

Andreas Lob-Hüdepohl (Berlin)

Fragen um Sterben und Tod haben derzeit Konjunktur: Die Öffentlichkeit Deutschlands bereitet sich in zahlreichen Wortmeldungen und Stellungnahmen auf eine parlamentarische Debatte des Deutschen Bundestages vor, in der um das Für und Wider eines strafbewehrten Verbotes organisierter Suizidbeihilfe oder einer Zulassung der ärztlichen Assistenz beim Freitod und vor allem aber um einen systematischen Ausbau der Palliativen Versorgung und Begleitung Sterbender gerungen werden wird – vermutlich in ähnlich zugleich engagierter wie nachdenklicher Weise, in der der Deutsche Bundestag vor einigen Jahren über die Neuordnung der gesetzlichen Bindungskraft von Patientenverfügungen diskutiert und entschieden hat. Etwas abseits, aber nicht minder relevant diskutiert die Fachöffentlichkeit erneut über jene Kriterien, die den Todeszeitpunkt eines Menschen zweifelsfrei indizieren sollen: Hirntod, Teilhirntod oder doch besser das frühere Kriterium des Herztodes, das 1968 durch die Harvard-Definition des Hirntodes abgelöst wurde?

Auffällig ist, dass beide aktuelle Diskurse wenig miteinander verknüpft sind; auffällig deshalb, weil bis weit in die Gegenwart hinein Sterben und Tod als Synonyme standen. Das hat sich bemerkenswert geändert: Zwar mag die Definition der Todeskriterien erhebliche Auswirkungen auf die Beendigung von (sinnlos erscheinenden) intensivtherapeutischen Maßnahmen sowie auf die Ermöglichung von Organtransplantationen haben; im Mittelpunkt einer breiten Öffentlichkeit steht aber die Frage, wie das Sterbens als eines Prozesses des Lebens menschenwürdig begleitet und gestaltet werden kann und muss – und zwar unabhängig der Frage, wann denn nun der Tod als biologisches Faktum, als vollständiges wie unwiderrufliches Ende oder als Durchgangsstation für ein weiteres beziehungsweise anderes Leben eintritt oder nicht. Zwar mag der Tod „pures Widerfahrnis“ (*Wilhelm Kamlah*) sein; das Sterben hingegen wird heute keinesfalls mehr als bloßes Schicksal erfahren, das ohnmächtig hinzunehmen ist, sondern wenn schon nicht als vollständig beherrschbares „Machsal“ (*Odo Marquard*), so doch als *Gestaltsal* begriffen, das in seinen existentiellen

wie kommunikativen Bezügen vom Sterbenden wie von den ‚Hinterbleibenden‘ durchlebt werden will und muss.

Spätestens hier kommen soziale Professionen ins Spiel. Weil das Sterben – wo sich der Tod nicht durch einen Unfall oder durch den Herzstillstand im Schlaf plötzlich und unvorhergesehen ereignet – eine mitunter dichte Abschlussphase des Lebens ist, löst es oftmals auch Beschwerlichkeiten aus, die nicht allein durch medizinisch-pflegerische Behandlungen abgewehrt oder doch wenigstens gemildert werden können. Psychosoziale Beziehungsarbeit, Unterstützung verzweifelter Angehöriger oder auch spirituelle Begleitung ist dort gefordert, wo die Lebenskräfte des Sterbenden allein nicht mehr ausreichen, die ihm wichtigen ‚letzten Dinge‘ zu regeln oder die auch seelischen und sozialen Schmerzen, die sich im Sterben einstellen, zu lindern und mit aufmerksamer Sorge heilsam zu umgeben. Palliative Care ist das zentrale Stichwort, das dieses Bemühen sozialer Professionen mit der Sorge anderer Professionen verbindet.

Die Beiträge des vorliegenden *EthikJournals* möchten einige Aspekte dieses Aufgabenbereiches Sozialer Professionen beleuchten. Als Ausgangspunkt dienen ihnen grundsätzliche Überlegungen zu Sterben und Tod aus philosophischer Perspektive: *Hector Wittwer* zeichnet in eher systematischer denn ideengeschichtlicher Weise Grundthemen einer Thanatologie nach, die zwar – wie er herausstellt – anders als die Bemühungen von *Palliative Care* nicht am Tod des bedrängten Anderen, sondern hauptsächlich um die Bedeutung des eigenen Todes kreist, gleichwohl auch für die Begleitung des Sterbens Anderer bedeutsame Aspekte austrägt. Sodann zeichnet *H. Christof Müller-Busch* die geschichtliche Entwicklung von *Palliative Care* als eines Konzeptes interdisziplinärer Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden nach, innerhalb dessen Medizin, Pflege und Soziale Professionen im eigentlichen Sinne des Wortes zusammenwirken. Bereits hier wird deutlich, dass die Geschichte von *Palliative Care* keine weitere Ausdifferenzierung des modernen Krankenhauses darstellt, die etwa den onkologischen Abteilungen der Inneren Medizin für ‚austherapierte‘ Fälle mit infauster Prognose schmerztherapeutische Abteilungen angliedert bzw. beordnet, sondern wesentlich vom hospizlich-ambulanten Leitgedanken geprägt wird. Daraus ergeben sich besondere Aufgabeprofile, wie *Albert Mühlum* in seinem Beitrag *Hospiz – Palliative Care – Soziale Arbeit: Das Lebensende als finale Herausforderung* facettenreich entfaltet. Knapp 70 Jahre nach dem Ende der nationalsozialistischen Terrorherrschaft durften Menschen mit geistiger Behinderung wieder alt geworden sein, ohne vorher durch Euthanasie-Programme ermordet oder durch Sterilisationsprogramme verhindert worden zu sein. Auch sie kommen in Situationen ihres Sterbens, die eine palliative Begleitung erforderlich machen. Welche spezifischen Akzente diese Assistenz besitzt, entwickeln *Ramona Bruhn*, *Andreas Heller* und *Benjamin Straßer* in ihrer knappen Skizze zur *Palliativen Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung*. In diese interdisziplinären Beiträge eingelagert sind theologisch-ethische Überlegungen seitens des Herausgebers zu *Bedeutungen und Bedrohungen menschwürdigen Sterbens*.

Neben diesen fünf systematischen Beiträgen bespricht Angelika Pillen das Buch Ethik-Policy Palliative Sedierung. Theoretische Grundlegungen für ethische Abwägungen in der Praxis von Annette Riedel (2014).

Besonderer Dank des Herausgebers gebührt neben den Autorinnen und Autoren erneut der Mitarbeiterin des ICEP, Regina Friedmann, für die sorgfältige Betreuung und editorische Bearbeitung der hier versammelten Beiträge.

Berlin, im Oktober 2014

Andreas Lob-Hüdepohl
Geschäftsführer des ICEP und Herausgeber des *EthikJournals*