

## **Palliative Care – Geschichte und Konzept einer interdisziplinären Begleitung Schwerstkranker und Sterbender**

**H. Christof Müller-Busch** (Witten/Herdecke/Berlin)

**Zusammenfassung** Kaum ein Bereich der Medizin hat sich in den letzten 20 Jahren so dynamisch entwickelt wie Palliative Care/Palliative Medizin. Palliative Care ist nicht nur eine neue Spezialdisziplin für Menschen am Lebensende, sondern wird zunehmend auch in andere Bereiche integriert, die mit Sterben und Tod konfrontiert werden, beispielsweise die Intensivmedizin und Geriatrie. Die Berücksichtigung palliativer Aspekte sind für alle Professionen bedeutsam, die mit der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und deren Angehörigen befasst sind. Der bedürfnisorientierte Ansatz von Palliative Care ist für alte, multimorbide und demente Menschen besonders wichtig. Zur Palliativversorgung gehört nicht nur das Kümmern um optimale Symptomlinderung und eine einfühlsame Sterbebegleitung, sondern auch effektive Kommunikation und reflektiertes Entscheiden unter Achtung der Bedürfnisse und des Willens der Betroffenen. Die frühe Integration palliativer Aspekte in die gesundheitliche Begleitung kann dazu beitragen, dass die Abschiedsphase am Lebensende nicht nur von besserer Lebensqualität gekennzeichnet ist, sondern auch von einer besseren Akzeptanz des Sterbens. Der Umgang mit Selbstbestimmung im Respekt vor Autonomie ist in Palliative Care ein wichtiges Thema, das in der Konfrontation mit einer selbstbestimmten „Sterbehilfe“ nicht nur besondere kommunikative Fähigkeiten sondern auch eine eigene Positionierung benötigt.

**Schlüsselwörter** Palliative Care – Palliativmedizin – Interdisziplinarität – gutes Sterben – Ethik der Autonomie – Sterbehilfe

*Frau H., eine 78-jährige Patientin wurde bei uns aufgenommen, nachdem sie die Fortführung der bei ihr vor mehreren Jahren begonnenen Dialysebehandlung ablehnte. Die Ärzte und Pflegenden konnten ihre Entscheidung für einen Abbruch der lebenserhaltenden Therapie nur schwer verstehen, so „gesund“ und vital erschien sie uns. Dann schilderte sie die Belastungen und Qualen, die sie in den letzten Wochen mitgemacht hatte und auch, wie schwer ihr der einsame Entschluss gefallen sei. Wir vereinbarten, über die*

*Dialyse, die sie jederzeit wieder beginnen könne, nur zu reden, wenn sie es wünschte. Frau H. blieb standhaft und konnte sich in den wenigen ihr bleibenden Tagen von allen Familienangehörigen, die sie teilweise lange nicht mehr gesehen hatte, verabschieden. Sie sprach mit ihnen und uns über den Schmerz des Abschieds und über das Glück so sterben zu dürfen. Sie konnte sogar Berliner Lieder singen und Witze machen. Die Dialyse blieb tabu und mehrfach bestätigte sie, dass dies so bleiben solle. Die Begleitung der Sterbenden war für alle eine eindrucksvolle Erfahrung – besonders für die Angehörigen, die den Gedanken, dass die Grenzen der Medizin auch das selbstbestimmte Sterben erlauben müssen, erst im Verlaufe dieses Abschieds annehmen konnten.*

Sicherlich eine ungewöhnliche Betreuungssituation in Palliative Care, die aber inzwischen immer wieder einmal auftritt, wenn es um die Frage geht, die Beendigung einer lebensverlängernden Maßnahme als Aufgabe in der Palliativbetreuung anzusehen. Das Sterben eines Menschen unter würdigen Bedingungen zu begleiten und anzunehmen ist nicht nur eine soziale Aufgabe, sondern auch eine medizinische und gesellschaftliche Herausforderung, die in vielen Bereichen noch nicht ausreichend wahrgenommen wird – dies zu ermöglichen und zu verändern ist ein Grundanliegen der modernen Palliativmedizin bzw. von Palliative Care.

## **1. Historischer Hintergrund**

*Mit dem Begriff „palliativ“ verbindet sich ein Grundverständnis therapeutischen Handelns, welches eine lange Tradition hat, aber erst in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts wieder neu entdeckt wurde.*

Die meisten Menschen können mit dem Wort „palliativ“ nur wenig anfangen. Palliativ wird in der Regel auf das lateinische Wort „pallium“ (Mantel, Umhang) bzw. palliare (bedecken, tarnen, lindern) zurückgeführt. In der vormodernen Medizin verband man mit dem Wort „palliare“ allerdings nicht nur die Vorstellung eines bloßen „Bemäntelns“. Es wurde auch für eine Behandlung benutzt, die auch äußere Makel oder gar die Unfähigkeit des Heilkundigen zu einer wirksamen Behandlung verbergen sollte. „Die Verwendung des Wortes im Sinne von dämpfend, erleichternd, lindernd, täuschend war bis ins 19. Jahrhundert in gebildeten Kreisen geläufig – sie lässt sich in deutschen, englischen und französischen Literaturzitierten nachweisen. Mit am Eindrücklichsten ist die Verwendung des Wortes palliativ im politischen Kontext. So finden wir das Wort mehrfach bei Karl Marx, später auch bei Rosa Luxemburg im Sinne von „das Übel nicht kurierend, nicht ursächlich, bei der Wurzel packend, oberflächlich bleibend“ (vgl. Müller-Busch 2012b, 11–19).

Während in den Englisch sprechenden Ländern die Begriffe Palliative Care – und Hospice Care fast synonym verwendet werden, gibt es in Deutschland die Begriffe Palliative Care, Palliativversorgung, Palliativbetreuung, Palliativmedizin und

hospizliche Begleitung, mit denen unterschiedliche Aufgaben beschrieben werden, obwohl die Prinzipien und Ziele sehr ähnlich sind. Sowohl der Begriff „Hospiz“ wie auch „Palliativ“ ist in Deutschland bei vielen Menschen allerdings immer noch eher negativ besetzt und wird mit Aussichtslosigkeit, „Nichts mehr tun können“ und Tod in Verbindung gebracht.

Palliative Care, Hospizarbeit, Palliativmedizin und Palliativversorgung sind in der auf vielen verschiedenen Ebenen geführten Diskussion um medizinische, soziale, ökonomische, juristische und ethische Probleme am Ende des Lebens zentrale und beliebte Begriffe geworden, obwohl die wenigsten eine klare Vorstellung haben, was sich eigentlich dahinter verbirgt. Für viele wird er mit Schmerzmedizin, Sterbemedizin und -begleitung, unheilbarer Krebserkrankung und Sterbehilfeersatz in Verbindung gebracht. Palliative Care ist jedoch nicht nur Schmerzmedizin, ist nicht nur Sterbebegleitung, ist nicht nur für unheilbar Krebskranke und ist mit Sicherheit auch kein Ethikersatz für die vielen Probleme, mit denen wir durch die Möglichkeiten der modernen Medizin heute konfrontiert werden.

Palliative Care bzw. Palliativmedizin und Hospizbewegung sind eng miteinander verbunden. Die Hospizidee ist ähnlich alt wie der palliative Ansatz in der Medizin. So gab es wohl schon im 4. und 5. Jahrhundert n. Chr. in Syrien Gasthäuser, Hospize oder Xenodochions, die sich der Betreuung Kranker und Sterbender widmeten. Viele Hospize entstanden entlang der Pilgerstraßen ins Heilige Land im 11. Jahrhundert. Mit den Anfängen der modernen Medizin wurden im 18. Jahrhundert die ausschließlich pflegerischen Hospize deutlicher von den zur Behandlung von Kranken gegründeten medizinischen Krankenanstalten unterschieden, wobei Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts die Hospize im Besonderen auch die Aufgabe übernahmen, bedürftige, alte und obdachlose Menschen aufzunehmen und im Sterben zu begleiten, wenn sie sich wegen Armut eine ärztliche oder häusliche Betreuung nicht leisten konnten.

Während Palliative Care die Prinzipien und professionellen Aufgaben umschreibt, ist die Hospizbewegung eher eine praktizierte Idee und ein bürgerschaftliches Engagement, das Sterben wieder in das gesellschaftliche Leben und soziale Miteinander zu integrieren.

Die Gründung des St. Christopher Hospice in London durch die Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders 1967 gilt allgemein als der historische Impuls für die Entwicklung der modernen Hospizbewegung und von Palliative Care. Cicely Saunders hat insbesondere mit der Definition des Tumorschmerzes als somato-psycho-sozio-spirituelles Phänomen bzw. Total Pain auch den ersten Impuls gegeben, dass Palliative Care mehr ist, als nur die Behandlung körperlicher Beschwerden, sondern ein umfassendes Verständnis für die existentielle Situation und das Leiden der Betroffenen und ihrer Familien beinhaltet (vgl. Müller-Busch 2012b). In Deutschland konzentrierte sich Palliative Care zunächst stark auf die Spezialversorgung im stationären Sektor. Erst in den letzten Jahren sind zunehmend auch ambulante

Versorgungsmodelle entwickelt worden. Das Wort Palliative Care hat sich lange Zeit nicht durchsetzen können. Die verschiedenen Ebenen des englischen Care, das im Deutschen sowohl Sorge, Kümern, Fürsorge, Pflege wie auch Behandlung bedeutet, lassen sich nur teilweise ins Deutsche übertragen. So wird häufig von Palliativmedizin für die professionelle Betreuung schwerstkranker Menschen und Hospizarbeit für die ehrenamtliche Begleitung gesprochen.

## **2. Palliative Care und „gutes Sterben“**

Das Konzept des „guten Sterbens“ ist ein multidimensionales Konstrukt und umfasst philosophische, kulturelle, soziale, religiöse, spirituelle, psychologische, medizinische, pflegerische und ethische Determinanten.

Kaum ein Bereich in der Medizin hat sich in den letzten 20 Jahren in Deutschland und Europa so dynamisch entwickelt wie Palliative Care. Es handelt sich dabei nicht nur um eine neue Spezialdisziplin, sondern um einen Ansatz, der in viele Bereiche der Medizin hineinwirkt und zunehmend auch integriert wird. Einer der wichtigsten Gründe für die Entwicklung palliativer Konzepte für schwerstkranke und sterbende Patienten war sicherlich die Tatsache, dass das Thema Sterben und Tod sowie Leidenslinderung am Lebensende in der modernen Medizin nahezu ausgeklammert wurde, nachdem lange Zeit die unbeabsichtigten Nebenfolgen des Fortschritts nämlich Schmerzen, Hilfsbedürftigkeit und Pflege des sterbenskranken Menschen nicht beachtet wurden. So führten die technischen Möglichkeiten zur künstlichen Lebensverlängerung und zum Organersatz in der Mitte des 20. Jahrhunderts auch dazu, dass die Frage eines guten Sterbens oder guten Todes angesichts von vielen als quälend empfundener Krankheitsverläufe immer mehr auch zum gesellschaftlichen Thema wurde. Der Vertrauensverlust in die Medizin und Befürchtungen am Ende des Lebens, ihren technischen Möglichkeiten ausgeliefert zu sein, führten dazu, dass die Frage des selbstbestimmten Todeszeitpunktes und der selbst gewählten Todesart in den Mittelpunkt der Überlegungen zu einem guten Sterben gelangte. Gleichzeitig mit der Entwicklung der modernen Hospizbewegung und Palliative Care, die untrennbar miteinander verbunden sind, wurde seit den 1970er Jahren in den Niederlanden lebhaft die Debatte zur Legalisierung des selbstbestimmten Todes durch Euthanasie, in der Schweiz durch Beihilfe zum Suizid aufgenommen, während in den Vereinigten Staaten die Auseinandersetzung über Patiententestamente und vorsorgliche Willenserklärungen für Entscheidungen zur Behandlungsbegrenzung ganz im Mittelpunkt um die Frage standen, wie ein gutes Sterben gestaltet werden könne (vgl. Müller-Busch 2012a).

Das Ringen um ethische Werte in der Medizin muss Rahmenbedingungen rechtlicher, wirtschaftlicher und wissenschaftlicher Entwicklungen berücksichtigen, die zunächst einmal die Anerkennung von sehr unterschiedlichen gesellschaftlichen und individuellen Wertvorstellungen notwendig macht. Während sich früher Wertvorstellungen gesellschaftlich begrenzt und in einer eigenständigen sozialen und

kulturellen Tradition gebildet hatten und z.B. der Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod von der Einsicht in die schicksalsmäßige Unausweichlichkeit des Geschehens bestimmt war, hat die wissenschaftlich technische Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert die Gesellschaft mit ethischen Problemen konfrontiert, die durch die Möglichkeiten der künstlichen Verlängerung der Lebenszeit, der Manipulierbarkeit individueller genetischer Identität und Entwicklung, aber auch durch die Möglichkeit der gezielten Lebensvernichtung im globalen Ausmaß gekennzeichnet ist. Hinzu kommt, dass durch die Orientierungsmöglichkeiten der modernen Informations- und Kommunikationstechnologien Wissen zwar global vorhanden ist, einzelne Handlungssituationen aber von dem Vorhandensein von Fähigkeiten bzw. spezifischen Interventionsmöglichkeiten bestimmt werden, aber auch von Ressourcen und vom durch Interessen sowie Wertvorstellungen bestimmtem Umgang mit diesem Wissen. Das kann zu Problemen und Konflikten führen, in denen nach gemeinsamen „höheren“ Werten gesucht werden muss.

Die in der Medizin auftretenden ethischen Probleme, Konflikte und Dilemmata haben in der Regel drei Dimensionen: eine philosophisch-religiöse, durch die allgemeine Prinzipien und unterschiedliche weltanschauliche Wertvorstellungen berührt werden, eine rechtliche, die gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen berücksichtigt und eine medizinische, in der sich diagnostische und therapeutische Prinzipien, Möglichkeiten und Erfahrungen für konkrete Handlungssituationen manifestieren. Insofern hat der Leitgedanke von Palliative Care einen durchaus über den Versorgungsauftrag hinausreichenden gesellschaftlichen Wert, der von dem Greifswalder Wirtschaftswissenschaftler Steffen Fleßa als „Letztverlässlichkeit“ bezeichnet wurde (vgl. Fleßa 2014, 78-83). Auch in der von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband im Jahre 2008 initiierten „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ – eine Initiative, die das Thema „Sterben und Tod“ und den Stellenwert von Palliative Care zum selbstverpflichtenden Thema macht – kommt dieser Anspruch zum Ausdruck (vgl. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen).

### **3. Formen und Aufgaben von Palliative Care/Palliativmedizin**

*Leitgedanken von Palliative Care bzw. der Palliativmedizin sind Prävention des Leidens sowie die würdige Begleitung der letzten Lebensphase und des Sterbens bei schwerstkranken Menschen.*

Vor allem die modernen Möglichkeiten der Schmerztherapie, die in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt wurden, haben dazu beigetragen, dass Palliative Care zunehmend Anerkennung und Bedeutung erlangte. So können beispielsweise mit einer leitliniengerechten medikamentösen Schmerzbehandlung nach dem Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 90 Prozent der Fälle Schmerzen bei Menschen mit Krebserkrankungen befriedigend gelindert werden. Auch wenn diese Möglichkeiten noch keineswegs konsequent und lange nicht

überall zum Einsatz kommen, gehört die Schmerzbehandlung zu den wichtigsten medizinischen Aufgaben von Palliative Care. Durch eine differenzierte Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen des Schmerzes und durch Einsatz von präventiven Maßnahmen kann auch die Angst vor quälenden Schmerzen und unerträglichem Leid am Lebensende gemindert werden, Leidenslinderung bzw. Prävention des Leidens mit den Möglichkeiten der modernen Medizin bedeutet aber nicht nur optimale Symptomlinderung und Verbesserung der Lebenssituation des Sterbenskranken, sondern es geht in der Palliativbegleitung auch darum, Sterben und Tod als etwas dem Leben Zugehöriges erfahrbar zu machen. Diese Aufgabe reicht sicherlich über eine professionell und kompetent durchgeführte Auftragsleistung hinaus, sie stellt eine Herausforderung in der Begegnung mit existentiellen Fragen in Todesnähe und in der Annäherung an Ungewisses dar. Die christlich-karitativen Traditionen, auf die sich die moderne Hospizbewegung besinnt, machen die Begleitung des Sterbenden und seiner Familie zu einer Sinn bestimmenden Aufgabe, durch die die *Ars moriendi* als lebensbegleitende Vorbereitung auf das Sterben auch für die Sinnbestimmung des eigenen Lebens wichtig wird.

Im Hinblick auf Aufgaben, Strukturen und Zielgruppen und qualitative Merkmale haben die Begriffe Palliativmedizin und Palliative Care in den letzten 30 Jahren eine Reihe von Transformationen erfahren, die bei den Bemühungen, das Wesen des „Palliativen“ zu bestimmen, zu unterschiedlichen Gewichtungen geführt haben. Die zuletzt im Jahre 2002 revidierte Definition der WHO wird derzeit erneut überarbeitet. In einer qualitativen Analyse der Fachliteratur wurden 37 englischsprachige und 26 deutschsprachige Definitionen zu den Begriffen Palliativmedizin und Palliative Care identifiziert, wobei als gemeinsame Zielvorstellungen die Linderung und Prävention von Leiden sowie die Verbesserung von Lebensqualität ermittelt wurden (vgl. Pastrana/Jünger u. a. 2008, 222–232). Die definitorischen und semantischen Bemühungen, die die Begriffe Palliative Care, Palliativmedizin, Palliativversorgung, Sterbequalität etc. begleiten, erschweren manchmal die inhaltliche Bestimmung dessen, worum es geht. Wichtig ist jedoch, die Begriffe Palliativmedizin und Palliative Care von den in vielen Bereichen der Medizin verwendeten Begriffen Palliativtherapie bzw. Supportivtherapie abzugrenzen. In der modernen Palliativversorgung können zudem ein palliativer Ansatz, sowie allgemeine und spezialisierte palliative Versorgungsformen unterschieden werden (Gamondi/Larkin u.a. 2013a, 86–91; Gamondi/Larkin u.a. 2013b, 140–145).

Palliative Care steht nicht – wie oft missverstanden – im Gegensatz zur kurativen Medizin, sondern stellt eine Ergänzung dar, die darauf verweist, dass die Worte Care und Cure gemeinsame Wurzeln haben und sich hinter dem umfassenden Ansatz, der mit dem Wort palliativ verbunden wird, ein für die Medizin insgesamt wichtiges, wieder neu entdecktes Verständnis des Heilens verbirgt, das auf einen Aspekt verweist, der auch in dem umfassenden Begriff Heilung als Ganz- bzw. *wholesome* Sein zu finden ist.

#### 4. Interdisziplinäre und multiprofessionelle Orientierung von Palliative Care

Nach der im Jahre 2002 revidierten Definition der WHO ist Palliativmedizin/Palliative Care ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“. Durch eine ganzheitliche Herangehensweise soll Leiden umfassend gelindert werden, um Patienten und ihren Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und deren Lebensqualität zu verbessern. Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht im Sterben einen natürlichen Prozess. Das Leben soll nicht künstlich verlängert und der Sterbeprozess nicht beschleunigt werden. Palliativversorgung soll interdisziplinär und multiprofessionell erfolgen, das heißt, sie basiert auf der Kooperation von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete, Pflegenden, Vertretern weiterer Berufsgruppen und Ehrenamtlichen (vgl. Präambel der Satzung der Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2008).

Die Umsetzung des biopsychosozial und spirituell orientierten Palliative Care Konzeptes benötigt multiprofessionelle Strukturen, die fachliche Interdisziplinarität gleichberechtigt miteinander verbinden. Nur wenn Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln gesehen und beurteilt werden, ergeben sich transdisziplinäre Lösungsansätze und Orientierungen, die über das eigene Blickfeld hinausreichen. Insofern ist der Teamgedanke in dem Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Theologen, Psychologinnen und Psychologen, Therapeuten, Menschen aus sozialen und künstlerischen Bereichen, Betroffene, Angehörige und Ehrenamtliche miteinander um das Wohl des Betroffenen ringen, eine der tragenden Säulen von Palliative Care, die multiprofessionelle Identität und die Bereitschaft zur Teamarbeit beinhaltet.

Allerdings wird der multiprofessionelle Ansatz durchaus noch nicht in allen Bereichen, in denen Palliativpatienten behandelt werden, ausreichend berücksichtigt.

*Palliative Aspekte sollten nicht erst dann erwogen werden, „wenn nichts mehr getan werden kann“, sondern sie sollten kurative Behandlungsstrategien begleiten und ergänzen, falls dies erforderlich ist.*

Neben fachlicher Kompetenz zu einer umfassend angelegten Beschwerdelinderung erfordern palliativmedizinische Konzepte auch eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Herangehensweise an die Sorgen und Probleme der Patienten und deren Angehörige. Dies gilt im Besonderen für Menschen mit Krebserkrankungen aber auch trotz der großen Fortschritte in der Medizin inzwischen auch für Menschen mit lebensbegrenzenden und belastenden kardiopulmonalen Erkrankungen sowie Patienten mit neurologischen Systemerkrankungen in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien.

Der palliative Ansatz kann neben Prävention, Kuration und Rehabilitation als die vierte Säule der Gesundheitsversorgung angesehen werden, zumal eine menschengemäße Medizin und Begleitung schwerstkranker Menschen immer wichtiger wird.

*Eine besondere Bedeutung hat Palliative Care für die Begleitung von alten und hochbetagten Menschen. Auch hier geht es allerdings nicht nur um den letzten Lebensabschnitt. In Abhängigkeit von der Prognose der Grunderkrankung lassen sich in der Palliativmedizin unterschiedliche Stadien von der Rehabilitation, über die Präterminal- und Terminalphase bis zur eigentlichen finalen Sterbephase unterscheiden (vgl. Johnen-Thielemann 2006, 1019-1028).*

### **Rehabilitation**

**Optimale Medikation und psychosoziale Unterstützung:  
Lebensqualität – Lebensziele finden**

### **Präterminal**

**Optimale Medikation und psychosoziale Unterstützung – Sinn  
und Bedeutung von Beziehungen fördern**

### **Terminal**

**Optimale Medikation evtl. Sedierung - individueller Komfort –  
Notsituationen angemessen behandeln - spirituelle Fragen  
aufnehmen – Trauerunterstützung**

### **Final**

**Opiate, Benzodiazepine und Neuroleptika - keine Belastungen  
– Sterben nicht verzögern**

Abbildung 1: Behandlungsstadien in der Palliativmedizin<sup>1</sup>

Diese Unterscheidung erleichtert auch bei alten Menschen die Kommunikation, die Entwicklung von Behandlungskonzepten sowie die Bestimmung individueller Therapieziele. In der Rehabilitationsphase kann der palliativ Erkrankte seinen Alltag weitgehend normal leben. Die Lebenserwartung liegt bei vielen Monaten bis Jahren. In der Präterminalphase ist eine aktive Lebensgestaltung nur noch eingeschränkt möglich und es bleiben noch Wochen oder Monate zum Leben. Die Terminalphase dauert meist wenige Tage bis Wochen. Der Patient ist schwach, häufig bettlägerig, für längere Zeit schläfrig und kann sich nur schwer konzentrieren. Zunehmend möchte er nicht mehr essen und trinken. Die Behandlung in dieser Phase konzentriert sich auf Komfort, wenn Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Schlafstörungen die Lebensqualität beeinträchtigen. In der folgenden Sterbephase, die Stunden bis Tage andauern kann, kann es zu weiteren Symptomen wie Schwäche, Unruhe, Verwirrtheit, Inkontinenz und Rasselatmung aufgrund des Versagens von Leber, Nieren und Herzfunktion kommen und die Begleitung orientiert sich ausschließlich daran, den Sterbeprozess zu begleiten und das Sterben nicht zu belasten (vgl. Johnen-Thielemann 2006, 1019–1028).

Gerade in der Begleitung alter und hochbetagter, chronisch kranker und multimorbider Menschen ist es wichtig, Palliative Care nicht nur als symptomlindernde

---

<sup>1</sup> Eigene Darstellung



Medizin zu verstehen. Neben optimaler Symptomlinderung können der kontinuierliche Dialog sowie Unterstützung bei schwierigen Entscheidungen über den Wert und Sinn medizinischer Maßnahmen sowie transparentes (nachvollziehbares) Handeln dazu beitragen, auch die letzten Lebensabschnitte im Leben eines Menschen als lebenswert zu erfahren, gleichzeitig aber auch die Grenzen des Handelns zu respektieren.

*Effektive Kommunikation, reflektiertes Entscheiden und Transparenz können neben einer optimalen Symptomlinderung als Kernelemente von Palliative Care angesehen werden.*

Das gilt ganz besonders dann, wenn sich der Betroffene nicht mehr selbst äußern kann. Wille und Wohl des Betroffenen stehen im Mittelpunkt des Dialogs aller, die einen Menschen, der sich krankheitsbedingt nicht mehr mitteilen bzw. aktuell nicht entscheiden kann, begleiten. In Betreuungseinrichtungen der Palliativ- und Hospizversorgung sind diese Aspekte selbstverständlich – in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und sonstigen Orten des Sterbens bestehen hierzu leider oft noch erhebliche Defizite. Effektive Kommunikation bedeutet, Krankheit nicht nur als pathophysiologische Funktionsstörung, sondern als Prozess und Kranksein als individuelle Erfahrung zu berücksichtigen, es bedeutet aber auch alle Dimensionen des Krankseins zu erfassen, zu wissen, wo bzw. in welcher Lebenssituation sich der andere befindet, welche Werte er hat und es bedeutet gemeinsame Ebenen zu finden sowie alle Aspekte von „Heilung“ im Blick zu haben. Reflektiertes Entscheiden bedeutet, im Dialog immer dem Willen des Patienten auf der Spur zu sein, egal ob es um Therapiewünsche am Lebensende, die Interpretation von Patientenverfügungen, dem Umgang mit Sterbewünschen oder die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen geht. Nur so werden Entscheidungen ermöglicht, die auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung von allen getragen werden. Transparentes Handeln sollte dazu beitragen, dass es für andere nachvollziehbar wird. Es kann weder bedeuten, alles zu tun, was möglich ist, noch alles zu tun, was gewünscht wird. Medizinische Indikation bestätigt sich im Dialog und verwirklicht sich in der Palliativversorgung in der Begleitung des sterbenden Menschen für ein Sterben unter würdigen Bedingungen mit bestmöglicher Symptomkontrolle sowie Zuwendung und Unterstützung im Umgang mit physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen.

## **5. Selbstbestimmung, Autonomie und Sinn**

Palliative Care bedeutet in einem besonderem Maße auch Wertorientierung, indem sie die Grenzen der Medizin respektiert und die Kommunikation über die in den letzten hundert Jahren schmerzlich missachteten und vernachlässigten ethischen Grundlagen medizinischer Moral und des menschlichen Miteinanders wieder ins Bewusstsein zu bringen versucht. Menschen in der letzten Lebensphase erwarten nicht nur hohe fachliche Kompetenz, Zuwendung, Erreichbarkeit, Wahrhaftigkeit,

wertfreies Interesse, Unvoreingenommenheit und Empathie, sondern sie erwarten auch, dem Konflikt mit der eigenen Identität nicht auszuweichen. Wenn Menschen in Grenzsituationen sich in ganz unterschiedlicher Weise mit den Sinnfragen des Weiterlebens beschäftigen, ist es häufig schwierig, in den verschiedenen Phasen einer nicht heilbaren Erkrankung Aspekte der Hoffnung und Perspektiven zu entwickeln. So haben die in Palliative Care engagierten Berufsgruppen und besonders auch Psychologinnen und Psychologen, die in diesem Bereich arbeiten auch die Aufgabe, sich der mythischen und häufig tabuisierten Trennungslinie zwischen Krankheit und Tod anzunähern und die Schicksalhaftigkeit vielleicht sogar Sinnfrage von Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod, aber auch die Frage eines „autonomen Sterbens“ wieder im Zusammenhang mit der Gewissheit des Todes unter ethischen Gesichtspunkten zu reflektieren und zu thematisieren.

Kranksein und Altwerden sind in fortgeschrittenen Phasen mit einer Einschränkung, wenn nicht mit einem Verlust von Autonomie verbunden. Thure von Uexküll hat darauf hingewiesen, dass Krankheit immer Autonomieeinschränkung bzw. -verlust darstellt und die Wiederherstellung, Stärkung bzw. zumindest die Respektierung einer in Grenzsituationen evtl. nur noch teilweise vorhandenen Autonomie zu den Grundprinzipien der modernen Medizin gehört. „Die Autonomie des Menschen ist das Fundament seiner Freiheit ... auf ihr beruht die Würde seines Mensch-Seins, deren Gewicht wir, wie so oft, erst in dem Augenblick des Verlusts wirklich wahrnehmen“. (Uexküll v./Wesiack 1998, S. 456). Autonomie beinhaltet als Wesensmerkmal des Menschen die Fähigkeit über die eigenen Kräfte zu verfügen. In diesem Sinne ist Autonomie das Grundelement des Lebens, ein Synonym für Würde. Autonomie ist Selbstverwirklichung und Selbstbeschränkung. Das eine ist ohne das andere nicht denkbar. So stellt sich für jedes menschliche Wesen die Aufgabe, in Selbstverantwortung den Ausgleich zwischen Selbstverwirklichung und Selbstbeschränkung zu finden. Autonomie ist die Voraussetzung für Selbstbestimmung, d.h. die eigenverantwortliche Möglichkeit über sich, d.h. das Selbstsein zu entscheiden. Autonomie und Selbstbestimmungsfähigkeit sind wichtige Voraussetzungen, die Identität eines Menschen zu schützen und das Leben vorweg zu qualifizieren. Selbstbestimmung ist grundsätzlich ein Abwehrrecht. Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sind Möglichkeiten dieses Abwehrrecht für den Fall fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit zum Ausdruck zu bringen.

Auch Alexander Mitscherlich hat in seinem 1947 erstmals veröffentlichten Buch „Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit“ auf die Schwierigkeiten hingewiesen, dieser Selbstverantwortung in Situationen des Krankseins, besonders des kritisch Krankseins, zu entsprechen, indem er die Stärkung der Autonomie als Orientierungspunkt für Entscheidungen hervorhob. Dies gilt für alle Bereiche der Medizin – auch in der Palliativmedizin am Lebensende.

## 6. Grundprinzipien der Medizinethik in ihrer Bedeutung für Palliative Care

Kein anderer Ansatz bestimmt den medizinethischen Diskurs der Gegenwart und die Debatten zu Fragen am Ende des Lebens so sehr wie die "Prinzipien der biomedizinischen Ethik" der beiden Amerikaner Tom L. Beauchamp und James F. Childress, die sie in ihrem Buch „Principles of Biomedical Ethics“ 1979 zum ersten Mal vorstellten:

Die Prinzipien

- Respekt der Autonomie des Patienten (respect for autonomy),
- Schadensvermeidung (nonmaleficence),
- Fürsorge (beneficence) und
- Gerechtigkeit (justice)

gelten inzwischen als die *klassischen Prinzipien der Medizinethik* und haben nicht nur im angloamerikanischen, sondern auch im deutschsprachigen Raum eine hohe Akzeptanz und Popularität erlangt (vgl. Beauchamp/Childress 1994). Auch wenn die vier Prinzipien in bioethischen Debatten in der Regel in ihrem Spannungsfeld zueinander mit gleicher Wertigkeit gesehen werden, wird dem Respekt vor der Autonomie bzw. der Selbstbestimmung des Patienten zumindest für die Durchführung von Handlungen in der Medizin ein dominierender Stellenwert zugesprochen. Ergänzt werden diese Prinzipien durch solche zweiter Ordnung wie Respektierung der Privatsphäre, wahrheitsgemäße Aufklärung, Schweigepflicht und informierte Zustimmung zu Behandlungsmaßnahmen sowie durch berufsbezogene Leitbilder und -prinzipien beispielweise in der Pflegeethik die Beachtung der Hygiene, Teamarbeit, Dokumentation und Transparenz.

Effektive Kommunikation und reflektiertes Entscheiden in Palliative Care erfolgt im Spannungsfeld dieser Prinzipien. Sie müssen im Einzelfall konkretisiert und zueinander bezogen werden. Moralische Kontroversen können als Konflikte zwischen den verschieden gewichteten Prinzipien dargestellt werden. Das bioethische Quartett – wie es auch genannt wird – stellt einen Rahmen dar, in dem alle ethisch relevanten Entscheidungssituationen in der Medizin und in den Biowissenschaften systematisch behandelt werden können. Es ist besonders geeignet für die Behandlung schwieriger Fragen am Lebensende, in dem das Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge berührt wird. Ethikberatungen und ethische Fallbesprechungen, in denen unterschiedliche Sichtweisen des Palliative Care Teams, der Betroffenen und von Angehörigen beispielsweise im Hinblick auf Entscheidungen zur Therapiebegrenzung etwa die Durchführung oder Beendigung einer künstlichen Ernährung behandelt werden, haben in der Palliativbetreuung einen hohen Stellenwert. Im Vier-Prinzipien-Modell lassen sich auch die wesentlichen philosophischen Richtungen der Ethik in ihrer Beziehung zueinander erkennen. So bewegen sich die Prinzipien Nutzen und Nicht-Schaden im Spannungsfeld von Deontologie und Teleologie bezogen auf die hippokratischen Grundsätze medizinischen Handelns, während sich im Respekt vor Autonomie und Gerechtigkeit das Spannungsfeld von Individualethik

und Sozialethik eröffnet. Die Behandlung des Patienten muss sich nicht nur nach dem Willen und dem Recht des Einzelnen richten, sondern immer auch Gleichheit und soziale Gerechtigkeit im Blick haben.

Der autonome Wille ist das letztlich entscheidende Kriterium für die Durchführung aller medizinischen Maßnahmen. Heute ist „informed consent“ eine unverzichtbare Voraussetzung für alle Eingriffe in die Autonomie und Integrität eines kranken Menschen. Das gilt insbesondere auch für alle Maßnahmen bei Menschen, die infolge einer Demenz ihre Entscheidungsfähigkeit verloren haben. In Situationen des Sterbenskrankseins, wenn die Fähigkeiten sich zu entscheiden, eingeschränkt sind und Entscheidungsmöglichkeiten immer weniger oder nicht mehr vom Patienten selbst wahrgenommen werden können und der Tod schon wartet, verlagert sich Verantwortung Autonomie zu respektieren zunehmend auf die Ärzte, Pflegende und Angehörige mit der Erwartung, dass diese den Willen oder zumindest den mutmaßlichen Willen bzw. die sog. mutmaßliche Wirklichkeit des Patienten kennen, erkennen und respektieren. Aber wer hat schon gelernt, den Willen eines nicht mehr entscheidungsfähigen Menschen zu ermitteln bzw. zu bestimmen?

In Grenzsituationen zwischen Leben und Tod, insbesondere am Lebensbeginn und am Lebensende, stellt sich häufig die Frage, welche Dimensionen der Autonomie, gefördert, bewahrt bzw. geschützt werden müssen bzw. sollen. Dies ist natürlich dann mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, wenn Selbstbestimmungsmöglichkeit, freier Wille und freie Urteilsfähigkeit eingeschränkt sind. Wenn sich das Fühlen eines schwerstkranken Menschen am Lebensende mehr und mehr auf die anderen immer weniger zugängliche eigene Erlebniswelt konzentriert und vielleicht nur noch wenig nachvollziehbare Willensmanifestationen erkennbar sind, dann bedeutet die *Begleitung* eines solchen Menschen auch, Bereitschaft zur Mitverantwortung zu übernehmen und das besondere autonome Sterben dieses Menschen zu begleiten.

## **7. Sterbehilfe, Palliative Care und Ethik der Autonomie**

Eine wichtige Frage ist, ob und in wie weit in sterbenahen Situationen das Handeln durch den Willen des Patienten bis zu den Forderungen nach dem Recht auf einen eigenen Tod bestimmt werden kann und darf? Beinhaltet die Forderung nach Autonomie und Berücksichtigung von Selbstbestimmung vor dem Hintergrund der Ambivalenz der technischen Möglichkeiten der modernen Medizin nicht auch die Suche nach Hilfe (vgl. Baumann 1995)?

Die wesentlichen Argumente der heutigen Befürworter der ethisch legitimierten Selbsttötung bei unheilbaren Erkrankungen bzw. im hohen Lebensalter wurden vor 250 Jahren von David Hume formuliert, der sich in seinem Aufsatz „On suicide“ mit der Frage der gesellschaftlichen Verpflichtung zum Leben und der freiwilligen Lebensbeendigung auseinandersetzte. Durch den Freitod werde weder der Gesellschaft geschadet, im Gegenteil, indem ein Mensch durch Alter, Krankheit oder

Unglück zur allgemeinen aber auch eigenen Belastung geworden ist, kann ein freiwilliger Tod weniger schlimm sein, als ein vernichtetes Leben. Freitod kann sogar die Interessen der Gesellschaft fördern. Ein freiwilliger Tod kann in bestimmten Situationen die einzige Möglichkeit sein, Würde und Humanität zu bewahren, wenn das Leben aus subjektiver und objektiver Sicht nicht mehr lebenswert erscheint (vgl. Decher 2001).

*Herr G. ein 94-jähriger Patient, ehemaliger Bankkaufmann, war wegen eines blutenden Darmtumors auf der Palliativstation aufgenommen worden. Er wollte schnellstens wieder nach Hause, weil seine 87-jährige ebenfalls kranke Ehefrau dringend seine Hilfe benötigte. Im Vordergrund seiner Beschwerden standen Schmerzen, die ihn am Laufen hinderten. Nach wenigen Tagen wurde er entlassen, am gleichen Abend jedoch erneut aufgenommen – wieder mit Schmerzen im Bein. Nach einigen Tagen hatte er mit Hilfe eines engagierten Krankengymnasten endlich eine bessere Mobilität erreicht, er schaffte sogar die fünf Stufen, die hinab auf unsere Terrasse führten – wir waren stolz, dem alten Herren wieder so viel Autonomie ermöglicht zu haben und entließen ihn nach Hause. Am nächsten Morgen besuchte ihn eine Pflegende, die das alte Ehepaar schon seit einiger Zeit unterstützte. Die Tür zum Keller war offen, sie ging die fünf Stufen hinunter und erblickte Herrn G. – er hatte sich erhängt.*

Keine Todesart hinterlässt so tiefe Spuren, so große Betroffenheit wie ein Suizid, wie das Fallbeispiel sehr deutlich zeigt. Ein Suizid beendet einen Konflikt, aber das eigentliche, dahinter stehende Problem wird nicht gelöst. Auch wenn eine Selbsttötung aus Sicht des Betroffenen vielleicht nachvollziehbar erscheint, es sind die Angehörigen, die ändern, die damit leben müssen – oft prägen diese Erfahrungen das ganze weitere Leben. Diese Fragen werden in Gesprächen mit Menschen, die Suizidgedanken in sich bewegen, oft zu wenig angeschnitten. Bei keiner Todesart stellen sich die Frage nach dem sozialen Miteinander und die Frage nach der moralischen Legitimität so vehement wie bei der Selbsttötung.

In palliativen Betreuungssituationen ist zwar das Verlangen nach Tötung selten, dennoch gibt es auch bei scheinbar optimaler Palliativbetreuung Menschen, von denen – aus welchen Gründen auch immer – Sterbewünsche: Suizidabsichten oder sogar explizit die Tötung auf Verlangen bzw. die Bitte um Beihilfe zum Suizid geäußert werden (vgl. Schäfer/Schumann 2013). Menschen mit tödlichen Erkrankungen, in unerträglichen Leidenssituationen, im hohen Alter, wenn das Leben zunehmend durch Belastung gekennzeichnet wird, beschäftigen sich häufiger als wir es wahrnehmen wollen, mit der Frage, den Tod selbst herbeizuführen bzw. Hilfe zum Tod zu suchen. Nach verschiedenen Untersuchungen finden sich explizite Euthanasiewünsche bei ca. 2-5 Prozent der Palliativpatienten – zumeist in einem noch relativ frühen Stadium. In den meisten Fällen sind es allerdings Sterbewünsche, keine Tötungswünsche – verbunden mit dem Wunsch, die Lebenssituation doch noch

einmal zu verbessern. Sind diese Sterbewünsche oder auch Tötungswünsche „Zumutungen“ oder ein besonderes Zeichen des Vertrauens in existentieller Not?

Auch wenn „Tötung auf Verlangen“ (Euthanasie oder ‚aktive Sterbehilfe‘) und „Assistierter Suizid“ nicht zu den Aufgaben von Palliative Care gehören, dürfen Gespräche darüber keine Tabus in der Betreuung von Palliativpatienten sein – sie stellen für alle Angesprochenen eine große moralische, eine kommunikative und eine emotionale Herausforderung dar. Eine gute Palliativbetreuung vermag Tötungswünschen weitgehend entgegenzuwirken, aber nicht immer. Zu den schwierigsten Gesprächen gehören sicherlich diejenigen, in denen es um die Frage nach Beihilfe zum Suizid geht – besonders dann, wenn die eigene Einstellung von Verständnis und Empathie geprägt ist. Das „Therapieziel Tod“ lässt sich ja weder empirisch bzw. erkenntnistheoretisch, sondern nur unter Glaubensaspekten begründen.

Im Selbstverständnis von Palliative Care geht es immer um die Linderung des Leidens und nicht um die Entsorgung oder Abschaffung des Leidenden. Insofern gehören nach einem Positionspapier der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) (vgl. Materstvedt/Clark/Müller-Busch u. a. 2003) die *Euthanasie und der medizinisch assistierte Suizid grundsätzlich nicht zu den Aufgaben von Palliative Care.*

Die *Frage eines würdigen Sterbens auch als kommunikative Herausforderung* anzunehmen, ist ein Grundanliegen von Palliative Care und der Hospizbetreuung. Der an Lebensqualität, Lebenssinn und Lebenswert orientierte palliative Ansatz geht von einer moralischen Grundhaltung aus, in der die Sorge um das Leid des Leidenden als medizinische, pflegerische und menschliche Aufgabe des Miteinanders angesehen wird. Gleichzeitig wird aber auch der Respekt vor der Selbstbestimmung und der Autonomie als ein hohes Gut angesehen. Dies ist im Umgang mit Suizidgedanken wichtig.

Wenn durch die Bitte um Suizidbeihilfe die Grenzen unserer Fähigkeiten Krankheiten zu heilen, zu lindern bzw. die Lebenssituation zu verbessern, angesprochen werden, so liegt darin auch immer eine Herausforderung an unsere Macht. Kann, darf die Hilfe zur Beendigung des Lebens eine Möglichkeit der Hilfe darstellen, durch die wir unserer Verpflichtung zur Barmherzigkeit bzw. zur Nächstenliebe in ganz außerordentlichen Situationen entsprechen?

*Die Frage nach Hilfe zum Sterben beinhaltet immer auch eine moralische Herausforderung, sich mit den Sinnfragen unserer eigenen Existenz und unseres Rollenverständnisses auseinanderzusetzen. Auch wenn man dabei besonders berührt und betroffen ist, kann man letztlich den Sinn, den das Leben, das Sterben und der Tod für einen anderen Menschen hat, nicht bestimmen. Den Tod herbeiführen, bedeutet ihm Sinn geben.* Eine Rechtfertigung, die den Tod für sinnvoll bzw. indiziert erklärt, überschreitet Erkenntnisgrenzen – dies gilt im Besonderen für die ärztliche Beihilfe zum Suizid. Die Auseinandersetzung mit dem Tod durch Suizid ist und bleibt – so niederdrückend es vielleicht klingen mag – ein bzw. das Thema des Lebens und nicht des Rechts ihn herbeizuführen.

---

## Literatur

*Baumann, Zygmunt* (1995), *Moderne und Ambivalenz*, Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

*Beauchamp, Tom L/Childress, James F.* (1994), *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press.

*Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V./Bundesärztekammer* (Hg.) (2010), *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen*, <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/> (abgerufen am 02.07.2014).

*Decher, Friedhelm* (2001), „Wem gehört der Mensch?“ – Die ethische Problematik der Selbsttötung, in: *Marburger Forum*, 2, 2.

*Fleßa, Steffen* (2014), *Letztverlässlichkeit als Ressource – Der Wert der Palliativmedizin für die Volkswirtschaft*, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15, 2, 78–83.

*Gamondi, Claudia/Larkin, Philip/Payne, Sheila* (2013a), *Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1*, in: *European Journal Of Palliative Care* 20, 2, 86–91.

*Gamondi, Claudia/Larkin, Philip/Payne, Sheila* (2013b), *Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2*, in: *European Journal Of Palliative Care* 20, 3, 140–145.

*Jonen-Thielemann, Ingeborg* (2006), *Terminalphase*, in: *Aulbert, Eberhard/Nauck, Friedemann/Radbruch, Lukas* (Hg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Stuttgart: Schattauer Verlag, 1019–1028.

*Materstvedt, Lars Johan/Clark, David/Ellershaw, John/Førde Reidun/Gravgaard, Anne Marie/ Müller-Busch, H. Christof/Porta i Sales Josep/Rapin, Charles-Henri* (2003), *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*, in: *Palliative Medicine* 17, 2, 97–101.

*Müller-Busch, H. Christof* (2012a), *Abschied braucht Zeit – Palliativmedizin und Ethik des Sterbens*, Berlin: Suhrkamp Verlag.

*Müller-Busch, H. Christof* (2012b), *Palliative Care – Historische Entwicklungen – Aufgaben – Perspektiven*, in: *Fegg, Martin/Gramm, Jan/Pestinger, Martina* (Hg.), *Psychologie und Palliative Care*, Stuttgart: Kohlhammer, 11–19.

*Pastrana, Tania/Jünger, Sascha/Ostgathe, Christoph/Elsner, Frank/Radbruch, Lukas* (2008), *A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care*, in: *Palliative Medicine*, 22, 222–232.

*Schäfer, Rainer/Schuhmann, Günter* (Hg.) (2013), „Ist das noch ein Leben?“ Suizid als Herausforderung für Palliativmedizin und Palliativpflege, Würzburg: Königshausen und Neumann.

*Uexküll v., Thure/Wesiack, Wolfgang* (1998), Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, Monheim: Urban & Schwarzenberg.

#### Über den Autor

**H. Christof Müller-Busch**, bis 2008 leitender Arzt am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin, war von 2006–2010 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Er ist Mitglied des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, lehrt an der Universität Witten/Herdecke und leitet den Masterstudiengang ‚Palliative Care‘ an der Dresden International University. Im August 2012 erschien im Suhrkamp Verlag sein Buch Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens.

#### Über [www.ethikjournal.de](http://www.ethikjournal.de)

**EthikJournal** ist eine Onlinezeitschrift für Ethik im Sozial- und Gesundheitswesen. Ausgehend von aktuellen Problemen werden grundlegende theoretische und handlungsorientierte Themen zur Diskussion gestellt. Die Zeitschrift erscheint zweimal im Jahr online. Herausgeber der Zeitschrift ist das Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP).

**ISSN 2196–2480**

#### Zitationsvorschlag

*Müller-Busch, H. Christof* (2014), Palliative Care – Geschichte und Konzept einer interdisziplinären Begleitung Schwerstkranker und Sterbender, in: EthikJournal 2 (2014) 2, Download unter: [Link zum pdf-Onlinedokument](#) (Zugriff am).