



---

**Einführung in die Medical Humanities**  
**Lebenserhaltung um jeden Preis?**

---

Christoph Rehmann-Sutter

Theorie und Ethik der Biowissenschaften

[rehmann@imgwf.uni-luebeck.de](mailto:rehmann@imgwf.uni-luebeck.de)

[www.imgwf.uni-luebeck.de](http://www.imgwf.uni-luebeck.de)

## Lebenserhaltung um jeden Preis?

Nein. Niemand würde behaupten, dass es gut sei, Leben um jeden Preis zu erhalten.

Aber warum nicht? Welcher Preis ist zu hoch? Für wen? Und wie weit gibt es doch eine ethische Verpflichtung des Arztes / der Ärztin, Leben zu erhalten?

Die A-P-Beziehung: Welche Verpflichtungen enthält sie? Welches ist der Sinn, die Bedeutung dieser Beziehung?

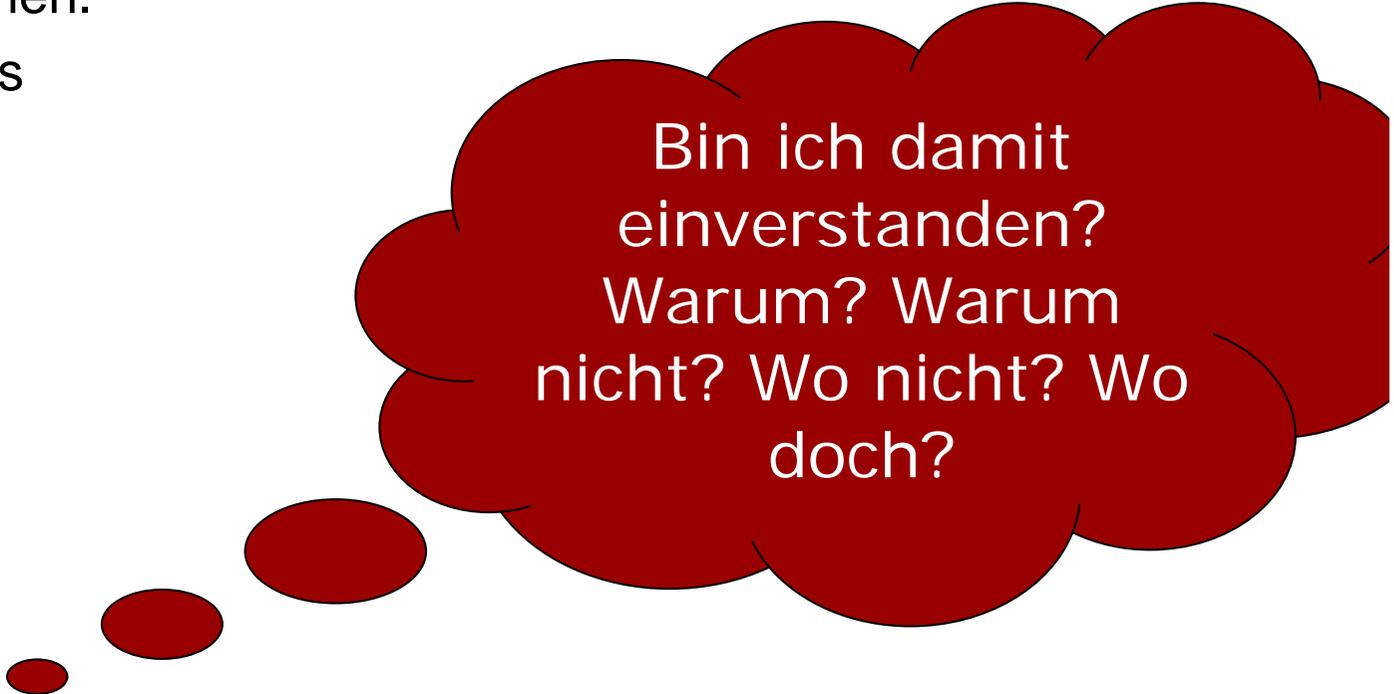
Was können PatientInnen wollen? Welches sind ihre besten Interessen im Hinblick auf das Lebensende und die Lebenserhaltung?

Gibt es Sterben in der Medizin oder ist die Medizin dann am Ende angekommen, wenn es ums Sterben geht?

## Gesundheit und Sterben

„Meine Aufgabe ist es, mich um die Gesundheit des Patienten zu kümmern. Es gibt Zeiten, in denen es im Interesse der Gesundheit liegt, zu sterben. Es ist nicht gesund, das Sterben hinauszuziehen.“

Cicely Saunders



Bin ich damit  
einverstanden?  
Warum? Warum  
nicht? Wo nicht? Wo  
doch?

## Wer war Cicely Saunders?



1918 – 2005 als Dame Cicely

Guardian Obituary (16. Juli 2005): „The founder of the modern hospice movement, she transformed the way we look at death and dying.

St Christopher's hospice, which was founded in 1967 by Dame Cicely Saunders, who has died aged 87, is a beacon for the supposedly terminally ill and their families. Situated in the London suburb of Sydenham, it led to the founding of hospices around the world employing her principles. By using drugs scientifically to manage pain, and by allowing relatives to spend a great deal of time with her patients, Saunders altered the bleak concept of death for thousands of people. To her, dying was part of life; her creed was Living Before Dying. She became almost a folk hero after the journalist Victor Zorza and his wife wrote *A Way To Die: Living To The End* (1980), a moving, persuasive book about their daughter's death in a hospice.“

<http://www.answers.com/topic/saunders-dame-cicely>

# The evolution of palliative care

Cicely Saunders

Abstract: An encounter with one patient in 1948 was the catalyst for the Hospice Movement. The challenge to undertake appropriate pain and symptom control together with experience in further listening to patients in the small number of homes especially planned for dying people, finally came together during the 1960s as the impetus for the first modern hospice which opened in 1967. Since then, palliative care has been developing worldwide and has shown that the basic principles demonstrated in those early years can be interpreted in various cultures and with different levels of resources. Symptom control by a multi-professional team backed by research and education of both professionals and public has spread both into home care and into general hospitals. The family is seen as the unit of care as it finds its own potential, searches for meaning and makes the achievements possible at the end of life.

## PEG-Sonde: eine lebenserhaltende Maßnahme



Eine sog. PEG-Sonde (Perkutane endoskopische Gastrostomie) ist eine Magensonde, die durch die Bauchdecke direkt in den Magen eingeführt wurde. Sie dient der künstlichen Ernährung von Patienten, die nicht mehr selbst schlucken oder aus anderen Gründen keine Nahrung auf herkömmlichem Wege aufnehmen können. Eine PEG-Sonde ist ein elastischer Kunststoffschlauch, der im Rahmen einer Gastroskopie (Magenspiegelung) gelegt wird. PEG oder perkutane endoskopische Gastrostomie heißt wörtlich etwa: durch die Haut per Endoskopie angebrachte Magenöffnung. Die PEG-Sonde ermöglicht eine künstliche Ernährung mit Sondennahrung. Da die Ernährung über den Magen-Darm-Trakt erfolgt, wird die Ernährung über PEG auch als enterale Ernährung bezeichnet.

## Frau W. will die PEG-Sonde entfernen

- Frau W. ist 81 Jahre alt, hat Leukämie, bereits zwei Chemotherapien hinter sich.
- Sie hat schon längere Zeit keinen Appetit, konnte nur einzelne Bisse schlucken und leidet unter einer Pilzinfektion des Mund-Rachen-Raums.
- Ernährung mit PEG-Sonde seit 3 Wochen stationär.
- Weitere Chemotherapie wäre möglich, Frau W. möchte sie aber nicht.
- Frau W. möchte die PEG-Sonde entfernen lassen. Sie sagt klar und verständlich, sonst werde sie sich die PEG-Sonde selbst herausziehen. Sie will nach Hause gehen und sagt, es sei jetzt Zeit für sie zu sterben.
- Sie sind verantwortliche Ärztin. Was tun Sie?
- Welche ethischen Gründe sind für Sie wichtig?

## „Total pain“

---

"If the 'total pain' experience is analysed it can be seen to include several elements. That concept of 'total pain' was spelled out in an answer given to me by one patient in 1963 when I asked her to describe her pain. She said, without further prompting, 'Well doctor, it began in my back but now it seems that all of me is wrong'. She spoke of several other symptoms and went on — 'I could have cried for the pills and the injections but I knew that I mustn't. Nobody seemed to understand how I felt and it was if the world was against me. My husband and son were marvellous, but they were having to stay off work and lose their money. But it's wonderful to begin to feel safe again'. **Physical, emotional and social pain and the spiritual need for security, meaning and self-worth, all in one answer.** Such a holistic approach will enable the dose of opioid to remain between each patient's own effective and sedative levels while regular giving enables constant control of the almost invariably constant pain."

Cicely Saunders: The Evolution of Palliative Care.

Patient Education and Counseling

Volume 41, Issue 1, August 2000, Pages

## Ist indirekt-aktive Sterbehilfe Töten?

---

Lord Patrick Devlin, *Easing the passing. The trial of Dr. John Bodkin Adams*, The Bodley Head, London (1985), p. 171.

„If the first purpose of medicine, the restoration of health, can no longer be achieved, there is still much for a doctor to do, and he is entitled to do all that is proper and necessary to relieve pain and suffering, even if the measure he takes may incidentally shorten life. This is not because there is a special defence for medical men but because **no act is murder which does not cause death**. We are not dealing here with the philosophical or technical cause, but with the common sense cause. **The cause of death is the illness or the injury, and the proper medical treatment that is administered and that has an incidental effect on determining the exact moment of death is not the cause of death in any sensible use of the term.**“

## Steigende Lebenserwartung

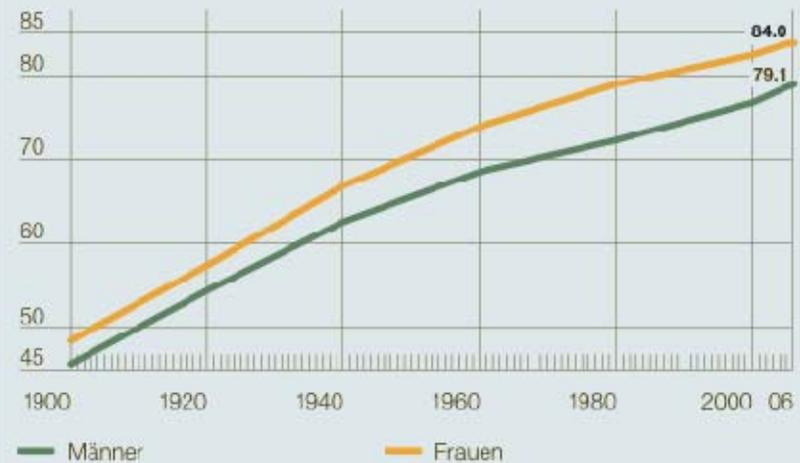
Zu Beginn des letzten Jahrhunderts betrug die mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen in der Schweiz weniger als 50 Jahre, nicht zuletzt wegen der hohen Säuglingssterblichkeit.

In den letzten 100 Jahren hat sich dank verbesserter Hygiene, höheren Lebensstandards, gesünderer Ernährung und einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung die Lebenserwartung in der Schweiz markant erhöht. Im Jahr 2006 betrug sie beim Mann ab Geburt im Durchschnitt 79.1 Jahre, bei der Frau 84.0 Jahre. Die Lebenserwartung einer 65-jährigen Frau war um 3.5 Jahre höher als diejenige eines 65-jährigen Mannes.

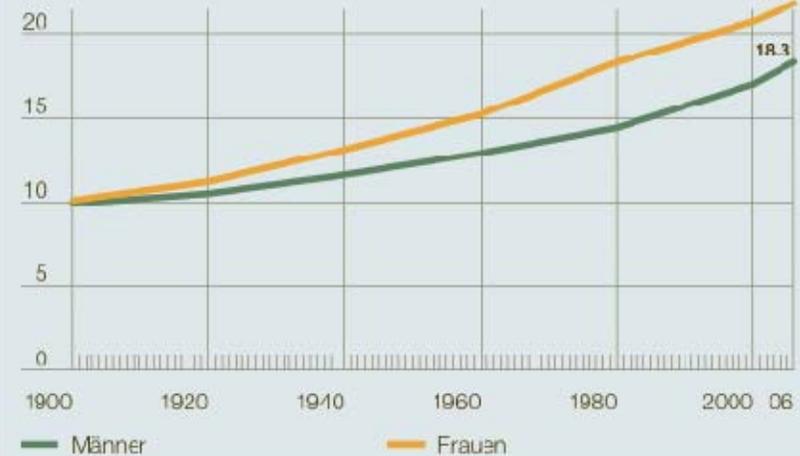
In der Schweiz werden Frauen und Männer jedoch nicht nur älter, sondern auch gesünder älter.

## Mittlere Lebenserwartung nach Geschlecht seit 1900

Lebenserwartung in Jahren bei Geburt



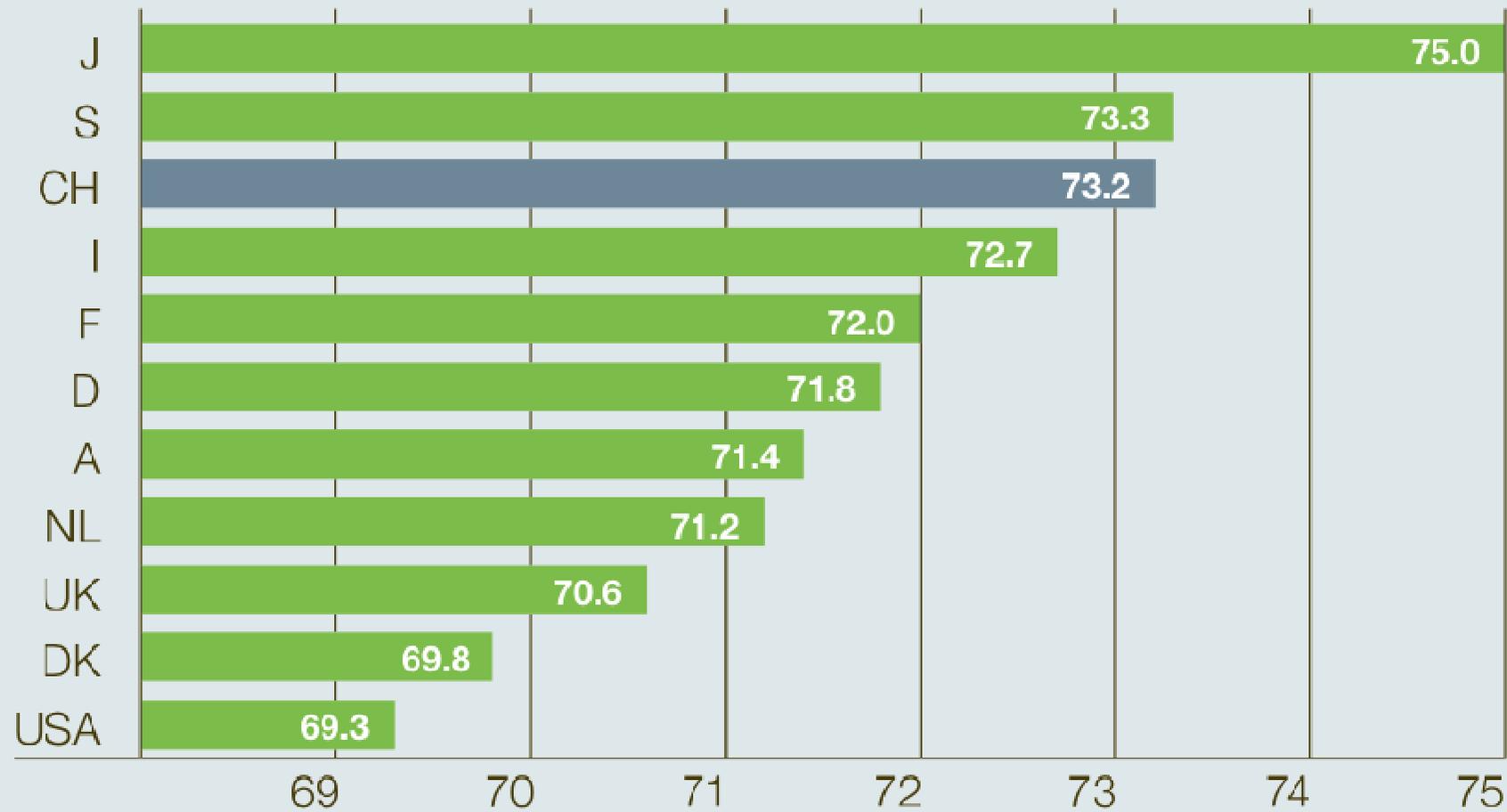
Lebenserwartung in Jahren im Alter von 65 Jahren



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Schweiz, diverse Jahrgänge. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.

## Lebenserwartung bei guter Gesundheit

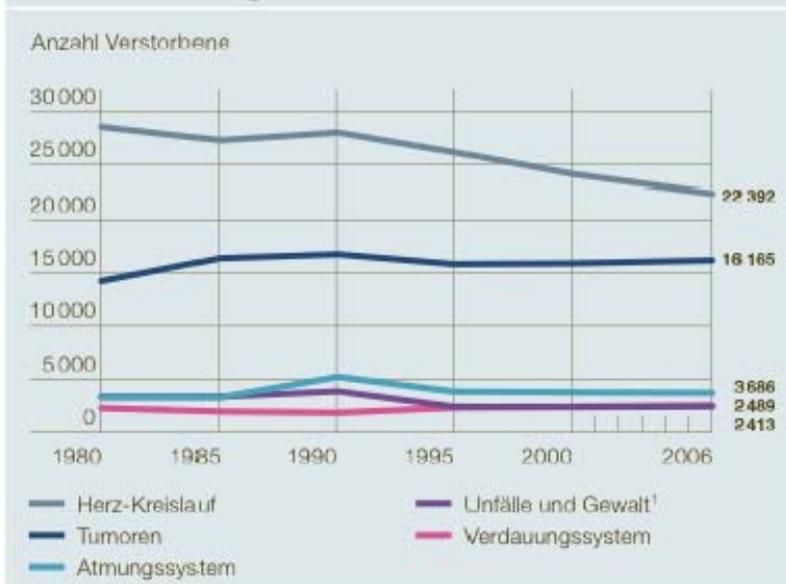
Bevölkerung, Total bei Geburt (in Jahren)



## Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache Nummer eins

Im Jahr 2006 wurden in der Schweiz 60 283 Todesfälle registriert. Mit 37.1 Prozent liegen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer noch an der Spitze der Todesursachen, obwohl deren Zahl seit über zehn Jahren dank medizinischen Fortschritten tendenziell abnimmt. Auf dem zweiten Platz folgen die Tumorerkrankungen. Neu ist eine zunehmende Zahl von Todesfällen infolge Demenz zu beobachten. Im Jahr 1996 starben 2 204 Personen an Demenz, 2006 waren es 3 686 Personen. Dies entspricht einer Zunahme von 64 Prozent. Die Zunahme der Demenz ist eine Folge davon, dass die Zahl der in hohem Alter Verstorbenen stark zunimmt.

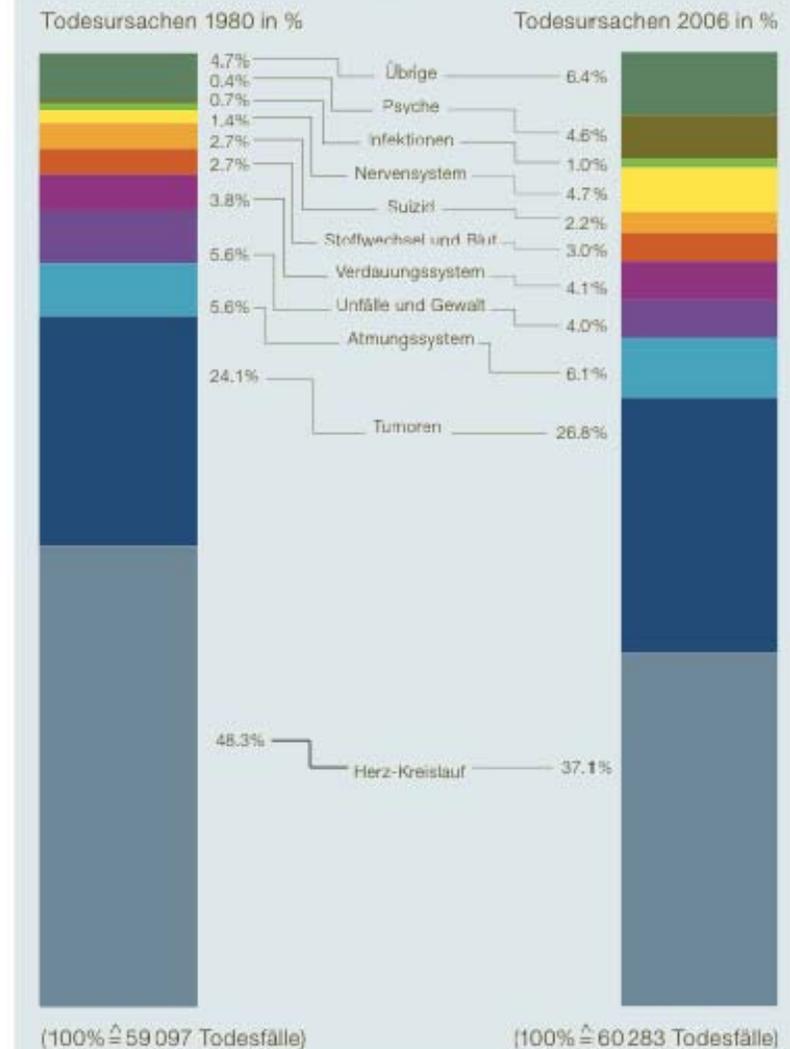
### Verlauf der wichtigsten Todesursachen



Quelle: Todesursachenstatistik, diverse Jahrgänge. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.

<sup>†</sup> Ohne Suizid.

### Wichtigste Todesursachen



Quelle: Todesursachenstatistik 1980, 2006. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.

### Die häufigsten Todesursachen bei Frauen 2006

Total Todesfälle: 31 071 (100%)



© Interpharma

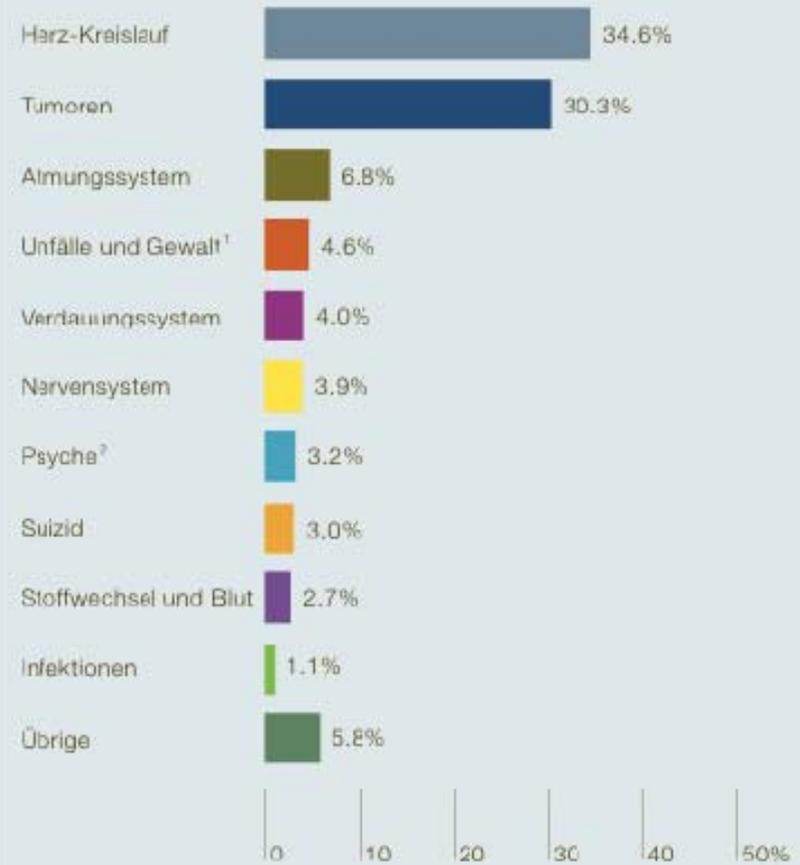
Quelle: Todesursachenstatistik 2006, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.

<sup>1</sup> Demenz (ohne Alzheimer), Schizophrenie, Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, andere psychische Krankheiten.

<sup>2</sup> Ohne Suizid.

### Die häufigsten Todesursachen bei Männern 2006

Total Todesfälle: 29 212 (100%)



Quelle: Todesursachenstatistik 2006, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.

<sup>1</sup> Ohne Suizid.

<sup>2</sup> Demenz (ohne Alzheimer), Schizophrenie, Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, andere psychische Krankheiten.

## Zwischenfazit: Medizin 2009

- Die moderne Medizin auf naturwissenschaftlicher Grundlage und mit experimenteller Methodologie entstand seit ca. 1800.
- Zusammen mit anderen Faktoren stieg die Lebenserwartung stark an und das Sterben ist weitgehend medikalisiert.
- Das Paradigma der **Biomedizin** (angewandte Biologie, technisierte Medizin, inkl. Intensivmedizin, Chirurgie, Medikamente, regenerative und prädiktive Medizin) steht in Spannung zu einem Paradigma der ganzheitlichen, auf Fürsorge basierten Medizin als **Heilkunst** (inkl. Palliativmedizin)
- Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Schmerz, Sterben und Tod, das Menschenbild haben sich stark verändert.
- Es ist Aufgabe der medizinischen Ethik, der Medizingeschichte, Medizinsoziologie und der Medical Humanities, diese Veränderungen im gesellschaftlichen Kontext zu beschreiben, zu deuten und bewusst zu machen.

## (Forts.)

- Lebensverlängerung um jeden Preis? – Diese Frage stellt sich heute anders als vor 100 Jahren. Heute kann die Medizin technisch oft mehr als für PatientInnen wünschbar ist.
- Die Palliativmedizin ist nicht nur Linderung, wenn kurativ nichts mehr zu holen ist, sondern enthält ein anderes Medizinkonzept. Wie verändert die Palliativmedizin das Selbstbild und das Ethos der Medizin?
- Medizin als Heilkunst ist mehr als eine Technologie zur Eliminierung von Krankheiten und zur Bekämpfung des Todes.
- Medizinische Ethik heute arbeitet daran mit, Medizin aus der Hilfe, der Fürsorge, in der Beziehung zwischen Behandlern und Behandelten (A-P-Beziehung) zu verstehen.
- Medizinische Ethik ist mehr als medizinische „Moral“, die sagt, was man tun darf und was man nicht tun darf. Ethik ist eine ernsthafte, d.h. methodische **Auseinandersetzung mit Moral**.

## Drei ethische Modelle der Medizin

---

1. Immer wenn man Leben erhalten kann, soll man es versuchen. Leben ist ein unendlicher Wert, der über allen anderen steht, auch über dem Leiden. Ärzte können entscheiden, was medizinisch sinnvoll ist und was nicht (**paternalistisches Modell**).
2. ÄrztInnen handeln im Auftrag der PatientInnen. Soweit es einen Auftrag von P gibt oder eine informierte Zustimmung, ist A verpflichtet zu handeln. Wo der Auftrag aufhört, endet die Legitimität medizinischer Eingriffe. (**Modell Patientenautonomie**)
3. A und P begegnen sich und entwickeln gemeinsame Verständnisse und Pläne von sinnvollen Behandlungsstrategien. Die Ethik der Fürsorge beinhaltet eine wechselseitige Anerkennung von A und P (**partnerschaftliches Modell**).

Welches sind die Vor- und Nachteile der drei Modelle?

## Das Telos der Medizin am Ende des Lebens

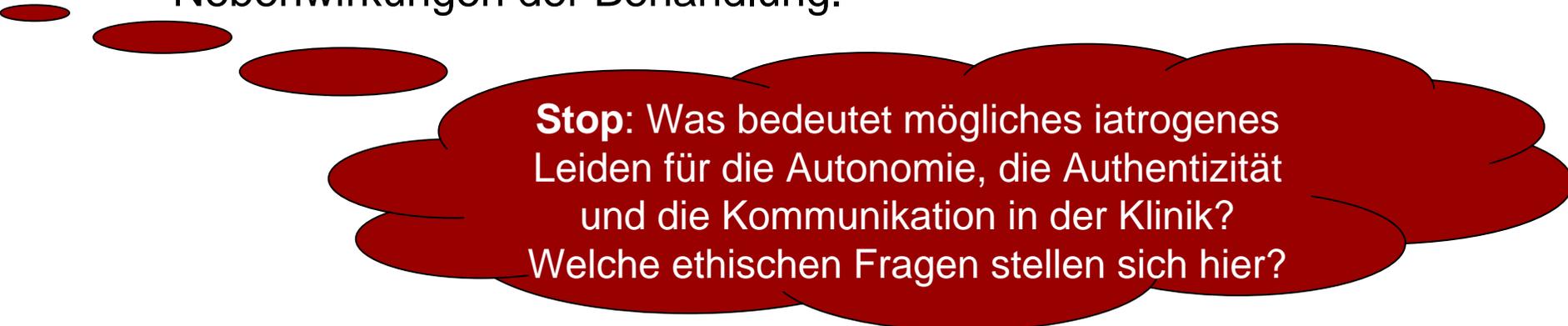
- Wenn „Heilen“ nicht mehr möglich oder wegen zu belastenden Begleiterscheinungen nicht wünschbar ist, ist das Ziel der Medizin am ehesten zu umschreiben als „Lindern von Leiden“ und das Ermöglichen eines „guten Lebens“ am Lebensende.
- Ethische Dilemmata, z.T. dramatische, sind gleichwohl unumgänglich. Was „Leiden“ und „Lindern“ konkret bedeutet, was ein „gutes Leben“ im Sterben ist, kann nicht allgemein festgelegt werden, sondern ist im Einzelfall auslegungsbedürftig.
- Daniel Callahan (*Setting Limits*, 1995): Die Periode am Ende des Lebens in einem „guten Leben“ beinhaltet Reflexion über das Leben als Ganzes, das Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit und das Abschiednehmen von Menschen um uns.
- Wenn dies stimmt, hat es Implikationen für die, welche für ältere und sterbende Menschen sorgen: Es geht darum, Räume für die Reflexion, das Loslassen und das Abschiednehmen zu schaffen.

## Der Fall von Helena

Quelle: Michael Parker / Donna Dickenson. *The Cambridge Medical Ethics Workbook*, Cambridge: Cambridge University Press 2001, pp. 24ff.

---

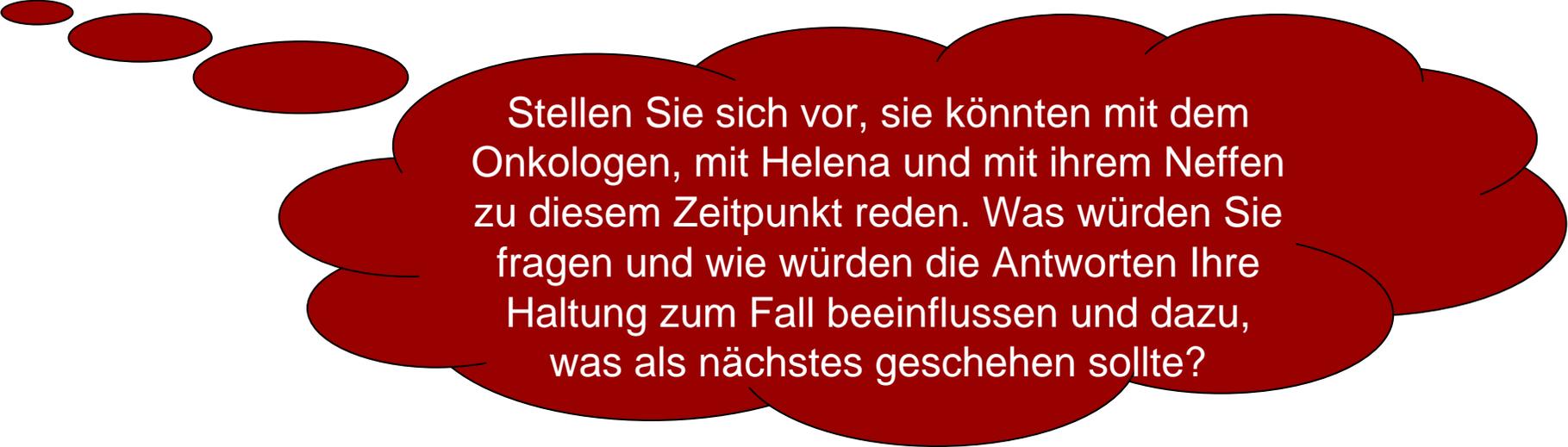
- Helena war eine robuste 63-jährige Frau, früher Turnlehrerin, alleinstehend, lebte im Zentrum von Antwerpen.
- 1994 begann sie unter Rückenschmerzen zu leiden, der trotz Physiotherapie immer schlimmer wurde und sich auf die Beine ausdehnte. Röntgenuntersuchungen, CAT scan. Diagnose: metastasierender Gebärmutterkrebs.
- OP, Chemotherapie, Radiotherapie.
- Helena entwickelte eine Polyneuropathie in Armen und Beinen. Sie konnte sich nur mehr schwer bewegen und hatte immer stärkere Schmerzen in den Händen und Fingern. Konnte keine Handarbeiten mehr machen, um die Abende zu füllen - und war mit der Behandlung extrem unzufrieden, glaubte, es wären Nebenwirkungen der Behandlung.



**Stop:** Was bedeutet mögliches iatrogenes Leiden für die Autonomie, die Authentizität und die Kommunikation in der Klinik?  
Welche ethischen Fragen stellen sich hier?

## Helena (2)

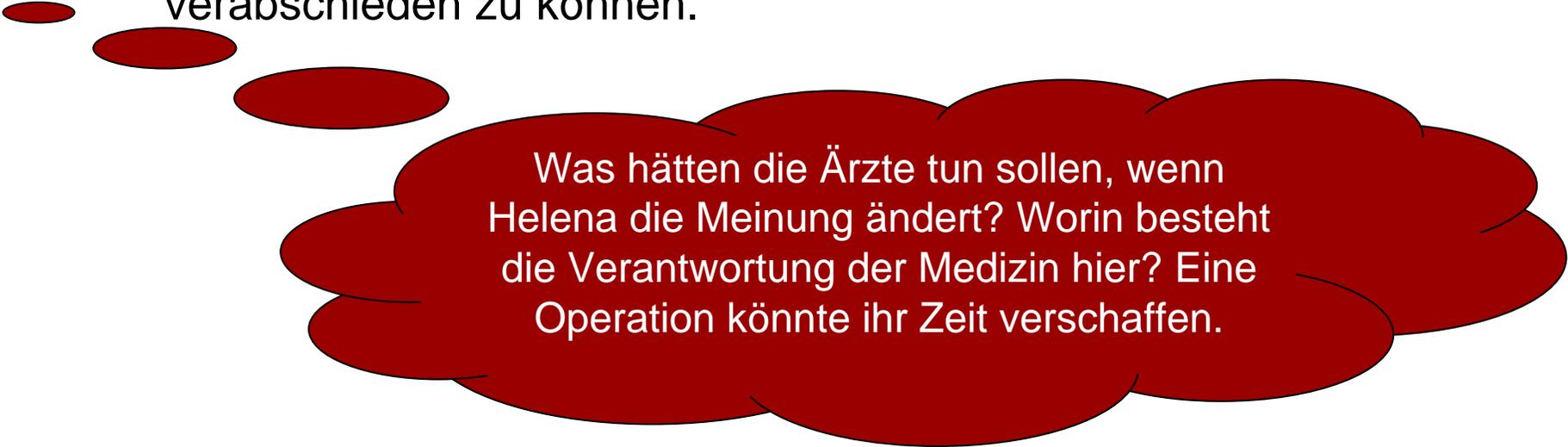
- Meinungsverschiedenheit zwischen zwei verantwortlichen Onkologen: A führte die Schmerzen auf die Progression der Krankheit zurück, B auf die Behandlung selbst. B schlug ein neues Medikamentencocktail vor, das weniger Nebenwirkungen haben soll.
- Zu dem Zeitpunkt hatte sich Helena entschieden, nicht mehr länger behandelt zu werden und lehnte die neuen Medikamente auch ab.



Stellen Sie sich vor, sie könnten mit dem Onkologen, mit Helena und mit ihrem Neffen zu diesem Zeitpunkt reden. Was würden Sie fragen und wie würden die Antworten Ihre Haltung zum Fall beeinflussen und dazu, was als nächstes geschehen sollte?

## Helena (3)

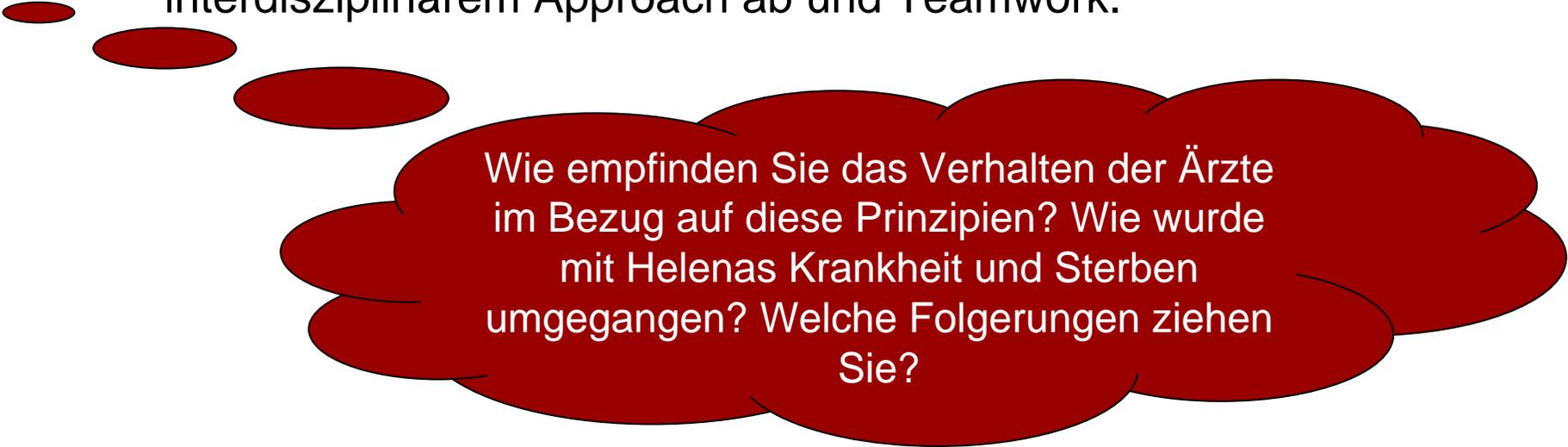
- Nach einigen Monaten ohne Behandlung: Abdominale Schmerzen, Erbrechen, schwerer Stuhlgang, Neuropathie so schlimm, dass sie alleine nicht mehr aus der Wohnung konnte.
- Im Spital mit Behandlung Besserung. Drei Optionen wurden ihr angeboten: (1) Darmoperation, (2) Chemotherapie, (3) nur Symptommanagement und Schmerzbehandlung. Helena wählte (3). Verlegung auf Palliativabteilung.
- Nach drei Wochen plötzliche Verschlimmerung, häufiges Erbrechen, Anorexie. Terminale Phase.
- Zu diesem Zeitpunkt möchte Helena mehr Zeit, um sich verabschieden zu können.



Was hätten die Ärzte tun sollen, wenn Helena die Meinung ändert? Worin besteht die Verantwortung der Medizin hier? Eine Operation könnte ihr Zeit verschaffen.

## Helena (4)

- Option (1) wurde ausgeführt. Helena erhielt 3 Monate mit „gutem Komfort und guter Lebensqualität“, wie ihr Hausarzt sagte.
- Sie vereinbarte Treffen mit den Menschen, die sie gern hatte. Nach 3 Monaten starb Helena friedlich.
- Der Hausarzt im Rückblick: 3 Prinzipien: 1. Selbstbestimmung ist wichtig; 2. Palliativmedizin ist nicht statisch, sondern dynamischer Prozess, neue Optionen können von P gewünscht werden; 3. gute, ethische Palliativmedizin hängt von interdisziplinärem Approach ab und Teamwork.



Wie empfinden Sie das Verhalten der Ärzte im Bezug auf diese Prinzipien? Wie wurde mit Helenas Krankheit und Sterben umgegangen? Welche Folgerungen ziehen Sie?

## **John Keown: The incompetent patient – sanctity of life, quality of life and vitalism**

(In: Michael Parker / Donna Dickenson. *The Cambridge Medical Ethics Workbook*, Cambridge: Cambridge University Press 2001, pp. 27-32)

Dr. V(italismus) denkt, dass menschliches Leben ein absolutes Gut ist, das es um jeden Preis erhalten werden muss, ohne Rücksicht auf Kosten, Schmerzen oder Unannehmlichkeiten. Es ist immer unethisch, Leben abzukürzen oder es zu unterlassen, es zu verlängern, wenn man es könnte.

Dr. Q(ualität) denkt, dass menschliches Leben kein absolutes, sondern ein instrumentelles Gut ist. Ziel ist ein lebenswertes Leben mit einer minimalen Qualität. Leben selbst ist ein Mittel für ein lebenswertes Leben. Wenn das Leben nicht lebenswert ist, gibt es keine Pflicht, es zu erhalten.

Dr. H(eiligkeit) denkt, dass menschliches Leben weder ein absolutes noch ein instrumentelles Gut ist, sondern ein Grundgut, eine notwendige Bedingung für ein erfülltes Leben, zu dem auch Freundschaft, Verstehenkönnen und der Genuss von Kunst und des Schönen gehört. Es gibt keine Pflicht zu unverhältnismäßigen Behandlungen.

## Wie würden Dr. V, Dr. Q und Dr. H in folgender Situation entscheiden?

Maria leidet unter schwerer koronarer Herzkrankheit und fortgeschrittener Alzheimer Demenz.

Alle sind sich einig: Maria ist in einer terminalen Phase. Beide Krankheiten sind irreversibel und progressiv. Maria wird sehr wahrscheinlich weitere Herzattacken erleiden und innert Tagen oder Wochen sterben.

Die einzige Weg, ihr Leben zu verlängern, wäre die intensive Reanimation (cario-pulmonary resuscitation, CPR) bei ihrem nächsten Herzanfall.

## Literaturhinweise

Auf dem Server als pdf zu finden:

**Stein Husebø: Ethik. In: ders. Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer 2006, S. 43-141 (Leseempfehlung für das ganze Studium!)**

Cicely Saunders: The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling* 41(2000): 7-13.

In der Bibliothek des Instituts für Medizingeschichte und  
Wissenschaftsforschung:

Henk ten Have / David Clark (eds.): The Ethics of Palliative Care. European Perspectives. London: Open University Press 2002

Michael Parker / Donna Dickenson: The Cambridge Medical Ethics Workbook. Case Studies, Commentaries and Activities. Cambridge: Cambridge University Press 2001 (oder neuere Aufl.)

Walter Jens, Hans Küng: Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. München: Piper 1995

Katrin Göring-Eckhardt (Hg.): Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – eine Streitschrift. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 2007.