

Leid^faden

FACHMAGAZIN FÜR KRISEN, LEID, TRAUER



**Langsame Fahrt voraus –
die Kunst ethischen Reflektierens**



10. FACHKONGRESS

„Auch am Ende... LEBEN!“

Sich Gedanken über den eigenen Tod zu machen, bringt uns beinahe zwangsläufig zu der Frage, was wir aus unserem Leben machen wollen. Und was bedeutet für uns eigentlich ein „gutes Leben“ oder ein „gutes Sterben“?

Auf der LEBEN UND TOD haben Sie wie nirgendwo die Möglichkeit, sich umfassend sowohl für Ihr berufliches Interesse als auch als Betroffene*r mit den verschiedenen Themen am Ende des Lebens zu befassen. Hochkarätige Referent*innen bieten in Vorträgen und Workshops Fortbildungsangebote für Haupt- und Ehrenamtliche aus Hospiz, Palliative Care, Seelsorge, Trauerbegleitung und Bestattungskultur an. Eine vielfältige Ausstellung mit rund 140 Aussteller*innen hält Angebote wie Klangschalen, Literatur, Musik, handgefertigte Urnen, Trauerschmuck sowie Ansprechpartner zu Pflege, Spiritualität, Glaube oder Sterbe- und Trauerbegleitung bereit.

Das Rahmenprogramm ist anlässlich des 10-jährigen Jubiläums besonders vielfältig und ansprechend. Drei Ausstellungen, u.a. vom Bundesverband Trauerbegleitung, Live-Musik (z.B. Rolf Zuckowski oder Sarah Benz) oder der Platz der Begegnung sowie die freundliche und helle Atmosphäre zeigen, dass auch ganz viel Leben steckt in der LEBEN UND TOD!



HOTLINE: 0421.3505 588

Jetzt einfach online anmelden:
www.leben-und-tod.de/registrierung



Veranstalter:



Langsame Fahrt voraus – die Kunst ethischen Reflektierens

Im Berufsalltag von Therapeuten/Therapeutinnen, Sozialarbeiterinnen, Pflegenden, Ärzten/Ärztinnen und auch in der Begleitung durch Ehrenamtliche im Klinikbesuchsdienst, der Telefonseelsorge oder der Hospizarbeit tauchen immer wieder ethische Fragen und Probleme in der Behandlung, Betreuung und Beratung auf. In solchen Situationen gilt es, mit allen Beteiligten und wenn möglich auch mit den Betroffenen innezuhalten, um gemeinsam über Werte wie Würde, Respekt gegenüber der Selbstbestimmung, Verantwortung, Ehrlichkeit, Schweigepflicht und anderes mehr nachzudenken: Ist das, was wir hier und jetzt tun, gut für die betroffenen Menschen?

Ethisches Denken hat dabei zwei Ziele: die bessere Versorgung der Patienten/Patientinnen und Klientinnen/Klienten sowie die Unterstützung der Begleiter/-innen in ihrem Tun. Ethik im Gesundheitssystem sagt nicht, was das Gute in der jeweiligen Situation ist, sondern gibt den Handelnden Kriterien an die Hand, wie etwas als gut beurteilt werden kann. In ethischen Fallbesprechungen geht es zum Beispiel immer um die Reflexion, das Nachdenken und die Begründung von Werten im Hinblick auf mögliche Handlungen.

Menschen in schwerer Krankheit, in Krisen, Leid und Trauer sind in ihrer Angewiesenheit auf die Unterstützung und Hilfe anderer besonders vulnerabel. Daher sollten alle beteiligten Haupt- und Ehrenamtlichen ihre Angebote und ihr Handeln ihnen gegenüber immer wieder ethisch reflektieren, um sie in ihrer Abhängigkeit nicht »zu überfahren«, sie nicht auszunutzen oder sich gar an ihnen zu bereichern.

Die (Be-)Handelnden haben Verantwortung gegenüber den ihnen anvertrauten leidenden Menschen. Im Wort »Verantwortung« steckt »Antwort« – alle diese verschiedenen Professionen und freiwilligen Helferinnen und Helfer wollen auf die Not ihrer Mitmenschen eine Antwort finden, sie nicht allein lassen in den Krisen, ins-

besondere am Ende des Lebens oder in der Trauer. Sie fühlen sich solidarisch und sollten das für die Begleitung und Behandlung notwendige Wissen haben – dennoch gibt es immer wieder Situationen, in denen sie an ihre Grenzen kommen. Und wie begegnet die ehrenamtliche Begleiterin grenzüberschreitendem Verhalten in der Interaktion? Wie schaffen wir als Behandelnde die Balance zwischen Verantwortung wahrnehmen und Autonomie erhalten?

Die Werte des kranken, leidenden Menschen sind immer zu respektieren und seine Würde und Autonomie zu achten. Leidenden keinen zusätzlichen Schaden zuzufügen, sollte zwar selbstverständlich sein, und doch kennt jeder Gegenbeispiele. Besondere ethische Herausforderungen ergeben sich im Hinblick auf Gerechtigkeit bei der Verteilung von Ressourcen bei Menschen aus anderen Kulturkreisen mit anderen Wertsystemen, bei Schwerstkranken, deren Hoffnung es zu unterstützen gilt ohne sinnlose und belastende Behandlungsversuche, sowie bei der Beachtung der Wünsche Sterbender.

Der leidende Mitmensch ist sicher keine Summation von erbrachten Leistungen und kein »Mittel« zur Steigerung von Erlösen, er darf nicht auf das Monetäre reduziert werden. Ethik im Umgang mit Menschen (die uns Behandler, Therapeuten und Begleiter anvertraut sind) ist immer eine Frage der Haltung, Kommunikation und Reflexionskultur. Laut Aristoteles betreiben wir Ethik nicht, um zu wissen, was gutes Handeln ist, sondern um gut zu handeln.



Margit Schröer



Lukas Radbruch



- 22 Lukas Radbruch | Palliative Sedierung:
eine medizinische Intervention am
Lebensende



- 33 Fanny Dethloff | Ehren-
amtliche zwischen Anspruch
und Wirklichkeit

Inhalt

1 Editorial

- 4 Birgit Jaspers und Frank Peusquens
Moral und Ethik

- 9 Frank Peusquens
**Das Klinische Ethikkomitee als Organisationsform
im Krankenhaus**

- 16 Alfred Simon
**Keine »Ethik to go« – Ambulante Ethikberatung für
Therapeuten und Berater**

- 18 Friedemann Nauck und Birgit Jaspers
Assistierter Suizid in Deutschland

- 22 Lukas Radbruch
**Palliative Sedierung: eine medizinische Intervention
am Lebensende**

- 27 Annette Riedel
**Pflegenotstand – Die Bedeutsamkeit ethisch
verantworteter Maßnahmen**

- 33 Fanny Dethloff
**Ehrenamtliche zwischen Anspruch und Wirklich-
keit – Grenzüberschreitungen und wie weiter?
Über Halt und Haltung**

- 38 Urs Münch und Heidi Müller
**Normen, Werte und Leitlinien in der Arbeit mit
Trauernden – eine Annäherung**



- 38 Urs Münch und
Heidi Müller | Normen,
Werte und Leitlinien
in der Arbeit mit
Trauernden – eine
Annäherung



- 43** Martin W. Schnell
Diversität als ethisches Thema in der Begleitung

- 48** Ahmet Göksu und İlhan İlkilic
Werte und Interkulturalität in der Trauerbegleitung muslimischer Sterbender und Trauernder

- 53** Patrick Schuchter
Care-Ethik – Orientierungen für die kommunikative Alltagspraxis in Begleitung, Beratung und für Organisationen

- 58** Giovanni Maio
Für eine Ethik der Begegnung – Grundgedanken zur Betreuung von Menschen in Krisen und Krankheit

- 63** Friedrich Dechant
Ethos und Ethik in der TelefonSeelsorge

- 66** Karin Scheer und Susanne Frewer-Graumann
Eine Reise durch das Gesundheitswesen – Im Gepäck eine neue Ethik der Begleitung?

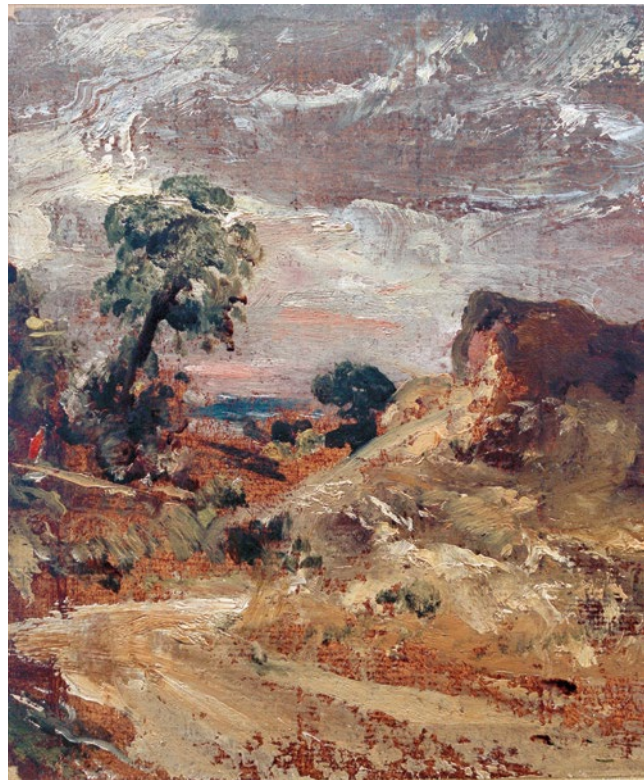
- 73** Franz Alt
Braucht Ethik eine Weltanschauung?

- 77** Christiane und Hans-Christoph zur Nieden
Ethische Fragen und Herausforderungen bei der Begleitung von FVNF

- 81** Udo Baer
Würde und Demenz

- 83** Fortbildung: Ethik für Medizinstudenten/-studentinnen und Ärztinnen/Ärzte

- 66** Karin Scheer und Susanne Frewer-Graumann
Eine Reise durch das Gesundheitswesen ...



- 87** Rezensionen

- 89** Verbandsnachrichten

- 97** Cartoon | Vorschau

- 98** Impressum

Moral und Ethik

Birgit Jaspers und Frank Peusquens

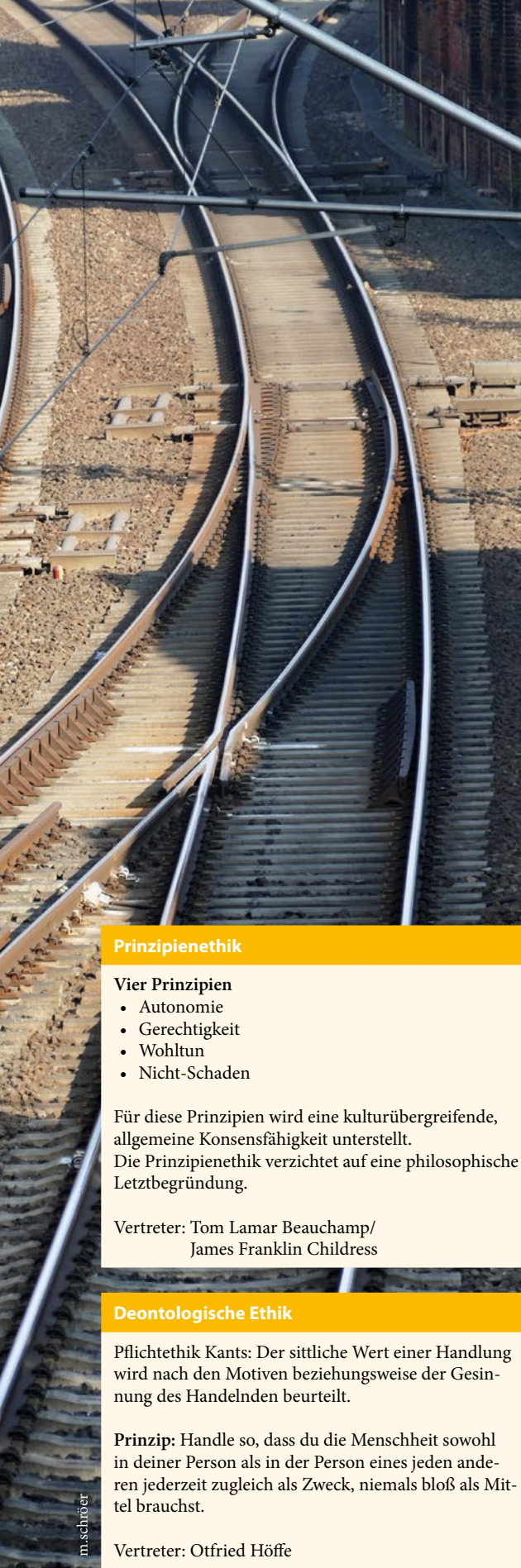
Ethik (von griechisch *ta ethika* = die Sittenlehre) ist eine philosophische Disziplin (Schmidt 1982, S. 170). Sie versteht sich als Reflexion über Bedingungen, Prinzipien und Ziele menschlich-gesellschaftlichen Handelns. Der Begriff ist nicht zu verwechseln mit Ethos, das mehrere Bedeutungen hat: der gewohnte Ort des Lebens, der Inbegriff der Üblichkeiten und Gewohnheiten (auch *mores*, lateinisch: Sitten) und letztlich Einstellungen und Haltungen, der persönliche Charakter (Höffe 2002, S. 30 f.). Die Begriffe »Moral« und »Ethik« werden häufig synonym benutzt, was zu Verwirrungen führt. Im engeren Sinne bezeichnet Moral den Inbegriff der in einer Gesellschaft gültigen Normen und Werte, Ethik die wissenschaftliche Reflexion darüber.

Menschen verfügen über eine sogenannte moralische Intuition, nach der sie oft ihre Entscheidungen für oder gegen Handlungen treffen. Die moralische Intuition fußt auf der Sozialisation und auf internalisierten Werten und Moralvorstellungen, die von vielen, aber nicht allen Kulturen geteilt werden. Hierzu gehören etwa das Tötungsverbot, das Folterverbot, das Verletzungsverbot, das Lügenverbot, das Hilfsgebot in Notlagen, das Fairnessgebot sowie die Tugenden (und damit positiven Bewertungen von) Klugheit, Stärke, Besonnenheit, Gerechtigkeit, Friedfertigkeit oder Hilfsbereitschaft (von der Pfordten 2010, S. 11).

Für die reflektierte Auseinandersetzung mit Handlungsentscheidungen bedarf es der Grundkenntnis von Theorien der normativen Ethik. Diese haben zum Gegenstand, Kriterien für gutes und schlechtes Handeln, die Bewertung der Motive für Handlungen und deren Folgen aufzustellen. Jedoch gibt es eine Vielzahl ethischer Theorien und Ansätze. In offenen, pluralistischen Gesellschaften



Menschen verfügen über eine moralische Intuition, nach der sie oft ihre Entscheidungen für oder gegen Handlungen treffen.



ist die Vermittlung von unterschiedlichen Ansätzen der Ethik in der Bildungspolitik verankert. Im Privat- wie im Berufsleben, im gesellschaftlichen und menschlichen Miteinander erfährt jede/r Einzelne, dass – basierend auf unterschiedlichen moralischen Überzeugungen – immer auch anders entschieden und gehandelt werden kann.

Ethische Modelle zur Entscheidungsfindung im Gesundheitssystem

Um in der Praxis moralische Entscheidungen für den Einzelfall zu treffen, die auf einer konsistenten Argumentation beruhen, können verschiedene Ansätze genutzt werden.

I. Top-down-Ansätze

Von einem (abstrakten) ethischen Prinzip ausgehend werden die konkreten Einzelfälle entschieden.

Prinzipienethik	Konsequenzialismus
Vier Prinzipien • Autonomie • Gerechtigkeit • Wohltun • Nicht-Schaden Für diese Prinzipien wird eine kulturübergreifende, allgemeine Konsensfähigkeit unterstellt. Die Prinzipienethik verzichtet auf eine philosophische Letztbegründung. Vertreter: Tom Lamar Beauchamp/ James Franklin Childress	Der sittliche Wert einer Handlung bestimmt sich <i>ausschließlich</i> von ihren Folgen her. Hierzu zählen auch die unbeabsichtigten, aber absehbaren Folgen (Nebenfolgen). Prinzip: Diejenige Handlung ist moralisch richtig, deren Folgen für das Wohlergehen aller Betroffenen optimal sind. Vertreter: Jeremy Bentham/Peter Singer
Deontologische Ethik	Diskursethik
Pflichtethik Kants: Der sittliche Wert einer Handlung wird nach den Motiven beziehungsweise der Gesinnung des Handelnden beurteilt. Prinzip: Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst. Vertreter: Otfried Höffe	Prinzip: In einem herrschaftsfrei geführten Diskurs sollen alle, die von Entscheidungen betroffen sind (auch zukünftig Betroffene), zu einer rational begründeten und allgemein zustimmungsfähigen Lösung von Konflikten kommen können. Vertreter: Jürgen Habermas

Jedoch sind die verschiedenen Ansätze nicht so kontrastierend, wie sie in dieser schematischen Übersicht teilweise zu sein scheinen. Auch der Utilitarismus (Konsequenzialismus) kennt einen nicht mehr relativierbaren Zweck, nämlich die Verpflichtung auf das kollektive Wohl, und hat damit ein deontologisches Element. Die Deontologie lässt Folgen nicht völlig unberücksichtigt und verlangt bei bestimmten Problemkonstellationen Güterabwägungen. »Das für ihn [Kant] selbstverständliche Hilfsgebot lässt sich ohne Überlegungen, wie man denn erfolgreich hilft, gar nicht erfüllen (...) Wer in einen reißenden Strom springt, um einen Ertrinkenden zu retten, muss sich vorab überlegen, ob die Rettungschancen überwiegen oder ob sein heroischer Sprung nicht aussichtslos ist und in letzter Konsequenz die Opferzahl auf zwei verdoppeln wird« (Höffe 2002, S. 43 f.).

Die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress ist dem Utilitarismus verhaftet. Das Prinzip der Autonomie bezieht sich daher nicht auf die deontologische »Selbstgesetzgebung des Willens« und lässt, anders als in der kantischen oder auch der christlichen Ethik, nicht das Argument eines unbedingten Tötungs- beziehungsweise Selbsttötungsverbots zu. Es bezieht sich vielmehr auf den Respekt vor der faktischen Autonomie des Patienten oder der Patientin, das heißt die Möglichkeit und das Recht der Selbstbestimmung in Hinblick auf Behandlung und Versorgung wie in den durchaus kontrovers diskutierten Konzepten

des Shared-Decision-Making, der Informierten Zustimmung oder der Zustimmung des rechtlichen Patientenvertreters. Zunehmend spielt bei diesen Konzepten statt der Illusion von Gesprächen auf Augenhöhe auch Vertrauen eine Rolle. In der Arzt-Patient-Beziehung ist Vertrauen ein wichtiges Element und von intrinsischer wie auch instrumenteller Bedeutung. Intrinsisch heißt hier: Vertrauen gibt der konkreten, interpersonellen Arzt-Patient-Beziehung Sinn, Relevanz und Substanz. Auf instrumenteller Ebene ist Vertrauen (sowohl in konkrete Personen als auch in das von Personen, die man nicht kennt, repräsentierte System) die Basis, auf der der Laie sich dem Experten, dessen Welt er letztlich nicht versteht, anheimgibt. Der Experte hingegen nimmt auf dieser Grundlage Handlungen am Laien vor, die über dessen Leben und Sterben entscheidend sein können, er rät ihm, bestimmte Handlungen zu unternehmen oder zuzulassen (Nauck und Jaspers 2011).

Die Diskursethik wird kontrovers diskutiert. So weist etwa Ernst Tugendhat (1993, S. 161–176) auf Inkonsistenzen der Diskurstheorie hin, zum Beispiel dass sie Kriterien für den idealen Diskurs aufstellt, die im Praktischen nicht umsetzbar sind. Er folgert deshalb radikal: »Die Annahme, dass konkrete moralische Fragen durch einen realen Diskurs entschieden werden oder gar sollen, erscheint nicht nur unbegründet, sondern auch abwegig« (S. 171).

II. Bottom-up-Ansätze

Care-Ethik	Kasuistik	Tugendethik
Die Fürsorge-Ethik geht auf moralische Ansprüche und Fragen der Verantwortung ein, die sich aus den vielfältigen Beziehungssituationen zwischen Menschen ergeben. Ein Mensch erfährt konkret die Bedürftigkeit eines anderen Menschen und reagiert darauf mit Anteilnahme (Sich-Sorgen).	Die Kasuistik stützt sich nicht auf allgemeine ethische Prinzipien, um ethische Entscheidungskonflikte zu lösen; sie bezieht sich vielmehr auf vergleichbar gelagerte Fallkonstellationen. Für die ethische Fallanalyse muss der Kontext berücksichtigt werden.	Die Tugendethik grenzt sich kritisch von den normativen Ethiken ab. Sie geht von der These aus, dass die innere, sittliche Grundhaltung des Menschen (Tugenden) ausreiche, um situationsangemessen Handeln zu können. Starre Regel- und Pflichtenkataloge werden abgelehnt.
Vertreter: Carol Gilligan	Vertreter: Albert R. Jonsen	Vertreter: Edmund D. Pellegrino

Aus der Analyse des konkreten Einzelfalls werden normative Regeln für den jeweilig zu entscheidenden Fall entwickelt. Die kurz vorgestellten kontextsensitiven Ethiken grenzen sich gegenüber den Prinzipientheorien ab, denen sie vorwerfen, dem konkreten Einzelfall nicht gerecht werden zu können.

Die Care- und die Tugendethik erleben zurzeit eine Renaissance in den ethischen Diskussionen im Gesundheitssystem. Mit diesen Ansätzen

können, so der Anspruch, verschiedene normative Überzeugungen (zum Beispiel eines Krankenhausträgers, gegebenenfalls des behandelnden Teams und eines dort zu behandelnden Patienten) in der Entscheidungsfindung angemessen gewürdigt werden. Aber gerade deswegen besteht auch die Gefahr, auf ein übergeordnetes, sinnstiftendes Gerüst zu verzichten und damit in einen Relativismus zu verfallen, der das Vertrauen auf der Systemebene untergraben kann.



Kein Gesundheitssystem ist ohne Moral

Gesundheitssysteme beruhen schon organisatorisch auf moralischen Entscheidungen bezüglich der Finanzierungsstrukturen, Allokation der Ressourcen, Indikationsstellung, Zugang zur Versorgung und vieles mehr, die gegebenenfalls durch die Gesetzgebung (mit-)geregelt sind. Weiterhin sollen Berufskodizes, Richtlinien, Leitlinien, Grundsätze und Stellungnahmen verschiedener Akteure (Berufs- und andere Verbände, Bundesärztekammer, medizinische und andere Fachgesellschaften, Institutionen von Versorgungsanbietern, Kirchen etc.) bei einer ethischen Positionierung die Moral in der Versorgungspraxis (mit-)steuern. Dies bedeutet, dass in der Gesundheitsversorgung gewisse Einschränkungen nicht nur für den praktischen, sondern auch für den moralischen Entscheidungsradius des/der Einzelnen bestehen. Abweichungen hiervon können zwar vorgenommen werden, werden aber in der Regel negativ sanktioniert.

Zwar bedeuten moralische Vorschriften einerseits Sicherheit für Patienten/Patientinnen und Behandler/-innen vor einem beliebigen Vorgehen; andererseits stellen sie eine Herausforderung dar, da zugleich gefordert wird, für Patientinnen und Patienten die jeweils individuell angemessene und gewünschte Behandlung und Begleitung zu wählen. Zudem sind in Entscheidungssituationen verschiedene Prinzipien oder verschiedene Werte in Bezug auf ein Vorgehen gegeneinander abzuwägen. Wie dies geschehen soll und wie man eine Priorisierung von Werten vornehmen kann, wird aber in der Ausbildung zu den Gesundheitsberufen nur selten gelehrt.

Allerdings zeugt die Tatsache, dass sich viele Organisationen, Institutionen und Berufsverbände einen Code of Ethics, ethische Selbstverpflichtungen, geben, davon, dass die Arbeit in der Gesundheitsversorgung nicht bloß ein technisches Unterfangen ist, sondern immer auch eine moralische Dimension hat.



Dr. Birgit Jaspers ist Philosophin, Germanistin und Medizinwissenschaftlerin. Sie arbeitet in der palliativmedizinischen Forschung und Lehre an den Universitäten Bonn und Göttingen. Schwerpunkte sind ethische und medizinethische Fragestellungen, internationale Projekte zur

Qualitätssicherung in der Palliativversorgung und Arbeiten für politische Gremien.

E-Mail: Birgit.Jaspers@ukbonn.de



Frank Peusquens M. A. ist Klinischer Ethiker. Er leitet die Geschäftsstelle des Klinischen Ethikkomitees der Unikliniken Bonn und ist Dozent im Fach Klinische Ethik. Weiterhin unterstützt er die Arbeit des Palliativen Konsildienstes der Unikliniken Bonn mit seiner ethischen

Expertise. Darüber hinaus berät er auf Wunsch Patientinnen und Patienten bei der Erstellung von Vorsorgedokumenten.

E-Mail: Frank.Peusquens@ukbonn.de

Literatur

- Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (2001). Principles of biomedical ethics. 5. Auflage. Oxford.
- Höffe, O. (2002). Medizin ohne Ethik? Frankfurt a. M.
- Nauck, F.; Jaspers, B. (2011). Patientenverfügung als vertrauensbildende Maßnahme. In: Höver, G.; Baranzke, H.; Schaeffer, A. (Hrsg.) (2011). Sterbebegleitung: Vertrauenssache. Herausforderungen einer person- und bedürfnisorientierten Begleitung am Lebensende. Würzburg.
- Schmidt, H. (1982). Philosophisches Wörterbuch. Neu bearbeitet von Georg Schischkoff. 21. Auflage. Stuttgart.
- Tugendhat, E. (1993). Vorlesungen über Ethik. Achte Vorlesung: Die Diskursethik. Frankfurt a. M.
- von der Pfordten, D. (2010). Normative Ethik. Berlin.

Das Klinische Ethikkomitee als Organisationsform im Krankenhaus

Frank Peusquens

Die Medizin ist eine wertbezogene beziehungsweise normativ geprägte Wissenschaft¹. Ethische Aspekte sind integraler Bestandteil medizinischer Praxis; sie sind ihr eigentümlich (Beckmann 2009) und können auf eine lange Tradition zurückverweisen. Ärztliche und pflegerische Tätigkeit sieht sich immer schon bestimmt durch Grundsätze eines beruflichen Ethos, wie zum Beispiel die Gebote, dem Patienten oder der Patientin keinen Schaden zuzufügen und sein oder ihr Wohlwollen zu befördern. Hiervon zeugen eine Vielzahl ethischer Kodifizierungen und selbstverpflichtender Eidesformeln in der Medizin, die seit der Antike in verschiedenen Kulturen formuliert wurden.²

Wenn die These zutrifft, dass ärztliches und pflegerisches Handeln unaufhebbar durch den normativen Rahmen eines spezifischen Berufsethos geprägt sind, wozu bedarf es dann einer eigens zu etablierenden Medizinethik und in der Folge institutioneller Formen der Ethikberatung wie zum Beispiel eines Ethikkomitees? Die Gründe hierfür sind vielfältig und eng mit der Entwicklung der modernen, stark naturwissenschaftlich geprägten Medizin verbunden (Dörries 2010).

Mit dem Auftreten der modernen Medizin im ausgehenden 18. Jahrhundert ging auch eine Neubestimmung des Verhältnisses von Medizin und Ethik einher. Bis dahin reichte es für den behandelnden Arzt bei auftretenden ethischen Konflikten im Arzt-Patient-Verhältnis aus, sich zur ethischen Urteilsfindung auf Kriterien zu stützen, die in seinem ärztlichen Ethos begründet waren. Erst mit den rasanten Fortschritten in der Diagnostik, der Spezialisierung und Institutionalisierung medizinischer Profession und den zunehmenden

Eingriffsmöglichkeiten der Medizin sowie einer Pluralität moralischer Standpunkte wurden die Entscheidungssituationen so komplex, dass die klassische tugendethische Reflexion, die im ethischen »Nahbereich« der Arzt-Patient-Beziehung weiterhin ihre Gültigkeit hat, hier sehr schnell an ihre Grenzen stieß.

Für die moderne Medizin braucht es eine spezielle, ihre Probleme bearbeitende »Ethik (...), weil sie mit neuen, sogar grundlegend neuartigen Entscheidungsaufgaben konfrontiert« (Höffe 2002, S. 15) ist, die eine besondere ethische Expertise erfordern. Hierzu zählen neben der Etablierung des Fachs Ethik in der Medizin als eigenständiger philosophischer Bereichsethik auch die Einrichtung unterschiedlicher Typen der Ethikberatung in der Institution Krankenhaus.

Eine besondere Herausforderung dabei ist es, klinische Ethikberatung in die Institution Krankenhaus zu integrieren, ethischer Reflexion dort einen Raum zu gewähren, wo zunehmend ökonomische Denkweisen das Selbstverständnis ärztlicher Praxis als konkrete Ausformung selbstbestimmten Handels bedrohen. Der Prozess der Implementierung von ethischer Beratung in der Klinik vollzieht sich also nicht ohne interne Widerstände. Ethik in der Klinik wird vielfach als »Stachel im Fleisch« der Organisation wahrgenommen, weil sie gewohnte Abläufe, Handlungs-routinen und hierarchisch geprägte Entscheidungsprozesse kritisch befragt und dezidiert Standpunkte bezieht zu aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Ziel der klinischen Ethikberatung im weitesten Verständnis ist es, ethische Konflikte zu erkennen, zu analysieren und die behandelnden

Teams bei ihrer Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis zu unterstützen.

Formen der klinischen Ethikberatung/ Strukturen ethischer Beratung und Urteils- bildung in der Organisation Krankenhaus

In den 1990er Jahren hat sich an deutschen Kliniken ein breites Spektrum ethischer Beratung mit unterschiedlichen Modellen ausgebildet. Hierzu griff man in einer ersten Orientierung auf bereits vorliegende und in der Praxis erprobte Modelle klinischer Ethikberatung zurück, wie sie in amerikanischen Kliniken etabliert waren, und passte sie an die eigenen Gegebenheiten und rechtlichen Vorgaben an (Bruns 2012).

Verbindliche Standards für die Formen der Ethikberatung an Kliniken sind vom Gesetzgeber noch nicht etabliert. Hauptsächlich stützen sich die bundesdeutschen Kliniken auf folgende Ansätze/Typen der Ethikberatung³:

Das Moderatorensystem

Hierbei übernimmt ein speziell geschulter Moderator, der entweder Mitarbeiter des Klinikums ist oder extern beauftragt wird, die Leitung des ethischen Konsils. Ein für die Moderation des ethischen Konsils ausgearbeiteter Fragebogen

dient dem Moderator als strukturierender »Leitfaden« für den ethischen Beratungsprozess. Von der Beratung wird ein Protokoll erstellt, das dem behandelnden Team als Orientierung für den Entscheidungsprozess dient. Die Fragebögen sind nicht standardisiert und differieren je nach präferierter ethischer Grundlagenposition und methodischem Ansatz.

Das Expertenmodell

Ausgangspunkt dieses Ansatzes ist ein aktueller ethischer Konflikt aus der klinischen Praxis, der dem Ethikkomitee des Klinikums von der jeweiligen Station in Form einer Akte zur Beratung vorgelegt wird. Das Gremium berät den Fall intern, sozusagen hinter »verschlossenen Türen«, und übermittelt der anfragenden Station ihr Beratungsergebnis in Schriftform. Eine aktive Beteiligung von Repräsentanten des behandelnden Teams oder des Patienten und seiner An- oder Zugehörigen im Beratungsprozess sieht dieses Modell nicht vor.

Die Prozessorientierte Ethikberatung

Für das Prozessmodell ethischer Beratung ist charakteristisch, dass nach der Anfrage der Station über das klinikinterne Informationssystem und



Eine besondere Herausforderung ist es, klinische Ethikberatung in die Institution Krankenhaus zu integrieren, ethischer Reflexion dort einen Raum zu gewähren, wo zunehmend ökonomische Denkweisen das Selbstverständnis ärztlicher Praxis bedrohen.

der Festlegung eines Termins mehrere Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees auf die Station zur Beratung entsandt werden. In einem mehrschrittig gegliederten Gespräch, an dem Mitglieder des behandelnden Teams, die Angehörigen des Patienten sowie, soweit möglich, der Patient selbst oder sein Vertreter teilnehmen, wird versucht Lösungsoptionen für die konkrete Entscheidungssituation zu entwickeln. Die letztliche Entscheidung trifft das behandelnde Team. Der Vorsitzende des Klinischen Ethikkomitees moderiert das Konsil, von dessen Verlauf ein Protokoll erstellt und der Station zugeleitet wird.

Die Ethische Visite

Eine noch neue und in der Erprobung stehende Form der Beratung ist die Ethische Visite. Hierbei ist der Ethikberater in den Arbeitsablauf der Station integriert und kann unmittelbar während oder nach der Visite seine ethische Einschätzung zu aktuell behandelten Patienten dem behandelnden Team übermitteln (vgl. Richter 2010).

Normative Grundlagen Klinischer Ethikberatung

Nur angedeutet werden kann hier die wichtige Frage, welche ethische Theorie der Arbeit eines Klinischen Ethikkomitees zugrunde liegen soll. Das Spektrum möglicher ethischer Theorien ist breit; es reicht von prinzipientheoretischen Ansätzen bis hin zu sogenannten partikularistischen Medizinethiken, die im Extremfall jeden Bezug auf ethische Prinzipien bei der moralischen Urteilsbildung grundsätzlich ablehnen (vgl. hierzu den Artikel von Birgit Jaspers und Frank Peusquens in diesem Heft, S. 4 ff.). Letztlich ist dieser fortwährende Grundlagenstreit in der Medizinethik ein Reflex auf die in der Geschichte der Philosophie immer wieder lebhaft entbrannte Diskussion zwischen Partikularisten und Universalisten in der allgemeinen Ethik⁴ (Beckmann 2009).

Ein Fallbeispiel aus der Arbeit eines Klinischen Ethikkomitees

Ein Einblick in die Praxis ethischer und kultursensibler Beratung durch ein Ethikkomitee sei am Fall einer muslimischen Patientin verdeutlicht, die an einem akuten Pankreaskarzinom litt und kaum Deutsch sprach. Die besondere Herausforderung für das behandelnde Team bestand in einer schriftlichen Anweisung der türkischstämmigen Patientin. In diesem Schriftstück forderte sie zweierlei: Erstens sei vom behandelnden Team zu respektieren, dass in ihrer Gegenwart nicht über Tod, Sterben und ihre wahre Diagnose gesprochen werden dürfe. Zur Begründung dieses Wunsches verwies sie auf »psychische Gründe«, ohne diese näher zu erläutern. Zweitens hatte die Patientin ihre Kinder bevollmächtigt, in ihrem Namen medizinische Entscheidungen zu treffen; auch erforderliche Übersetzungen bei Aufklärungsgesprächen sollten ausschließlich von den Bevollmächtigten der Patientin vorgenommen werden dürfen.

Eine medizinische Intervention gestaltete sich unter diesen Vorgaben schwierig, weil ein elektiver Eingriff, aber auch die gesamte weitere Behandlungsplanung eine Grundaufklärung der Patientin über ihre bestehende Grunderkrankung und die Chancen und Risiken einer Therapie zwingend voraussetzte. Diese lehnte die Patientin jedoch strikt ab.

Ein kurativer Ansatz wurde vom behandelnden Team nicht verfolgt. Die Behandlungsplanung des ärztlichen Teams sah vor, dass, ergänzend zu einem anstehenden Stentwechsel, zur Symptomlinderung eine palliative Chemotherapie angeboten werden sollte, deren Nebenwirkungen in einer Nutzen-Risiko-Abwägung als gering eingestuft wurden. Neben einer Verbesserung der Lebensqualität der Patientin erhoffte man von der Therapie möglicherweise auch eine deutliche Verlängerung ihrer Lebenserwartung von wenigen Wochen (ohne Therapie) auf mehrere Monate (mit Chemotherapie).

Für das behandelnde Team stellte sich die Frage, ob eine weitere Behandlung der Patientin ohne eine vorausgehende, grundlegende Aufklärung über ihren aktuellen klinischen Zustand ethisch und rechtlich zulässig sei und wenn ja, wie das weitere Vorgehen ihr gegenüber gestaltet werden sollte, ohne das Vertrauen der Patientin zu verlieren und ihr grundgesetzlich geschütztes Selbstbestimmungsrecht zu wahren.

Im ersten Teil des ethischen Konsils, in dem die Patientin und ihre Angehörigen nicht anwesend waren, wurden folgende Handlungsoptionen entwickelt und intensiv von den Konsilteilnehmern und -teilnehmerinnen diskutiert:

- Eine Aufklärung gegen den erklärten Willen der Patientin: Neben einer gröblichen Missachtung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin und ihres Rechts auf Nichtwissen sahen die Konsilteilnehmer die Gefahr, dass durch dieses Vorgehen ein grundlegender Vertrauensbruch zwischen ihr, ihren Angehörigen und dem behandelnden Team entstünde. Eine Compliance der Patientin bezüglich der empfohlenen Therapie wäre dann nicht mehr zu erwarten.
- Sollte die Patientin selbst die Grundaufklärung über therapeutische Maßnahmen und deren Konsequenzen mit Hinweis auf ihr Recht auf Nichtwissen ablehnen, bestünde für das Behandlungsteam keine rechtliche Legitimation mehr für einen elektiven Eingriff. Die Möglichkeiten für weitere Therapieangebote wären damit sehr eingeschränkt, die Weiterbehandlung in der Abteilung damit wenig sinnvoll.
- Eine fortgesetzte Täuschung der Patientin über ihre wahre Diagnose, um eine Therapie durchzuführen: Diese Option entsprach dem von den Angehörigen vorgetragenen Wunsch, wurde aber aus grundsätzlichen ethischen Überlegungen verworfen.
- Im behandelnden Team sollte eine Sprachregelung entwickelt werden mit einer möglichst realistischen Umschreibung des Krankheits-

bildes: Auch wenn die Diagnose des Pankreaskarzinoms nicht explizit genannt wird, könnte eine Kommunikation über die Schwere der Erkrankung und die möglichen Konsequenzen eines Therapieverzichts eventuell mit einer anderen Terminologie gelingen. Hierzu sollte auf die von den Familienangehörigen benutzte Formulierung, es handle sich bei ihrer Erkrankung um eine »bösartige Zyste der Bauchspeicheldrüse«, zurückgegriffen werden.

Im zweiten Teil des ethischen Konsils, dass unter Beteiligung der Patientin und ihrer Angehörigen stattfand, gab die Patientin bei der Erwähnung des Stichworts »Chemotherapie« auf Deutsch und Türkisch zu verstehen, dass sie eine solche Therapie nicht wünsche. Den anstehenden Stentwechsel befürwortete sie. Laut Übersetzung der Tochter begründet sie die Ablehnung der Chemotherapie mit der Angst vor schwerwiegenden Nebenwirkungen. Die Tochter berichtete weiter, dass sie bereits mehrfach ihrer Mutter gegenüber erwähnt hatte, dass sie an einer bösartigen Zyste leide, die nur durch eine Chemotherapie behandelt werden könne. Ihre Mutter habe eine solche Chemotherapie bisher immer abgelehnt. Zudem sei es ihr dringlicher Wunsch, sie möglichst rasch nach Hause in ihr gewohntes Umfeld zu entlassen.

Nach der kritischen Diskussion der im Ethik-konsil entwickelten Handlungsoptionen und dem anschließenden Gespräch mit der Patientin, in dem sie deutlich ihre Behandlungswünsche artikulierte, gab das Klinische Ethikkomitee zusammenfassend folgende Empfehlungen an das behandelnde Team, die relevante ethische und rechtliche Aspekte des diskutierten Falls berücksichtigten:

- Die Patientin solle auf ihren Wunsch hin nach Hause entlassen werden.
- Die von den Familienangehörigen gewählte Sprachregelung (»bösartige Zyste der Bauchspeicheldrüse«) könne auch vom Be-



Franz Marc, Frau im Wind am Meer, 1907 / akg-images

handlungsteam genutzt werden, um zum Beispiel die Indikation einer palliativen Chemotherapie zu besprechen. Mit dieser Sprachregelung sei eine verantwortbare Information der Patientin über die Chancen und Risiken der Therapie möglich.

- Es soll ein weiteres Gespräch mit der gesamten Familie über die Abstimmung des zukünftigen Vorgehens geben. Hier wäre es sinnvoll, wenn die Patientin vom behandelnden Team gefragt würde, ob und, wenn ja, in welchem Umfang sie Kenntnis von ihrer Diagnose wünscht. Die Antwort sollte im Detail schriftlich dokumentiert und durch eine Unterschrift der Patientin bestätigt werden, um das behandelnde Team rechtlich abzusichern.



- Im Anschluss an einen ambulanten Beratungstermin in der interdisziplinären Ambulanz für Onkologie, wo die weitere Therapieplanung besprochen und eine erneute Aufklärung der Patientin über die Risiken und die Chancen einer palliativen Chemotherapie angeboten werden soll, besteht für die Patientin die Möglichkeit einer Bera-

tung durch eine Schwester des palliativen Konsildienstes, die fließend Türkisch spricht, über eine palliativmedizinische Weiterversorgung, da bei fortschreitender Erkrankung davon auszugehen ist, dass die Patientin in Kürze eine Dauermedikation, zum Beispiel mit Opioiden zur Schmerztherapie, braucht, und damit zu rechnen ist, dass die Patientin ohne eine angemessene Aufklärung über die Sinnhaftigkeit einer solchen Therapie eine Opioidtherapie ablehnen werde.

Dieser Fall zeigt deutlich, welchen Herausforderungen sich ein Klinisches Ethikkomitee stellen muss, das mit dem Prozessmodell der Beratung arbeitet und seine Beratungsleistung vor Ort in unmittelbarer diskursiver Arbeit mit allen am Fall Beteiligten erbringt. Hinzu kommt, dass mit der ethischen Beratung das Ziel verfolgt wurde, einerseits dem Wohlergehen der Patientin und ihrer kulturellen Identität gerecht zu werden, andererseits aber auch die berechtigten Bedenken des behandelnden Teams zu berücksichtigen, ob in dieser konkreten Situation überhaupt eine Handlungsweise die hohen Anforderungen an rechtliche und ethische Konformität erfüllt.

Im vorliegenden Fall waren es insbesondere die von kultureller Differenz bestimmten unterschiedlichen Deutungen des Verständnisses von Selbstbestimmung, des Selbstverständnisses von Erkrankung und der Verpflichtung zur Wahrheit, welche die Kommunikation zwischen behandelndem Team und Patientin erschwerten und belasteten.

Der von gegenseitigem Respekt für die unterschiedlichen Werthaltungen geprägte Verlauf der Ethikberatung war für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des behandelnden Teams eine wertvolle Erfahrung, die gezeigt hat, wie, bei aller Differenz im Detail, konstruktiv mit der in unserer Gesellschaft herrschenden Pluralität von kulturellen und religiösen Lebensformen umgegangen werden kann, fern von stereotypen Zuschreibungen und daraus resultierenden Asymmetrien.⁵

Gerade in dem obigen Fall zeigt sich, dass aus verschiedenen kulturellen Bezugspunkten und Wertvorstellungen sehr rasch veritable Konflikte im Bereich medizinischen Handelns entstehen können, wenn die beteiligten Parteien kein Interesse an einer gelingenden Kommunikation zwischen unterschiedlichen Kulturen erkennen lassen und in dogmatischer Starre verharren.

Mitunter lassen sich diese kulturell bedingten Konflikte nicht in einem Kompromiss beilegen, weil die bestehenden Standpunkte zu sehr auf ihrem Recht beharren und es daher zu keiner Annäherung der Positionen kommt.

Fazit

Was lässt sich zur Etablierung ethischer Beratung im Krankenhaus anmerken? Eine Ausweitung der Angebote zur Ethikberatung im klinischen Setting ist bei der Zunahme immer komplexerer Entscheidungssituationen im klinischen Alltag nur konsequent. Die sich hieraus ergebenden Vorteile für behandelnde Teams, Patienten und deren Angehörige liegen auf der Hand.

Zur Sicherung der Beratungsqualität wären verbindliche Anforderungen an die Qualifikationen der Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees, wie sie der Arbeitskreis der Akademie für Ethik in der Medizin in seinem Papier formuliert hat, sicherlich zu begrüßen. Ebenso wünschenswert wären verbindliche qualitative Kriterien, nach denen die Ergebnisqualität der durchgeführten Beratungen von den Beteiligten evaluiert wird (Dörries 2010).

Von der Arbeit des Klinischen Ethikkomitees, dies ist durch Studien belegt, geht für die behandelnden Teams bei ihrer Entscheidungsfindung zumindest eine entlastende Wirkung aus.

Vorausgesetzt ist natürlich, dass die behandelnden Teams dem beratenden Gremium Vertrauen schenken und es von der Organisation nicht als institutionelles Feigenblatt instrumentalisiert wird, das im klinischen Alltag keinerlei Präsenz zeigt.



Frank Peusquens M. A. ist Klinischer Ethiker. Er leitet die Geschäftsstelle des Klinischen Ethikkomitees der Unikliniken Bonn und ist Dozent im Fach Klinische Ethik. Weiterhin unterstützt er die Arbeit des Palliativen Konsildienstes der Unikliniken Bonn mit seiner ethischen

Expertise. Darüber hinaus berät er auf Wunsch Patientinnen und Patienten bei der Erstellung von Vorsorgedokumenten.

E-Mail: Frank.Peusquens@ukbonn.de

Literatur

- Beckmann, J. P. (2009). *Ethische Herausforderungen der modernen Medizin*. Freiburg/München.
- Bruns, F. (2012). *Ethikberatung und Ethikkomitees in Deutschland*. In: Frewer, A.; Bruns, F.; May, A. T. (Hrsg.), *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin/Heidelberg.
- Dörries, A. (2010). *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2., überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Höffe, O. (2002). *Medizin ohne Ethik?* Frankfurt a. M.
- Lyre, H. (2018). *Medizin als Wissenschaft – eine wissenschaftstheoretische Analyse*. In: Ringkamp, D.; Wittwer, H. (Hrsg.), *Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen*. Freiburg.
- Neitzke, G. (2010). *Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung*. In: Dörries, A. (Hrsg.), *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege* (S. 56–73). Stuttgart.
- Richter, G. (2010). *Ethik-Liaisondienst und Ethikvisiten als Modell der Klinischen Ethikberatung*. In: Dörries, A. (Hrsg.), *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2., überarb. und erw. Auflage (S. 56–73). Stuttgart.

Anmerkungen

- 1 Über den wissenschaftstheoretischen Status der Medizin selbst (ist sie Heilkunst und oder empirische Wissenschaft?) wird kontrovers diskutiert (Lyre 2018, S. 143).
- 2 Zu den bekanntesten abendländischen Kodizes für Mediziner zählt der hippokratische Eid.
- 3 Über Formen der Ethikberatung im Detail siehe den Beitrag von Neitzke (2010).
- 4 Die Kontroverse zwischen den Sophisten und Platon darüber, ob Moral kulturgebunden sei und folglich nur eine eingeschränkte Verbindlichkeit besitze (Standpunkt der partikularistischen Ethik) oder nicht (Standpunkt der universalistischen Ethik), ist eines der ältesten Dokumente dieser Grundsatzstreits in der Ethik.
- 5 In anders gelagerten Fallkonstellationen können auch unterschiedliche ethische Grundannahmen von behandelndem Team und Patient/Angehörigen mögliche Konfliktfelder sein.

Keine »Ethik to go«

Ambulante Ethikberatung für Therapeuten und Berater

Alfred Simon

Seit einigen Jahren entwickelt sich ambulante Ethikberatung erfolgreich als Unterstützung für ethische Fragestellungen außerhalb des Krankenhauses. Entsprechende Angebote findet man unter anderem in Pflegeeinrichtungen oder angedockt an bereits bestehenden palliativen Versorgungsstrukturen. Die Themen, die im Rahmen der ambulanten Ethikberatung besprochen werden, haben einen Schwerpunkt bei Fragen der Therapiebegrenzung, reichen jedoch über den Umgang mit Gewalt bis hin zu Fragen der Zulässigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen.

Eine zentrale Aufgabe der ambulanten Ethikberatung ist die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen. Diese haben zum Ziel, unter Einbeziehung der verschiedenen Beteiligten (zum Beispiel Patient, Hausärztin, Pflegekräfte, Therapeuten, Angehörige) tragbare Lösungen in ethisch schwierigen oder konflikthaften Entscheidungssituationen zu finden. Mitglieder der ambulanten Ethikberatung unterstützen als Ethikmoderatoren die gemeinsame Entscheidungsfindung, indem sie beispielsweise darauf achten, dass alle Beteiligten mit ihren Anliegen und Wertvorstellungen Gehör finden, oder indem sie zwischen gegensätzlichen Positionen vermitteln. Solche ethischen Fallbesprechungen finden auf Anfrage statt und sind für alle Beteiligten freiwillig. Weitere Aufgaben der ambulanten Ethikberatung sind die Organisation von Fortbildungen zu aktuellen medizin- und pflegeethischen Fragestellungen oder die Erarbeitung von Ethikleitlinien zu wiederkehrenden ethischen Themen.



Ambulante Ethikberatung wird meist auf ehrenamtlicher beziehungsweise unentgeltlicher Basis angeboten. Dies bedeutet aber nicht, dass die Beratung unprofessionell erfolgen würde. Eine von der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) durchgeführten Erhebung ergab, dass der größte Anteil der Ethikberater/-innen speziell als Moderatoren für ethische Fallbesprechungen geschult sind oder grundlegende medizinethi-



Billion Photos/Shutterstock.com

sche Kenntnisse im Rahmen einer Palliative-Care-Ausbildung erhalten haben. Die AEM hat als zuständige Fachgesellschaft ein Curriculum erarbeitet, auf dessen Grundlage verschiedene Anbieter in ganz Deutschland Kurse auch speziell für ambulante Ethikberatung durchführen.

Ambulante Ethikberatung ist keine »Ethik to go«. Sie ist vielmehr ein Moment des bewussten Innehaltens, des gemeinsamen Nachdenkens und

der (Neu-)Orientierung im oft hektischen Versorgungsalltag.



Prof. Dr. **Alfred Simon** ist Philosoph und Medizinethiker. Er ist Geschäftsführer und wissenschaftlicher Leiter der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) in Göttingen und Mitbegründer des Göttinger Netzwerks für ambulante Ethikberatung (NEG).

E-Mail: asimon1@gwdg.de

Langsame Fahrt voraus

Assistierter Suizid in Deutschland

Friedemann Nauck und Birgit Jaspers

Nicht nur am Lebensende stellt sich die Frage nach dem Umgang mit Leid und leidvollen Situationen für Patienten, Patientinnen und Angehörige. Was bedeutet Leid für den Einzelnen? Wie viel kann, will ich ertragen? Leiden wofür? Welches Leid ist gemeint? Physisches, psychosoziales oder spirituelles Leid? Inwieweit kann man das trennen? Was ist zu tun, wenn ein Mensch nur noch den assistierten Suizid als Ausweg aus seinem Leid sieht? Ein Thema, dass es sicher so lange gibt, wie es Menschen gibt. Der britische Medizinsoziologe David Clark (2002) stellt fest, dass die Akzeptanz von Tod und Leid als bedeutungsvolle Teile des Lebens verschwindet.

Gleichzeitig ist das Thema Leiden eng mit der Diskussion und mit Fragen zu Formen der »Sterbehilfe« verknüpft. In Deutschland besteht nach ausführlichen Diskussionen im Bundestag und in der Öffentlichkeit im Jahr 2015 im Rahmen der Gesetzgebung zum § 217 des Strafgesetzbuchs nach wie vor die Frage, was diese Gesetzgebung konkret bedeutet und wie mit Ersuchen um ärztlich assistierten Suizid in der Praxis umzugehen ist. Experten (zum Beispiel Bernheim et al. 2008) aus Ländern, in denen assistierter Suizid und auch Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen straffrei sind, diskutieren seit

langem, inwieweit diese Maßnahmen »integraler Teil der Palliativmedizin« seien.

Terminologie und rechtliche Situation in Deutschland

Alle medizinischen Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens mit dem Ziel der Leidenslinderung erfolgen, gehören zu den Therapien am Lebensende. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird. Auf den hierzu auch verwendeten Begriff der »indirekten Sterbehilfe« sollte verzichtet werden, weil der Tod des Patienten nicht das Ziel des Handelns ist.

Für Situationen, in denen entweder keine medizinische Indikation für eine weitere Eskalation

*Was ist zu tun, wenn ein Mensch
nur noch den assistierten Suizid
als Ausweg aus seinem Leid sieht?
Ein Thema, das es sicher so lange
gibt, wie es Menschen gibt.*



Norbert Spang

der Behandlung besteht oder der Patient eine Behandlung ablehnt, schlägt der Nationale Ethikrat (2006) als Terminologie »Sterbenlassen« statt »passiver Sterbehilfe« vor. Hier wäre aus unserer Sicht eher der Begriff »Sterben zulassen« angebracht.

Demgegenüber stellt die »Tötung auf Verlangen« (»aktive Sterbehilfe«, international »Euthanasie«) keine Maßnahme im Rahmen der ärztlichen Behandlung dar, sondern ist außerhalb und unabhängig von einer ärztlichen Behandlung zu sehen (BGH 2010). Sie ist in Deutschland nach § 216 StGB stets verboten, auch wenn sie durch einen Arzt und auf Verlangen des Patienten erfolgt.

Nach wie vor umstritten ist die ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung (»ärztlich assistierter Suizid«). Die Bundesärztekammer betont in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011), dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. Im neuen § 217 StGB heißt es: »(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.« Damit wird deutlich, dass es das erklärte Ziel des neuen Gesetzes ist, auf Wiederholung angelegte, organisierte Formen des assistierten Suizids durch Sterbehilfevereine oder einzelne Sterbehelfer zu unterbinden.

Bedeutung der aktuellen Situation in Deutschland für die Palliativversorgung

Der § 217 StGB intendiert, die Entscheidung des Gesetzgebers, den Suizid und auch die Beihilfe dazu straffrei zu lassen, zu bestätigen. Suizidbeihilfe darf aber nicht geschäftsmäßig erfolgen, dann ist sie strafbar. Die Verunsicherung, wodurch sich Ärzte strafbar machen können, besteht jedoch weiterhin. Ein Gespräch, eine Beratung eines Patienten oder einer Patientin, die auch den Wunsch nach einem Suizid umfasst, ist an sich keineswegs schon eine Beihilfe (Tolmein 2016).

Was den Terminus »Förderung« betrifft, stellen sich auch bei Begleitungen zu Organisationen in der Schweiz, die sogenannte Freitodbegleitungen durchführen, Fragen für die Praxis und die ethische Positionierung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Wie ist es zu bewerten, wenn ehren- oder hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Freizeit derzeitige oder ehemalige Patienten beziehungsweise Bewohner hierzu in die Schweiz begleiten wollen?

Aktuelle Situation in den Beneluxländern

In den Niederlanden und Belgien sind Tötung auf Verlangen und ärztlich assistierter Suizid nicht strafbar, wenn bestimmte Sicherheitskriterien befolgt werden. In den letzten zehn Jahren sind in beiden Ländern die gemeldeten Fallzahlen deutlich angestiegen. Darunter waren nach

	Niederlande		Belgien	
	2008	2017	2008	2017
Euthanasie und assistierter Suizid (n)	2.331	6.585	704	2.309
davon Anteil (%) assistierter Suizid bzw. Kombination mit Euthanasie	4,1	7,9	ca. 2	ca. 2
Euthanasie und assistierter Suizid: % aller Todesfälle	1,7	4,4	0,7	2,2
Anteil Erkrankung Krebs (%)	81,2	64,3	80	61,4
Anteil Erkrankung Demenz (%)	0	2,6	k. A.	k. A.

* Quellen: Jahresberichte der Euthanasiekommissionen



Henri Rousseau, Nature morte, 1910 / akg-images / Erich Lessing

einer entsprechenden Gesetzesänderung aus dem Jahr 2014 in der Berichtsperiode 2016/17 in Belgien erstmals drei Minderjährige (9, 11 und 17 Jahre alt). Der Anteil der assistierten Suizide beziehungsweise Kombinationen der Maßnahmen ist gering. Weiterhin kam es in den vergangenen Jahren auch zu einer Ausweitung der Indikationen. So können in den Niederlanden auch Patienten mit Depression oder Demenz (2017: 160 Patienten) Tötung auf Verlangen erhalten. Der Anteil der Patienten mit Krebserkrankungen nimmt kontinuierlich ab, der mit Erkrankungen des Nervensystems und psychiatrischer Erkrankungen kontinuierlich zu.

In der Schweiz ist Tötung auf Verlangen verboten, die Suizidassistenz aber für alle Personen nach Art. 115 StGB straffrei, wenn damit keine wirtschaftlichen Interessen verbunden sind. Bestimmte Kriterien sind auch in der Schweiz vorgegeben. Ärzte können schwerkranken Patienten ein Medikament zum Suizid verordnen und entweder dabei sein oder Verordnungen für die sogenannten Freitodbegleitungen bei Sterbehil-

feorganisationen wie »Exit« oder »Dignitas« ausstellen (Freitodbegleitungen: Dignitas 2008/2017: 132/222; Exit 2008/2016: 167/722; Zahlen für 2017 noch nicht verfügbar). Weitere Vereine, die Freitodbegleitungen durchführen, wie etwa »Eternal Spirit«, veröffentlichen ihre Daten nicht. Die offiziellen Suizidstatistiken der Schweiz listen seit einiger Zeit die assistierten Suizide nicht mehr mit auf, daher ist es schwierig, genaue Angaben über die Gesamtzahl der gemeldeten Fälle zu machen (Jaspers et al. 2015). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW 2018) ist der Ansicht, dass die Rolle des Arztes im Umgang mit Sterben und Tod darin besteht, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es gehört weder zu seinen Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, noch ist er verpflichtet, diese zu leisten. Suizidhilfe ist keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch erheben könnten, sie ist jedoch bei Einhaltung bestimmter Kriterien eine rechtlich zulässige Tätigkeit. Allerdings dürfen Ärzte künftig auch dann Sterbehilfe leisten, wenn keine tödliche Krank-

heit vorliegt, sondern der Betroffene subjektiv unerträgliches Leiden empfindet.

Luxemburg hat seit 2009 ein ähnliches Gesetz wie die Niederlande erlassen; 2009 starben dort 5 Menschen durch Tötung auf Verlangen, 18 im Berichtszeitraum 2015–2016.

Fazit

Die Diskussion um Formen der Sterbehilfe wird uns weiterhin beschäftigen. Dabei ist zu bedenken, dass Todeswünsche unterschiedlich ausgeprägt sein können. Hier reicht das Kontinuum von dem Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintreten möge, bis hin zur maximalen Form der Planung eines (assistierten) Suizids respektive der Tötung auf Verlangen. Schwerkranke Menschen, die den Wunsch zu sterben äußern, wünschen aber nicht zwingend den sofortigen eigenen Tod, sondern oftmals das Ende einer unerträglichen Situation. Hier bedarf es der Unterstützung durch eine umfassende Palliativversorgung im multidisziplinären Team, um geäußerte Ängste vor belastenden Symptomen ernst zu nehmen und zu behandeln. Gespräche können hilfreich sein, um Angst vor dem Verlust körperlicher Funktionen und Fähigkeiten, Angst, beim Sterben alleingelassen zu werden, Angst vor Vereinsamung und Verlust der Würde, Angst vor medizinischer Überversorgung oder Angst, dauerhaft der Medizintechnik (etwa durch künstliche Beatmung) ausgeliefert zu sein, zu lindern. Dabei ist die offene und respektvolle Kommunikation mit Patienten und Angehörigen über den Todeswunsch, die Motivationen, Bedürfnisse und Ängste essenziell (Nauck et al. 2014).

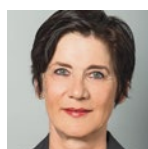
Die Palliativmedizin stellt ihr Angebot zum Umgang mit Leid am Lebensende zur Verfügung. Nach den Positionen der meisten Fachgesellschaften (Deutsche/Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin) gehört es jedoch nicht zu ihrem Grundverständnis, Beihilfe zum Suizid zu leisten, wenngleich andere Auffassungen respektiert werden und bekannt ist, dass Suizidbeihilfe auch

von Mitgliedern der Fachgesellschaften geleistet wird, da diese durchaus heterogene Einstellungen haben (Jansky et al. 2017).



Prof. Dr. **Friedemann Nauck** ist Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Universitätsmedizin Göttingen. 2010–2014 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

E-Mail: Friedemann.Nauck@med.uni-goettingen.de



Dr. **Birgit Jaspers** ist Philosophin, Germanistin und Medizininwissenschaftlerin. Sie arbeitet in der palliativmedizinischen Forschung und Lehre an den Universitäten Bonn und Göttingen. Schwerpunkte sind ethische und medizinethische Fragestellungen, internationale Projekte zur

Qualitätssicherung in der Palliativversorgung und Arbeiten für politische Gremien.

E-Mail: Birgit.Jaspers@ukbonn.de

Literatur

- Bernheim, J. L.; Deschepper, R.; Distelmans, W.; Mullie, A.; Bilsen, J.; Deliens, L. (2008). Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy? In: *British Medical Journal*, 336 (7649), S. 864–867.
- BGH – Bundesgerichtshof in Strafsachen, Urteil vom 15.1.1996, BGHSt 42, 301, 304.
- BGH – Bundesgerichtshof in Strafsachen, Urteil vom 25.6.2010, BGHSt 55, 191 ff.
- Bundesärztekammer (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (7), A 346–A348.
- Clark D. (2002). Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. In: *British Medical Journal*, 324 (7342), S. 905–907.
- Jansky, M.; Jaspers, B.; Radbruch, L.; Nauck, F. (2017). Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid. Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 60, S. 89–98.
- Jaspers, B.; Radbruch, L.; Nauck F. (2015). Euthanasie, ärztlich assistierter Suizid und Freitodbegleitungen. Aktuelle Entwicklungen in den Benelux-Ländern, der Schweiz und Deutschland. In: Niederschlag, H.; Proft, I. (Hrsg.), *Recht auf Sterbehilfe? Politische, rechtliche und ethische Positionen* (S. 23–36). Ostfildern.
- Nationaler Ethikrat (2006). Fürsorge und Selbstbestimmung am Lebensende. Stellungnahme. Berlin.
- Nauck, F.; Ostgathe, C.; Radbruch, L. (2014). Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (3), A67–A71.
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018). *Umgang mit Sterben und Tod*. Bern.
- Tolmein, O. (2016). Keine Gefahr für die Palliativmedizin. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 17 (01), S. 16 f.

Palliative Sedierung: eine medizinische Intervention am Lebensende

Lukas Radbruch

In der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) behandelte unser Team eine Patientin mit Lungenkarzinom, die bei zunehmendem Ausfall der Lungenfunktion unter immer stärker werdender Luftnot litt. Zwar konnte die Luftnot immer wieder gut mit Opioiden behandelt werden, aber jede neue Luftnotattacke erinnerte die Patientin immer wieder an das Fortschreiten der Erkrankung

und löste deshalb Angst und Panik aus. Sie berichtete, dass die Luftnot im Moment zwar gut auszuhalten sei, aber es sei jedes Mal die Angst vor einem qualvollen Sterben durch Ersticken dabei, und das mache es so unerträglich.

In solchen Fällen ist es hilfreich, wenn wir der Patientin beruhigende Informationen geben können. In den weitaus meisten Fällen kann die Luftnot bis in die letzten Lebensstunden gut mit Opioiden gelindert werden. Aber wenn das nicht ausreichend sein sollte, bleibt immer noch die Option einer palliativen Sedierung. Die Patientin wird mit Medikamenten in einen künstlichen Dauerschlaf versetzt, damit sie nicht mehr unter den Symptomen leidet, wenn diese nicht ausreichend gelindert werden können.

Die EAPC empfiehlt die Information von Patienten und Patientinnen über die Option der palliativen Sedierung bereits früh im Krankheitsverlauf als Teil der gesundheitlichen Versorgungsplanung (Advance Care Planning). Die Empfehlungen enthalten Vorschläge zur Indikationsstellung, zur Beratung und Entscheidungsfindung mit Patienten und Angehörigen und im Behandlungsteam, zur Auswahl der Sedierungsmethode, zur Einleitung und Fortführung der Sedierung und zur Begleitung von Angehörigen und Behandlungsteam im weiteren Verlauf (Cherny und Radbruch 2009). Die Sedierung muss nicht immer bis zur tiefen und anhaltenden Bewusstlosigkeit geführt werden, sondern kann auch intermittierend (zum Beispiel nur nachts) oder flacher (der Patient oder die Patientin ist erweckbar, schläft aber in Ruhe immer wieder ein) geplant werden.

Definition der palliativen Sedierung der European Association for Palliative Care (EAPC):

Die palliative Sedierung ist der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren (Alteppling, Sitte, Nauck und Radbruch 2010; Cherny und Radbruch 2009).

Die palliative Sedierung ist also eine ultimative Maßnahme, die erst dann erwogen werden sollte, wenn alle anderen Möglichkeiten der Symptomlinderung versagt haben. Die Empfehlungen der Europäischen Fachgesellschaft EAPC betonen, dass die palliative Sedierung nicht vor schnell eingesetzt werden darf, wenn es noch andere Optionen zur Symptomlinderung gibt. Andererseits darf auch nicht zu lange gezögert werden, wenn diese anderen Optionen vielleicht zu viel Zeit bräuchten und der Patient in der Zwischenzeit viel Leid ertragen müsste.



Die Empfehlungen der EAPC betonen aber auch eine ganze Reihe von ethischen Konflikten, die im Rahmen der palliativen Sedierung entstehen können. Wie soll zum Beispiel mit Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr umgegangen werden bei der tiefen palliativen Sedierung? Wenn keine Flüssigkeit über Infusionen oder Katheter zugeführt wird, wird der Patient innerhalb von wenigen Tagen sterben, und zwar nicht an der Grunderkrankung, sondern am Flüssigkeitsmangel. Wie ist eine solche Lebensverkürzung ethisch zu bewerten? Wird andererseits Flüssigkeit zugeführt, kann der Patient damit weiter am Leben gehalten werden, obwohl er das gar nicht will und vielleicht bewusst auf das Trinken verzichtet hätte, wenn er wach wäre. Die EAPC empfiehlt deshalb, die Entscheidung über Flüssigkeits- und Nahrungs-

zufuhr ganz losgelöst von der Entscheidung zur palliativen Sedierung zu treffen. Aber wie weit ist das im klinischen Alltag möglich?

Bei belastenden körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Luftnot, Erbrechen oder Verwirrtheit besteht ein breiter Konsens zur palliativen Sedierung, wenn diese Symptome therapierefraktär sind. Im Gegensatz dazu gehen die Meinungen zum Einsatz einer palliativen Sedierung bei nichtkörperlichen Symptomen wie Angst oder bei existenziellem Leid weit auseinander. Im eigenen Palliativteam haben wir schon verbissen diskutiert, wenn ein Patient eine palliative Sedierung einfordert, weil er seine Situation als völlig unerträglich empfindet, dies dann aber mit dem eingeschränkten Funktionsstatus und den damit zusammenhängenden Gefühlen von Hilflosig-



San Juan de la Peña, Josephs Traum, 1175, Avon Travers / alq-images

keit und Abhängigkeit von anderen Personen begründet. Natürlich ist das Leiden immer subjektiv, und nur der Patient selbst kann festlegen, ob er seinen Zustand als unerträgliches Leid empfindet. Aber dennoch ist der Entschluss zu einer palliativen Sedierung für die Behandler und Behandlerinnen ungleich schwerer, wenn die Beschreibung des Patienten (so habe er nie hier liegen wollen, dies sei für ihn völlig unerträglich) kaum zur Deckung zu bringen ist mit dem Bild eines Menschen, der ruhig und ohne körperliche Zeichen des Leidens im Bett liegt und mich dabei vielleicht sogar anlächelt.

Die schwierige Diskussion um die palliative Sedierung bei existenziellem Leid spiegelt sich in den deutlich strengeren Empfehlungen der EAPC zu dieser Indikation wider. Eine palliative Sedierung soll in diesem Fall nur in der Finalphase einer lebenslimitierenden Erkrankung erwogen werden und erst nachdem Experten und Expertinnen im Erkennen und Behandeln von Angst oder Depression hinzugezogen worden sind. Die Einbindung von erfahrenen Palliativexperten wird ebenso empfohlen wie ein Unterbrechen der Sedierung nach ein bis zwei Tagen, um zu prüfen, ob die Indikation zur Sedierung noch weiterhin besteht.

Wird die palliative Sedierung als ideale Art zu sterben empfunden, bei der man den Tod »einfach« verschläft und alles Leid beim Sterben ausklammern kann, sollte dies kritisch hinterfragt werden.

Diese Vorsichtsmaßnahmen sind auch deshalb wichtig, damit die hinter der palliativen Sedierung stehenden Haltungen der Patienten und der Behandler kritisch reflektiert werden. Wird die palliative Sedierung als ideale Art zu sterben empfunden, bei der man den Tod »einfach« verschläft und alles Leid beim Sterben ausklammern kann, sollte dies zumindest kritisch hinterfragt werden. Kritische Stimmen haben die palliative Sedierung sogar als sozialen Tod bezeichnet, weil zumindest bei der tiefen kontinuierlichen Sedierung keine Kommunikation mit den Angehörigen oder Freunden mehr möglich ist. Für den Patienten, auf jeden Fall aber auch für die Angehörigen bleibt also keine Chance mehr, diese letzte Lebensphase vielleicht noch als positiv, vielleicht sogar mit persönlichem Wachstum verbunden, zu betrachten. Andererseits kann ich als Behandler dem Patienten nicht vorschreiben, wie viel Leid er zu ertragen hat, um daran möglicherweise eine persönliche Entwicklung zu erleben.

Die Diskussionen um die ethischen Dilemmata bei der palliativen Sedierung spitzen sich interessanterweise an einem Aspekt der Definition zu: Der letzte Teil der EAPC-Definition (»in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise«) wurde bereits im Vorfeld der EAPC-Empfehlungen kritisch hinterfragt. Vor kurzem wurde die EAPC-Definition zur palliativen Sedierung erneut bei einer breiten Konsensbefragung (Radbruch et al. 2016) auf den Prüfstand gestellt, und wenn auch die Zustimmung im internationalen Expertenpanel insgesamt bei 83 Prozent lag, wurde doch die ethische Klausel erneut kritisiert. Begründet wird dies damit, dass die palliative Sedierung eine medizinische Intervention sei, für die der Arzt die Indikation stellt und die dann medizinisch sorgfältig durchgeführt werden muss. Natürlich seien dabei ethische Aspekte zu berücksichtigen, aber das sei bei jedem ärztlichen Handeln so.

Dementsprechend berichteten die meisten niederländischen Ärzte in einer Befragung zur palliativen Sedierung, dass sie keinen Palliativexper-

Impressum

Herausgeber/-innen:

Monika Müller M. A., KAB-Ring 22, D-53359 Rheinbach
E-Mail: vr-leidfaden@monikamueller.com

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, Zentrum für Palliativmedizin,
Von-Hompesch-Str. 1, D-53123 Bonn
E-Mail: Lukas.Radbruch@malteser.org

Dr. phil. Sylvia Brathuhn, Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.,
Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e. V.
Schweidnitzer Str. 17, D-56566 Neuwied
E-Mail: Brathuhn@t-online.de

Dr. Dorothee Bürgi (Zürich), Prof. Dr. Arnold Langenmayr
(Ratingen), Dipl.-Sozialpäd. Heiner Melching (Berlin),
Dr. Christian Metz (Wien), Dipl.-Päd. Petra Rechenberg-Winter
M. A. (Hamburg), Dipl.-Psych. Margit Schröer (Düsseldorf),
Prof. Dr. Reiner Sörries (Erlangen)

Bitte senden Sie postalische Anfragen und Rezensionsexemplare
an Monika Müller, KAB-Ring 22, D-53359 Rheinbach

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. Colin Murray Parkes (Großbritannien), Dr. Sandra L. Bertman
(USA), Dr. Henk Schut (Niederlande), Dr. Margaret Stroebe
(Niederlande), Prof. Robert A. Neimeyer (USA)

Redaktion:

Ulrike Rastin M. A. (V. i. S. d. P.),
Verlag Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Robert-Bosch-Breite 6, D-37079 Göttingen,
Tel.: 0551-5084-423, Fax: 0551-5084-454
E-Mail: ulrike.rastin@v-r.de

Bezugsbedingungen:

Leidfaden erscheint viermal jährlich mit einem Gesamtumfang von
ca. 360 Seiten. Bestellung durch jede Buchhandlung oder beim Verlag.
Jahresbezugspreis € 70,00 D / € 72,00 A. Institutionenpreis
€ 132,00 D / € 135,80 A / SFr 162,00, Einzelheftpreis € 20 D /
€ 20,60 A (jeweils zzgl. Versandkosten), Online-Abo inklusive für
Printabonnenten. Preisänderungen vorbehalten. Die Bezugsdauer
verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht eine Abbestellung
bis zum 01.10. erfolgt.

Verlag:

Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstr. 13,
D-37073 Göttingen; Tel.: 0551-5084-40, Fax: 0551-5084-454
www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2192-1202

ISBN 978-3-525-40665-6

ISBN 978-3-647-40665-7 (E-Book)

Umschlagabbildung: Margit Schröer

Anzeigenverkauf: Anja Küttemeyer, E-Mail: anja.kuettemeyer@v-r.de

Bestellungen und Abonnementverwaltung:

HGV Hanseatische Gesellschaft für Verlagsservice mbH,
Servicecenter Fachverlage, Holzriesenstr. 2, D-72127 Kusterdingen;
Tel.: 07071-9353-16, Fax: 07071-9353-93,
E-Mail: v-r-journals@hgv-online.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den
gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen
Einwilligung des Verlages.

© 2019

Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen

Gestaltung, Satz und Lithografie: SchwabScantechnik, Göttingen
Druck und Bindung: Westermann Druck, Zwickau

Printed in Germany