum scheint verstorben zu sein, doch der Körper behält seine Form und Funktion bei, solange jener für medizinische Zwecke einen Gebrauchswert hat. In solchen Situationen erscheinen der Sterbevorgang und der tatsächliche Tod als unabhängige Angelegenheiten, die nicht zwingend aufeinander folgen müssen.¹⁷⁰ Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Frage, ob der irreversible Ausfall des Gehirns den tatsächlichen Tod eines Menschen kennzeichnet. Aus medizinisch-biologischer Sichtweise wird der Hirnausfall als Kriterium für die Zuschreibung des Todes herangezogen. Durch den Verlust sei der/die Betroffene nicht mehr als Lebewesen zu bezeichnen. Trotzdem zeigen Hirntote Reaktionen auf äußere Reize. Aus philosophischer Sichtweise erweist sich diese Zuschreibung des Todes daher als fragwürdig. Wenn der Hirntod als menschliches Todeskriterium herangezogen wird, erfordert dies eine Bestimmung des Wesens des Menschen. Das wiederum knüpft an anthropologische Fragestellungen bezüglich des Menschenbildes an.¹⁷¹

In Bezug auf die Hirntod Problematik ergeben sich auch weitere Fragen, die dem Bereich der Ethik zuzuordnen sind. Einerseits eröffnet sich die Frage, ob es dem Menschen gegenüber angemessen erscheint, seinem Körper ohne seine Genehmigung Organe zu entnehmen. Andererseits ergeben sich neue Fragen, wenn es um die Verteilung geht. Wer und mit welcher Begründung erhält das Organ?

¹⁷⁰ Vgl. Wehkamp: *Lebensende – Zwischen Intensivstation und Hospizbewegung*, S.69f.

¹⁷¹ Vgl. Erik Rosenboom: *Ist der irreversible Hirnausfall der Tod des Menschen?* Frankfurt am Main [u.a] 2000, S.35ff.

5.3.3 Zwischen Autonomie und Fremdbestimmung

Der Wandel, der sich im medizinischen Bereich vollzogen hat, ist auch untrennbar mit aufkommenden Fragen verbunden, welche die Wahrung menschlicher Würde betreffen. Hartmut Kreß, der in seinem Aufsatz die Achtung der Würde sterbender Menschen behandelt, stellt die Wahrung der Menschenwürde in Zeiten der Medikation wie folgt in Frage:

[...] eine medizinisch-technisch bewirkte Lebensverlängerung kann zur Fremdbestimmung werden, in bloße Leidensverlängerungen umschlagen und daher die heteronome Entwürdigung von Sterbenden bedeuten.¹⁷²

Kreß kann so verstanden werden, dass durch den Einsatz medizintechnischer Möglichkeiten zur Lebenserhaltung eines Menschen, jedem zwar einerseits das Angebot gemacht wird, länger am Leben zu bleiben, derselbe Mensch jedoch die damit verbundenen Konsequenzen in Kauf nehmen muss. Eine der Konsequenzen ist jene, dass der Erhalt des Lebens auch das Bestehen körperlicher und seelischer Schmerzen beinhalten kann. Der Sterbeprozess vollzieht sich nicht mehr natürlich, wie dies in früheren Zeiten der Fall war. Der Prozess des Sterbens ist geprägt vom Eingriff Fremder, was zum Einbüßen der Selbstbestimmung führen kann. Die heteronome Entwürdigung, von welcher Kreß in seinem Aufsatz spricht, kommt dadurch zustande, dass der/die Sterbende nicht mehr selbst über sein/ihr Leben bestimmen kann, sondern der Erhalt des Lebens von anderen Personen bzw. Maschinen abhängt. Der/die Betroffene gelangt somit in einen Zustand der Abhängigkeit. Diese Komponenten können mitunter dazu führen, dass von der Wahrung der Würde des Menschen nicht mehr viel übrig bleibt.

Es ergibt sich somit ein neues Bild des Todes. Wo er früher zugeschlagen hat, ohne, dass Menschen darauf Einfluss nehmen konnten, eröffneten sich durch moderne Entwicklungen Möglichkeiten, die es überhaupt erst möglich gemacht haben, neu über das Thema Sterben nachzudenken. Damit tauchen auch immer mehr ethische Fragestellungen auf, die sich in Bezug auf den Sterbeprozess und den Umgang mit Sterbenden stellen.¹⁷³ Wie in den Ausführungen von Kreß deutlich wird, kann die Medikation als Vorgang, der einen Prozess auslöst, angesehen werden, der durch die künstliche Lebensverlängerung zu einer Fremdbestimmung des Individuums führt. Damit

¹⁷² Kreß: *Die Würde von Sterbenden achten*, S.36.

¹⁷³ Vgl. Matthias Mettner: „Zur Einführung – Wie menschenwürdig sterben?“ In: Ders.(Hg.): *Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung*. Zürich: 2000, S. 7-16, hier S.9.

einhergehend ist ein Verlust der Autonomie und Würde. Andererseits könnte man die medizintechnischen Möglichkeiten auch als Fortschritt und - im Gegensatz zu dem Beschriebenen - als Stärkung der eigenen Autonomie betrachten. Der Mensch hat (zumindest zu einem Teil) die Möglichkeit über weitere Eingriffe oder Behandlungen selber zu entscheiden. Der Fortschritt der Medizin scheint vorerst positiv zu betrachten zu sein. Einem Menschen steht beispielsweise die Option offen, ein neues Organ zu erhalten, wenn ein/e passende/r SpenderIn gefunden wird. Die Lebenszeit kann im Optimalfall verlängert werden.¹⁷⁴ Es gibt durchaus positive Aspekte der Medizin, die gute Resultate schaffen. Trotzdem darf nicht jeder medizinische oder pflegerische Eingriff unhinterfragt für gut geheißen werden. Besonders wenn es um das Ende des Lebens geht, ergeben sich oftmals widersprüchliche Gegebenheiten, die der Wahrung der menschlichen Würde, im Sinne Kreß entgegenstehen. Man fragt sich in diesem Zusammenhang, inwieweit die Medikation als Segen gesehen werden kann und ab wann sie zum Fluch wird.

¹⁷⁴ Vgl. Mettner: *Zur Einführung – Wie menschenwürdig sterben?*, S.9.

6. Sinnfrage und ethische Aspekte

Nach den bisherigen Ausführungen lässt sich bereits erkennen, dass der Prozess des Sterbens ein sehr aufwühlender Vorgang ist, der an niemanden spurlos vorbei geht. Bei der Beschäftigung mit dem Tod kommen zahlreiche Fragen auf, die vermutlich nie zur Gänze beantwortet bzw. auch nicht in eine Kategorie von richtig oder falsch eingeordnet werden können.

6.1 Philosophieren über den Tod

Die mit dem Sterben einhergehenden Konfliktsituationen, die auftreten, können sowohl im Menschen selbst als auch bei den betroffenen Behandelnden bzw. Angehörigen zu Kopfzerbrechen führen. Demzufolge lassen sich die Fragestellungen in zwei Bereiche einteilen, wobei der erste Teil die Frage nach dem Sinn aufgreift und der zweite Teil an ethische Probleme anknüpft. Es geht somit um den Konflikt, der vor allem im kranken Menschen aufkommt bzw. auch bei Angehörigen, die emotional stark involviert sind. Dieser Konflikt ist an das Nachdenken über das eigene Leben gebunden. Es geht um die Frage nach der eigenen Bestimmung und somit um die Frage nach dem Sinn hinter der derzeitigen Lebenslage. Warum gerade ich/er/sie? Welchen Sinn hat das Leid? Gibt es überhaupt einen Sinn hinter dem Ganzen? Auf der anderen Seite finden sich die kritischen Fragen, welche bei der Behandlung und im Umgang mit Sterbenden aufkommen. Was soll ich tun? Wie handle ich am besten? Was unterlasse ich lieber? Auf diese, mit dem Sterben verknüpften Fragestellungen soll im folgenden Teil eingegangen werden.

6.2 Die Frage nach dem Sinn

Wir sind es gewohnt, unserem Handeln Sinn zu verleihen. Wir sprechen und handeln aus einer bestimmten Intention heraus. Was wir dabei von uns geben, wie wir unsere Tätigkeiten ausführen und aus welchem Grund wir uns für diese oder jene Handlung entscheiden, ist für andere Personen nicht immer nachvollziehbar. Es scheint, als würde es der Menschheit leichter fallen eine Tätigkeit auszuführen, wenn deren Sinnhaftigkeit erfasst werden kann. Es gibt jedoch auch Situationen im Leben, bei denen solch eine Sinnhaftigkeit gänzlich zu fehlen scheint. Dazu könnte beispielsweise die Vorstellung zählen, dass bei einer jungen, verheirateten, glücklichen und erfolgreichen Frau, die gerade ihr zweites Kind geboren hat, Krebs im Endstadium festgestellt wird. Es mag sein,

dass jene Frau in ihrem Leben stets pflichtbewusst gehandelt hat, anderen zuvorkommend und hilfsbereit gegenübergetreten ist und große Pläne für die Zukunft hatte. Selbstverständlich wird in solch einer Situation die Frage aufkommen: „Warum gerade ich?“ Warum trifft es die eigene Person und nicht jemanden, der vielleicht schon lange gelebt hat, seine Wünsche und Träume verwirklichen konnte und ohnehin eine Phase des Lebens erreicht hat, an der man sich eventuell unter gewissen Umständen besser mit solch einer Diagnose abfinden könnte. Ein Augenblick kann das Leben eines Menschen drastisch verändern. Die Frage nach dem Sinn des Lebens und die damit verbundenen Fragen nach der eigenen Berufung, der Aufgabe auf dieser Welt und den eigenen Zielen, wandeln sich schlagartig in die Frage nach dem Sinn des Sterbens. Gibt es überhaupt einen Sinn? (Anmerkung der Autorin: Bei der hier beschriebenen Situation einer krebserkrankten, jungen Frau, handelt es sich um ein fiktives Beispiel, welches jedoch so oder in ähnlicher Form immer wieder auch in der Realität vorzufinden ist.)

Die Frage nach dem Sinn des Lebens ist die Grundfrage, die überhaupt erst zum Aufkommen von ethischen Überlegungen führt. Denn erst durch die Sinngebung wird man zu einer bestimmten Intention gelangen, die Ausführung einer Handlung in Erwägung ziehen, oder eine Handlungsweise ausschließen. Als vergängliches Lebewesen stellt man sich die Frage, ob es sich lohnt zu leben, ob es den Schmerz und das Leid, welches das Leben mit sich bringt, wert sei. Aus dieser Überlegung heraus ergeben sich zwei Sichtweisen. Das Glas kann entweder als halb voll oder halb leer betrachtet werden. Aus einer optimistischen Perspektive heraus, wie sie Gottfried Wilhelm Leibniz vertritt, kann man die Welt als etwas Schönes und Wunderbares erkennen. Leibniz ist der Auffassung, dass die Welt vollkommen sein müsse, da sie von einem vollkommenen Gott erschaffen wurde. Eine gegenteilige Position wird von Arthur Schopenhauer vertreten, der die Welt aus einer pessimistischen Perspektive betrachtet. Ihm zufolge ist die Welt in solchem Maß schlecht, dass sie bei einer weiteren Abstufung sogar nicht mehr existieren könnte. Für welche Perspektive man sich als Mensch im eigenen Leben entscheidet, hängt von der persönlichen Wertung ab.¹⁷⁵

Albert Camus beschreibt das Absurde im Leben, welches ihm zufolge darin besteht, dass das Ende des Lebens dem Menschen große Angst bereitet, er jedoch seinen Alltag trotz der Tatsache der eigenen Endlichkeit gestalten muss. Søren Kierkegaard schreibt davon,

¹⁷⁵ Vgl. Robert Reininger [u.a]: *Einführung in das philosophische Denken*. Wien 1988, S.110ff.

dass die Gegenwart erst dann richtig wertgeschätzt wird, wenn man dem Tod ins Auge blicken muss und Michel de Montaigne weist darauf hin, dass den Menschen nichts mehr im Leben erschüttern kann, wenn er erstmals gelernt hat, sich mit dem Tod zu beschäftigen und ihn nicht mehr zu fürchten.¹⁷⁶

Einen Sinn im Leid zu finden - eine Rechtfertigung für Qual und Schmerzen - scheint fast unmöglich zu sein. Bernard Jakoby schreibt in seinem Werk *Geheimnis Sterben*, dass jeder Krise im Leben eines Menschen ein Sinn gegeben werden kann. Er betont jedoch, dass es oberste Priorität hat, dass dieser Sinn durch den kranken Menschen selbst erkannt wird und nicht durch eine nahestehende oder trostpendende Person.¹⁷⁷

6.2.1 Warum müssen wir sterben?

Die Sinnfrage kann nicht nur auf die Frage nach dem Grund für eine Erkrankung oder die Frage danach, warum wir uns auf dieser Welt befinden und was unsere Aufgabe im Leben ist, beschränkt werden. Man kann auch die Frage nach dem Sinn des Sterbens im Allgemeinen stellen.

Wenn man dieser Frage auf biologisch, rationaler Ebene begegnet, so erweist sich der Tod als notwendige, regulative Gewalt, die für den Erhalt der Population unabdingbar ist. Generationen sind geprägt von einem andauernden Entstehen und Vergehen, Nachkommen werden gezeugt und das Leben der älteren Generation geht zu Ende. Dass der Tod nicht immer mit dem Alter zusammenhängt und es auch Personen der jüngeren Generation treffen kann, wurde bereits angemerkt. Menschen brauchen Raum zum Leben sowie genügend Ressourcen um ihre körperlichen Bedürfnisse befriedigen zu können. Bei einem Mangel kommt es zum Konkurrenzdenken. Im naturgemäßen Lauf des Lebens ergibt sich durch das Ableben der Älteren neuer Raum für Nachkommen. Nur durch diesen ständigen Wechsel von Leben und Tod ist der Erhalt der Menschheit gewährleistet.¹⁷⁸

Besonders die Religionen versuchen durch verschiedene Herangehensweisen dem Tod eine sinnhafte Bedeutung beizumessen. Durch die Vorstellung einer Seele, die auch über den Tod hinaus weiter existieren kann, eröffnen sich neue Perspektiven. Die Lösung scheint darin zu bestehen, daran zu glauben, dass es nach dem Ableben eine weitere Form

¹⁷⁶ Vgl. Trachsel [u.a]: *Lebensende, Sterben und Tod*, S.35f.

¹⁷⁷ Vgl. Jakoby: *Geheimnis Sterben*, S.74f.

¹⁷⁸ Vgl. Zwierlein: *Alle Menschen müssen sterben*, S.9.

des Lebens in einer anderen, guten Welt gibt. Alles macht Sinn, weil Gott es so will. In der Hoffnung auf Gerechtigkeit und auf einen Ausgleich für das widerfahrene Leid, gibt es Halt und Sicherheit für Menschen. Ist jemand Ungläubig, so fehlt diese Art von Möglichkeit, einen Sinn im eigenen Leid und Tod zu erkennen.¹⁷⁹

6.3 Ethische Fragestellungen

6.3.1 Womit beschäftigt sich die Ethik?

Bereits vor langer Zeit gab es Konfliktsituationen im Leben der Menschen, die dem Bereich der Ethik zuzuordnen sind - auch, wenn es diese Disziplin zur damaligen Zeit noch nicht gab. Vieles deutet darauf hin, dass bereits bei zahlreichen Kulturvölkern die Frage nach der Begründung von Normen aufkam. Zu allen Zeiten und überall kamen Probleme im Zusammenleben auf. Man denke beispielsweise an die Denkmäler der alten Ägypter oder den Gilgamesch-Epos aus der Zeit der Babylonier. Die Wurzeln reichen weit zurück, auch wenn ein reflektiertes Denken im Sinne einer philosophischen Ethik damals noch nicht vorausgesetzt wurde. Die eigentliche Begründung der Ethik geht auf Aristoteles zurück.¹⁸⁰ Aristoteles teilte die Philosophie in zwei Bereiche, einen theoretischen und einen praktischen. Während sich die theoretische Philosophie auf das Erkennen von Seiendem spezialisiert, geht es in der praktischen um eine Theorie der menschlichen Handlungen und um Werte. Werte sollen hierbei jedoch nicht erschaffen oder definiert, sondern geprüft werden. Aus der Beschäftigung mit Werten resultiert der Name Wertphilosophie, wie die praktische Philosophie auch genannt wird.¹⁸¹ „*Werte sind Qualitäten, die unser Begehren, unser Lieben erwecken.*“¹⁸² Beispielsweise wird etwas von jemandem als schön oder wertvoll bezeichnet. Nicht alle Werte fallen in den Bereich des Guten und Schönen. Es gibt auch Werte, die negativ angesehen oder als Unwerte bezeichnet werden. Man spricht Werten keine Faktizität, sondern eine Geltung zu. Trifft man eine Entscheidung über die Qualität eines Werts, so kommt es zu einer Wertung. In der Philosophie, in der Werte eine wichtige Rolle spielen, eröffnen sich verschiedene Bereiche. Neben der ästhetischen, religiösen oder der gesellschaftlichen Philosophie gibt es auch weitere Disziplinen, die an eine Philosophie der Werte anknüpfen. Auf einen dieser Bereiche, die Ethik, wird im folgenden Text genauer eingegangen.¹⁸³

¹⁷⁹ Vgl. Alois Reutterer: *Philosophie*. Wien 1977, S.317.

¹⁸⁰ Vgl. Reutterer: *Philosophie*, S.287.

¹⁸¹ Vgl. Reininger: *Einführung in das philosophische Denken*, S.99.

¹⁸² Ebd., S.100. [Hervorhebung laut Text]

¹⁸³ Vgl. Reininger: *Einführung in das philosophische Denken*, S.100.

Annemarie Pieper definiert den Aufgabenbereich der Ethik mit folgenden Worten:

Die *Ethik* als eine Disziplin der Philosophie versteht sich als *Wissenschaft vom moralischen Handeln*. Sie unterscheidet die menschliche Praxis im Hinblick auf die Bedingungen ihrer Moralität und versucht, den Begriff der Moralität als sinnvoll auszuweisen.¹⁸⁴

Das Moralische lässt sich in diesem Zusammenhang als etwas Sittliches, Gebotenes verstehen. Das Sittliche ist als allgemeine Vorstellung von gebotenen Handlungen, welche auf dem Konsens der Menschen einer Gemeinschaft beruhen, zu verstehen.¹⁸⁵ Der Unterschied zum Gesetz zeigt sich darin, dass es sich bei moralischen Normen um eine Vereinbarung unter Menschen handelt, die den wünschenswerten Umgang miteinander betreffen, wohingegen es sich beim Recht um Gesetze handelt, die eingehalten werden müssen. Auf rechtlicher Basis wird entschieden, was strafbar und somit zu unterlassen ist. Bei einem Verstoß hat man mit Sanktionen zu rechnen. Die Konsequenzen richten sich nach der Gesetzeslage.¹⁸⁶ Sittliche Vereinbarungen, im Sinne von Konventionen müssen eingehalten werden. Menschen können jedoch nicht dazu gezwungen werden, moralische Richtlinien zu befolgen. Auch hier können Konsequenzen eintreten, wenn man gegen eine Konvention verstößt. Wenn man den/die ChefIn nicht grüßt, oder verweigert, ihm/ihr bei der Begrüßung die Hand zu schütteln, kann man eventuell einen abwertenden Blick ernten oder eine böse Nachrede erwarten. Doch für solch einen Verstoß einer Konvention kann man rechtlich nicht belangt werden. Die Konsequenzen vollziehen sich daher auf einer anderen, persönlichen oder zwischenmenschlichen Ebene. Je nachdem, gegen welche Art von Konvention man verstößt, kann man mit unterschiedlichen sozialen Unannehmlichkeiten rechnen.

Pieper weist gleich eingangs darauf hin, dass Ethik nicht etwas sei, das nur von PhilosophInnen betrieben würde, sondern von allen Menschen - auch in kleinerem und größerem Ausmaß in Situationen, die der Alltag mit sich bringt. Ethische Fragestellungen entstehen immer aus einer bestimmten Lage heraus. Meist gehen sie mit Konfliktsituationen oder bestimmten Überzeugungen einher.¹⁸⁷ Reininger und Nawratil definieren in ihrem Einführungswerk in die Philosophie Ethik als „[...] *die Prinzipienwissenschaft der moralischen Werte*, also der Beurteilung menschlichen

¹⁸⁴ Pieper: *Einführung in die Ethik*, S.17. [Hervorhebung laut Text]

¹⁸⁵ Vgl. ebd., S.26.

¹⁸⁶ Vgl. Reutterer: *Philosophie*, S.286.

¹⁸⁷ Vgl. Pieper: *Einführung in die Ethik*, S.17.

Wollens und Handelns.“¹⁸⁸ Eine Wissenschaft, im Sinne einer Wertphilosophie, mit Fokus auf Werten aus dem Bereich der Ethik und somit untrennbar verbunden mit der Frage nach Gut und Böse. Die Analyse der Bedeutung der Werte dient als Leitfaden für das Treffen der Entscheidungen im Leben. Dies geschieht ebenso im Sinne einer Weisheit, die dem eigenen Wollen und Tun imponieren soll.¹⁸⁹ Auch in der Definition Piepers findet sich der Begriff *Handeln*. Damit verbunden ist die Tatsache, dass es sich bei ethischen Fragestellungen nicht immer nur um theoretische Überlegungen handelt, sondern dass das Durchdachte auch zu tatsächlichem Tun führen kann/soll/wird. Die Möglichkeit moralisch zu handeln ist immer auch an die Freiheit des/der HandlungsträgerIn gebunden. Demzufolge ergeben sich zwei Sichtweisen. Einerseits entsteht durch diese gegebene Freiheit überhaupt erst die Möglichkeit des Setzens einer Handlung, dem Folgen des eigenen Willens, dem Tätig werden im Sinne der eigenen, wohl überlegten Entscheidung. Andererseits ist mit der Freiheit auch das Bewusstsein an ihre Grenzen verbunden. Nicht jede erwünschte Handlung ist auch tatsächlich durchführbar; nicht jedes Ziel kann wie geplant erreicht werden.¹⁹⁰

Generell unterscheidet man zwei Arten der theoretischen Ethik. Erstens gibt es die deskriptive Ethik, die den Ursprung der vorherrschenden ethischen Vorstellungen analysiert. Dazu gehören beispielsweise das Ansehen der Wertvorstellungen in verschiedenen Kulturen, Zeiten oder Religionen oder die Auseinandersetzung mit den psychologischen Voraussetzungen in der wertenden Person selbst. Zweitens gibt es die normative Ethik als Festschreibung, wie etwas sein soll; als ein Akt der Setzung von Werten der Moral.¹⁹¹

6.3.2 Angewandte Ethik - Medizinethik

Im Bereich der Ethik, die sich zwar ihrerseits als praktische Philosophie versteht, gibt es ein Teilgebiet, welches sich durch seine Bezeichnung explizit als praktische Disziplin definiert: die Angewandte Ethik.¹⁹² Bei ihr wird zwischen den Anwendungsbereichen unterschieden. Je nach Anwendungsbereich ergeben sich Disziplinen wie Naturethik, Wissenschaftsethik, Medienethik und andere. Ein weiterer Bereich der Angewandten Ethik ist die Medizinethik, die im Kontext dieser Arbeit als das relevanteste

¹⁸⁸ Reininger: *Einführung in das philosophische Denken*, S.100f. [Hervorhebung laut Text]

¹⁸⁹ Vgl. Reininger: *Einführung in das philosophische Denken*, S.101.

¹⁹⁰ Vgl. Pieper: *Einführung in die Ethik*, S.20.

¹⁹¹ Vgl. Reininger: *Einführung in das philosophische Denken*, S.101f.

¹⁹² Vgl. Dagmar Fenner: *Einführung in die Angewandte Ethik*. Tübingen: Francke 2010, S.8f.

Themengebiet hervortritt.¹⁹³ In einem Einführungswerk in die Angewandte Ethik wird Medizinethik als „Bereichsethik, die sich mit ethischen Problemen beim Umgang mit medizinischen Möglichkeiten im Gesundheitswesen befasst“¹⁹⁴ verstanden. Jene Disziplin kam gleichzeitig mit der Medizin auf. Die anzustrebenden Ideale der MedizinerInnen fanden ihren Anfang im Hippokratischen Eid. Auch wenn man kein gesichertes Wissen über den tatsächlichen Schwur aller Ärzte in der Antike hat, so ist der Eid ein wichtiges Gut, dem auch noch in der heutigen Zeit Bedeutung zugemessen wird. Die aufkommenden Fragestellungen haben sich im Laufe der Zeit verändert. Ethische Konflikte, die in der Antike aufgrund der nicht vorhandenen technischen Möglichkeiten überhaupt nicht denkbar gewesen wären, gehören im 21. Jahrhundert zum Alltag vieler ÄrztInnen oder Angehöriger. Durch Technologie unterschiedlichster Art wurde es möglich, auf unterschiedlichsten Gebieten zu forschen. Auch Themen wie Abtreibung, Organtransplantation oder Sterbehilfe werden in einem anderen Licht gesehen.¹⁹⁵ Der Umfang der Themenfelder der medizinischen Ethik ist weitreichend. Das Eingehen auf die verschiedenen Fragestellungen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Für das Beantworten der Frage bezüglich des Gelingens guten Sterbens sind daher jene Problembereiche der Medizinethik relevant, die im Zusammenhang mit dem Ableben von PatientInnen stehen.

Durch die Hospizbewegung kam das Thema Sterben fast überall auf der Welt ins Gespräch. Man betrachtete, wie bereits beschrieben, vieles aus einem anderen Blickwinkel. Die neue Sicht des Umgangs mit Sterbenden und die Fortschritte im medizinischen Bereich haben jedoch auch dazu geführt, dass es zum Aufkommen von zahlreichen ethischen Fragestellungen bezüglich des Sterbens kam. Das Menschenbild der Hospizbewegung stellt einen autonomen, ganzheitlichen Menschen vor, der ein Recht auf ein Sterben in Würde, im Kreise seiner Geliebten hat. Doch diese unantastbare Würde und den starken Willen des/der PatientIn tatsächlich in allen Fällen gewährleisten zu können, ist nicht immer so einfach, wie es möglicherweise auf den ersten Blick erscheint. Oftmals stimmt die Intention von Angehörigen oder dem medizinischen Personal nicht mit jener des/der Sterbenden überein. Das führt dazu, dass ein Hinterfragen bezüglich der Angemessenheit von Behandlungen oder pflegerischen Taten aufkommt.¹⁹⁶ Wie viel und

¹⁹³ Vgl. Fenner: *Einführung in die Angewandte Ethik*, S.11.

¹⁹⁴ Ebd., S.52.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S.51ff.

¹⁹⁶ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.50f.

was behandeln? Welche Art von Pflege kann dem/der PatientIn zugemutet werden bzw. muss jede Art von Pflege auch in der letzten Phase unbedingt noch verrichtet werden oder sind vielleicht andere Dinge in bestimmten Stadien wichtiger? Sollte man dem/der PatientIn alle Informationen mitteilen, ihr/ihm alle Hoffnung durch die Wahrheit nehmen oder gibt es Situationen, in denen es angemessen wäre, zu schweigen? Das sind nur mögliche Beispiele für Fragen, die sich im Zusammenhang mit dem Umgang sterbender Menschen stellen.

6.3.3 Was soll ich tun?

Immanuel Kant formulierte vier Fragen. Eine dieser, die Frage: „Was soll ich tun?“, soll im folgenden Abschnitt als Leitfrage dienen. Jene, von Immanuel Kant geprägte Frage, was man tun solle, umfasst eine breite Spannweite. Der Bereich der Medizin bietet viele Möglichkeiten, die jedoch nicht immer und nicht bei jedem/r PatientIn angemessen erscheinen. Besonders, wenn es um die Frage um die Betreuung sterbender Menschen geht und den Umgang mit jenen Individuen und ihren Schmerzen, ihrem Leid, ihren Qualen und dem, was noch von ihrer Lebensqualität übrig geblieben ist. Fragen, die sich in jenem Zusammenhang einer involvierten Person stellen können, könnten wie folgt lauten: Wie stehe ich zum Thema Sterbehilfe? Wer gibt Regeln vor, welche Handlungen auszuführen sind und was unterlassen werden muss? Kann die Verlängerung des Lebens ab einem bestimmten Zeitpunkt dem Wunsch auf Wahrung menschlicher Würde entgegenstehen? Wenn dem so ist, wer bestimmt die Grenzen? Wie viel Autonomie darf man dem/der Sterbenden zugestehen? Wann kann ein/e PatientIn nicht mehr selbstständig entscheiden? Dürfen wir Menschen überhaupt über Leben und Tod entscheiden?¹⁹⁷ In der Reflexion bezüglich des Umgangs mit sterbenden Menschen und Fragen am Ende des Lebens ergeben sich noch zahlreiche weitere Fragezeichen. All jene münden jedoch in die Ausgangsfrage dieser Arbeit, nämlich die Frage danach, wie gutes Sterben gelingen kann. Durch die zahlreichen ethischen Fragestellungen, die sich um die Thematik des Sterbens ergeben, kann an dieser Stelle keine Aufarbeitung all jener stattfinden. Im folgenden Text soll daher der Fokus auf den Umgang mit Schmerz und die Frage in der Debatte um die Sterbehilfe gelegt werden.

Geht es um die Frage, was man tun solle, wenn man einem Menschen gegenüber tritt, der von qualvollen Schmerzen geprägt ist, so wird die Intuition einen dazu leiten, einen Versuch zu starten, jenen Menschen von seinem Schmerz zu befreien oder zumindest sein

¹⁹⁷ Vgl. Mettner: *Zur Einführung – Wie menschenwürdig sterben?*, S.10.

Leid zu verringern. Paul Timmermann schreibt in seinem Aufsatz von drei zentralen Punkten, mit denen man sich beschäftigen muss, wenn man den ethischen Aspekt der Schmerzbekämpfung betrachtet. Erstens muss der Blick geweitet und nicht nur rein rational messbare Wirkungen betrachtet werden. Sowohl bei der Diagnostik, als auch beim Setzen therapeutischer Maßnahmen, müssen alle Faktoren betrachtet werden, die zur Entstehung des Schmerzes beitragen. Zweitens ist es Ziel, eine möglichst große Wirkung zu erzielen. Leitgedanke dahinter ist laut Timmermann jener: „[...]so wirkungsvoll wie möglich, so invasiv wie nötig[...]“.¹⁹⁸ Im Sinne einer sinnvollen Gestaltung des Lebens muss bei der Therapie ein wohl überlegtes Urteil gefällt werden, welches im Konflikt zwischen der Möglichkeit der Medizin und der Notwendigkeit der Ausführung stehen kann. An Fragen der ethischen Vertretbarkeit gelangt man beispielsweise dann, wenn die Schmerzbehandlung so weit eingreift, dass das Bewusstsein verloren geht. Von einer sinnvollen Lebensgestaltung ist nicht mehr die Rede, daher ist dieses Vorgehen zu unterlassen. Der dritte Punkt, den Timmermann anführt, ist jener des Zwiespalts zwischen Verminderung von Leid und Erhalt des Lebens. In bestimmten Fällen kann es dazu kommen, dass Schmerztherapien zwar das Leid der Betroffenen vermindern, doch gleichzeitig auch die Zeit des verbleibenden Lebens verkürzen. Dieser Punkt greift ein umstrittenes Thema auf, und zwar den Begriff der indirekten Sterbehilfe. Auch wenn es hierbei nicht um das bewusste Herbeiführen der Verkürzung der Lebensspanne geht, kann dies durch die gesetzten Maßnahmen resultieren.¹⁹⁹ Wer entscheidet nun aber, welche Maßnahmen ergriffen werden sollen? Liegt die Entscheidung allein in der Hand des/r behandelnden Arztes/Ärztin oder darf der/die PatientIn selbst bestimmen, wie und mit welchen Konsequenzen behandelt wird?

6.4 Selbstbestimmtes Sterben

Der Ausdruck *selbstbestimmtes Sterben* birgt einen Widerspruch in sich. Der Mensch ist prinzipiell nicht dafür bestimmt, über seinen eigenen Tod zu entscheiden. Vor allem in tragischen Fällen, bei Naturkatastrophen, diversen Unfällen oder im Falle von Mord, erhält man den Eindruck, zur falschen Zeit am falschen Ort gewesen zu sein. Auch im Falle einer unheilbaren Krankheit scheint man dem Schicksal ausgeliefert zu sein und keine Kontrolle über die Situation erlangen zu können. Es gibt somit einerseits tragische Fälle, bei denen Menschen unvorhergesehen aus dem Leben scheiden und über das Ende

¹⁹⁸ Timmermann: *Der Schmerz und die Ethik der Sterbebegleitung*, S.25.

¹⁹⁹ Vgl. ebd., S. 25f.

ihres Lebens nicht nachdenken können. Es kann jedoch auch vorkommen, dass man eine Diagnose erhält, dass man sterben wird, aber trotzdem eine gewisse Zeitspanne vor sich hat, bis das Leben zu Ende geht. In jenem Fall scheint die Kontrolle über das eigene Leben bzw. den eigenen Tod gegeben zu sein, wenn man davon ausgeht, dass die Betroffenen die Möglichkeit hätten, ihr Leben frühzeitig zu beenden. Selbstmord ist nämlich die radikalste Form der eigenen Bestimmung über Leben und Tod. Weiters gibt es aber auch andere Möglichkeiten, um das Gefühl der eigenen Verantwortung bzw. dem eigenen Bestimmungsrecht erlangen zu können. Dass diese Thematik um die Frage nach einem selbstbestimmten Sterben nicht nur die sterbende Person betrifft, sondern bei einem großen Teil der Fälle auch weitere Personen miteinbezieht, soll im folgenden Abschnitt am Beispiel der Sterbehilfe gezeigt werden. Hierbei soll zunächst eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Arten von Sterbehilfe stattfinden, damit im Weiteren auf die damit verbundenen, aufkommenden, moralischen Konfliktsituationen eingegangen werden kann.

6.5 Sterbehilfe

6.5.1 Der Begriff ‚Euthanasie‘

[...] ursprünglich meinte Euthanasie etymologisch ‚gut sterben‘, den ‚schönen‘, schnellen, leichten, schmerzlosen, bisweilen auch ehrenvollen Tod des Kriegers im Kampf.²⁰⁰

In der Zeit der Antike war der Tod im Sinne der Euthanasie als schmerzloser Tod oder ehrenvoller Tod im Krieg hoch angesehen. Neben der Kunst des Lebens galt es zur Zeit der Antike auch eine Kunst des Sterbens zu pflegen. Die Gestaltung einer Sterbekunst war als philosophische Aufgabe Teil des Lebens.²⁰¹ Die vernünftige Lebensgestaltung wurde in jenem Kontext als Vorbereitung auf den Tod gesehen.²⁰² Der Tod erhält bereits im Leben einen großen Stellenwert, da es darum geht mit Hilfe der Philosophie sterben zu lernen. Seneca zufolge kann nur der Mensch, der sich mit seiner eigenen Sterblichkeit auseinandersetzt, Vervollkommenheit erhalten. In diesem Sinne ist die *ars moriendi* in der Antike als Kunst des Sterbens aufzufassen.²⁰³

²⁰⁰ Bulayumi: „Sterbebegleitung als Lebensbegleitung“, S.150.

²⁰¹ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.51.

²⁰² Vgl. Volker Zimmermann: „Die ‚Heiligkeit des Lebens‘ – Geschichte der Euthanasie in Grundzügen“ In: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.): „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. *Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*. Frankfurt am Main 2016, S.27-45, hier S.27.

²⁰³ Vgl. Andreas Stähli: *Antike philosophische ARS MORIENDI und ihre Gegenwart in der Hospizpraxis*. Berlin 2010, S. 100.

Der heutige Begriff der Euthanasie kann nicht mehr mit dieser Definition erklärt werden. Die Umstände, unter denen Menschen sterben, sind anders und die Entwicklung um die Verwendung des Begriffs lenkte das allgemeine Verständnis in eine andere Richtung. Der Begriff der Euthanasie befindet sich demzufolge in einem Spannungsfeld, welches sich durch geschichtliche Ereignisse entwickelt hat. Der Begriff Euthanasie erhielt durch die Ereignisse im Nationalsozialismus eine negative Konnotation. Leben, welches nicht als lebenswert erachtet wurde, sollte zum Verschwinden gebracht werden.²⁰⁴ Ab dem Jahr 1940 kam es zur Zeit des Nationalsozialismus zu zahlreichen Morden; die als schwach angesehenen Mitglieder der Gesellschaft wurden grausam umgebracht.²⁰⁵ Unter den Menschen, die vergast wurden oder tödliche Injektionen erhielten, befanden sich senile, behinderte und geistesranke Menschen sowie EpileptikerInnen und Gruppen von Menschen, denen eine bestimmte, von den Nationalsozialisten als minderwertig empfundene Rasse zugesprochen wurde. Auch Säuglinge und Kinder mit Missbildungen wurden zu Mordopfern.²⁰⁶ Geprägt durch die damaligen Ereignisse und die damit verbundenen Gefühlsregungen, erhielt der Begriff ein mit ihm in Zusammenhang stehendes negatives Bild in der Gesellschaft.²⁰⁷

Heute fasst man den Begriff der Euthanasie im medizinischen Bereich wie folgt auf:

Unter Euthanasie versteht man die schmerzlose, aber direkte Herbeiführung des Todes, meist durch den Arzt, bei unheilbarer Krankheit und/oder aufgrund freiwilliger Einwilligung des Patienten (Tötung auf Verlangen) zur Sicherung eines schönen und angenehmen (eu – griechisch: schön) Todes.²⁰⁸

Heutzutage wird der Begriff Euthanasie gemieden und daher meist von Sterbehilfe gesprochen, bei der man unterschiedliche Formen unterscheidet. Diese werden im folgenden Abschnitt kurz erläutert.

6.5.2 Formen der Sterbehilfe

- „Sterbehilfe mit Lebensverkürzung“²⁰⁹

²⁰⁴ Vgl. Bulayumi: „Sterbebegleitung als Lebensbegleitung“, S.150.

²⁰⁵ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.51f.

²⁰⁶ Vgl. Oliver Rathkolb: „Erste Republik, Austrofaschismus, Nationalsozialismus (1918-1945)“ In: Winkelbauer, Thomas (Hg.): *Geschichte Österreichs*. Stuttgart 2016, S.477-524, hier S. 519f.

²⁰⁷ Vgl. Bulayumi: „Sterbebegleitung als Lebensbegleitung“, S.150.

²⁰⁸ Bulayumi: „Sterbebegleitung als Lebensbegleitung“, S.158.

²⁰⁹ Ebd., S.157.

Meist wird in diesem Zusammenhang der Begriff *indirekte Sterbehilfe* verwendet. Die eingesetzten Medikamente, die der Reduzierung von Schmerzen dienen, können aufgrund der hohen Dosis, die die Linderung bedarf, die Folge mit sich bringen, dass eine Verkürzung des Lebens bei dem/der PatientIn eintritt.²¹⁰ Jene Konsequenz ist nicht zwingend nötig. Der Ausdruck „Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung“²¹¹ umfasst die Gabe von Medikamenten, die den schmerzgetragenen Zustand des/der Kranken erträglich macht.²¹² Das Herbeiführen einer Besserung der Schmerzen ohne das Bewirken einer gleichzeitigen Lebensverkürzung ist auch ein Vorgehen, das im Sinne der Palliative Care verfolgt wird.

- „Unterlassung der Lebensverlängerung“²¹³

Mit einer Unterlassung von Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens, geht das *Sterben lassen* einher.²¹⁴ Es ist auch unter dem Namen ‚passive Sterbehilfe‘ bekannt. Hierbei geht es um unterlassene Handlungen, wie beispielsweise den Verzicht auf Tätigkeiten, die dem Erhalt des zu Ende gehenden Lebens dienen würden.²¹⁵ Der/die PatientIn hat rechtlich gesehen den Anspruch auf das Recht zu entscheiden, ob Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens getroffen oder unterlassen werden sollen. Alle Betroffenen müssen somit auf Wunsch des/der PatientIn den Entschluss akzeptieren und die/den Kranke/n sterben lassen.²¹⁶

- „Assistierter Suizid oder Beihilfe zur Selbsttötung“²¹⁷

Der assistierte Suizid und die im folgenden Absatz beschriebene aktive Euthanasie heben sich von den bisher angeführten Arten der Sterbehilfe ab. Bisher ging es nicht um eine gewollte, aktive Herbeiführung des Todes. In diesen beiden Fällen ist dies jedoch die Intention der Handlung. Im Falle des assistierten Suizides ist es so, dass der/die PatientIn selbst für seinen/ihren Tod verantwortlich ist und diesen auch eigenständig herbeiführt. Dies geschieht beispielsweise durch die eigenständige Einnahme eines zum Tod führenden Medikaments ohne den Beistand anderer Personen. Die völlige

²¹⁰ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.38.

²¹¹ Bulayumi: „*Sterbebegleitung als Lebensbegleitung*“, S.157.

²¹² Vgl. ebd., S.157.

²¹³ Bulayumi: „*Sterbebegleitung als Lebensbegleitung*“, S.157.

²¹⁴ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.35.

²¹⁵ Vgl. Bulayumi: „*Sterbebegleitung als Lebensbegleitung*“, S.157.

²¹⁶ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.35.

²¹⁷ Ebd., S.40.

Eigenständigkeit ist jedoch nicht zur Gänze gegeben, da der/die Kranke jemanden benötigt, der ihm/ihr bei seinem/ihrer Vorhaben behilflich ist. Das kann beispielsweise ein Arzt oder eine Ärztin sein, der/die das benötigte Medikament bereitstellt.²¹⁸

- „Aktive Euthanasie“²¹⁹

Durch die bereits erwähnte negative Konnotation durch die Ereignisse im Nationalsozialismus ist der Begriff *aktive Sterbehilfe* in der heutigen Zeit gebräuchlicher. Unter der aktiven Sterbehilfe bzw. Euthanasie fasst man Handlungen zusammen, die zum direkten Tod des/der Kranken führen.²²⁰ Aus unterschiedlichen Gründen, meist auf Grund von starken Schmerzen oder unaushaltbaren Lebensumständen, fasst die Person den Entschluss, sterben zu wollen. Daher ist Euthanasie auch unter dem Ausdruck ‚Tötung auf Verlangen‘ bekannt. Im Gegensatz zum Suizid wird der Akt der Tötung nicht vom Menschen selbst, sondern von dem/der HelferIn oder dem/der Arzt/Ärztin ausgeführt, beispielsweise durch das Verabreichen einer Injektion mit tödlichem Wirkstoff. Der/die Kranke ist eventuell nicht mehr dazu fähig, dem Leben selbst ein Ende zu setzen, oder möchte dies aus anderen, persönlichen Gründen nicht tun.²²¹

6.5.3 Rechtslage

Besonders für die Absicherung im rechtlichen Bereich ist es zentral, dass eine PatientInnenverfügung vorliegt. In jener können Menschen, egal ob sie zum Zeitpunkt des Verfassens krank oder gesund sind, explizit ihren Willen deklarieren. Im Bundesgesetz über Patientenverfügungen findet sich eine ausführliche Beschreibung darüber, was in PatientInnenverfügungen festgelegt werden kann und wann diese herangezogen werden.

§ 2.(1) Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äuerungsfähig ist.²²²

Im Bedarfsfall wird auf diese Verfügung zurückgegriffen, nach dem Wunsch des/der PatientIn gehandelt und der/die behandelnde Arzt/Ärztin ist somit rechtlich abgesichert.

²¹⁸ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.40f.

²¹⁹ Bulayumi: „*Sterbebegleitung als Lebensbegleitung*“, S.157.

²²⁰ Vgl. Bulayumi: „*Sterbebegleitung als Lebensbegleitung*“, S.157f.

²²¹ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.43.

²²² Bundeskanzleramt: *Bundesgesetz über Patientenverfügungen 2007*.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723>
(Zugriff 07.05.2017).

Das ‚Unterlassen der Lebensverlängerung‘ kann beispielsweise in einer PatientInnenverfügung explizit gefordert werden. ÄrztInnen können jedoch belangt werden, wenn sie gegen den, in der Patientenverfügung dargelegten Wunsch, agieren. Bei Abwesenheit einer solchen, schriftlichen Grundlage muss der vermutliche Wille des/der Kranken eruiert werden.²²³

Der strafrechtliche Umgang mit der Thematik Sterbehilfe ist nicht in allen Ländern ident. Sterbehilfe, in ihren unterschiedlichen Formen, wird in manchen Ländern rechtlich bestraft, in anderen ist sie unter bestimmten Umständen legal. Nicht überall hat man mit strafrechtlichen Sanktionen zu rechnen, wenn man Menschen Beihilfe zur Selbsttötung oder aktive Sterbehilfe leistet. In Österreich gibt es jedoch ein solches Verbot. Seit 1974 ist nach den Paragraphen §77 und §78 nicht nur das Morden anderer verboten, sondern auch das Töten auf Verlangen und die Beihilfe zum Suizid. Die Konsequenzen suizidaler Beihilfe und Tötung auf Verlangen bewegen sich im Bereich einer Freiheitsstrafe zwischen sechs Monaten und fünf Jahren.²²⁴

In den Niederlanden, um ein Beispiel aus Europa zu nennen, gibt es seit April 2002 ein Gesetz, demzufolge die Suizidassistenz und auch die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen nicht mehr unter straffällige Taten fallen. Der Vollzug der Beihilfe bzw. der aktiven Tötung ist legitim, wenn der/die PatientIn seine/ihre Entscheidung nachvollziehbar, wohl durchdacht hat und er/sie sein/ihr Leiden als nicht mehr erträglich einstuft. Dabei muss der/die Kranke vollständig über seine/ihre Krankheit und die Prognose informiert und überzeugt sein, dass es keine andere denkbare Möglichkeit gibt. Außerdem muss mindestens ein/e weitere/r Arzt bzw. Ärztin eine Untersuchung und Beurteilung der Lage des/der PatientIn durchgeführt haben. Schließlich muss der tatsächliche Akt mit medizinischer Sorgfalt ausgeführt werden. Wurden diese Kriterien erfüllt, so ging das Vorgehen rechtmäßig vor sich und der Fall ist nach geprüfter Beurteilung erledigt. Im Belgien wurde kurze Zeit später ebenfalls ein Gesetz bezüglich der aktiven Sterbehilfe eingeführt. Das Vorgehen bleibt unter bestimmten Bedingungen, die dem niederländischen Gesetz ähneln, straffrei.²²⁵

²²³ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.45ff.

²²⁴ Vgl. Strafgesetzbuch: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 60., Bundesgesetz 1974. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1974_60_0/1974_60_0.pdf, S. 655 (Zugriff 20.03.2017).

²²⁵ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.49f.

6.5.4 Problematik um das Thema Sterbehilfe

6.5.4.1 Die Wurzeln der Euthanasiedebatte

Auch wenn dem Begriff ‚Euthanasie‘ in der Antike eine andere Bedeutung innewohnte als jene, die wir heute im medizinischen Kontext mit dem Begriff verbinden, heißt dies nicht, dass es zur Zeit der Antike kein Denken über das Thema Sterbehilfe gab.

Schon im bereits erwähnten Hippokratischen Eid in der Antike, wurde zum Schwur aufgerufen, dass man keinesfalls jemandem ein den Tod herbeiführendes Mittel verabreichen würde. Dies gilt auch für Situationen, in denen man dazu aufgefordert wird, solch ein Mittel in einer letalen Dosis zu verabreichen. Verboten sei es auch, jemandem zur Einnahme eines solchen Mittels zu raten. Demzufolge verbietet der Hippokratische Eid die Beihilfe zum Suizid und auch die aktive Sterbehilfe. Trotzdem war der Umgang mit dieser Thematik in der Antike ein eher offener und die Menschen waren gegenüber den Themen Selbstmord und Sterbehilfe toleranter gestimmt. Der Eid wurde eher als Idealvorstellung angesehen, ihm wurde keine absolute Geltung zugesprochen. Volker Zimmermann schreibt über die Geschichte der Euthanasie und führt an, dass auch große Denker wie Platon und Seneca Beispiele für den Umgang mit Sterbehilfe zur damaligen Zeit darstellen. Platon propagierte in seiner *Politeia* aktive und passive Sterbehilfe und Seneca bat seinen Freund und Arzt ihm das zurechtgemachte Gift zu bringen, um seinen eigenen Tod zu beschleunigen. Das zeigt, dass bereits in der Antike ein Spannungsverhältnis bezüglich der Frage nach Sterbehilfe aufkam. Einerseits der Eid - das medizinische, moralische Postulat; andererseits der tatsächliche Umgang in der Lebenspraxis.²²⁶ Das Spannungsverhältnis bezüglich der Euthanasie hat somit tiefe Wurzeln, die sich bis in die Gegenwart ausgeweitet haben. Wo es auf der einen Seite die Gruppe von Menschen gibt, die sich klar als Gegner des Vollzugs von Sterbehilfe ausspricht, gibt es auf der anderen Seite eine Vielzahl von Menschen unterschiedlichster Berufsgruppen und mit unterschiedlichem Glauben, die sich für eine Legalisierung der Sterbehilfe gegenüber unheilbar Kranken einsetzen. Jene Befürworter der Sterbehilfe argumentieren meist mit dem Recht auf Selbstbestimmung, welches jedem Menschen zusteht. Demzufolge sollte auch jede Person das Recht haben, über ihr eigenes Leben sowie den eigenen Tod selber zu bestimmen. Ein weiteres Argument der Befürworter der Sterbehilfe ist jenes der menschlichen Würde, die durch bitterliches, von einer Krankheit hervorgerufenen Leid und den Schmerz, unter bestimmten Umständen nicht mehr

²²⁶ Vgl. Zimmermann: *Die ‚Heiligkeit des Lebens‘*, S.27ff.

bestehen kann.²²⁷ Weiters gilt es die gesetzliche Lage und Pflichten von ÄrztInnen zu berücksichtigen. Wie komplex die Problematik um den Bereich der Sterbehilfe ist und welche ethischen Fragestellungen sich durch die Auseinandersetzung mit jenem Themenbereich ergeben, soll auf den folgenden Seiten thematisiert werden.

6.5.4.2 Die vier Prinzipien in der Medizin

Tom Beauchamp und James Childress *Principlism* folgend gibt es vier Prinzipien in der Medizin, denen es zu folgen gilt. Das Prinzip der Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit.²²⁸ Ein Spannungsfeld ergibt sich, wenn man die Prinzipien in Bezug auf das Thema Sterbehilfe bzw. Beihilfe zum Sterben anwendet. Folgt man dem Prinzip der Autonomie, so könnte man sagen, dass jeder Mensch das Recht auf eigenständige Entscheidung über das Sterben hat. Wenn man den Menschen in diesem Punkt in seiner Autonomie einschränkt, so könnte dies als Verletzung der Wahrung seiner Würde gesehen werden. Die Gegenseite könnte allerdings lauten, dass laut dem Prinzip des Nichtschadens bzw. dem Fürsorgeprinzip, solch einer Forderung nicht nachgegangen werden darf.²²⁹ Generell sollte der Wille des Individuums zwar berücksichtigt werden, doch muss darauf geachtet werden, dass daraus kein willkürliches Wünschen resultiert. Eine Ethik, die ganz im Zeichen eines jeden, individuellen PatientInnenwunsches steht, würde Raum für reines Belieben öffnen, das keine Richtlinien mehr zulässt. Daher muss es bestimmte Grenzen geben und Alternativen angeboten werden.²³⁰ Im Sinne einer angemessenen Fürsorge, kann die adäquate Versorgung im palliativmedizinischen Kontext als mögliche Alternative aufgefasst werden, die den Wunsch auf ein frühzeitiges Ableben negieren könnte.²³¹

6.5.4.3 Konfliktsituationen

Wenn es um den Bereich der passiven Sterbehilfe geht, so zeigt sich die Problematik vorerst nur versteckt. Folgt man der Definition, so hat man die Entscheidung der/des Kranke/n zu akzeptieren und muss ihn sterben lassen, wenn dies sein/ihr Wunsch ist. Rechtlich scheint das Vorgehen somit vorerst besiegelt zu sein und das medizinische Personal, das die verlangte Handlung durchführt bzw. eine Handlung auf Wunsch unterlässt, handelt rechtmäßig. Auf den zweiten Blick kann man jedoch erkennen, dass diese Passivität genauer betrachtet in ein aktives Tun umgewandelt werden kann. Ein

²²⁷ Vgl. Markus von Lutterotti: *Sterbehilfe. Gebot der Menschlichkeit?* Düsseldorf 2002, S. 14.

²²⁸ Vgl. Fenner: *Einführung in die Angewandte Ethik*, S.55f.

²²⁹ Vgl. ebd., S.70f.

²³⁰ Vgl. Lutterotti: *Sterbehilfe. Gebot der Menschlichkeit?*, S.71.

²³¹ Vgl. Fenner: *Einführung in die Angewandte Ethik*, S.71.

Beispiel dafür wäre das Abstellen von den Maschinen. Jene gelangen nicht automatisch zum Abbruch, jemand muss aktiv eine Handlung setzen, damit dies geschieht und die notwendige Versorgung unterbrochen wird. Aber nicht nur die Person, die für das tatsächliche Abschalten verantwortlich ist, hat mit Gewissensbissen zu kämpfen, auch die Angehörigen, die eventuell die Entscheidung, die zu dieser Handlung geführt hatte, treffen mussten. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn der/die PatientIn keine Patientenverfügung hinterlassen hat, wo verankert wäre, was in solch einem Fall unternommen werden sollte.²³²

Wenn es um direkte, aktive Sterbehilfe geht, so wird hervorgehoben, dass das aktive Töten durch den/die Arzt/Ärztin auch nicht durch das dem/der PatientIn zustehende Recht auf Autonomie zu rechtfertigen ist. Mit jenem Recht hat der/die Kranke die Möglichkeit, sich frei zu entscheiden, ob er/sie eine vorgeschlagene Behandlung ausführen bzw. weiterführen oder abbrechen möchte. ÄrztInnen müssen sich somit, zumindest in Österreich, nicht mit der Frage beschäftigen, ob es ethisch vertretbar wäre, das Leben eines Menschen bewusst durch eine Handlung zu beenden, da sie durch solch eine Tat nicht nur gegen moralische Werte, sondern auch gegen das Gesetz verstoßen würden.²³³ Aus der Sicht der ÄrztInnen, kann somit klar gegen aktive Sterbehilfe argumentiert werden. Betrachtet man die Lage jedoch aus Sicht eines sterbenden, leidenden Menschen, der trotz schmerzlindernden Medikamenten und palliativmedizinischer Pflege keine Ruhe findet und daher seine letzte Lebenszeit qualvoll durchstehen muss, so könnte man fragen, ob es unter solchen Umständen nicht vielleicht doch angemessen wäre, im Wohle des/der PatientIn, gezielt dem Leid ein Ende zu setzen.²³⁴ Die vielleicht auf den ersten Blick eindeutig wirkende Handlungsnorm erscheint durch jenen Gedanken auf den zweiten Blick als fragwürdig.

Leisten von indirekter Sterbehilfe im Sinne von der Verabreichung schmerzstillender Medikamente, die eine Verkürzung der Lebenszeit mit sich bringen können, erscheint als eine ethisch erlaubte Tat. Sie ist ethisch nur unter der Bedingung vertretbar, wenn hinter der Verabreichung des Medikaments die Absicht der Linderung der Schmerzen, im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität der sterbenden Person steht und nicht die Intention

²³² Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.35f.

²³³ Vgl. Fenner: *Einführung in die Angewandte Ethik*, S.72.

²³⁴ Vgl. ebd., S.75.

einer Verkürzung der verbleibenden Lebenszeit.²³⁵ Die Problematik, die sich aus der Verabreichung ergibt, ist somit jene, dass durch den Wunsch des Wohltuns möglicherweise ein Resultat entstehen kann, dass als Begleiterscheinung vorkommt, aber nicht bewusst erzielt werden sollte.

Bei der Beihilfe zur Selbsttötung sieht die Lage wiederum etwas anders aus. Hier kann es zu aufkommenden moralischen Gewissensbissen bei der Person, die um Hilfe beim Suizid gebeten wird, kommen. Es geht nicht nur um die Tatsache, dass man einer, in den meisten Fällen, sehr lieb gewonnenen Person dabei hilft, aus der Welt zu scheiden, ihrem Leben ein Ende zu setzen, sondern um weit mehr. Sobald man in die Lage kommt, um solch eine Assistenz gebeten zu werden, befindet man sich automatisch in einer Zwickmühle. Denn egal, wie die Entscheidung aussehen wird, sowohl bei einer Zustimmung als auch beim Ablehnen, wird man mit seinem Gewissen konfrontiert werden. Auch die Verweigerung einer Beihilfe wird für den zur Hilfe herangezogenen Menschen keine einfache Entscheidung sein, die ohne weitere Überlegungen stattfinden kann. Ein weiterer Aspekt ist jener, dass im Falle der Assistenz die betreffende Person zum Zeitpunkt des Suizids nicht im selben Raum sein darf, da sie sonst gesetzlich belangt werden könnte. Dies resultiert daraus, dass laut Garantenpflicht anwesende Personen (in den meisten Fällen ÄrztInnen) im Falle eines Verlusts des Bewusstseins eingreifen müssen, um die sterbende Person zu retten.²³⁶

Nun gibt es in Europa bereits Länder, in denen Sterbehilfe trotz der umstrittenen ethischen Konfliktlage legalisiert wurde. Im *Spiegel Online* findet sich ein Artikel über zwei Studien, die sich mit der Entwicklung der Zahlen beschäftigen. Die erste Studie befasst sich mit der Statistik der Levensendeklinik, einer Klinik in der Menschen, die den Wunsch auf Sterbehilfe äußern, Zugang finden. Sie zeigt, dass zwischen 2012 und 2013 unter 162 Fällen, bei denen Euthanasie bewilligt und durchgeführt wurde, 113 todkranke Menschen gewesen sind. In den anderen Fällen handelte es sich um verschiedene Beweggründe, darunter kognitive Einschränkungen wie Demenz und

²³⁵ Vgl. Fenner: *Einführung in die Angewandte Ethik*, S.74.

²³⁶ Vgl. Bedford-Strohm: *Leben dürfen – Leben müssen*, S.41f.

psychische Krankheiten. Eine ähnliche Studie beschäftigte sich in Belgien mit der Zahl der Sterbewünsche. Die von Sigrid Dierickx et al. durchgeführte Untersuchung zeigt²³⁷:

Das Resultat: Von 2007 auf 2013 stieg nicht nur die Zahl der Euthanasiewünsche (von 3,4 auf 5,9 Prozent der untersuchten Fälle), sondern auch die Genehmigungsquote (von 55 auf 77 Prozent).²³⁸

Die Ergebnisse jener Studien zeigen, dass durch die Legalisierung einerseits die Gefahr besteht, dass Sterbehilfe nicht nur in Fällen qualvollen Leidens bei Todkranken angewandt wird, sondern sich auf weitere Fälle ausdehnt. Andererseits zeigen die Zahlen, dass der Wunsch auf eigenständig beschlossene Verkürzung des eigenen Lebens durch die Möglichkeit der tatsächlichen Realisierung in der Gesellschaft dominanter werden kann. Bei der Betrachtung dieser Statistiken wird ebenfalls eine weitere Problematik bezüglich des Themas Sterbehilfe sichtbar. Durch eine gesetzliche Regelung, die sich für Euthanasie ausspricht, kann eine Welle ausgelöst werden, die jährlich zu mehr Fällen führen kann. Diese Zahlen können vor allem von Gegnern der Euthanasie für ein alarmierendes Zeichen gehalten werden.²³⁹ In der Philosophie spricht man in diesem Zusammenhang auch von der Problematik des Dammbrecharguments.

6.6 Sterbebegleitung statt Sterbehilfe?

Wenn die Umgebung nicht neutral ist, egal, aus welchem Grund – ökonomisch, weltanschaulich und so weiter –, dann kann von autonomer Willensäußerung des Sterbenden keine Rede sein.²⁴⁰

Noémi D. de Stoutz drückt in diesem Satz aus, wie viel Einfluss die Umgebung auf den Willen sterbender Menschen haben kann. Durch die Krankheit, die sie begleitet, werden sie oft geschwächt, sind auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen und werden je nach Haltung der umgebenden Personen ihr Verhalten ausrichten.²⁴¹ Wie groß der Einfluss von Betreuungspersonen und Lebensumgebung auf die Einstellung sterbender Personen tatsächlich sein kann, soll im folgenden Absatz erörtert werden.

²³⁷ Vgl. Patalong, Frank: „Studien zur Sterbehilfe: Warum Menschen sich den Tod wünschen.“ In: *Spiegel Online* 8. Februar 2014, <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/sterbehilfe-studien-bilanz-der-todeswuensche-in-belgien-und-holland-a-1047585.html> (Zugriff 28.03.2017).

²³⁸ Patalong: *Studien zur Sterbehilfe*.

²³⁹ Vgl. ebd.

²⁴⁰ Noémi D. de Stoutz: „Palliative Betreuung und Sterbebegleitung statt Sterbehilfe.“ In: Mettner, Matthias (Hg.): *Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung*. Zürich 2000, S.37-40, hier S.38.

²⁴¹ Vgl. Stoutz: *Palliative Betreuung und Sterbebegleitung statt Sterbehilfe*, S.38.

In gewisser Weise kann eine adäquate Behandlung im Sinne einer palliativen Betreuung, wenn sie in rechter Weise betrieben wird, einer befürwortenden Euthanasiebewegung entgegenstehen. Durch das zur Sprache bringen wichtiger Sachverhalte bezüglich des Todes und der mit dem Sterben einhergehenden Komplikationen wird ein Zeichen gegen die Tabuisierung gesetzt und ein gewiteter Umgang mit der Thematik ermöglicht. Wird ein/e PatientIn auf allen Ebenen und mit adäquaten Methoden im Sinne des Leitgedankens der Hospizbewegung behandelt, so wäre es möglich, dass sich das Verlangen auf eine vorzeitige Beendigung des Lebens, gar nicht erst stellt.²⁴² Das Äußern des Bedürfnisses, so bald wie möglich zu sterben, kann auch als Warnsignal gesehen werden. Kranke können dadurch darauf aufmerksam machen, dass es ihnen nicht gut geht und sie sich mehr Aufmerksamkeit wünschen.²⁴³ Wenn ein Mensch durch seine momentane Lage nicht mehr zu leben wünscht, dann ist es wichtig, sich die Frage zu stellen, wie die Situation verändert werden kann, damit der/die Kranke das Gefühl der Lebensfreude wieder zurück erlangt. Noëmi D. de Stoutz, eine Palliativmedizinerin, nennt ein berührendes Beispiel, wie man im Sinne eines/r SterbebegleiterIn statt eines/r Sterbehelfers bzw. Sterbehelferin agieren kann. Sie schreibt von einem alternden Mann mit dem Wunsch nach Euthanasie, der aus schwächer werdendem Hör- und Sehsinn und eingeschränkter Mobilität resultiere, konfrontiert worden zu seien. Durch das Erkennen seiner Bedürfnisse und das Ermöglichen einer Verbesserung seiner Lage konnte der Mann seine Lebensfreude zurückerhalten. Die Palliativmedizinerin beschreibt, dass dies dadurch erfolgte, dass man dem Herrn gut zuhörte, Brille und Hörgerät zur Reparatur brachte und ihm HelferInnen und einen Rollstuhl zur Verfügung stellte und damit sein Leben qualitativ wertvoller für ihn gestaltete. Das Beispiel soll verdeutlichen, dass es alternative Handlungen gibt, die leicht übersehen werden können, wenn nur auf das Leid des Menschen eingegangen wird und keine Orientierung an Ressourcen erfolgt.²⁴⁴ Markus von Lutterotti berichtet von einem Interview mit Dr. Robert Twycross, einem ehemaligen Mitarbeiter des St. Christopher's Hospiz. In jenem spricht Dr. Twycross davon, dass jährlich nur eine geringe Anzahl an Menschen, die im Hospiz betreut werden, um eine Form der Sterbehilfe bitten. Unter 500 Sterbenden sind es in etwa drei bis vier PatientInnen pro Jahr, die jenen Wunsch äußern. Dr. Twycross führt weiter aus, dass er weiß, dass etwas in der Betreuung schief gelaufen sein muss, wenn jemand mit diesem

²⁴² Vgl. May: *Autonomie und Fremdbestimmung*, S.130.

²⁴³ Vgl. Lutterotti: *Sterbehilfe. Gebot der Menschlichkeit?*, S.70.

²⁴⁴ Vgl. Stoutz: *Palliative Betreuung und Sterbebegleitung statt Sterbehilfe*, S.38f.

Wunsch an ihn herantritt. Wenn daraufhin besser auf die Befindlichkeit des/der Betroffenen geachtet würde, scheint die Bitte verworfen zu werden.²⁴⁵ Die Worte der Palliativmedizinerin und des Arztes sprechen dafür, dass durch eine angemessene Betreuung und Schmerzbehandlung der Wunsch auf frühzeitiges Ableben erst gar nicht aufkommt bzw. rasch vergehen kann, wenn auf die Lage des/der Bedürftigen in richtiger Weise reagiert wird. Die Stellungnahme bezüglich der Euthanasiedebatte und die damit einhergehende Position des *Dachverbands Hospiz Österreich* wurde bereits im Kapitel 4.3.1 thematisiert.

6.7 Herangehensweise an ethische Konfliktsituationen

Die unzähligen Situationen, die ÄrztInnen, Pflegepersonen und Betreuungspersonen im Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen erleben, die hier nur zu einem Bruchteil angeführt werden konnten, bringen eine Fülle von Konfliktsituationen mit sich. Welche Möglichkeiten sich letztendlich für eine reflexive Haltung gegenüber ethischen Fragestellungen bieten, soll hier kurz angesprochen werden.

Im Hospiz Lexikon werden vier Methoden erwähnt, die beim Umgang mit aufkommenden ethischen Problemsituationen, angewandt werden können.

- 1) *Ethische Fallbesprechung*: Es gibt eine neutrale Person, die als MentorIn fungiert. Aus distanzierter Perspektive ist sie dafür verantwortlich, dass das Gespräch zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen geregelt und angemessen geführt wird. Besprochen werden Fälle aus dem Berufsalltag, die zum Nachdenken angeregt haben und das Aufkommen von ethischen Fragestellungen gefördert haben. Bei der Suche nach der richtigen Entscheidung helfen oftmals auch die Prinzipien guten Handelns in der Medizin weiter.²⁴⁶
- 2) *Klinisches Ethik-Komitee*: In solch einem Komitee werden verschiedene Fallbeispiele behandelt und besprochen. Hier führt die Aufsicht ein/e FachexpertIn aus dem Bereich der Ethik. Mitglieder des Komitees müssen nicht immer in die Krankengeschichte involviert sein. Es geht auch um die allgemeine Sensibilisierung in jenem Berufsfeld.²⁴⁷

²⁴⁵ Vgl. Lutterotti: *Sterbehilfe. Gebot der Menschlichkeit?*, S.16.

²⁴⁶ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.49.

²⁴⁷ Vgl. ebd., S.49f.

- 3) *Ethik-Konsil*: Ein/e EthikerIn hilft PatientInnen, ihren Angehörigen oder auch den behandelnden Personen bei der Bewältigung von Problemen existenzieller bzw. ethischer Herkunft.²⁴⁸
- 4) *Ethik-Kommission*: Ausgebildete Angewandte EthikerInnen beschäftigen sich mit moralischen Problemen, um Unstimmigkeiten in der Praxis zu beseitigen. Es gibt nationale und internationale Kommissionen, die sich um das Erstellen allgemeiner Gesetze bemühen. Demgegenüber gibt es auch lokale Ethikkommissionen, die sich auf ethische Handlungsnormen innerhalb von Institutionen spezialisieren. Diese fungieren beispielsweise in Spitälern oder bei Forschungsprojekten, die beurteilt werden sollen.²⁴⁹ Besonders durch die zahlreichen Forschungsfelder und die Entwicklungen der letzten Jahre haben Kommissionen dieser Art an Bedeutung gewonnen und sind sogar in bestimmten Forschungsbereichen zwingend notwendig.²⁵⁰

Jene hier angeführten Punkte bilden Möglichkeiten ab, die im Gesundheitsbereich für den Umgang mit dem Aufkommen von ethischen Fragestellungen in Erwägung gezogen werden können. Man muss bedenken, dass jeder Fall, der sich im Spital, im Hospiz, auf einer Palliativstation oder Ähnlichem ereignet, durch seine Einzigartigkeit bestimmt ist. Somit ist es zwar möglich, bestimmten Prinzipien zu folgen, dennoch werden betreuende bzw. behandelnde Personen immer wieder mit neuen Situationen konfrontiert werden, an denen sie an ihre Grenzen stoßen. Genauso einzigartig, wie jeder Mensch es ist, ist auch seine Geschichte, sein Leben und die Weise, aus der Welt zu scheiden. Menschen, die in den Sterbeprozess von Kranken involviert sind, werden früher oder später mit Fragestellungen aus dem Bereich der Ethik konfrontiert werden. Die Frage, was man tun soll bzw. manchmal auch die Negation jener Frage, also was man nicht tun soll, kann viele weitere Fragen aufwerfen. In die man sich schließlich verlieren kann. Daher ist es zentral zu wissen, dass es Möglichkeiten gibt, Personen heranzuziehen, die einem bei Konfliktsituationen solcher Art weiterhelfen können.

²⁴⁸ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.50.

²⁴⁹ Vgl. Fenner: *Einführung in die Angewandte Ethik*, S.42f.

²⁵⁰ Vgl. Drolshagen: *Lexikon Hospiz*, S.50.

8. Das ‚gute‘ Sterben – Conclusio

Die Arbeit wurde mit den Worten Feuerbachs eingeleitet, der schreibt, man solle „[...] im Frieden mit dem Tode [...]“²⁵¹ sterben. Ob das nun heißen mag, sich mit dem Gedanken der eigenen Sterblichkeit abzufinden oder das Beste aus seiner letzten Lebenszeit zu machen – dies wird den LeserInnen überlassen. Es mag einen Teil des guten Sterbens darstellen, in Frieden aus der Welt zu scheiden. Vielleicht findet man den Frieden durch die Hilfe anderer, die einem beistehen, die Angst nehmen und den letzten Weg gemeinsam gehen. Möglicherweise gelingt ein friedvolles aus dem Leben scheiden auch dadurch, zu wissen, alle Pflichten erledigt oder Konflikte bereinigt zu haben.

Auf die Frage, was man ihrer Meinung nach auf jeden Fall noch tun müsse, bevor man stirbt, antwortet Kübler-Ross, dass man sein Leben so gestalten sollte, dass man Dinge nicht so lange aufschiebt, bis es eventuell zu spät ist, diese anzugehen. Das Wichtigste vor dem Tod ist es ihr zufolge, dass man den Raum für Vergebung eröffnet. Dieser Vergebungsprozess soll alle Menschen umfassen, die eigene Person ist nicht ausgeschlossen davon. Kübler-Ross lobt in einem Interview die Beichte der Katholiken. Gläubige erzählen von ihren Sünden und bitten bereits während ihrer Lebenszeit und nicht erst am Ende des Lebens um Vergebung.²⁵²

Vielleicht gilt es sein Leben so zu gestalten, dass egal wann der Tod einen holt, man das Gefühl hat, mit ruhigem Gewissen die Welt verlassen zu können. Nicht alle Menschen begeben sich auf eine lange Reise auf den Weg bis zum tatsächlichen Eintritt des Todes. Für viele gibt es keinen Prozess des Sterbens und der Tod tritt in Sekunden ein. Die einen würden sich wünschen, einen Tod zu erleben, den sie nicht bewusst miterleben müssen. Für andere ist es wertvoll, die Möglichkeit zu bekommen, in einen längeren Prozess des Sterbens eintreten zu können. Es gibt Situationen, in denen Menschen über Leben und Tod entscheiden können, doch in den meisten Fällen muss das Schicksal angenommen werden. Geht man, wie es in der hier vorliegenden Arbeit unternommen wurde, von dem Umstand aus, dass Menschen unheilbar krank sind und darüber Bescheid wissen, dass ihre verbleibende Lebenszeit stark begrenzt ist, so stellt sich unweigerlich die Frage, wie in solch einem Fall dem Menschen ein gutes Sterben ermöglicht werden kann.

²⁵¹ Feuerbach: *Gedanken über Tod und Unsterblichkeit*, S.334.

²⁵² Vgl. Elisabeth Kübler-Ross: *Warum wir hier sind*. Güllenheim 1999, S.54.

Ein großer Schritt in richtig gutes Sterben wurde durch die in Kapitel 3.3 beschriebene Hospizbewegung gegangen. Denn auch hier wurde der Frage nachgegangen, wie man Menschen auf ihren letzten Lebensweg bestmöglich begleiten kann, sodass ein würdevolles Sterben ermöglicht wird. Der Mensch als einzigartiges Individuum steht im Zentrum. Für die BefürworterInnen des Hospizgedankens besteht ein gutes Sterben in einer adäquaten Betreuung am Lebensende. Es zeichnet sich durch die Anerkennung des Todes als Teil des Lebens, durch das ins Zentrum rücken des Menschen mit all seinen Bedürfnissen, durch das Lindern von Schmerzen, der Wahrung von Autonomie, des Respekts und dem Erhalt der Lebensfreude bis zuletzt aus. Zum guten Tod gehört auch, dass der Mensch nicht alleine sein muss, wenn er stirbt. Die Auffassung eines guten Sterbens ist nicht immer so transparent zu erkennen, wie im Falle des Hospizgedankens. Dies ließ sich am Beispiel der Problematik um das Thema Sterbehilfe zeigen.

Wenn man nochmals auf die Euthanasiedebatte blickt und fragt, wie für BefürworterInnen und GegnerInnen das Bild des guten Todes aussieht, so gelangt man zu folgender Erkenntnis: Unter den BefürworterInnen, die sich für eine Legalisierung von Euthanasie aussprechen, ist der Leitgedanke jener, dass ein würdevolles Sterben ein selbstbestimmter Tod ist. Wenn das frühzeitige Ableben gewünscht wird, so soll jeder das Recht darauf erhalten, autonom darüber entscheiden zu können, was mit dem eigenen Körper passiert. Auch Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, eigenständig zu handeln, sollen Hilfe bekommen, wenn sie dies wünschen. Der selbstbestimmte Tod gilt dieser Ansicht nach als guter, würdevoller Tod. Die Seite der EuthanasiegegnerInnen spricht sich hingegen klar dafür aus, dass die frühzeitige Beendigung des Lebens, aus welchem Grund auch immer, nicht einem guten, würdevollen Sterben entspricht. So schreibt Palliativmedizinerin Noëmi de Stoutz, die sich für eine adäquate Betreuung Sterbender und gegen Sterbehilfe ausspricht: „Euthanasie kann als Flucht nach vorn gesehen werden, und Flucht hat mit Würde nie viel zu tun.“²⁵³ Sie meint damit einen Fluchtversuch aus den Zuständen des derzeitigen Lebens, keinen Umgang mit der Angst, sondern völliges Erlöschen dieser. Jenem Bild vom guten, würdevollen Sterben würde es somit widersprechen, wenn anstatt dem Versuch der Verbesserung der Lebensqualität, der Versuch eines frühzeitigen Lebensende getätigt wird.

²⁵³ Stoutz: *Palliative Betreuung und Sterbebegleitung statt Sterbehilfe*, S.40.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es kein allgemeingültiges Rezept für gutes Sterben gibt. Die Auseinandersetzung mit der Literatur hat gezeigt, dass in unterschiedlichen Gesellschaften und Zeiten die Auffassung bezüglich eines angemessenen Umgangs mit sterbenden Menschen differiert. Tatsache ist, dass jeder Mensch individuell ist und damit auch die Wünsche und Anliegen, das Schmerzempfinden, der Umgang mit Affekten und der Umgang mit dem eigenen Tod von Person zu Person verschieden sind. Durch die Palliative Care und die Hospizbewegung wurde eine Möglichkeit gefunden, auf jene sterbenden Menschen so einzugehen, dass ein gutes Sterben für jene auf bestem Weg ermöglicht werden kann. Der Aufenthalt in einem Hospiz stellt somit eine Möglichkeit dar, wie der Mensch in liebevoller Begleitung würdevoll aus der Welt scheiden kann. Die Tatsache, dass wir sterblich sind, ist ein das Leben stets beeinflussendes Faktum. Der Umgang mit jener Tatsache kann jedoch von Mensch zu Mensch variieren. Der Wunsch nach Nähe und Zuneigung am Ende des Lebens ist nicht auf alle Menschen übertragbar. Möglicherweise bevorzugen es andere am Ende ihres Lebens die Zeit alleine verbringen zu können, um mit sich selbst Frieden schließen zu können. Anhand der Aufarbeitung von Fachliteratur sollte gezeigt werden, wie in der Gesellschaft der Versuch unternommen wird, gutes Sterben zu ermöglichen. Dennoch bleibt schlussendlich jedem Menschen die Entscheidung überlassen, was er selbst unter einem ‚guten Sterben‘ versteht und welche Erwartungen er vom Ende des Lebens hegt.

9. Fachdidaktischer Teil

9.1 Einleitung

Der zweite Teil der Diplomarbeit beschäftigt sich mit der fachdidaktischen Aufbereitung der aus dem wissenschaftlichen Teil erlangten Erkenntnisse. Im Folgenden werden zwei selbst erstellte Unterrichtskonzepte, die jeweils fünf Unterrichtseinheiten zu je 50 Minuten umfassen, vorgestellt. Die erste Unterrichtsplanung bezieht sich auf den Ethikunterricht in der Sekundarstufe 2. Da es für den Ethikunterricht aktuell keinen allgemeingültigen Lehrplan gibt und der Umgang mit dem Sterben somit nicht eindeutig einer Schulstufe zugeordnet werden kann, wurde das Konzept so gestaltet, dass es in der gesamten Oberstufe angewandt werden kann. Die Methoden und Inhalte wurden so gewählt, dass jene auch am Anfang der Sekundarstufe 2, oder eventuell sogar gegen Ende der Sekundarstufe 1, angewandt werden könnten. Die zweite Unterrichtsplanung wurde für den Philosophieunterricht in der achten Klasse einer Allgemeinbildenden höheren Schule gestaltet, vorzugsweise für die Aufbereitung im Wahlpflichtfach Philosophie.

Zu Beginn findet eine mit Literatur unterlegte Vorstellung der gewählten Unterrichtsmethoden, Sozialformen und Materialien statt. Anschließend folgen die eigenständig erstellten Unterrichtsentwürfe. Jene sind so aufgebaut, dass der Stundenverlauf zunächst mithilfe einer Planungsmatrix veranschaulicht wird. Anschließend an die Planung in Tabellenform findet eine genauere Beschreibung der Vorgehensweise im Unterricht statt. Bei einem Teil der geplanten Stunden finden sich außerdem einige Worte zur Begründung der gewählten Unterrichtsmethode/n. Am Ende der Unterrichtssequenzen werden die zu erreichenden Lernziele definiert.

9.2 Unterrichtsdidaktik

9.2.1 Sozialformen

Es wurde versucht, die Unterrichtsstunden so zu gestalten, dass viele verschiedene Sozialformen darin Platz finden. Vom klassischen Frontalunterricht, bei dem die Lehrperson vor der Klasse steht und die SchülerInnen aufmerksam zuhören, wird Abstand genommen. In den hier vorliegenden Planungen wird der LehrerInnenvortrag nur sehr sparsam eingesetzt. Er dient dazu, in kompakter Form wichtige Informationen zu vermitteln. Die Sprechzeit der Lehrperson soll in jenen Phasen eine Zeitspanne von fünfzehn Minuten nicht überschreiten. Ziel ist es, dass die SchülerInnen die Inhalte

größtenteils eigenständig erarbeiten. Es geht nicht um rein reproduktives Wissen, sondern auch darum, eigene Fähigkeiten wie beispielsweise Empathie und Reflexionsfähigkeit auszubauen. Durch die Zusammenarbeit in verschiedenen Konstellationen wird außerdem die soziale Kompetenz gefördert. Die SchülerInnen werden im Unterricht selbst aktiv, erarbeiten das Wissen eigenständig, erkennen ihr eigenes Potential. Gerhard Steindorf beschreibt die Selbsttätigkeit der SchülerInnen, zu der die Einzel-, PartnerInnen- und Gruppenarbeit gehören mit jenen Worten:

Für sie ist charakteristisch, daß der Lehrer hierbei anregende, aufgebende und beratende Funktion ausübt, während die Schüler eigentätig und bearbeitend am Unterricht teilnehmen.²⁵⁴

Demzufolge agiert der/die LehrerIn als LernbegleiterIn und nicht primär als WissensvermittlerIn. Die SchülerInnen nehmen nicht passiv am Unterricht teil, sondern begeben sich in eine aktive Rolle. Die Lehrperson bereitet den Arbeitsprozess vor und begleitet ihn, nimmt sich jedoch während der Lernphasen zurück, aber steht für Fragen zur Seite.²⁵⁵ In den Konzepten werden die Einzelarbeit, PartnerInnenarbeit und Gruppenarbeit im Sinne der selbsttätigen Auseinandersetzung mit dem Themengebiet genutzt. Die drei Formen sollen hier, wie sie laut Steindorf beschrieben werden, in wenigen Sätzen erläutert werden.

- *Die Einzelarbeit:* wird als „[...]Tätigwerden aus eigenen Engagement[...]"²⁵⁶ aufgefasst.
- *Die PartnerInnenarbeit:* stellt eine kooperative Arbeit zwischen zwei SchülerInnen, die sich gleichrangig gegenüberstehen, sich ergänzen und einander helfen, während sie zusammen etwas erarbeiten, dar.²⁵⁷
- *Die Gruppenarbeit:* stellt eine Sozialform dar, bei der die SchülerInnen in Gruppen von 3-6 Personen zusammenarbeiten. „Die einzelnen Schülergruppen werden auf diese Weise zu den eigentlichen Trägern des Lernprozesses.“²⁵⁸

Die Unterrichtsplanung umfasst eine ausgewogene Auswahl all jener Unterrichtsformen.

²⁵⁴ Gerhard Steindorf: *Grundbegriffe des Lehrens und Lernens*. Bad Heilbrunn [u.a.] 2000, S.156.

²⁵⁵ Vgl. Steindorf: *Grundbegriffe des Lehrens und Lernens*, S.156.

²⁵⁶ Ebd., S. 160.

²⁵⁷ Vgl. ebd., S.162.

²⁵⁸ Ebd., S.166.

9.2.2 Unterrichtsmethoden

- Lesen

Jonas Pfister schreibt im Kapitel über das Lesen im Philosophieunterricht, dass es wichtig ist, sich vorab zu überlegen, wozu man einen zu lesenden Text einsetzen möchte und welches Lernziel damit erreicht werden soll. Es wird außerdem angemerkt, dass es nicht immer sinnvoll ist, der Diskussion philosophischer Fragen einen philosophischen Text voranzustellen. Als Grundlage für die Textauswahl nennt Pfister Lehrwerke und Textsammlungen.²⁵⁹ Für die Unterrichtskonzepte wurden hier zwei approbierte Lehrbücher als Textgrundlage genommen: *Reflexionen*²⁶⁰ und *Vom Denken*²⁶¹. In den für die Arbeit gewählten Unterrichtseinheiten werden jedoch nur Grundlagentexte aus den Schulbüchern gelesen. Es werden keine Texte von PhilosophInnen verwendet, da es um die eigenständige Erarbeitung von philosophischen bzw. ethischen Fragestellungen und das Erkennen von differenzierten Sichtweisen gehen soll. Bei der Textanalyse eines speziellen philosophischen Textes würde hingegen die Beschäftigung mit der Sichtweise einer bestimmten Person oder Ansichtsweise im Mittelpunkt stehen.

- Diskutieren

Pfister definiert die philosophische Diskussion als „[...] Meinungs austausch zu einer philosophischen Frage.“²⁶² In welcher Sozialform man die SchülerInnen diskutieren lässt soll davon abhängen, was man mit der Diskussion bezwecken möchte. So ist es möglich, in Paaren, in Gruppen oder als ganze Klasse zu diskutieren. Wenn zu zweit oder in kleinen Gruppen Besprechungen stattfinden, so sollen jene im Anschluss im Plenum thematisiert werden. Die Lehrperson sollte hierbei der Klasse respektvoll gegenüber treten und ihre eigene Meinung in den Hintergrund rücken.²⁶³ Diskussionen stellen einen wichtigen Teil der Unterrichtsplanung dar. In der vorgestellten Unterrichtsplanung bekommen die SchülerInnen in unterschiedlichen Sozialformen und zu unterschiedlichen Themen die Möglichkeit, ihre Gedanken auszutauschen.

Die Pro- und Kontradebatte: Die Debatte ist eine beliebte Methode in der Politik. Jene kann auch gut im Unterricht eingesetzt werden, wenn es um die Bearbeitung von

²⁵⁹ Vgl. Jonas Pfister: *Fachdidaktik Philosophie*. Wien [u.a.] 2010 S.51ff.

²⁶⁰ Katharina Lacina: *Reflexionen. Das Philosophiebuch*. Wien 2014.

²⁶¹ Konrad Paul Liessmann [u.a]: *Vom Denken. Einführung in die Philosophie*. Wien 2007.

²⁶² Pfister: *Fachdidaktik Philosophie*, S. 38.

²⁶³ Vgl. ebd., S.43f.

Problemfragen geht, wie beispielsweise jene der Angewandten Ethik. Die SchülerInnen müssen hier in besonderer Weise argumentieren, Argumente entkräften bzw. begründen können. Während es bei der philosophischen Diskussion primär um die Aufarbeitung einer bestimmten Frage bzw. um die Wissensaneignung geht, so geht es in der Debatte um die Kunst der Überzeugung. Sie stellt auch eine Methodik zur Übung rhetorischer Mittel dar.²⁶⁴ Es findet eine Aufteilung in Gruppen statt. Es gibt die BefürworterInnen, GegnerInnen und ZuschauerInnen. Außerdem gibt es eine/n ModeratorIn, der/die die Debatte leitet und jeweils eine/n GruppensprecherIn. Die SchülerInnen versuchen sich in eine Position zu versetzen. Es ist möglich, dass sie in Wirklichkeit eine andere persönliche Meinung vertreten als jene, die ihnen in der Debatte zugeteilt wurde. Der/Die GesprächsleiterIn hat dafür zu sorgen, dass das Gespräch ordnungsgemäß verläuft und nicht durcheinander geredet wird. Der Debatte soll eine gemeinsame Auswertung und Reflexion folgen, in der analysiert, aber nicht gewertet wird.²⁶⁵

Das Rollenspiel: „Im Rollenspiel wird – wie der Name sagt – eine mehr oder weniger präzise definierte Rolle zur Richtschnur des Handelns in einer vorgestellten Situation genommen.“²⁶⁶ Hilbert Meyers teilt das Rollenspiel in zwei Formen: das gelenkte und das offene Rollenspiel. Im ersten Fall gibt es klar vorgegebene Rollen, die eingenommen werden müssen. Wählt man die offene Form, so gibt es keine festen Richtlinien und somit mehrere Handlungsoptionen.²⁶⁷ Das Rollenspiel im hier vorgestellten Ethikunterricht ist der Form des gelenkten Rollenspiels zuzuordnen.

- Schreiben

Das Philosophische Tagebuch: Bei Einträgen in das Philosophische Tagebuch (ein Buch oder Heft, das die SchülerInnen eigenständig auswählen, welches ihnen gehört und wo sie ihre Gedanken niederschreiben können) ist ein Beispiel für die Methode des privaten Schreibens. Die Gestaltung der Einträge bleibt den SchülerInnen überlassen. Wo, in welcher Weise und wie viel geschrieben wird, wird von der Lehrperson nicht vorgeschrieben. Das Sammeln von Einträgen kann sowohl der persönlichen Weiterentwicklung als auch dem Unterricht dienen. Das Erinnern an eigene

²⁶⁴ Vgl. Pfister: *Fachdidaktik Philosophie*, S.38f.

²⁶⁵ Vgl. Hilbert Meyer: *Unterrichtsmethoden. 2. Praxisband*. Berlin 2005, S. 293f.

²⁶⁶ Meyer: *Unterrichtsmethoden. 2. Praxisband*, S.357.

²⁶⁷ Vgl. ebd., S. 357.

Überlegungen durch das Lesen der verfassten Notizen kann beispielsweise als Grundlage bei Diskussionen oder dem Verfassen schriftlicher Arbeiten dienen.²⁶⁸

Der Philosophische Essay: Beim Verfassen eines Philosophischen Essays wird von den SchülerInnen eine hohe Textkompetenz vorausgesetzt. Es soll ein stimmiger Text aus Einleitung, Hauptteil und Schluss konzipiert werden. In der Einleitung soll eine Frage gestellt werden, die im Essay bearbeitet werden soll. Im Fall der hier geplanten Unterrichtsstunde lautet die Frage: „Wie gelingt gutes Sterben?“ Im Weiteren wird die Relevanz begründet, Argumente für die eigene These gefunden, zum Schluss eine Beantwortung der Frage stattfinden und ein Fazit gezogen werden. Falls der Unterricht im Zuge des Wahlpflichtfachs stattfindet und weitere Einheiten für die Bearbeitung des Essays aufgebracht werden können, können die Aufsätze bei Bedarf auch bei der Philosophie-Olympiade²⁶⁹ eingereicht werden.²⁷⁰

Pfister beschreibt die beiden hier genannten Schreibformen als künstlerische Tätigkeiten, da sie nicht nur Reproduktion von erlangtem Wissen, sondern auch eigene Fähigkeiten und einen kreativen Prozess verlangen.²⁷¹

Arbeitsblätter: Eine weitere Form des Schreibens bildet das Vervollständigen von Arbeitsblättern. Jene geben einen bestimmten Auftrag vor, der auf dem Zettel erfüllt werden soll. Laut Hilbert Meyer lassen sich vier Funktionen von Arbeitsblättern unterscheiden, die angewandt werden können. Arbeitsblätter können für die Verarbeitung eines neuen Lerninhalts, als Einstieg in ein neues Thema, zur Vertiefung gelernter Inhalte oder zur Unterrichtsdokumentation dienen.²⁷²

In der folgenden Unterrichtsplanung werden alle vier Funktionen beachtet. Der Großteil der erstellten Arbeitsblätter dient der Verarbeitung der Lehninhalte. Sie werden zur Festigung gelesener bzw. gehörter Inhalte genutzt. Als Ergänzung zu den Schulbüchern werden auch audiovisuellen Medien verwendet. Auch die Funktionen unter den Punkten zwei und drei (Einstieg in ein neues Thema und Vertiefung gelernter Inhalte) werden genutzt, beispielsweise bei der Erarbeitung von Pro- und Kontraargumenten zu einem

²⁶⁸ Vgl. Pfister: *Fachdidaktik Philosophie*, S. 57f.

²⁶⁹ Weitere Informationen zur Philosophie-Olympiade unter: <http://www.philolympics.at/> (Zugriff 18.04.2017).

²⁷⁰ Vgl. Pfister: *Fachdidaktik Philosophie*, S. 71ff.

²⁷¹ Vgl. ebd., S. 91.

²⁷² Vgl. Meyer: *Unterrichtsmethoden. 2. Praxisband*, S. 308.

bestimmten Themenbereich. Das Festhalten des Tafelbildes auf einem Arbeitsblatt kann unter Punkt vier, der Unterrichtsdokumentation bzw. Abbildung des Tafelbildes, eingeordnet werden.

9.2.3 Unterrichtsmaterialien/-medien

In den Schulbüchern für den Philosophieunterricht finden sich größtenteils unter den Kapiteln Anthropologie und Ethik Materialien, die für die hier behandelte Thematik verwendet werden können. Auch in Lehrwerken der Angewandten Ethik und Palliativmedizin finden sich Unterlagen zu den Themen Tod und Sterben, sowie einige Fallbeispiele, die man im Unterricht behandeln kann. Werden Beispiele für den Unterricht ausgewählt, so sollte davor erkenntlich sein, was mit der Thematisierung bewirkt werden soll. Nicht alle Beispiele eignen sich nämlich für den Unterricht an der Schule bzw. das Philosophieren mit Jugendlichen.

Neben den Materialien in verschiedenen Lehrwerken finden sich auch im Internet Unterrichtsmaterialien, die sich mit dem Thema Sterben und dem Tod befassen. Da es sich um eine sehr heikle Thematik handelt, ist besondere Vorsicht geboten. Auch hier eignen sich nicht alle Materialien für den Unterricht. Der Umgang mit solch einem Themenbereich muss sensibel gestaltet werden. Besonders bei visuellen Medien ist darauf zu achten, ob der Gebrauch für den Unterricht geeignet erscheint. Da der Anblick sterbender oder toter Menschen den SchülerInnen Angst bereiten könnte und zum Auslöser negativer Emotionen führen kann, kann im Unterricht auch auf die Arbeit mit visuellen Medien verzichtet werden. In dieser Arbeit kommen jedoch zwei audiovisuelle Medien (deren Auswahl im jeweiligen Abschnitt begründet wird) zum Einsatz. Der Einsatz moderner Medien wird von den SchülerInnen im Regelfall gern gesehen und bietet eine Abwechslung zur Arbeit mit dem Schulbuch oder sonstigen Materialien.

Für das Einbinden der Hospizidee in den Unterricht ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten. Auf den Besuch eines Hospizes wurde in den hier angeführten Unterrichtseinheiten verzichtet. Dies wird damit begründet, dass Exkursionen immer mit hohem Zeitaufwand verbunden sind. Besonders die Philosophiestunden sind sehr begrenzt und daher stehen Exkursionen nicht immer zur Option. Auch kann der Besuch in einem Hospiz für die SchülerInnen eine Überforderung darstellen. Daher wurden an dieser Stelle Alternativen gewählt. Die erste Alternative ist das Einladen eines/r Hospizmitarbeiters/in in die Schule. Im zweiten Konzept wird den Jugendlichen die

Hospizidee mit Hilfe eines Videos über ein österreichisches Hospiz, der Caritas Socialis, in dem die zentralen Leitgedanken in angemessener Weise vermittelt werden, näher gebracht.

Für den Unterricht wird ein Klassenraum benötigt, der mit einer Tafel und einem Beamer, sowie einem Internetzugang ausgestattet ist. Von der Lehrperson selbst sind für die geplanten Unterrichtseinheiten außerdem Magnete, Knetmasse, Karteikarten und falls kein Standcomputer vorhanden ist, ein Laptop, mitzubringen.

9.2.4 Die kompetente Lehrperson

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass trotz einer sorgfältigen Materialauswahl die Beschäftigung mit solch einem Themenbereich bei Jugendlichen zum Aufkommen von emotionalen Regungen führen kann. Zu bedenken ist auch, dass es möglich ist, dass sich eine/r der SchülerInnen zum Zeitpunkt des Themenblocks in einer ähnlichen Lage befindet, wenn beispielsweise ein nahestehender Mensch an einer unheilbaren Krankheit leidet oder bereits verstorben ist. Falls es zu Situationen solcher Art kommt, sollte der Unterricht nicht konsequent weitergeführt, sondern unterbrochen und Zeit für eine Thematisierung geschaffen werden. Die SchülerInnen dürfen in so einem Fall mit ihren Emotionen nicht alleine gelassen werden. Ob das Eingehen auf den/die SchülerIn im Plenum oder im Gespräch unter vier Augen stattfindet, muss je nach Situation und SchülerIn von der Lehrperson entschieden werden. Daraus wird erkenntlich, dass die Auseinandersetzung mit diesem Thema im Unterricht, neben einer angemessenen Methoden- und Materialauswahl, auch eine kompetente, einfühlsame Lehrperson bedarf.

9.3 Fachdidaktische Aufbereitung des Themas im Ethikunterricht

9.3.1 Einleitung

Im folgenden Teil werden die im ersten Teil der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse herangezogen und veranschaulicht, wie jene Inhalte im Ethikunterricht behandelt werden können. Hierbei handelt es sich um eine Auswahl zentraler Inhalte, die in eine eigenständig erstellte Unterrichtsplanung integriert werden. In den folgenden Abschnitten werden hierzu die jeweiligen Unterrichtseinheiten vorgestellt. Den Anfang bildet die Planungsmatrix. Danach folgt eine schriftliche Erklärung des Ablaufs des Unterrichts.

9.3.2 Erste Unterrichtseinheit

Zeit	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		
		Aktivität / Inhalt	Methoden	Materialien/ Medien
50 Min				
5 Minuten	Die SchülerInnen wissen über das neue Unterrichtsthema Bescheid	Begrüßung der Klasse; Verkündigen des neuen Themas; Austeilen der Materialien	LehrerInnen-vortrag	Knetmasse
5 Minuten	Die SchülerInnen betätigen sich kreativ und setzen sich mit ihrer eigenen Auffassung vom Thema Tod auseinander	Formen der Knetmasse	Einzelarbeit	Knetmasse
10 Minuten	Die SchülerInnen hören einander aufmerksam zu	Vorstellen der erstellten Kunstwerke	Unterrichts-gespräch	Erstellte Kunstwerke; Fotoapparat
2 Minuten	Die SchülerInnen entnehmen dem Video zentrale Informationen	Gemeinsames Ansehen eines Einführungsvideos zum Thema Tod	Arbeit mit audiovisuellen Medien	Beamer; Computer/ Laptop; Video ²⁷³
8 Minuten	Die SchülerInnen können die Kernaussage des Videos wiedergeben	Besprechen des Videos; Beantworten der Fragen; Herausarbeiten von verschiedenen Arten zu sterben	Unterrichts-gespräch	Beamer; vorbereitete Fragestellungen

²⁷³ http://www.rbb-online.de/schulstunde-tod/das_sterben/was_kommt_das_geht.html

10 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage sich in eine als ob Situation zu versetzen und können ihre Gedanken dazu verschriftlichen	Die SchülerInnen versetzen sich in die Lage eines/r unheilbar Kranken und notieren ihre Gedanken	Einzelarbeit	Zettel; Stift
10 Minuten	Die SchülerInnen können mit ihren KollegInnen in einen Diskurs über ihre zentralen Gedanken treten	Gemeinsames Besprechen der individuellen Gedanken	Diskussion im Plenum	Fragestellung; Notizen

Stundenverlauf der ersten Unterrichtsstunde

Zum Einstieg sollen die SchülerInnen ohne jegliche Vorgabe kreativ werden. Sie bekommen ein Stück Knetmasse und werden dazu aufgefordert, intuitiv darzustellen, was sie spontan mit dem Tod verbinden. Wenn alle SchülerInnen etwas aus der Masse geformt haben, stellen sie einzeln ihr erstelltes Kunstwerk vor. Die Lehrperson fotografiert dabei das Werk und bringt die Fotos in der letzten Unterrichtseinheit in ausgedruckter Form mit. Nach dem Einstieg wird ein Video vorgespielt. Der kurze Clip stellt das Leben als Achterbahnfahrt dar, an deren Ende der Tod wartet. Nach dem Ansehen des Videos werden vorbereitete Fragen mit Hilfe des Beamers an die Leinwand projiziert. Die Fragen sollen nun beantwortet werden:

- *Warum ist das Leben der Menschen mit einer Fahrt in einer Achterbahn vergleichbar?*
- *Welche Sterbeursachen werden im Video genannt? Fallen dir weitere ein?*
- *Welcher Grund wird dafür genannt, dass es nötig ist, dass Tiere und Menschen sterben?*

Die SchülerInnen dürfen sich freiwillig melden und ihre Gedanken zu den gestellten Fragen wiedergeben. Im darauffolgenden Gespräch soll einerseits verdeutlicht werden, dass der Tod zum Leben dazu gehört und alle Menschen sterben müssen, damit es überhaupt Leben auf der Erde geben kann, andererseits sollen die verschiedenen Todesursachen besprochen werden. Dabei soll es vor allem um die Erkenntnis gehen, dass nicht alle Menschen im Alter sterben, sondern Unfälle, Krankheiten usw. ebenfalls Todesursachen darstellen, die in jedem Alter eintreffen können. Angeknüpft an den Tod

durch eine unheilbare Krankheit soll eine Schreibübung stattfinden. Per Beamer wird ein Text an die Leinwand projiziert:

Stell dir vor, du erhältst die Diagnose, dass du unheilbar krank bist und nur mehr ein Jahr zu leben hast. Was würdest du tun?

Leitfragen:

- *Was würdest du dir in dieser Situation von deinen Mitmenschen wünschen?*
- *Was möchtest du unbedingt noch vor dem Eintreten des Todes erledigen?*
- *Wo und wie möchtest du gerne sterben?*

Die Fragestellung ist absichtlich relativ offen gestellt. Es soll keine genauen Vorgaben geben, auf die eingegangen werden muss. Die SchülerInnen sollen selbst darüber nachdenken, mit welchen Gedanken sie konfrontiert werden würden, wenn sie solch eine Diagnose erhalten würden. Die Leitfragen stellen eine Anregung dar, worüber die SchülerInnen sich in diesem Zusammenhang Gedanken machen können. Die SchülerInnen schreiben ihre Gedanken nieder. Im Anschluss werden die Überlegungen im Plenum besprochen. Da es sich um die erste Einheit der Beschäftigung mit der Thematik handelt, wird es vermutlich zu unterschiedlichen Überlegungen kommen. Ziel ist es, eine kleine Diskussionsrunde zu starten, in der sich die SchülerInnen über ihre Gedanken austauschen und sie begründen können. Im Zuge der Plenumsdiskussion soll außerdem auf die begriffliche Differenz der Wörter Tod und Sterben aufmerksam gemacht werden, sodass die SchülerInnen in weiterer Folge auf den differenzierten Gebrauch achten.

- Begründung der Medienauswahl

Das für den Unterricht gewählte Video, wurde im Zuge der ARD Themenwoche zum Thema „Leben mit dem Tod“²⁷⁴ für den Unterricht bereitgestellt. Nach sorgfältiger Analyse erscheint es auf Grund folgender Punkte für den Unterricht an der Schule, angemessen:

²⁷⁴ Für genauere Infos: http://www.rbb-online.de/schulstunde-tod/das_sterben/was_kommt_das_geht.html (Zugriff 09.05.2017).

- Kurze Dauer von 2:02
- Prägnante Darstellung des Lauf des Lebens
- Kindgerechte Darstellung des Themas Sterben
- Verknüpfung des Inhalts mit anschaulichem Bildmaterial

Das Video ist für die Grundschule konzipiert worden und kann daher in der Sekundarstufe ohne Bedenken eingesetzt werden. Besonders für den Einstieg in die Thematik eignet sich der kurze Ausschnitt sehr gut.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Begriffsdefinition:* Differenzierung von den Begriffen ‚Tod‘ und ‚Sterben‘.
- *Todesursachen:* Benennen von verschiedenen Todesursachen.
- *Sterblichkeit:* Beschäftigung mit der Frage: „Warum müssen Lebewesen sterben?“
- *Endlichkeit:* Was bedeutet es für einen Menschen eine bewusst wahrgenommene, begrenzte verbleibende Lebenszeit zu haben? Welche Rolle spielt Krankheit in jenem Zusammenhang?

9.3.3 Zweite Unterrichtseinheit

Zeit	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		
		Aktivität / Inhalt	Methoden	Materialien/ Medien
50 Min				
15 Minuten	Die SchülerInnen erlangen Wissen über die Geschichte des Todes	Vortrag über die historische Entwicklung der Todesthematik – Sterben früher und heute	LehrerInnen-vortrag	Tafel; Kreide
20 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage, ethische Fragestellungen in Bezug auf medizinische Neuerungen zu erkennen und artikulieren	Nachdenken über Probleme, die durch medizintechnischer Möglichkeiten aufkamen	Think – Pair – Share	Zettel; Stift
7 Minuten	Die SchülerInnen wissen, womit sich die Medizinethik beschäftigt und können die vier grundlegenden Prinzipien nennen	Lesen des Textes über Medizinethik & die 4 Prinzipien nach Beauchamp und Childress	Plenum; gemeinsames Lesen	Lehrbuch

8 Minuten	Festigung des Erlangten Wissens; Eigenständige Verbesserung möglicher Fehler	Ausfüllen & Vergleichen des Arbeitsblattes	Einzelarbeit; Unterrichtsgespräch	Arbeitsblatt 1
-----------	--	--	-----------------------------------	----------------

Stundenverlauf Unterrichtsstunde 2

- Historischer Überblick

Den Einstieg in die Unterrichtsstunde bildet ein Vortrag der Lehrperson, der die SchülerInnen über die historische Entwicklung des Todes informiert. Dabei erzählt die Lehrkraft, wie die Menschen früher gestorben sind und wie sich der Sterbeprozess gewandelt hat. Hier soll auf die Rolle der Angehörigen, den Sterbeort und den Umgang mit dem Tod eingegangen werden. Als Grundlage für den Wissenserwerb der Lehrperson kann beispielsweise Philippe Aries Werk *Geschichte des Todes* herangezogen werden, der sich ausführlich mit der Thematik beschäftigt hat. Die Zeit des LehrerInnenvortrags sollte eine Zeitspanne von fünfzehn Minuten nicht überschreiten. Mit dem Wandel kann auch die Entwicklung in der Medizin beschrieben werden. Die SchülerInnen sollen, nachdem sie aufmerksam zugehört haben, nun eigenständig tätig werden. Es geht darum zu überlegen, welche Konfliktsituationen durch den Fortschritt in der Medizin auftreten können. Die SchülerInnen sollen nach der Think-Pair-Share Methode zuerst selbst darüber nachdenken, anschließend mit einem/r PartnerIn mögliche Problemsituationen und dazu gehörige Fragestellungen notieren und jene Ideen dann mit der Klasse teilen. Die gemeinsam gesammelten ethischen Fragestellungen werden an der Tafel notiert.

- Medizinethik

Um einen Einblick in einen Teilbereich der Angewandten Ethik, der Medizinethik zu erlangen, wird im Ethikkapitel eines Lehrwerks gemeinsam ein Text gelesen. Der gewählte Textabschnitt erläutert den Aufgabenbereich der medizinischen Ethik und führt die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress an. Nach dem Lesen im Plenum erhalten die SchülerInnen ein Arbeitsblatt zum Text, durch welches die gelesenen Inhalte gefestigt werden sollen. Das Arbeitsblatt wird im Anschluss im Plenum verglichen und Unklarheiten besprochen. Die Auseinandersetzung mit den vier Prinzipien in der Medizinethik soll auf die Auseinandersetzung mit Konfliktsituationen vorbereiten. Damit

haben sie mögliche Leitprinzipien kennengelernt, die sie in dem in der darauffolgenden Unterrichtsstunde geplante Rollenspiel, anwenden können.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Geschichte des Todes*: Es wird ein Überblick über die Geschichte des Todes gegeben. Inhaltlich soll aufgezeigt werden wo und wie Menschen in den vergangenen Jahrzehnten gestorben sind und wie sich Ort, Umgang und Rituale gewandelt haben.
- *Medizintechnische Neuerungen*: Nicht nur die Umgebung des Sterbens und der Umgang in der Gesellschaft, sondern auch die Art und Weise des Sterbeprozesses haben einen Wandel durchlebt. Es geht um die Auseinandersetzung mit den medizinischen Innovationen und ihren Einfluss auf das Ableben der Menschen sowie um die daraus resultierenden Problemsituationen.
- *Medizinethik*: Es kommt zu einem Einblick in die Medizinethik durch das Erarbeiten der vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress.

9.3.4 Dritte Unterrichtseinheit

Zeit	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		
		Aktivität / Inhalt	Methoden	Materialien/ Medien
50 Min				
20 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage, sich in eine bestimmte Rolle hineinzusetzen	Durchführen eines Rollenspiels	Rollenspiel	Karteikarten
10 Minuten	Die SchülerInnen reflektieren ihre Rolle bzw. das wahrgenommene Schauspiel	Nachbesprechung des Rollenspiels	Plenumsdiskussion	-
5 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage, Assoziationen zu artikulieren	Ausgehend vom Begriff Sterbebegleitung nennen alle SchülerInnen assoziativ einen Begriff	Assoziationskette	-

15 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage, Fragestellungen, die ihnen zum Erwerb von Informationen verhelfen, zu entwickeln	Erstellen eines Fragenkatalogs zum Thema Hospiz	Gruppenarbeit	Zettel; Stift
------------	---	---	---------------	---------------

Stundenverlauf der dritten Unterrichtsstunde

- Rollenspiel

Um einen Einblick in den Bereich der Medizinethik zu gewinnen, sollen sich die SchülerInnen mit einer fiktiven Konfliktsituation auseinandersetzen, die in ähnlicher Weise auch tatsächlich in der Realität stattfinden könnte. Freiwillige SchülerInnen melden sich, um eine Rolle zu übernehmen. Die Lehrperson bereitet Karteikarten vor, auf welchen sich Personenbeschreibungen befinden. Die Rollen werden gezogen. Dabei ist es nicht relevant, welches Geschlecht die SchülerInnen haben, da die Texte neutral verfasst wurden. Ziel ist es, dass sich die SchülerInnen in die Lage der Person hineinversetzen, und versuchen, die Gedanken eines Menschen in dieser Situation wiederzugeben. Alle weiteren SchülerInnen fungieren als BeobachterInnen. Die BeobachterInnen erhalten die zusätzliche Aufgabe, sich Gedanken zu machen, wie in jenem Fallbeispiel nach den Leitprinzipien von Beauchamp und Childress argumentiert werden könnte.

Anschließend soll ein fiktives Beispiel durchgespielt werden. Ein/e PatientIn befindet sich im Endstadium von Krebs. Er/Sie möchte auf jegliche Behandlungen im Spital verzichten und die letzten Tage oder Wochen zu Hause, im Kreise von Freunden und Familie verbringen. Es ergeben sich folgende, selbst erstellte Rollenbilder:

- **PatientIn:** Du hast vor einigen Monaten die Diagnose erhalten, dass du an Krebs leidest. Trotz zahlreicher Therapien konntest du nicht geheilt werden und wirst nur mehr kurze Zeit zu leben haben. Die weißen Wände und Kittel im Spital kannst du nicht mehr sehen, du wünschst dir nichts sehnlicher, als deine letzte Lebenszeit in deinem eigenen Zuhause im Kreise deiner Familie verbringen zu können. Obwohl du weißt, dass im Spital die Versorgung optimal für dich ist, möchtest du jenes lieber verlassen, auch wenn es die Konsequenz mit sich bringt, dass du dadurch früher stirbst.

- **ÄrztIn:** Du bist der/die behandelnde ÄrztIn des/der PatientIn und überhaupt nicht einverstanden damit, dass er/sie das Spital verlassen möchte. Es ist zu riskant, den/die PatientIn gehen zu lassen, da er/sie auf die medizinische Versorgung im Spital angewiesen ist. Es besteht die Möglichkeit, dass der/die PatientIn bereits nach einigen Tagen verstirbt, nachdem die medizinischen Maßnahmen unterlassen wurden. Dies würde die Lebenszeit massiv verkürzen. Durch den Aufenthalt zu Hause könnte in Notfallsituationen nicht gehandelt werden und auch die Angehörigen könnten mit der Pflege des/der Kranken überfordert sein.
- **KrankenpflegerIn:** Du bist KrankenpflegerIn im Spital und hilfst dem/der PatientIn bereits seit einiger Zeit bei der Pflege. Ihr habt viel miteinander gesprochen und du erkennst, wie sehr sich der/die PatientIn wünscht, nach Hause zu dürfen. Da du eine Zusatzausbildung im Bereich der Sterbebegleitung hast, machst du darauf aufmerksam, dass die Möglichkeit besteht, HelferInnen zu der PatientIn nach Hause zu schicken, die die Familie bei der Sterbebegleitung unterstützen. Deiner Meinung nach ist es in Ordnung, den/die PatientIn nach Hause zu entlassen, wenn die zusätzliche Hilfe von ausgebildeten HelferInnen von der Familie in Anspruch genommen wird.
- **Ein/e Angehörige/r des/der PatientIn:** Du bist ein Familienmitglied des/der PatientIn. Obwohl du Angst vor dem Verlieren deiner geliebten Bezugsperson hast, ist es dir wichtig, dass sein/ihr letzter Wunsch in Erfüllung geht. Du weißt, dass sich die PatientIn nichts mehr wünscht, als zu Hause im Umkreis der Familie sterben zu dürfen. Deiner Meinung nach ist es besser in Würde und ohne medizinische Eingriffe zu sterben, die den Tod aufzuhalten versuchen, auch wenn das bedeutet, dass der Tod früher eintritt. Du bittest das Krankenhauspersonal darum um die Entlassung der PatientIn.
- **Ein/e FreundIn des/der PatientIn:** Du bist ein/e enge/r FreundIn des/der PatientIn. Du findest es unverantwortungsvoll, dass man überhaupt darüber nachdenkt, deine/n FreundIn nach Hause zu entlassen. Ihr kennt euch bereits seit eurer Kindheit und du weißt, dass er/sie immer gekämpft hat. Wenn dein/e FreundIn nun entlassen werden würde, so würde er/sie sich seinem/ihrem Schicksal kampflos hingeben. Das widerspricht deiner Meinung nach dem Charakter deine/s Freundin/Freundes. Daher findest du, dass der/die PatientIn die letzte Lebenszeit im Spital verbringen sollte, wo er/sie optimal betreut wird. Denn

so hat er/sie die Möglichkeit länger zu leben und ihr könnt noch mehr Zeit gemeinsam verbringen.

- Reflexion

Am Ende des Rollenspiels soll eine Reflexion stattfinden. Welchen Ausgang nahm das Beispiel? Gab es eine Einigung? Wenn ja, wie lautete jene? Hier sind einerseits die BeobachterInnen gefragt, indem sie ihre Eindrücke wiedergebenden und andererseits die SchauspielerInnen, die darüber sprechen, wie es ihnen in ihrer Rolle ergangen ist. Auch eine Verknüpfung mit den Inhalten der letzten Stunde soll stattfinden, indem die SchülerInnen das Rollenspiel mit den vier Prinzipien verbinden. In der Reflexion soll auf das Thema Palliative Care aufmerksam gemacht werden. Mit der Frage um die Betreuung in der letzten Lebenszeit und die Möglichkeit des Sterbens im eigenen Zuhause soll ein Übergang zum Thema Hospiz geschaffen werden.

- Fragebogenerstellung

Für die nächste Unterrichtseinheit ist ein Zusammentreffen mit einem/r HospizmitarbeiterIn geplant. Die SchülerInnen bekommen von der Lehrperson keine Informationen zu diesem Thema. Sie sollen sich Gedanken darüber machen, was man unter dem Begriff verstehen kann und ihre Fragen niederschreiben. Die SchülerInnen sollen sich hierfür in Gruppen von 3-5 Personen zusammenschließen und einen Fragenkatalog erstellen. Jener soll in der darauffolgenden Unterrichtsstunde als Grundlage für das Gespräch dienen. Die SchülerInnen sollen dem/der MitarbeiterIn ihre Fragen stellen und jene auch auf ihrem Bogen beantworten können. Die Fragen können sehr allgemein gehalten sein. Beispielsweise kann nach der Größe der Zimmer, Aufenthaltsdauer oder Ausstattung gefragt werden. Andererseits sollen auch Fragen bezüglich der Betreuung und dem Umgang mit dem Tod formuliert werden.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Unheilbar krank*: Umgang mit einer unheilbaren Krankheit. Welche Rolle nehmen Beteiligte ein? Was zählt am Ende des Lebens? Welche Konflikte können entstehen?
- *Sterbebegleitung*: Es wird darüber nachgedacht, worin die Begleitung sterbender Personen bestehen kann.

- *Hospiz:* In jener Stunde soll ein intuitiver Zugang zur Thematik behandelt werden. Die SchülerInnen fragen sich, was unter dem Begriff ‚Hospiz‘ zu verstehen ist. Ihr Interesse soll geweckt werden.

9.3.5 Vierte Unterrichtseinheit

Zeit	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		
		Aktivität / Inhalt	Methoden	Materialien/ Medien
5 Minuten	Die SchülerInnen wissen über den Ablauf der Unterrichtseinheit Bescheid	Einleitung durch die Lehrperson; Vorstellung des/der HospizmitarbeiterIn; Vorbereitung der Fragebögen	LehrerInnen-vortrag	-
40 Minuten	Die SchülerInnen erlangen Wissen über das Hospiz; Sie können ihre Fragen artikulieren und die wichtigsten Fakten notieren	Vortrag des/der HospizmitarbeiterIn; Beantwortung der Fragen der SchülerInnen	Vortrag des/der HospitmitarbeiterIn	Variabel
5 Minuten	-	Abschluss; Dank für den Vortrag; Ankündigung für die nächste Unterrichtsstunde	LehrerInnen-vortrag	-

Stundenverlauf der vierten Unterrichtsstunde

Für die Unterrichtseinheit wird ein/e MitarbeiterIn des Hospiz eingeladen. Die SchülerInnen haben Fragen vorbereitet, die sie während der Einheit stellen werden. Primär geht es darum, dass die SchülerInnen einen Einblick in den Tätigkeitsbereich, das Menschenbild und die Intention der Hospizbewegung bekommen.

Unterrichtsinhalt im Überblick:

- *Thema Hospiz:* Die Inhalte des Vortrags richten sich nach dem erstellten Fragenkatalog der SchülerInnen. Folgende Begriffe sollen jedoch auf jeden Fall in der Unterrichtseinheit geklärt werden: Hospizbewegung, Palliative Care, Sterbebegleitung, Schmerzlinderung und Ehrenamt.

9.3.6 Fünfte Unterrichtseinheit

Zeit	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		
		Aktivität / Inhalt	Methoden	Materialien/ Medien
50 Min				
5 Minuten	Die SchülerInnen sind sich ihrer Unklarheiten bewusst und können Fragen formulieren	Nachbesprechung des Vortrags des/der HospizmitarbeiterIn; Klären offener Fragen	Unterrichtsgespräch	Fragebogen
25 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage die Inhalte der letzten Stunde zu verknüpfen und Erkenntnis zu gewinnen	Gruppenteilung; Anfertigen eines Plakats zum Thema „Das gute Sterben“ und Vorstellen im Plenum	Gruppenarbeit; Plenum	Plakate; Stifte
20 Minuten	Die SchülerInnen sind sich über ihren Wissenszuwachs bewusst; Sie haben eine kritische Haltung entwickelt und sind sich ihrer eigenen Entwicklung bewusst	Anfertigen eines neuen Kunstwerks; Reflexion über den Themenblock; Abschluss	Einzelarbeit; Unterrichtsgespräch	Knetmasse; Fotos

Stundenverlauf der fünften Unterrichtsstunde

Zu Beginn der Stunde soll den SchülerInnen die Möglichkeit gegeben werden, nochmals über den Vortrag des/der HospizmitarbeiterIn zu sprechen. Offene Fragen können an dieser Stelle geklärt werden.

- Was bedeutet gutes Sterben?

Diese Frage sollen sich die SchülerInnen nun nach der Beschäftigung mit ethischen Fragestellungen bezüglich des Themas Sterben und dem Kennenlernen von Möglichkeiten der Sterbebegleitung stellen. Hierfür werden sie in Gruppen eingeteilt. Jeweils 4-5 Personen arbeiten gemeinsam an der Gestaltung eines Plakats. Wie das Plakat gestaltet wird, bleibt den Gruppen selbst überlassen. Die Lehrperson stellt Plakate, Stifte, buntes Papier, Schere und Kleber zur Verfügung. Die SchülerInnen sollen nun darüber nachdenken, wie ihrer Meinung nach gutes Sterben gelingen kann. Es steht ihnen auch

die Option offen, zu sagen, dass es ihnen zufolge kein gutes Sterben gibt. Sie müssen dann jedoch begründen, wieso sie zu dieser Auffassung gelangt sind. Nachdem alle Gruppen ein Plakat erstellt haben, sollen jene im Plenum vorgestellt werden. Die Gruppen sollen dabei ihren KlassenkollegInnen und der Lehrperson das Plakat zeigen und beschreiben, wie sie beim Erstellen vorgegangen sind und was sie damit aussagen wollen. Auch eine Begründung ist nötig. Die Begründung ist wichtig, damit nachvollzogen werden kann, warum die SchülerInnen eine bestimmte Haltung entwickelt haben. Die Plakate können im Anschluss in der Klasse aufgehängt werden.

- Abschluss

Zum Abschluss erhält jede/r SchülerIn nochmals ein Stück Knetmasse. Es soll nun die Einstiegsübung wiederholt werden. Die SchülerInnen formen aus der Masse Dinge, die sie mit dem Thema Tod verbinden. Währenddessen heftet die Lehrperson die Fotos von den Kunstwerken der ersten Stunde an die Tafel. Die SchülerInnen sollen nun ihre Figur der Klasse präsentieren und auf ihr Foto zeigen. Dabei soll erörtert werden, ob sich etwas in der Auffassung bezüglich Sterben und Tod verändert hat, oder ob jene gleich geblieben ist. Wenn alle SchülerInnen ihre Werke vorgestellt haben, werden offene Fragen geklärt und das Thema danach abgeschlossen.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Offene Fragen:* Festigung der Inhalte des Vortrags sowie anschließende Reflexion. An dieser Stelle erhalten die SchülerInnen außerdem die Möglichkeit, Fragen zu den Inhalten der vergangenen Unterrichtseinheiten zu stellen. Die Themen richten sich auch an dieser Stelle nach dem Vortrag und dem Verständnis der SchülerInnen.
- *Das gute Sterben:* Die Frage nach gutem Sterben wird von den SchülerInnen eigenständig erörtert.
- *Abschlussreflexion:* Hier soll abschließend nochmals auf die gelernten Inhalte Bezug genommen werden. Die SchülerInnen begeben sich in eine reflexive Haltung und sind sich über ihren eigenen Erkenntnisgewinn bewusst.

9.3.7 Lernziele des Themenblocks

Neben den Lehr- und Lernzielen, die der Planungsmatrix zu entnehmen sind, sollen hier übergeordnete Lernziele formuliert werden. Die angeführten Punkte sollen nach dem Abschluss des Themenblocks von den SchülerInnen gekannt werden. Der Begriff

Lernziel wird hier im Sinne Steindorfs wie folgt aufgefasst: „Lernziele bezeichnen das nach Abschluß eines Lernaktes erwartete Verhalten (ein bestimmtes Wissen, ein Können o.ä.).“²⁷⁵

Die SchülerInnen ...

- verwenden die Begriffe ‚Tod‘ und ‚Sterben‘ in differenzierter Weise.
- kennen die geschichtliche Entwicklung der Todesthematik und wissen über den Umgang in den früheren und heutigen Gesellschaften Bescheid.
- sind in der Lage, den Begriff ‚Angewandte Ethik‘ zu definieren.
- können die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress nennen.
- erkennen Konfliktsituationen rund um die Themen Medizin und Sterben und können Lösungsvorschläge hervorbringen.
- haben Faktenwissen zu den Begriffen ‚Hospiz‘ und ‚Palliative Care‘ erlangt und können jene Begriffe eigenständig beschreiben.
- können ethischen Fragestellungen in kritischer Haltung nachgehen.
- können sich in die Lage sterbenskranker Menschen und die Rolle der Angehörigen versetzen und sind dadurch zu einer schärferen Wahrnehmung menschlicher Bedürfnisse am Lebensende gelangt.
- sind in der Lage zu beschreiben, was gutes Sterben für sie bedeutet.

9.4 Aufbereitung des Themas im Philosophieunterricht

9.4.1 Einleitung

Im folgenden Abschnitt soll ein eigenständig erarbeiteter Entwurf vorgestellt werden, wie die Themen Tod und Sterben in philosophischer Weise in der Oberstufe aufbereitet werden können. Der Unterricht richtet sich primär an die Anwendung in einer achten Klasse einer Allgemeinbildenden höheren Schule. Prinzipiell kann der Unterricht in dieser Form sowohl im Regelunterricht als auch im Wahlpflichtfach durchgeführt werden. Da die Planung fünf Stunden in Anspruch nimmt und die Philosophiestunden im Regelunterricht sehr begrenzt sind, empfiehlt sich das Unterrichten dieses Themas im Wahlpflichtfach Philosophie. Das Konzept ist so ausgerichtet, dass davon ausgegangen wird, dass es sich um einen relativ späten Zeitpunkt des Schuljahres handelt. Um die

²⁷⁵ Steindorf: *Grundbegriffe des Lehrens und Lernens*, S. 108.

Auseinandersetzung in jener Form adäquat möglich zu machen, muss bereits eine Einführung in die Bereiche der Ethik stattgefunden haben und ethische Konzeptionen wie die der Tugendethik, Kants kategorischer Imperativ und der Leitgedanke des Utilitarismus, bekannt sein. Auch die gewählten Methoden, wie die Pro- und Kontradebatte, das Schreiben eines Philosophischen Essays und das Führen eines Philosophischen Tagebuchs sollten bereits bekannt sein. Falls diese Methoden nicht gebräuchlich sind, muss mehr Zeit für die Erklärung jener Vorgehensweisen eingeplant werden. Das Thema Sterben wird einerseits aus ethischer, andererseits aus anthropologischer Perspektive betrachtet. Daher ist es auch von Vorteil, wenn die SchülerInnen bereits verschiedene Menschenbilder kennengelernt haben bzw. wissen, was unter dem Begriff zu verstehen ist. Geplant wurden fünf Unterrichtseinheiten zu je 50 Minuten. Falls es sich um ein Wahlpflichtfach handelt, können die Sequenzen auch in Doppeleinheiten abgehalten werden. Hier würde für die abschließende Reflexion noch eine sechste Stunde übrig bleiben, in der mehr Zeit für eine allgemeine Wiederholung bzw. ein vertiefendes Arbeiten an den Philosophischen Essays wäre. Der Unterricht ist so aufgebaut, dass ausgehend von allgemeinen philosophischen Überlegungen zum Thema Tod eine Verknüpfung mit dem Bereich der Ethik hergestellt wird. Anhand von Fallbeispielen werden die SchülerInnen mit Konfliktsituationen und der Frage „Was soll ich tun?“ konfrontiert. Jene Beispiele leiten zum kontrovers diskutierten Thema der Sterbehilfe über. Die SchülerInnen sollen die verschiedenen Formen kennenlernen und ihren kritischen Blick bezüglich der Euthanasiedebatte schärfen. Anschließend sollen Alternativen zur Sterbehilfe gesucht werden. Ein Beispiel bietet hierbei die Palliative Care, wie sie im Hospiz angewandt wird. Durch die Beschäftigung mit dem Menschenbild der Hospizbewegung sollen die SchülerInnen Wissen über ihr eigenes Menschenbild erlangen. Am Ende der Unterrichtseinheiten sollen sie in der Lage sein, ihre Gedanken zu der Frage „Wie gelingt gutes Sterben?“ niederzuschreiben. In einer abschließenden Reflexion sollen sie sich darüber bewusst werden, wie sich ihr eigenes Bild vom Tod und dem sterbenden Menschen durch die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik gewandelt hat.

9.4.2 Lehrplanbezug

Dem Lehrplan für Allgemeinbildende höhere Schulen für das Pflicht- und Wahlpflichtfach Psychologie und Philosophie nach ist das Unterrichtskonzept folgenden Bereichen einzuordnen:²⁷⁶

- *Sich mit dem Wesen der Menschen auseinander setzen*
 - Menschenbilder
- *Ethische Grundpositionen kennen lernen und ethische Fragestellungen analysieren*
 - Grundfragen der Ethik
 - Problem des Wertbegriffs und der Begründung von Normen
 - aktuelle Anwendungsbereiche der Ethik

9.4.3 Erste Unterrichtseinheit

Zeit 50 Min	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		
		Aktivität / Inhalt	Methoden	Materialien/ Medien
3 Minuten	Die SchülerInnen wissen über das Thema der nächsten Wochen und den Unterrichtsverlauf Bescheid	Begrüßung; Information über den Ablauf der kommenden Stunden	LehrerInnen-vortrag	-
5 Minuten	Die SchülerInnen denken eigenständig über ihre persönliche Auffassung bezüglich der Thematik nach	Abschreiben der Satzanfänge; Vervollständigung der Sätze	Unterrichtsgespräch	Tafel; Kreide; Philosophisches Tagebuch

²⁷⁶ Bundesministerium für Bildung: *Lehrplan Psychologie und Philosophie 2004*.
https://www.bmb.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp_neu_ahs_13_11865.pdf?5te97b, S.3 (Zugriff 05.04.2017). [Hervorhebung laut Text]

7 Minuten	Die SchülerInnen haben einen Einblick in die Auffassungen verschiedener Philosophen bezüglich des Themas „Tod“ erhalten	Gemeinsames Lesen eines Textes im Philosophiebuch	Gemeinsames Lesen im Plenum	Philosophiebuch
20 Minuten	Die SchülerInnen verstehen den Text; Sie können die gelesenen Inhalte in eigenen Worten wiedergeben	Beantworten der Fragen auf dem Arbeitsblatt; Ausführen des Gedankenexperiments; Besprechung mit dem/der SitznachbarIn	Einzelarbeit / PartnerInnenarbeit	Arbeitsblatt A
15 Minuten	Die SchülerInnen können ihre Gedanken wiedergeben und sind in der Lage, mögliche Problemsituationen zu erkennen	Besprechung des Arbeitsblattes; Auseinandersetzung mit aufkommenden, kritischen Fragestellungen	Besprechung im Plenum	Arbeitsblatt A; Tafel; Kreide

Stundenverlauf der ersten Unterrichtsstunde

- Persönliche Bedeutung von Sterben

Zu Beginn der Stunde, sollen die SchülerInnen eine neue Überschrift in ihr philosophisches Tagebuch schreiben. Das Thema der nächsten Wochen ist die Frage „Wie gelingt gutes Sterben?“ Anschließend werden drei, an der Tafel angeführte Satzanfänge, in das philosophische Tagebuch geschrieben. Die Lehrperson sollte bereits an dieser Stelle eine Unterscheidung bezüglich der Begriffe Tod und Sterben einführen, um einen synonymen Gebrauch der Wörter vorzubeugen. Die drei Sätze lauten:

- Sterben bedeutet für mich ...
- Ein sterbender Mensch hat/ist ...
- Tot ist man, wenn ...

Die SchülerInnen sollen hierbei die Sätze spontan fortsetzen. An dieser Stelle geht es nicht um eine ausführliche Reflexion, sondern um das aktuelle Verständnis der Begriffe und der Vorstellung welche die SchülerInnen von sterbenden Menschen haben. Die Sätze werden am Ende des Themenblocks nochmals herangezogen. Hierbei soll darauf geachtet werden, ob sich die Auffassung der SchülerInnen nach der Auseinandersetzung mit der Thematik gewandelt hat.

Exkurs *Philosophisches Tagebuch*: Für den Unterricht im (Wahlpflicht-)Fach Philosophie ist vorgesehen, dass die SchülerInnen ein Philosophisches Tagebuch führen. Jenes haben sie zu Beginn des Jahres begonnen und schreiben darin ihre persönlichen Gedanken nieder. Die SchülerInnen können für das Schreiben und Reflektieren bestimmter, im Unterricht durchgemachter Themen eine explizite Anleitung erhalten. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die SchülerInnen in ihrer Freizeit ihre Gedanken zu einem Thema niederschreiben, mit dem sie in der Schule oder in ihrem Privatleben, beispielsweise in den Medien konfrontiert wurden. Zu Beginn des neuen Themenblocks wird die Überschrift „Wie gelingt gutes Sterben?“ hinzugefügt, sodass die SchülerInnen in den folgenden Wochen all ihre Gedanken, Erlebnisse und Aufträge zum Thema in ihrem Tagebuch niederschreiben können. Die Inhalte sollen dabei privat bleiben. Bei der Beurteilung am Ende des Jahres kann beispielsweise zwar das Führen eines solchen Tagebuchs herangezogen werden, nicht jedoch die Qualität bzw. Quantität der darin enthaltenen Einträge. Da es sich um ein Tagebuch handelt, in dem die SchülerInnen auch über persönliche Erlebnisse reflektieren können, sollte die Privatsphäre durch die Lehrperson gewahrt werden.

- Heranführen an das Thema Sterben

Der Input für den Beginn der philosophischen Auseinandersetzung mit dem Thema Tod soll durch das Lesen eines Textes im Philosophiebuch erfolgen. Hierfür wurde der Text „Der Mensch und der Tod“ aus dem Schulbuch *Vom Denken* auf den Seiten 159f. ausgewählt. In jenem Text wird der Tod als Bestandteil menschlichen Lebens beschrieben, der jedoch viele Paradoxien aufwirft, sobald man bewusst und gründlich über die Themen Sterben und Tod nachdenkt. Im Text werden in kurzen Ausschnitten die verschiedenen Ansichten Sigmund Freuds und sonstiger Philosophen bezüglich der Todesthematik angesprochen. Den Anfang findet der Text mit Sigmund Freuds Theorie über das Empfinden der eigenen Unsterblichkeit. Darauf folgt das berühmte Zitat

Epikurs, durch das jener seinen Schülern die Angst vor dem Tod zu nehmen versuchte. Arthur Schopenhauers Gedanken über das Nichts, aus welchem wir stammen und zu welchem wir zurückkehren sowie Albert Camus Gedanken bezüglich der Freiheit jedes Menschen, sein Leben eigenwillig zu beenden, schließen an. Den Schluss des Textes bilden die Gedanken Martin Heideggers bezüglich seines Verständnisses über die Zeitlichkeit des Menschen.²⁷⁷ Im Anschluss an das Lesen des Einleitungstextes soll in stiller Einzelarbeit ein Arbeitsblatt bearbeitet werden.

- Arbeitsblatt A

Nach dem gemeinsamen Lesen des Einleitungstextes erhalten die SchülerInnen ein Arbeitsblatt zum Text, das sie eigenständig vervollständigen sollen. In jenem setzen sie sich nochmals mit den gelesenen Inhalten auseinander. Sie haben auch die Möglichkeit, den Text nochmals zu lesen bzw. die jeweiligen Textstellen heranzuziehen, um die passenden Antworten zu finden. Nach dem Beantworten der Fragen erwartet sie ein Gedankenexperiment. Die SchülerInnen sollen sich vorstellen, dass es einen Planeten gibt, auf welchem sich Menschen befinden, die den Tod nicht kennen. Die Aufgabe der SchülerInnen ist es, sich mit dem Gedanken der Unsterblichkeit auseinanderzusetzen. Dabei sollen sie eigenständig Vor- und Nachteile abwägen. Diese Übung erfordert einerseits Kreativität und Empathie, indem sich die SchülerInnen in die Lage der Menschen auf dem Planeten der Unsterblichkeit hineinversetzen müssen. Andererseits wird auch eine kritische Haltung gefordert, wenn sich die SchülerInnen bewusst machen, welche Probleme durch die Unmöglichkeit zu sterben aufkommen würden. Im Anschluss an die Einzelarbeit sollen die Ergebnisse mit dem/der SitznachbarIn besprochen werden. Danach werden die Notizen dem Plenum mitgeteilt und es wird besonders auf die im Gedankenexperiment erkannten Konfliktsituationen eingegangen. Die Besprechung soll die Überleitung zu einem anderen Thema ergeben: zum Wandel des Todes im Laufe der Zeit, den Fortschritten in der Medizin und den damit verbundenen ethischen Fragestellungen.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Begriffsdefinition:* Die Termini ‚Sterben‘ und ‚Tod‘ werden begrifflich unterschieden. Die SchülerInnen definieren auch ihre persönliche Bedeutung ihrer eigenen Gebrauchsweise jener Begriffe.

²⁷⁷ Vgl. Konrad Paul Liessmann [u.a]: *Vom Denken. Einführung in die Philosophie*. Wien 2007, S. 159f.

- *Philosophie und Tod:* Heranführen an die Ansichten Freunds und verschiedener Philosophen wie Epikur, Heidegger, Camus und Schopenhauer. Behandelt werden die Themen: Unsterblichkeit, Angst vor dem Tod, das Nichts, die Freiheit über die Entscheidung über das Beenden des eigenen Todes und die Zeitlichkeit des Menschen.
- *Unsterblichkeit:* Es wird der Gedanke der Unsterblichkeit aufgegriffen und über seine Bedeutung im Leben der Menschen philosophiert.

9.4.4 Zweite Unterrichtseinheit

Zeit 50 Min	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		Materialien/ Medien
		Aktivität / Inhalt	Methoden	
5 Minuten	Die SchülerInnen erinnern sich an die Inhalte der letzten Unterrichtsstunde	Gemeinsames Wiederholen der Inhalte der letzten Unterrichtsstunde	Unterrichtsgespräch	-
5 Minuten	Die SchülerInnen finden sich in den Gruppen zusammen und wissen über den Arbeitsauftrag Bescheid	Gruppenfindung; Austeilen der Arbeitsblätter	Durchzählen in den Reihen von 1-4	Arbeitsblätter B1,B2,B3,B4
20 Minuten	Die SchülerInnen können ethische Konfliktsituationen erkennen und mit Hilfe bekannter ethischer Konzepte gemeinsam zu einem Konsens gelangen	Lesen und Besprechen der Fallbeispiele; Anfertigen von Notizen	Gruppenarbeit	Arbeitsblätter B1,B2,B3,B4; Zettel und Stift
20 Minuten	Die SchülerInnen können die verschiedenen Formen von Sterbehilfe voneinander unterscheiden	Besprechung der Fallbeispiele; Anfertigung einer Mindmap	Unterrichtsgespräch; Erstellen eines Tafelbildes	Arbeitsblatt C; Tafel; Kreide

Stundenverlauf der zweiten Unterrichtsstunde

- Bearbeitung von fiktiven Fallbeispielen

Zu Beginn der Stunde sollen die Erkenntnisse der letzten Unterrichtsstunde nochmals in Erinnerung gerufen werden. Dabei soll an die besprochenen Problemsituationen, die durch das Aufkommen medizintechnischer Möglichkeiten verursacht wurden, angeknüpft werden. Die Klasse wird in vier Gruppen geteilt. Die Gruppenteilung erfolgt durch das Durchzählen, sodass die SchülerInnen per Zufallsprinzip in Teams zusammenarbeiten. Jede Gruppe erhält ein Fallbeispiel, welches bearbeitet werden soll. Die hier angeführten Beispiele sind frei erfunden.

Gruppe 1: Alexandra ist vierundzwanzig Jahre alt und an Krebs erkrankt. Sie befindet sich bereits im Endstadium der Krankheit und hat mit qualvollen Schmerzen zu kämpfen. Alexandra wünscht sich, dass sie Medikamente erhält, die den Schmerz lindern. Geringe Mengen an Schmerzmittel führen zu keiner Besserung. Es besteht die Möglichkeit, Alexandra ein stärkeres Mittel gegen die Schmerzen zu geben und ihr Leid damit zu vermindern. Dieses Mittel könnte jedoch dazu führen, dass sich die noch verbleibende Lebenszeit für Alexandra verkürzt. Was sollen die ÄrztInnen in diesem Fall tun?

Gruppe 2: Markus ist vierzig Jahre alt. Nachdem seine Ehefrau vor einem Jahr verstorben ist, lebt er alleine, ohne Kinder, und leidet an schlimmen Depressionen. Das Leben wurde für ihn zur Qual. Er bittet einen Arzt darum, ihm ein tödliches Mittel zu besorgen, welches Markus einnehmen könnte, um den Tod zu finden und dadurch von seinem seelischen Schmerz erlöst zu werden. Wie soll der Arzt auf diese Bitte reagieren?

Gruppe 3: Herr Müller ist fünfundsiebzig Jahre alt. Er erfährt, dass er an Lungenkrebs erkrankt ist. Anfangs entscheidet er sich für eine Therapie. Nach ein paar Wochen überdenkt Herr Müller seine Entscheidung und wünscht einen Abbruch. Er möchte keine medizinischen Eingriffe oder Therapien mehr und bittet die ÄrztInnen, alle Maßnahmen zu unterlassen, die sein Leben verlängern oder erhalten würden. Sollen die ÄrztInnen diesem Wunsch nachgehen?

Gruppe 4: Frau Berger ist sechzig Jahre alt. Sie ist durch einen schweren Verkehrsunfall gelähmt und kann ihren Alltag nicht mehr allein bewältigen. Sie ist auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen. Durch den Unfall hat sich ihre Lebensqualität verringert und ihre Lebensfreude wurde ihr genommen. Sie wünscht sich nichts sehnlicher, als zu sterben. Da sie jedoch nicht dazu in der Lage ist, ihren Tod selbst herbeizuführen, bittet sie eine Ärztin um die Verabreichung eines tödlichen Mittels. Soll die Ärztin dem Wunsch Frau Bergers nachgehen?

- Erarbeitung und Besprechung

Die SchülerInnen sollen sich in einem ersten Schritt die ihnen bereits bekannten ethischen Konzepte in Erinnerung rufen und erörtern, wie beispielsweise aus utilitaristischer Sicht an solch eine Situation heranzugehen wäre, oder wie Immanuel Kant wohl argumentieren würde. Anschließend sollen sie selbst darüber nachdenken, wie sie agieren würde und Argumente für ihre Entscheidung finden. In der Gruppe soll so lange diskutiert werden, bis ein gemeinsamer Konsens gefunden wird. Jede Gruppe soll hierfür auf einem Blatt Papier ihre Entscheidung aufschreiben und die Argumente notieren, die sie zu jenem Fazit geleitet hat. Danach werden die Beispiele im Plenum besprochen. Es soll deutlich gemacht werden, dass die SchülerInnen in ihren Fallbeispielen die unterschiedlichen Arten von Sterbehilfe behandelt haben. Die Lehrperson gestaltet während der Auflösung der verschiedenen Fälle ein Tafelbild. Die SchülerInnen sollen jenes übertragen und erhalten hierfür ein Arbeitsblatt, auf welchem sie eine Mind-Map gestalten können. Dort sind die vier Begriffe (Aktive Sterbehilfe, Passive Sterbehilfe, Indirekte Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid) vorgegeben. Die SchülerInnen haben die Möglichkeit, sich Notizen zu den verschiedenen Arten zu machen und können bei Bedarf auf das Philosophiebuch zurückgreifen, wo sich ebenfalls eine Erläuterung zu den unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe findet.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Sterbehilfe*: Das Thema Sterbehilfe wird in Form von fiktiven Fallbeispielen behandelt. Die SchülerInnen erarbeiten jeweils in Gruppen eine der vier Formen.
- *Ethische Konzepte*: Die Ethik Kants und der Utilitarismus werden anhand von den Fallbeispielen aufgegriffen und thematisiert.
- *Ethik*: Es geht darum eine begründete Antwort auf die Frage: „Was soll ich tun?“ zu finden.

9.4.5 Dritte Unterrichtseinheit

Zeit	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		
		Aktivität / Inhalt	Methoden	Materialien/ Medien
50 Min				

5 Minuten	Die SchülerInnen wissen über die verschiedenen Formen von Sterbehilfe und die gesetzliche Lage in Österreich Bescheid	Wiederholung der Formen von Sterbehilfe und Aufklärung über die rechtliche Lage in Österreich	Unterrichtsgespräch	Mindmap
10 Minuten	Die SchülerInnen können Vor- und Nachteile abwägen und entwickeln eine kritische Haltung	Finden von Pro- und Kontraargumenten zum Thema ‚Legalisierung von aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in Österreich‘	PartnerInnenarbeit	Arbeitsblatt D
3 Minuten	Die SchülerInnen finden sich in ihren Gruppen zusammen	Gruppenteilung und -findung	Teilung durch Ziehen von Zettel	Gruppenzettel
7 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage, eigenständig begründete Entscheidungen zu treffen	Besprechung und Auswahl von zentralen Argumenten; Bestimmen eines/r GruppensprecherIn	Gruppenarbeit	Arbeitsblatt D; Karteikarten; Stift
15 Minuten	Entwickeln einer kritischen, reflexiven Haltung; Förderung der kommunikativen Kompetenz	Führen der Debatte	Pro- und Kontra-Debatte	Karteikarten; Notizzettel; Stift
10 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage ihre Entscheidung zu begründen; Sie können ihre eigene Haltung reflektieren	Abstimmung und anschließende Reflexion	Unterrichtsgespräch	Notizen

Stundenverlauf der dritten Unterrichtsstunde

Zum Einstieg werden die Formen der Sterbehilfe nochmals wiederholt und die gesetzliche Lage in Österreich angesprochen. Danach schließen sich die SchülerInnen in Paare zusammen und erhalten ein Arbeitsblatt.

- PartnerInnenarbeit

In Österreich sind die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid gesetzlich verboten. Die SchülerInnen werden nun dazu aufgefordert, sich Gedanken über die Gesetzeslage zu machen. Was wäre, wenn es zu einer Gesetzesänderung kommen würde und es keine strafrechtlichen Sanktionen mehr geben würde? Auf dem erhaltenen Arbeitsblatt sollen sie jeweils mindestens zwei Argumente finden, die Vorteile bzw. Nachteile aufweisen würden. Die Argumente sollen in die dafür vorgesehenen Kästchen eingetragen werden. Das Sammeln der Argumente in der Pro- und Kontratabelle dient als Vorbereitung auf die darauffolgende Debatte.

- Pro- und Kontradebatte

Die SchülerInnen werden für die Debatte in drei Gruppen eingeteilt. Dies geschieht durch das Zufallsprinzip. Es werden kleine Zettel vorbereitet. Die SchülerInnen, die einen Zettel mit einem Plus-Symbol ziehen, sind in der Pro-Gruppe, diejenigen mit einem Minus-Symbol in der Kontra-Gruppe und die mit einem Sternsymbol in der ZuschauerInnengruppe. Während die Pro- und Kontragruppe Argumente auswählt und auf Karteikarten verschriftlicht, bereiten die ZuschauerInnen den Klassenraum vor und überlegen sich, ob sie für oder gegen eine Änderung der Gesetzeslage sind. Die vorbereiteten Arbeitsblätter dienen als Grundlage für die Pro- und Kontragruppen. Jene haben bereits in der PartnerInnenarbeit Argumente ausformuliert und müssen sich jetzt nur mehr auf stichhaltige Argumente und eine/n GruppensprecherIn einigen. Nach einer kurzen Vorbereitungszeit wird die Debatte gestartet. Ein/e ModeratorIn wird bestimmt, der/die die Debatte leiten soll. Diese Rolle kann entweder von einem/r SchülerIn oder der Lehrperson übernommen werden. Der/Die SprecherIn hat nun eine Minute Zeit zum Vorbringen seines/ihrer Arguments. Danach ist der/die andere SprecherIn an der Reihe. Es besteht die Möglichkeit, dass sich die Gruppen zu einer Besprechung zurückziehen. Die ZuschauerInnen hören aufmerksam zu und dürfen Fragen stellen. Wurden alle Argumente vorgebracht, kommt es zu einer Abstimmung. Danach folgt eine Reflexion. Einerseits soll darüber diskutiert werden, wie die Gruppen ihre Argumente vorgebracht haben, ob jene überzeugend waren oder zu wenig Aussagekraft hatten, andererseits sind die SchülerInnen zum Überlegen angehalten, wie sich ihre eigene Meinung bezüglich des Themas verändert hat.

- Begründung der Methodenwahl

Für die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe wurde die Pro- und Kontradebatte ausgewählt, weil sie als passend für die Auseinandersetzung mit jenem Themenbereich erscheint. Es handelt sich um ein kontrovers diskutiertes Themenfeld, welches durch die Euthanasiedebatte, von der auch in den Medien immer wieder zu hören ist, Aktualität erhält und somit ebenfalls einen Bezug zur Lebenswelt der SchülerInnen darstellt. In der Eingangsphase werden sowohl mögliche Argumente für die Seite der Befürworter, als auch plausibel klingende Argumente für die Gegenseite gefunden. Der Gedanke dahinter ist, dass sich die SchülerInnen mit beiden Standpunkten auseinandersetzen. In der anschließenden Debatte dürfen sie nicht selbst wählen, welcher Gruppe sie zugehörig sind. Die SchülerInnen erhalten per Zufall eine Rolle und müssen sich in jene hineinversetzen. Ziel ist die Stärkung der Empathiefähigkeit. Ein Problem soll hierbei aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Die SchülerInnen können durch die Debatte ihre, vielleicht bereits gebildete Meinung, überdenken und ihren Standpunkt ändern, anpassen oder reflektiert beibehalten. In der abschließenden Reflexion soll dies thematisiert werden. Der Gedanke dahinter ist es, den SchülerInnen keinen Standpunkt vorzugeben, keine Sichtweise als richtig oder falsch zu kategorisieren, sondern aufzuzeigen, dass es verschiedene Sichtweisen gibt, die Vor- und Nachteile aufweisen. Welchen Standpunkt die SchülerInnen letztendlich einnehmen, bleibt ihnen überlassen.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Begriffsdefinition:* Die Begriffe ‚aktive Sterbehilfe‘, ‚passive Sterbehilfe‘, ‚Beihilfe zum Suizid‘ und ‚indirekte Sterbehilfe‘ werden unterschieden.
- *Gesetzeslage:* Thematisierung der gesetzlichen Regelung bezüglich der Sterbehilfe in Österreich und ausgewählten anderen Ländern Europas.
- *Meinungsbildung:* Es geht um das Abwägen von Vor- und Nachteilen der gesetzlichen Lage in Österreich. Im Unterricht soll eine Auseinandersetzung mit der Frage möglicher Konsequenzen der Legalisierung von aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid stattfinden.

9.4.6 Vierte Unterrichtseinheit

Zeit	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		Materialien/ Medien
		Aktivität / Inhalt	Methoden	
50 Min				
8 Minuten	Die SchülerInnen sind sich über Wissenslücken bewusst und können jene durch Nachfragen beheben	Klären offener Fragen; Abschluss des Themas Sterbehilfe	Unterrichtsgespräch	Notizen aus den letzten Stunden
8 Minuten	Die SchülerInnen erkennen mögliche Alternativen zur Sterbehilfe und können jene äußern	Brainstorming zum Thema „Alternativen zur Sterbehilfe“	Brainstorming zum Thema „Sterbebegleitung“	Tafel; Kreide; Stift; Zettel
8 Minuten	Die SchülerInnen können dem audiovisuellen Medium zentrale Informationen entnehmen	Ansehen eines Videos zum Thema „Hospiz – Lebensqualität bis zuletzt“		YouTube ²⁷⁸ ; Beamer; Arbeitsblatt E; Stift
6 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage, erlangte Informationen zu verschriftlichen; Festigung der gehörten/gesehenen Inhalte	Vervollständigen & Besprechen des Arbeitsblattes	Einzelarbeit; Unterrichtsgespräch	Arbeitsblatt E; Stift
10 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage, sich mit anthropologischen Grundfragen in Bezug auf das Bild des sterbenden Menschen auseinanderzusetzen	Kreatives Gestalten eines Menschenbildes der Hospizbewegung	Einzelarbeit	Arbeitsblatt E
10 Minuten	Die SchülerInnen können in 1-2 Sätzen prägnant erklären, was sie erarbeitet haben	Heften der Menschenbilder an die Tafel; Fotografieren der Arbeiten	Unterrichtsgespräch	Tafel; Magnete; Fotoapparat; Arbeitsblatt F

²⁷⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=OWrz2opcqSI>

Stundenverlauf der vierten Unterrichtsstunde

- Alternativen zur Sterbehilfe

Zu Beginn der Unterrichtsstunde sollen offene Fragen der SchülerInnen geklärt werden. Das Thema Sterbehilfe soll abgeschlossen und ein Übergang zur Sterbebegleitung geschaffen werden. Das Schlagwort Sterbebegleitung wird an die Tafel geschrieben. Die SchülerInnen haben nun ein paar Minuten Zeit, um sich Alternativen zur Sterbehilfe zu überlegen. Hierfür werden Kreidestücke vorbereitet. Die SchülerInnen dürfen an die Tafel kommen und ihre Schlagworte notieren. Dies geschieht ohne explizites Aufrufen, die SchülerInnen können selbst wählen, wann und ob sie an die Tafel kommen und ihre Ideen notieren. Danach werden die Begriffe besprochen. Vielleicht kommt in diesem Zusammenhang bereits das Wort Hospiz vor. Wenn dies der Fall ist, so kann die Lehrperson besonders auf diesen Begriff eingehen, um eine Überleitung zu den Themenbereichen Hospizbewegung und Palliative Care zu schaffen. Wenn nicht, kann die Lehrperson jenen Begriff der Sammlung an der Tafel hinzufügen.

- Hospiz und Palliative Care

Auf YouTube befindet sich ein Video der Caritas Socialis über das Hospiz Rennweg. Jenes Video erscheint aus folgenden Gründen passend für den Einsatz im Unterricht:

- Optimale Länge von 7:23 Minuten
- Wiedergabe der wichtigsten Fakten rund um das Thema Hospiz
- Bericht über die zentralen Leitgedanken der Hospizbewegung
- Erläuterung des Begriffs Palliative Care
- Angemessenes Bildmaterial, altersadäquat erscheinend
- Leicht zugänglich und auch zu Hause nochmalig abrufbar

Die SchülerInnen bekommen durch das audiovisuelle Medium einen Einblick in den Tätigkeitsbereich der HospizmitarbeiterInnen. Während die Lehrperson die Technik startet, kann eine/r der SchülerInnen dazu aufgefordert werden, zwei Arbeitsblätter auszuteilen. Die SchülerInnen lesen sich den Auftrag und die Fragen des ersten Arbeitsblattes durch, danach kann das Video gestartet werden. Die SchülerInnen füllen so gut sie können während dem Video ihr Arbeitsblatt aus. Im Anschluss wird das Arbeitsblatt verglichen und aufkommende Fragen werden beantwortet. Danach schließt

die Klasse mit dem Bearbeiten des zweiten Arbeitsblattes an. Die Aufgabe ist es nun, eine vorgegebene Skizze zu vervollständigen. Die SchülerInnen werden dazu aufgefordert, ihrer Meinung nach die Stellung eines sterbenden Menschen aus den Augen eines/r HospizmitarbeiterIn darzustellen. Die SchülerInnen sollen versuchen, es so zu veranschaulichen, dass das im Hospiz vorherrschende Menschenbild erkennbar wird. Sie sollen dabei voll und ganz von ihrer eigenen Vorstellung eines sterbenden Menschen und seinen Bedürfnissen absehen. Da diese Aufgabe für einige SchülerInnen auf den ersten Blick schwer erscheinen möchte, ist es wichtig, alle offenen Fragen zu beantworten und den Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, ihrer Kreativität freien Lauf zu lassen. Es wird nicht vorgegeben, wie sie die Skizze umgestalten sollen. Die SchülerInnen dürfen mit Farben arbeiten, zeichnen, schreiben, schneiden oder andere Ideen umsetzen. Wichtig ist jedoch, dass jede/r SchülerIn für sich alleine arbeitet. Nach dem Gestalten werden die ‚Hospiz-Menschenbilder‘ mit Magneten an die Tafel geheftet. Die SchülerInnen sollen versuchen, in 1-2 Sätzen zu erklären, was sie dargestellt haben. Wenn SchülerInnen das Bedürfnis zu schweigen haben und nur ihre Skizze sprechen lassen wollen, so sollte dieser Wunsch ebenfalls berücksichtigt werden. Im Anschluss wird ein Foto von dem erstellten Tafelbild gemacht. Das Foto wird in der letzten Stunde nochmals Verwendung finden.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Alternativen zur Sterbehilfe:* Sammeln von Ideen möglicher Alternativen zur Sterbehilfe.
- *Hospiz und Palliative Care:* Es geht inhaltlich um das Erfassen des Leitgedankens der Hospizbewegung; das Verständnis des Begriffs Palliative Care; das Wissen um die Beteiligten in der Hospizarbeit und den Umgang mit dem Tod in Einrichtungen solcher Art.
- *Menschenbild:* Auffrischung der Inhalte zum Thema Anthropologie. Verknüpfung des Wissens mit neu erlangten Informationen. Was zeichnet das Menschenbild der Hospizbewegung aus? Wie wird der sterbende Mensch in seiner Ganzheit erfasst?

9.4.7 Fünfte Unterrichtseinheit

Zeit	Lehr-/ Lernziele	Lehr-/Lernorganisation		
		Aktivität / Inhalt	Methoden	Materialien/ Medien
30 Minuten	Die SchülerInnen sind in der Lage, durch ihr erlangtes Wissen eine philosophische Erörterung zu verfassen	Verfassen eines kurzen philosophischen Essays zum Thema „Wie gelingt gutes Sterben?“	Einzelarbeit	Unterlagen der vergangenen Stunden; Zettel; Stift
5 Minuten	Die SchülerInnen können ihre Gedanken in jeweils einem Satz ausdrücken	Nochmaliges Aufschreiben und vervollständigen der Satzanfänge	Einzelarbeit	Philosophisches Tagebuch; Tafel; Stift
15 Minuten	Die SchülerInnen setzen sich mit den eigenen Gedanken und den Überlegungen anderer kritisch auseinander; Sie üben konstruktives Feedback an sich und ihren MitschülerInnen	Vorlesen von 2-3 Essays; Reflexion über die eigene Auffassung der Todesthematik und die Vorstellung eines sterbenden Menschen	Unterrichtsgespräch	Philosophisches Tagebuch; Essays; Foto; Beamer

Stundenverlauf der fünften Unterrichtsstunde

- Philosophischer Essay

Die SchülerInnen werden dazu aufgefordert, das Thema „Wie gelingt gutes Sterben?“ zu erörtern. Jene Frage diene bereits als Überschrift in der Philosophiemappe bzw. im Philosophischen Tagebuch. Nach der ausführlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben sowie dem Beleuchten ethischer Fragestellungen und anthropologischer Grundfragen, soll es ihnen möglich sein, ein Resümee zu ziehen und ihre Gedanken niederzuschreiben. Die SchülerInnen sollen einen kurzen Essay verfassen. Der Essay soll nicht vorwiegend der Beurteilung, sondern der persönlichen Reflexion dienen. Jener soll in etwa eine halbe bis ganze A4 Seite lang sein. Der Fokus soll dabei auf der inhaltlichen Komponente liegen. Rechtschreibung und sprachliche Ausdrucksmittel sind Nebensache. Falls das Thema Sterben in Form eines Projektunterrichts oder fächerübergreifend durchgeführt werden würde, so könnte man mit den jeweiligen Fachkräften

zusammenarbeiten und dem Erstellen des philosophischen Essays mehr Platz einräumen sowie eine weitere Bearbeitung und Beurteilung dessen planen. Für den philosophischen Unterricht soll es jedoch bei dem spontanen Verfassen belassen werden. Der Essay soll vor allem der eigenen Reflexion dienen, die im folgenden Unterrichtsgeschehen fortgesetzt werden soll. Die Lehrperson schreibt nochmals die drei Satzanfänge an die Tafel:

- Sterben bedeutet für mich ...
- Ein sterbender Mensch hat/ist ...
- Tot ist man, wenn ...

Die SchülerInnen sollen nun nochmals diese Sätze beantworten. Danach sollen sie einen Vergleich mit den drei Sätzen der ersten Stunde anstellen und erkennen, ob bzw. was sich in ihrem Verständnis verändert hat. Im Plenum werden nun auf freiwilliger Basis zwei bis drei Essays vorgelesen. Wenn es keine Freiwilligen gibt, so wird gleich in die Reflexionsphase übergegangen. Mit Hilfe des Beamers wird das Foto von den erstellten Menschenbildern auf die Leinwand projiziert. Die SchülerInnen sollen nun selbst darüber nachdenken, wie sich ihre Vorstellung vom sterbenden Menschen gewandelt hat. In einem gemeinsamen Unterrichtsgespräch soll darüber gesprochen werden und das Thema „Wie gelingt gutes Sterben?“ abgeschlossen werden. Dass es auf jene Frage keine allgemeingültige Antwort gibt, soll durch die abschließende Reflexionsphase verdeutlicht werden.

Unterrichtsinhalte im Überblick:

- *Wie gelingt gutes Sterben?* Inhaltlich werden alle Aspekte der vergangenen Stunden zusammengefasst indem die SchülerInnen einen philosophischen Essay zum Thema ‚gutes Sterben‘ verfassen. Die genaue inhaltliche Gestaltung wird dabei den SchülerInnen überlassen.
- *Tod vs. Sterben:* Nochmaliges Aufgreifen der beiden Termini und Thematisierung dieser unter neu erlangten Erkenntnissen.
- *Feedback:* Am Ende des Themenblocks geben sich die SchülerInnen gegenseitig Feedback. Dadurch gelangen die SchülerInnen von einer selbstreflexiven Haltung auch zu einer reflektierten Haltung anderer gegenüber.

9.4.8 Lernziele des Themenblocks

Die SchülerInnen ...

- können die Begriffe Tod und Sterben voneinander unterscheiden und sie in ihrer Bedeutung beschreiben.
- kennen den Unterschied zwischen Sterbebegleitung und Sterbehilfe und können die Formen der Sterbehilfe nennen und unterscheiden.
- haben eine kritische Haltung gegenüber ethischer Fragestellungen, die mit dem Ende des Lebens verbunden sind, entwickelt.
- können bereits erlernte Inhalte mit Neuen verknüpfen und die im Philosophieunterricht üblichen Methoden anwenden.
- sind in der Lage, ihre eigene Meinung zu äußern und Argumente für ihre Haltung anzugeben.
- erlangen Wissen über die Intention der Hospizbewegung und die Arbeit im Hospiz.
- wissen, was unter dem Begriff ‚Palliative Care‘ zu verstehen ist.
- sind in der Lage, sich mit anthropologischen Fragestellungen auseinanderzusetzen.
- haben ein eigenständiges Bild vom sterbenden Menschen erlangt.
- sind dazu fähig, ihre Gedanken in schriftlicher Form in unterschiedlichen Textsorten festzuhalten.
- können ihre Empathie- und Reflexionsfähigkeit in unterschiedlichen Situationen zeigen und ausbauen.

10. Zusammenfassung und Resümee

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich damit, wie der Frage nach dem guten Sterben im Ethik- und Philosophieunterricht nachgegangen werden kann. Für die Beantwortung der Frage fand im ersten Teil eine Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Literatur statt, um eine theoretische Fundierung zu schaffen. Ausgehend von der Frage nach dem guten Sterben wurden folgende Erkenntnisse gewonnen.

Die Begriffe Tod und Sterben werden in der Gesellschaft oftmals synonym verwendet. In beiden Fällen handelt es sich nicht um das Eintreten eines punktuellen Ereignisses. Dennoch stellt das Sterben gegenüber dem Tod einen Prozess dar, der eine längere Zeitspanne umfassen kann und besonders auch die psychische Komponente miteinschließt, während der Begriff des Todes meist auf die körperlicher Ebene bezogen wird und den irreversiblen Verlust der Körperorgane umfasst. Der Fokus jener Arbeit liegt auf dem Prozess des Sterbens, der vor allem unter dem Umstand des Leidens an einer unheilbaren Krankheit beleuchtet wurde. Einen wichtigen Beitrag leistet in diesem Zusammenhang die Palliative Care, die sich nicht mit dem Ausheilen einer Krankheit, sondern mit der Linderung von Schmerzen im Falle einer nicht heilbaren Krankheit befasst. Zwei Personen, die bei der Beschäftigung mit dem Sterben immer wieder erwähnt werden, sind Elisabeth Kübler-Ross mit dem Modell der Sterbephasen und Cicely Saunders, als Begründerin der Hospizbewegung. Die Hospizbewegung hat einiges zur Verbreitung der palliativen Versorgung beigetragen und für ein Umdenken in der Gesellschaft gesorgt. Im Zentrum steht nicht mehr länger die Krankheit, sondern der Mensch mit all seinen Bedürfnissen. Nicht nur der Körper, sondern auch die psychische, soziale und spirituelle Ebene werden bei dem Umgang mit den Sterbenden beachtet. Die Hospizbewegung schuf somit ein neues Bild vom sterbenden Menschen. Da der Tod als Teil des Lebens betrachtet wird, muss die Lebensqualität und Lebensfreude bis zuletzt gewahrt werden. Als autonomer Mensch muss man auch im Falle einer Krankheit dazu berechtigt bleiben, selbst zu bestimmen, was man möchte und was man ablehnt. Als Gemeinschaftswesen hat jede/r das Recht darauf, nicht allein sterben zu müssen, wie es oftmals im Spital der Fall ist. Das Hospiz gilt hier als Stätte, in der Sterbende leben können. Den Wünschen des/r Sterbenden soll bei Möglichkeit nachgegangen werden, auch wenn es jener ist, zu Hause aus der Welt scheiden zu können.

Die Beschäftigung mit der Geschichte des Todes zeigt, dass jenes Sterben in den eigenen vier Wänden in der Vergangenheit den Regelfall darstellte. Die Sterbekultur war geprägt von Offenheit der Thematik gegenüber. Menschen versammelten sich um den/die Sterbende/n und später um den/die Tote/n. Auch die Trauerphase, die in der heutigen Zeit immer mehr ausgespart, verdrängt oder unterdrückt wird, stellte einen zentralen Bestandteil eines Todesfalls dar. Die Auslagerung des Todes aus dem eigenen Heim fand mitunter durch den Wandel in der Medizin statt. Das Spital wurde zum neuen Sterbeort.

Mit dem Fortschritt in der Forschung und den neuen medizintechnischen Möglichkeiten kamen immer mehr Konfliktsituationen auf das Krankenhauspersonal und die Angehörigen der PatientInnen zu. Ethische Fragestellungen, wie sie heute zum Spitalsalltag gehören, standen in vergangenen Zeiten nicht zur Debatte, weil es keinen Grund für derartige Überlegungen gab. Die Medizinethik, ein Bereich der Angewandten Ethik, setzt sich mit jenen Problemsituationen auseinander. Ein kontrovers diskutiertes Thema in Bezug auf Leben und Tod, ist die Debatte um die Sterbehilfe. Von den vier Formen sind zwei, die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid, in Österreich verboten. Der *Dachverband Hospiz* gibt sich in jenem Zusammenhang klar als Gegner zu erkennen und weist auf die Problematik bezüglich einer Legalisierung hin. Es wird davon ausgegangen, dass bei einer angemessenen Begleitung von Sterbenden der Wunsch nach einem frühzeitigen Ableben erst gar nicht aufkommen müsse.

Jenen Erkenntnissen folgend stellt sich nun die Frage, wie gutes Sterben aussehen kann. Anhand der wissenschaftlichen Aufarbeitung konnte gezeigt werden, dass sehr unterschiedliche Auffassungen bezüglich des guten, richtigen oder würdevollen Sterbens in der Gesellschaft vorherrschend sind. Die Auffassung über den richtigen Umgang mit Sterbenden differiert nicht nur von Kultur zu Kultur, sondern auch anhand der Zeitachse. Wie sich die Meinungen in der Gegenwart scheiden, konnte anhand des Beispiels der Euthanasiedebatte gezeigt werden. Fakt ist, dass es keine allgemeingültige Antwort auf die Frage „Wie gelingt gutes Sterben?“ geben kann. Jeder Mensch ist individuell, hat unterschiedliche Bedürfnisse und hat somit auch eigene Vorstellungen vom Ableben. Der Tod bringt stets eine negative Konnotation mit sich. Dennoch gibt es die Möglichkeit, zumindest im Falle einer unheilbaren Krankheit, den Sterbeprozess so zu gestalten, dass die Qualität des Lebens bis zuletzt bestehen bleibt. Solcherart ist die Sterbebegleitung im Sinne der Hospizbewegung, die durch adäquate Betreuung den Menschen ein gutes Sterben, so wie sie selbst dies wünschen, zu ermöglichen versucht.

Da es kein Rezept für gutes Sterben geben kann, kann auch im Unterricht nicht eine vorgefertigte Auffassung übermittelt werden. Die SchülerInnen sollen sich eigenständig mit der Frage auseinandersetzen. Die Lehrperson gibt der Klasse Anregungen, Stoff zum Nachdenken und Faktenwissen, sodass eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Thematik möglich gemacht wird. Dennoch wird die Frage „Wie gelingt gutes Sterben?“ am Ende der Unterrichtseinheiten nicht von der Lehrperson, sondern von den SchülerInnen selbst beantwortet. Es bleibt auch die Möglichkeit offen zu sagen, dass es kein gutes Sterben gibt, wenn die SchülerInnen zu dieser Auffassung gelangt sind und sie begründen können. Wie die SchülerInnen zu jenem eigenen Erkenntnissen gelangen, sollte anhand des Praxisteils gezeigt werden.

In zweiten Abschnitt der Arbeit wurde veranschaulicht, wie der Themenbereich ‚Tod und Sterben‘ in der Sekundarstufe 2 aufbereitet werden kann. Für den Ethikunterricht wurden hierbei Methoden und Materialien verwendet, die von der neunten bis zur zwölften Schulstufe angewandt werden können. Je nach Klasse und Lehrplan kann die Lehrperson entscheiden, wann die Behandlung des Themas im Unterricht als sinnvoll erscheint. Das Ziel soll es sein, dass SchülerInnen nach den fünf Einheiten einen Einblick in die Geschichte des Todes, den Bereich der Medizinethik und das Konzept der Hospizbewegung erhalten und eine Sensibilität für ethische Fragestellungen in Bezug auf das Thema Sterben und die Bedürfnisse sterbender Menschen entwickelt haben. Die SchülerInnen können sich in reflexiver Haltung ein eigenes Bild vom guten Sterben bilden und werden von der Lehrperson in keine Richtung gelenkt.

Die zweite, in der Arbeit vorgestellte Planung, wurde für den Philosophieunterricht der Oberstufe konzipiert. Durch die zahlreichen Methoden, die ein spezifischeres Wissen und komplexere Fähig- und Fertigkeiten voraussetzen, als die didaktische Aufbereitung im hier erstellten Konzept des Ethikunterrichts erfordert, erscheint die Durchführung in der zwölften Schulstufe adäquat. Die Themenaufbereitung bezieht sich hier einerseits auf eine kritische, ethische Analyse, ist andererseits auch verknüpft mit anthropologischen Grundfragen. Nicht nur das Geschehen um den sterbenden Menschen wird thematisiert, sondern der Mensch selbst, jenes Bild, das vom sterbenden Menschen vorherrschend ist. Am Ende der Einheiten sollen die SchülerInnen ihre eigene, individuelle Antwort auf die Frage „Wie gelingt gutes Sterben?“ gefunden haben. Die Aufarbeitung geschieht auch hier durch ein selbstreflexives Vorgehen.

Die hier angeführten Unterrichtsbeispiele bilden eigenständige Überlegungen ab. Sie sollen eine Möglichkeit aufzeigen, wie mit der Thematik im Philosophie- bzw. Ethikunterricht umgegangen werden kann. Die Beispiele stellen jedoch nur eine mögliche Variante der Themenaufbereitung dar und können bei der Anwendung bei Bedarf erweitert werden.

11. Literaturverzeichnis

Albrecht, Elisabeth; Orth Christel; Schmidt, Heida: *Hospizpraxis. Ein Leitfaden für Menschen, die Sterbenden helfen wollen*. 4., neube. Aufl. Freiburg; Wien: Herder 2002.

Albrecht, Elisabeth; Roller, Susanne : „Terminalphase und Tod“. In: Bauswein, Claudia; Roller, Susanne; Voltz, Raymond (Hg.): *Leitfaden Palliative Care – Palliativmedizin und Hospizbetreuung*. 5. Aufl. München: Urban&Fischer 2015, S.340-361.

Ariès, Philippe: *Geschichte des Todes*. Übers. v. Hans-Horst Henschen u. Una Pfau. 10. Aufl. München: dtv 2002 [franz. Ausg.: *L'homme devant la mort*.].

Baumgartner, Johann: „Palliativmedizin – Definition, abgestufte Versorgung und Organisationsform“. In: Bernatzky, Günther; Sittl, Reinhard; Likar, Rudolf (Hg.): *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin*. 2., überarb. Aufl. Wien; New York: Springer 2006, S.1-9.

Bellebaum, Alfred: *Abschiede. Trennungen im Leben*. Hg. v. Franz Schuh. Wien: Deuticke 1992.

Bedford-Strohm, Heinrich: *Leben dürfen – Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe*. München: Kösel 2015.

Beresford, Peter: „The euthanasia debate is polarised, yet shared concerns unite all sides.“ In: *The Guardian* 1.März 2017,
<https://www.theguardian.com/society/2017/mar/01/shared-concerns-unite-all-sides-of-euthanasia-debate-peter-beresford> (Zugriff 09.03.2017).

Beyer, Sigrid: *Frauen im Sterben. Gender und Palliative Care*. Freiburg: Lamberts 2008.

Brokamp, Barbara: „Palliativpflege und Hospizpflege – leider oft noch ein Privileg!“ .“ In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus 2004, S. 252-258.

Bulayumi, Espérance-Francois Ngayibata: „*Sterbebegleitung als Lebensbegleitung*“. *Eine imperative ethische Notwendigkeit*. Linz: ed. pro mente 2001.

Bundeskanzleramt: *Bundesgesetz über Patientenverfügungen 2007*.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723> (Zugriff 07.05.2017).

Bundesministerium für Bildung: *Lehrplan Psychologie und Philosophie 2004*.
https://www.bmb.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp_neu_ahs_13_11865.pdf?5te97b (Zugriff 05.04.2017).

Dlugoš, Slavomír: *Sterben im Leben und Leben im Sterben : existenzialethischer Zugang zum Sterbeprozess*. Univ. Wien: Dissertation 2011.

- Drolshagen, Christoph (Hg.): *Lexikon Hospiz*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus 2003.
- DuBoulay, Shirley: *Cicely Saunders*. Innsbruck; Wien: Tyrolia 1987.
- Fenner, Dagmar: *Einführung in die Angewandte Ethik*. Tübingen: Francke 2010.
- Feuerbach, Ludwig: *Gedanken über Tod und Unsterblichkeit*. Leipzig: Wigand 1847 (=Ludwig Feuerbach's sämtliche Werke 3).
- Fuchs, Peter: „Media vita in morte sumus‘ Zur Funktion des Todes in der Hochmoderne – systemtheoretisch beobachtet.“ In: Gehring, Petra; Rölli, Marc; Saborowski Maxine (Hg.): *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*. Darmstadt: Wiss. Buchges. 2007, S.30-50.
- Groß, Dominik; Kreucher, Sabrina; Grande, Jasmin: „Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden“. In: Rosentreter, Michael; Groß, Dominik; Kaiser, Stephanie (Hg.): *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*. Kassel: Kassel Univ. Press 2010, S.17-31 (=Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte 9).
- Held-Hildebrandt, Renate: „Die Finalphase des Lebens.“ In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus 2004, S.247-251.
- Hospiz Österreich Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen: *Stellungnahme des Dachverbandes Hospiz Österreich zur Euthanasiedebatte 2008*.
http://www.hospiz.at/pdf_dl/stellungnahme_zur_euthanasiedebatte.pdf (Zugriff 20.03.2017).
- International Association for the Study of Pain: *IASP Definition of Pain*. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> (Zugriff 15.03.2017).
- Jakoby, Bernhard: *Geheimnis Sterben. Was wir heute über den Sterbeprozess wissen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 2007.
- Kreß, Hartmut : „Die Würde von Sterbenden achten.“ In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus 2004, S.34-44.
- Kübler-Ross, Elisabeth: *Interviews mit Sterbenden*. Übers. v. Ulla Leippe. 18. Aufl. Stuttgart: Kreuz 1992.
- Kübler-Ross, Elisabeth: *Warum wir hier sind*. Interviewt u. übers. v. Trutz Hardo. Göllesheim: Silberschnur 1999.
- Lacina, Katharina: *Reflexionen. Das Philosophiebuch*. Wien: hpt 2014.
- Lacina, Katharina: *Tod*. Wien: Facultas 2009.

- Lamp, Ida: „Hospiz – zur Geschichte einer Idee“ In: Dies. (Hg.): *Hospiz-Arbeit konkret: Grundlagen – Praxis – Erfahrungen*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus 2001, S.9-16.
- Liessmann, Konrad Paul; Zenaty, Gerhard; Lacina Katharina: *Vom Denken. Einführung in die Philosophie*. 5. Aufl. Wien: Braumüller 2007.
- Lutterotti, Markus von: *Sterbehilfe. Gebot der Menschlichkeit?* Düsseldorf: Patmos 2002.
- May, Arnd T.: *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige*. Münster: Lit 2000 (=Ethik in der Praxis Studien 1).
- Mettner, Matthias: „Zur Einführung – Wie menschenwürdig sterben?“ In: Ders.(Hg.): *Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung*. Zürich: NZN-Buchverl. 2000, S. 7-16.
- Meyer, Hilbert: *Unterrichtsmethoden. 2. Praxisband*. 11. Aufl. Berlin: Cornelsen Scriptor 2005.
- Nagele, Susanne; Feichtner, Angelika: *Lehrbuch der Palliativpflege*. 3., überarb. Aufl. Wien: Facultas 2012.
- Stoutz, Noémi D. de: „Palliative Betreuung und Sterbebegleitung statt Sterbehilfe.“ In: Mettner, Matthias (Hg.): *Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung*. Zürich: NZN-Buchverl. 2000, S.37-40.
- Patalong, Frank: „Studien zur Sterbehilfe: Warum Menschen sich den Tod wünschen.“ In: *Spiegel Online* 8.Februar.2014,
<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/sterbehilfe-studien-bilanz-der-todeswuensche-in-belgien-und-holland-a-1047585.html> (Zugriff 28.03.2017).
- Pfister, Jonas: *Fachdidaktik Philosophie*. Bern; Stuttgart; Wien: Haupt 2010.
- Pieper, Annemarie: *Einführung in die Ethik*. 5., überarb. u. akt. Aufl. Tübingen; Basel: A. Francke 2003.
- Rathkolb, Oliver: „Erste Republik, Austrofaschismus, Nationalsozialismus (1918-1945)“ In: Winkelbauer, Thomas (Hg.): *Geschichte Österreichs*. 2., durchges., aktual. u. erw. Aufl. Stuttgart: Reclam 2016, S.477-524.
- Reininger, Robert; Nawratil, Karl: *Einführung in das philosophische Denken*. Wien: Deuticke 1988.
- Reutterer, Alois: *Philosophie*. Wien: Deuticke 1977.
- Ricciardi-von Platen, Alice: „Euthanasie“, Geschichte und Ethik – Ein Nachwort.“ In: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.): *„Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*. Frankfurt am Main: Campus 2016, S.471-472.

Rosenboom, Erik: *Ist der irreversible Hirnsausfall der Tod des Menschen?* Frankfurt am Main; Berlin; Bern; Bruxelles; New York; Oxford; Wien: Lang 2000.

Russ, Gudrun: „Schmerzdiagnostik bei Tumorpapienten“. In: Bernatzky, Günther; Sittl, Reinhard; Likar, Rudolf (Hg.): *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin*. 2., überarb. Aufl. Wien; New York: Springer 2006, S.27-34.

Schmidt, Katharina: *Eine sonderbare Stille. Warum der Tod ins Leben gehört*. Wien: Brandstätter 2016.

Schneider, Catrina E.: „Hospizarbeit und Ehrenamtlichkeit“. In: Lamp, Ina (Hg.): *Hospiz-Arbeit konkret: Grundlagen – Praxis – Erfahrungen*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus 2001, S.59-71.

Stähli, Andreas: *Antike philosophische ARS MORIENDI und ihre Gegenwart in der Hospizpraxis*. Berlin: LIT 2010 (= Münsteraner Philosophische Schriften 12).

Steindorf, Gerhard: *Grundbegriffe des Lehrens und Lernens*. 5. Aufl. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt 2000.

Strafgesetzbuch: *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*. 60., Bundesgesetz 1974. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1974_60_0/1974_60_0.pdf (Zugriff 20.03.2017).

Strafgesetzbuch: *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*. 801., Bundesgesetz: *Änderung des Krankenanstaltengesetzes 1993*. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_801_0/1993_801_0.pdf (Zugriff 22.03.2017).

Student, Johann-Christoph: „Was ist ein Hospiz?“ In: Ders. (Hg.): *Das Hospiz-Buch*. 4., erw. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1999, S.21-34.

Tausch, Anne-Marie; Tausch, Reinhard: *Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 2000.

Timmermann, Paul: „Der Schmerz und die Ethik der Sterbebegleitung“. In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus 2004, S.23- 33.

Trachsel, Manuel; Maercker, Andreas: *Lebensende, Sterben und Tod*. Göttingen: Hogrefe 2016 (=Fortschritte der Psychotherapie 61).

Wallner, Jürgen: *Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung*. Wien: Facultas 2004.

Wehkamp, Karl-Heinz: „Lebensende – Zwischen Intensivstation und Hospizbewegung.“ In: Ders.; Keitel, Hilma (Hg.): *Grenzen und Grenzüberschreitung. Tod und Geschöpflichkeit in der modernen Medizin*. Hannover: Luther. Verl.-Haus 1998, S.67-80 (= Mensch – Natur – Technik 5).

Weissenberger-Leduc, Monique: *Handbuch der Palliativpflege*. 3., überarb. Aufl. Wien; New York: Springer 2002.

World Health Organization: *WHO Definition of Palliative Care*.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Zugriff 19.02.2017).

Zimmermann, Volker: „Die ‚Heiligkeit des Lebens‘ – Geschichte der Euthanasie in Grundzügen“ In: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.): *„Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*. Frankfurt am Main: Campus 2016, S.27-45.

Zwierlein, Eduard: „Alle Menschen müssen sterben.“ In: Lilie, Ulrich; Zwierlein, Eduard (Hg.): *Handbuch. Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus 2004, S. 9-15.

11.1 Filmverzeichnis

ARD Themenwoche: *Knietzsche erklärt den Tod (Teil 1): Was kommt, das geht*.
Aufgerufen am 27.03.2017

http://www.rbb-online.de/schulstunde-tod/das_sterben/was_kommt_das_geht.html

CS Hospiz Rennweg: *Lebensqualität bis zuletzt*. Aufgerufen am 01.04.2017

<https://www.youtube.com/watch?v=OWrz2opcqSI>

12. Anhang

12.1 Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit der Frage nach dem guten Sterben. Ausgehend von dieser Frage findet zuerst eine theoretische Auseinandersetzung statt, die sich mit dem Menschenbild der Hospizbewegung, der geschichtlichen Entwicklung des Todes und dem Umgang mit dem Sterben in der heutigen Gesellschaft sowie den durch die Entwicklung medizintechnischer Möglichkeiten, aufkommenden ethischen Fragestellungen, befasst. Die Aktualität der Thematik wird anhand des Beispiels der Euthanasiedebatte verdeutlicht. Der Tabuisierung des Todes in der Gesellschaft soll entgegengewirkt werden, indem bereits in der Schule eine Thematisierung stattfindet und den Jugendlichen das Sprechen über das Sterben ermöglicht wird. Die SchülerInnen sollen dazu angeregt werden, eigenständig über die Themen Tod und Sterben nachzudenken und durch eine selbstreflexive und kritische Haltung zu einer eigenständigen Beantwortung der Frage „Wie gelingt gutes Sterben?“ hingeführt werden. Wie jener Frage im Ethik- bzw. Philosophieunterricht nachgegangen werden kann, wird anhand von zwei eigenständig erstellten Unterrichtskonzepten veranschaulicht.

12.2 Abstract

This thesis deals with the question of good dying. On the basis of this question a theoretical discussion takes place, which deals with the image of man of the Hospice movement. Then the history of death, including how today's society copes with dying, is examined. Furthermore, ethical questions arising from the development of technology in health care are looked into. The relevance of the topic is illustrated by the example of the euthanasia debate. By dealing with the topic of dying and death already at school, where young people are allowed to speak about dying, the tabooisation of death in society is counteracted. Students are encouraged to think about their own ideas of dying and death. By enabling them to reach a self-reflective and critical attitude towards the question „How to succeed in dying well?“ they are guided to give their own answers. Two of my own teaching concepts exemplify how this can be done in ethics/ or philosophy teaching.

12.3 Arbeitsblätter für den Ethikunterricht

1) Angewandte Ethik – Medizinethik²⁷⁹

Arbeitsauftrag: Lies den Text auf den Seiten 116-117 nochmals durch und vervollständige das Arbeitsblatt.

-Worin besteht die Aufgabe der Angewandten Ethik?

-Nenne einige Fragen, die in der Angewandten Ethik thematisiert werden könnten:

Die vier von Tom L. _____ und James F. _____
formulierten Prinzipien sind fester Bestandteil der Medizinethik geworden.

Was besagen die vier Prinzipien?

1. Respekt vor der Autonomie der PatientInnen:

2. Nichtschadensprinzip:

3. Prinzip des Wohltuns:

4. Gerechtigkeit:

²⁷⁹ Quelle Lacina, Katharina: *Reflexionen. Das Philosophiebuch*. Wien 2014, S.116f.

2) Rollenspiel – Rollenbeschreibung

- **PatientIn:** Du hast vor einigen Monaten die Diagnose erhalten, dass du an Krebs leidest. Trotz zahlreicher Therapien konntest du nicht geheilt werden und wirst nur mehr kurze Zeit zu leben haben. Die weißen Wände und Kittel im Spital kannst du nicht mehr sehen, du wünschst dir nichts sehnlicher, als deine letzte Lebenszeit in deinem eigenen Zuhause im Kreise deiner Familie verbringen zu können. Obwohl du weißt, dass im Spital die Versorgung optimal für dich ist, möchtest du jenes lieber verlassen, auch wenn es die Konsequenz mit sich bringt, dass du dadurch früher stirbst.
- **ÄrztIn:** Du bist der/die behandelnde ÄrztIn des/der PatientIn und überhaupt nicht einverstanden damit, dass er/sie das Spital verlassen möchte. Es ist zu riskant, den/die PatientIn gehen zu lassen, da er/sie auf die medizinische Versorgung im Spital angewiesen ist. Es besteht die Möglichkeit, dass der/die PatientIn bereits nach einigen Tagen verstirbt, nachdem die medizinischen Maßnahmen unterlassen wurden. Dies würde die Lebenszeit massiv verkürzen. Durch den Aufenthalt zu Hause könnte in Notfallsituationen nicht gehandelt werden und auch die Angehörigen könnten mit der Pflege des/der Kranken überfordert sein.
- **KrankenpflegerIn:** Du bist KrankenpflegerIn im Spital und hilfst dem/der PatientIn bereits seit einiger Zeit bei der Pflege. Ihr habt viel miteinander gesprochen und du erkennst, wie sehr sich der/die PatientIn wünscht, nach Hause zu dürfen. Da du eine Zusatzausbildung im Bereich der Sterbebegleitung hast, machst du darauf aufmerksam, dass die Möglichkeit besteht, HelferInnen zu der PatientIn nach Hause zu schicken, die die Familie bei der Sterbebegleitung unterstützen. Deiner Meinung nach ist es in Ordnung, den/die PatientIn nach Hause zu entlassen, wenn die zusätzliche Hilfe von ausgebildeten HelferInnen von der Familie in Anspruch genommen wird.

- **Ein/e Angehörige/r des/der PatientIn:** Du bist ein Familienmitglied des/der PatientIn. Obwohl du Angst vor dem Verlieren deiner geliebten Bezugsperson hast, ist es dir wichtig, dass sein/ihr letzter Wunsch in Erfüllung geht. Du weißt, dass sich die PatientIn nichts mehr wünscht, als zu Hause im Umkreis der Familie sterben zu dürfen. Deiner Meinung nach ist es besser in Würde und ohne medizinische Eingriffe zu sterben, die den Tod aufzuhalten versuchen, auch wenn das bedeutet, dass der Tod früher eintritt. Du bittest das Krankenhauspersonal darum um die Entlassung der PatientIn.
- **Ein/e FreundIn des/der PatientIn:** Du bist ein/e enge/r FreundIn des/der PatientIn. Du findest es unverantwortungsvoll, dass man überhaupt darüber nachdenkt, deine/n FreundIn nach Hause zu entlassen. Ihr kennt euch bereits seit eurer Kindheit und du weißt, dass er/sie immer gekämpft hat. Wenn dein/e FreundIn nun entlassen werden würde, so würde er/sie sich seinem/ihrer Schicksal kampflos hingeben. Das widerspricht deiner Meinung nach dem Charakter deine/s Freundin/Freundes. Daher findest du, dass der/die PatientIn die letzte Lebenszeit im Spital verbringen sollte, wo er/sie optimal betreut wird. Denn so hat er/sie die Möglichkeit länger zu leben und ihr könnt noch mehr Zeit gemeinsam verbringen.

12.4 Arbeitsblätter für den Philosophieunterricht

A) Der Mensch und der Tod²⁸⁰

- Im Text wird davon gesprochen, dass der Tod ein Paradoxon darstellt. Was ist damit gemeint?

- Warum kann der Tod Epikur zufolge ignoriert werden?

- Was sagt Schopenhauer bezüglich des „Nichts“?

- Was möchte Camus mit Hilfe des *Mythos von Sisyphos* aussagen?

- Was möchte Heidegger mit dem Begriff „Zeitlichkeit“ in Bezug auf das menschliche Dasein ausdrücken?

- Freud spricht davon, dass man seinen eigenen Tod nicht denken oder erfahren kann, was das Gefühl der eigenen Unsterblichkeit hervorruft in uns hervorruft. Was wäre, wenn wir tatsächlich unsterblich wären?
Gedankenexperiment: Stell dir vor, es wurde ein Planet entdeckt auf welchem Menschen leben, die alle unsterblich sind. Wie würde das Leben auf solch einem Planeten aussehen? Welche Vorteile ergeben sich durch die Unsterblichkeit. Welche Nachteile könnte solch ein Zustand mit sich bringen? Mache dir Notizen auf der Rückseite des Zettels ☺

²⁸⁰ Quelle: Liessmann, Konrad Paul; Zenaty, Gerhard; Lacina Katharina: *Vom Denken. Einführung in die Philosophie*. 5. Aufl. Wien: Braumüller 2007, S.159.

B1) Fallbeispiel 1

Gruppe 1

- 1) Lies dir folgendes, fiktives Fallbeispiel genau durch:

Fallbeispiel: Alexandra ist vierundzwanzig Jahre alt und an Krebs erkrankt. Sie befindet sich bereits im Endstadium der Krankheit und hat mit qualvollen Schmerzen zu kämpfen. Alexandra wünscht sich, dass sie Medikamente erhält, die den Schmerz lindern. Geringe Mengen an Schmerzmittel führen zu keiner Besserung. Es besteht die Möglichkeit Alexandra ein stärkeres Mittel gegen die Schmerzen zu geben und ihr Leid damit zu vermindern. Dieses Mittel könnte jedoch dazu führen, dass sich die noch verbleibende Lebenszeit für Alexandra verkürzt. Was sollen die ÄrztInnen in diesem Fall tun?

- 2) Rufe dir zunächst den Leitgedanken des Utilitarismus und der Ethik Kants in Erinnerung. Verwende bei Bedarf dein Philosophiebuch oder deine Notizen in der Mappe, um nochmals nachzulesen. Wie könnte ein/e UtilitaristIn argumentieren? Was würde Kant wohl tun? Begründe deine Antwort!
- 3) Was würdest du an der Stelle der ÄrztInnen tun? Führe Argumente für dein Handeln an!
- 4) Besprecht nun eure Überlegungen in der Gruppe und versucht einen Konsens zu finden.
- 5) Schreibt eure Entscheidung und eure Begründung auf einen Zettel und wählt eine/n GruppensprecherIn für die Besprechung im Plenum aus.

Notizen:

B2) Fallbeispiel 2

Gruppe 2

- 1) Lies dir folgendes, fiktives Fallbeispiel genau durch:

Fallbeispiel: Markus ist vierzig Jahre alt. Nachdem seine Ehefrau vor einem Jahr verstorben ist, lebt er alleine, ohne Kinder, und leidet an schlimmen Depressionen. Das Leben wurde für ihn zur Qual. Er bittet einen Arzt darum, ihm ein tödliches Mittel zu besorgen, welches Markus einnehmen könnte, um den Tod zu finden und dadurch von seinem seelischen Schmerz erlöst zu werden. Wie soll der Arzt auf diese Bitte reagieren?

- 2) Rufe dir zunächst den Leitgedanken des Utilitarismus und der Ethik Kants in Erinnerung. Verwende bei Bedarf dein Philosophiebuch oder deine Notizen in der Mappe, um nochmals nachzulesen. Wie könnte ein/e UtilitaristIn argumentieren? Was würde Kant wohl tun? Begründe deine Antwort!
- 3) Was würdest du an der Stelle der ÄrztInnen tun? Führe Argumente für dein Handeln an!
- 4) Besprecht nun eure Überlegungen in der Gruppe und versucht einen Konsens zu finden.
- 5) Schreibt eure Entscheidung und eure Begründung auf einen Zettel und wählt eine/n GruppensprecherIn für die Besprechung im Plenum aus.

Notizen:

B3) Fallbeispiel 3

Gruppe 3

- 1) Lies dir folgendes, fiktives Fallbeispiel genau durch:

Fallbeispiel: Herr Müller ist fünfundsiebzig Jahre alt. Er erfährt, dass er an Lungenkrebs erkrankt ist. Anfangs entscheidet er sich für eine Therapie. Nach ein paar Wochen überdenkt Herr Müller seine Entscheidung und wünscht einen Abbruch. Er möchte keine medizinischen Eingriffe oder Therapien mehr und bittet die ÄrztInnen, alle Maßnahmen zu unterlassen, die sein Leben verlängern oder erhalten würden. Sollen die ÄrztInnen diesem Wunsch nachgehen?

- 2) Rufe dir zunächst den Leitgedanken des Utilitarismus und der Ethik Kants in Erinnerung. Verwende bei Bedarf dein Philosophiebuch oder deine Notizen in der Mappe, um nochmals nachzulesen. Wie könnte ein/e UtilitaristIn argumentieren? Was würde Kant wohl tun? Begründe deine Antwort!
- 3) Was würdest du an der Stelle der ÄrztInnen tun? Führe Argumente für dein Handeln an!
- 4) Besprecht nun eure Überlegungen in der Gruppe und versucht einen Konsens zu finden.
- 5) Schreibt eure Entscheidung und eure Begründung auf einen Zettel und wählt eine/n GruppensprecherIn für die Besprechung im Plenum aus.

Notizen:

B4) Fallbeispiel 4

Gruppe 4

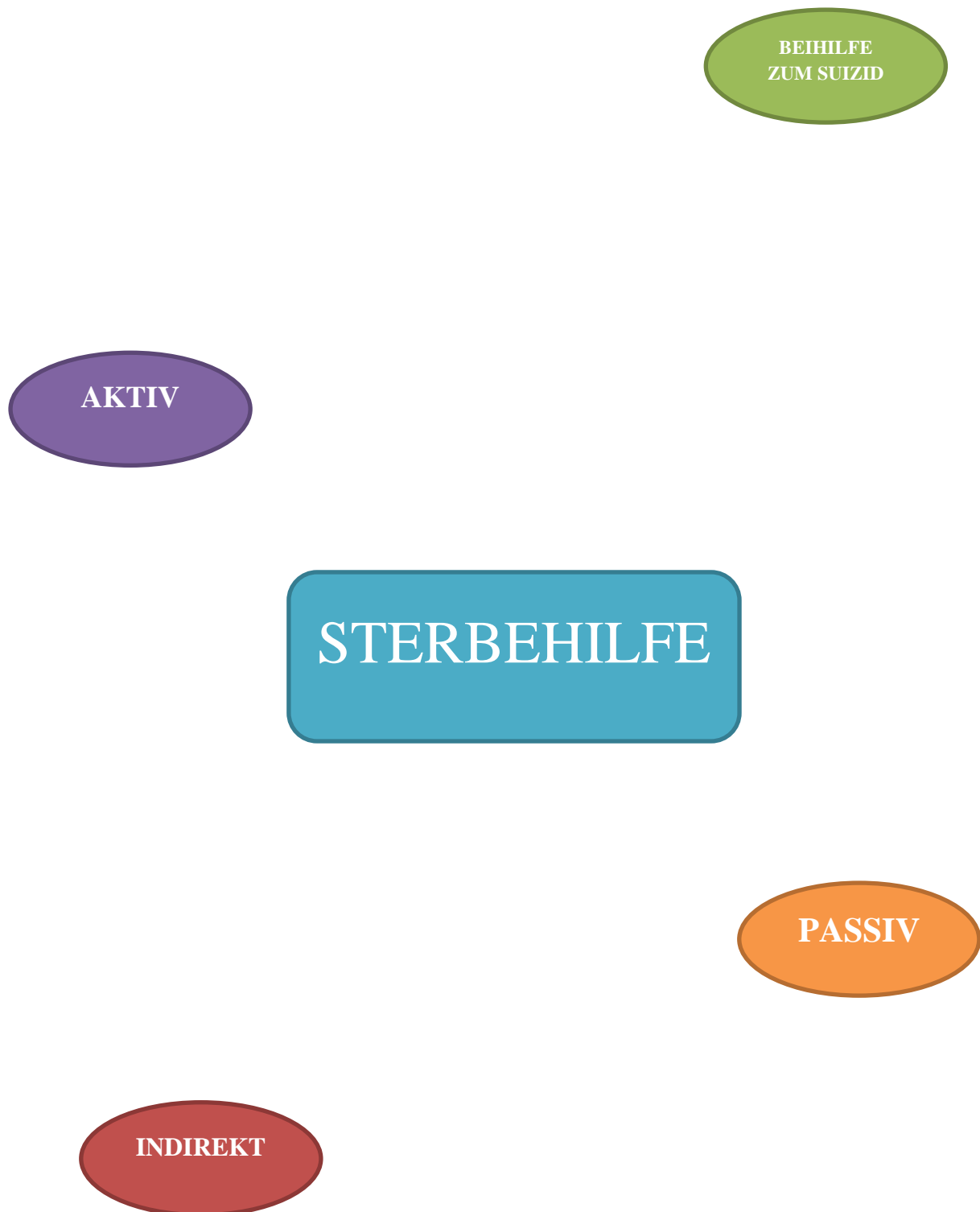
- 1) Lies dir folgendes, fiktives Fallbeispiel genau durch:

Fallbeispiel: Frau Berger ist sechzig Jahre alt. Sie ist durch einen schweren Verkehrsunfall gelähmt und kann ihren Alltag nicht mehr allein bewältigen. Sie ist auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen. Durch den Unfall hat sich ihre Lebensqualität verringert und ihre Lebensfreude wurde ihr genommen. Sie wünscht sich nichts sehnlicher, als zu sterben. Da sie jedoch nicht dazu in der Lage ist, ihren Tod selbst herbeizuführen, bittet sie eine Ärztin um die Verabreichung eines tödlichen Mittels. Soll die Ärztin dem Wunsch Frau Bergers nachgehen?

- 2) Rufe dir zunächst den Leitgedanken des Utilitarismus und der Ethik Kants in Erinnerung. Verwende bei Bedarf dein Philosophiebuch oder deine Notizen in der Mappe, um nochmals nachzulesen. Wie könnte ein/e UtilitaristIn argumentieren? Was würde Kant wohl tun? Begründe deine Antwort!
- 3) Was würdest du an der Stelle der ÄrztInnen tun? Führe Argumente für dein Handeln an!
- 4) Besprecht nun eure Überlegungen in der Gruppe und versucht einen Konsens zu finden.
- 5) Schreibt eure Entscheidung und eure Begründung auf einen Zettel und wählt eine/n GruppensprecherIn für die Besprechung im Plenum aus.

Notizen:

C) Sterbehilfe



→ Vervollständige die Mindmap mit Hilfe des Tafelbilds! Nachzulesen im
Philosophiebuch *Vom Denken* auf S.237-238.

D) Sterbehilfe: Pro und Kontra

Arbeitsauftrag: In Österreich sind die „Aktive Sterbehilfe“ und die „Beihilfe zur Selbsttötung“ gesetzlich verboten. Überlegt euch nun zu zweit Argumente, die für eine Legalisierung dieser Arten von Sterbehilfe sprechen und Argumente, die dagegen sprechen.

PRO

Aktive Sterbehilfe

CONTRA

PRO

Beihilfe zum Suizid

CONTRA

E) Was ist ein Hospiz?

- Hospiz heißt: „*Lebensqualität ...*“ (Kreuze die richtige Antwort an)

☐ verringern.

☐ bis zuletzt.

☐ statt Lebensfreude.

- Welches primäre Ziel verfolgt die *Palliative Care*?

- Was steht im Zentrum der *Palliative Care*?

Der _____ Mensch mit seinen _____ Bedürfnissen.

- Warum kann man von einem multidisziplinären Hospizteam sprechen?

- Wer darf im Hospiz aufgenommen werden?

- Im Hospiz wird das Sterben als Lebensphase betrachtet und der Tod

☐ verachtet.

☐ aufzuhalten versucht.

☐ als Teil des Lebens akzeptiert.

Wenn du dir das Video nochmals ansehen möchtest, hier findest du den Link dazu:

<https://www.youtube.com/watch?v=OWrz2opcqSI>

E1) Was ist ein Hospiz – Lösungen²⁸¹

- Hospiz heißt: „*Lebensqualität ...*“ (Kreuze die richtige Antwort an)

☐ verringern.

☺ bis zuletzt.

☐ statt Lebensfreude.

- Welches primäre Ziel verfolgt die *Palliative Care*?

Das Lindern von Leiden.

- Was steht im Zentrum der *Palliative Care*?

Der **unheilbare** Mensch mit seinen **individuellen** Bedürfnissen.

- Warum kann man von einem multidisziplinären Hospizteam sprechen?

Weil sich das Hospizteam aus MitarbeiterInnen unterschiedlicher Disziplinen zusammensetzt. Darunter ÄrztInnen, Pflegepersonal, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, Seelsorger, Abteilungshilfen, Zivildienstler, Fachleute aus bestimmten Bereichen z.B. Kunsttherapie, SozialarbeiterInnen, PraktikantInnen, Ehrenamtliche MitarbeiterInnen uvm.

- Wer darf im Hospiz aufgenommen werden?

Alle Menschen, die *Palliative Care* brauchen, unabhängig von Religionszugehörigkeit, Weltanschauung und finanziellen Mitteln.

- Im Hospiz wird das Sterben als Lebensphase betrachtet und der Tod

☐ verachtet.

☐ aufzuhalten versucht.

☺ als Teil des Lebens akzeptiert.

²⁸¹ <https://www.youtube.com/watch?v=OWrz2opcqSI> (Zugriff am 01.04.2017)

F) Das Bild vom sterbenden Menschen

- ✿ *Du hast nun einen Kurzfilm über die Betreuung von Sterbenden im Hospiz gesehen. Welches Menschenbild vertritt die Hospizbewegung deiner Meinung nach? Versuche jenes Bild vom sterbenden Menschen auf Papier zu bringen. Du kannst schreiben, zeichnen, ausschneiden; deiner Kreativität sind keine Grenzen gesetzt.*

