



Gerhard HÖVER*

„Qualität“. Überlegungen zu der Bedeutung und den ethischen Dimensionen einer Schlüsselkategorie hospizlicher Arbeit

Wo immer Fragen nach einer „neuen Kultur“ in den verschiedensten Bereichen menschlichen Handelns und Lebens gestellt werden, wird offenkundig nach mehr gefragt als nur nach Bleibendem und Verbindlichem, das sich im Wandel der vielfältigen Situationen durchhält und als gültig erweist. Vielmehr richtet sich der Blick gerade auf ein dynamisierendes Moment, das der ganzen Bewegung ihr unverwechselbares Profil gibt und in dem sich ihre wesenhafte „Qualität“ als Ausdruck einer „Idee“ zeigt. „Qualität“ ist das, was einer tragenden Idee lebendigen Ausdruck verschafft. Wie kaum eine andere „Idee“ ist die sog. *Hospizidee* von ihrer Zielbestimmung her konstitutiv auf „Qualität“ bezogen.

Allgemein betrachtet sind „Qualitäten“ durch zwei Merkmale gekennzeichnet: zum einen durch die *Steigerungsfähigkeit im Sinne der Intensität*, zum anderen durch die *Möglichkeit des Gegensätzlichen bzw. des Umschlags ins Gegenteil*. Im Bereich der Hospizarbeit haben diese Merkmale existentiellen, keinen bloß theoretischen Charakter: Was auch immer hier als „qualitativ“ betrachtet wird, es geht um „Nähe“, die durch „Mittel“ gefördert, aber nicht ersetzt werden kann, und es geht um das je „Neue“ und Unverrechenbare, das zwar durch Struktur- und Prozessorientierung unterstützt und abgesichert, durch undifferenzierte und rein systemimmanente Praktizierung aber inhaltlich entleert werden kann. Gerade diese Möglichkeit des Gegensatzes von gehaltvollem Profil und entleerter Form, die in realer Weise Menschen positiv und eben auch negativ betreffen kann, macht die Notwendigkeit nicht nur ständiger „Qualitätssicherung“ in der hospizlichen wie auch in der mit ihr verknüpften palliativmedizinischen Arbeit deutlich, sondern sie muss uns auch dazu herausfordern, über das nachzudenken, was eigentlich „Qualität“ in diesem Lebenszusammenhang bedeutet und welche ethischen Dimensionen mit dieser Kategorie, die seit jeher in Philosophie und Theologie als eine der komplexesten Kategorien gilt, verknüpft sind. In Anbetracht der Tragweite und Schwierigkeit kann es hier nur um einen ersten Denkanstoß gehen.

* Professor teologii moralnej na Katholisch-Theologische Fakultät (Wydziałe Teologii Katolickiej) Uniwersytetu Bońskiego, Niemcy.

1. Die Hospizbewegung und ihre Leitidee

Die Hospizbewegung dient dem Ziel, ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen und dauerhaft eine neue Kultur des Sterbens im Sinne einer *ars moriendi* zu schaffen. Sterben gehört zum Leben; es ist der letzte, entscheidende Lebensakt, der gelebt und durchlebt werden will. Begleitung im Sterben ist daher Lebensbegleitung intensivster Art. Die Hospizbewegung ist von dem Gedanken bestimmt, dass für eine solche Begleitung persönliche Zuwendung von nahestehenden Menschen, das Angebot seelsorgerlichen Beistands, Kommunikation auf der Grundlage einer behutsamen, aber wahrheitsgerechten Sprache genauso notwendig sind wie medizinische Betreuung, pflegerisches Können und soziale Stützen. In diesem Sinne hat beispielsweise die Bundesarbeitsgemeinschaft HOSPIZ in der Präambel ihrer Satzung als 1. Leitlinie für die Hospizarbeit formuliert: „Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen der sterbende Mensch und die ihm Nahestehenden. Sie benötigen gleichermaßen Aufmerksamkeit, Fürsorge und Wahrhaftigkeit. Die Hospizarbeit richtet sich bei ihrer Hilfe und ihrer Organisation nach den Bedürfnissen und Rechten der Sterbenden, ihrer Angehörigen und Freunde“¹. In Hospizen wird versucht, der Tendenz zur Entpersonalisierung und Isolierung des Sterbens sowie einer strukturellen Verdrängung des Todes aus den modernen Gesellschaften durch eine ganzheitliche solidarische Begleitung entgegenzuwirken, um so das Sterben wieder in die Lebenswelt heutiger Menschen zu integrieren². Die Arbeit und die Erfahrungen der Hospizbewegung

¹ Vgl.: Satzung der „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen, und Palliativmedizin e.V.“, Präambel. Vgl. zu diesen Anliegen seitens der Kirchen z.B., Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik: Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Sonderausgabe 2000 aus Anlass 10 Jahre *Woche für das Leben*. Trier 2000; vgl. u. a. auch Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): *Menschenwürdig Sterben und christlich sterben/ Schwerstkranken und Sterbenden beistehen/ Die Hospizbewegung/ Im Sterben: Umfängen vom Leben (= Die Deutschen Bischöfe: 47)*. Bonn 1996; *Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.): Hospizarbeit in den Einrichtungen des Diakonischen Werkes, in den Landeskirchen und in den Kirchengemeinden der EKD. Grundsätze – Konkretionen – Perspektiven*. In: *Diakonie Korrespondenz* 8/ 97.

² Vgl. F. REST, *Mit dem Sterben leben – Das Hospiz als Alternative*. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 42 (1996) s. 3-10, 3f.; F. Rest, *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit: Handbuch für Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger, Hospizhelfer, stationäre und ambulante Begleiter*. 4. Aufl. Stuttgart/Berlin/Köln 1998, s. 26-28: hier stellt der Autor die Veränderung der Einstellung zum Sterben zwischen 1974 und 1989 ausführlich dar und kommt zu der These, dass der Verdrängungsprozess zum Stillstand gekommen sei. Die Situation habe sich heute geändert: Immer mehr Menschen seien bereit, ein fremdes Sterben auszuhalten. Die veränderte heutige Situation wird auch beschrieben in F. REST, *Leben und Sterben in Begleitung*. Vier

bieten die *entscheidende Alternative zur Forderung nach aktiver Euthanasie*³.

Der Name „Hospiz“ wurde Ende des 19. Jahrhunderts von den *Irish Sisters of Charity* wieder zum Leben erweckt, indem sie Heime für sterbende Kranke gründeten. In London wurde 1967 das *St. Christopher's Hospice* eröffnet⁴. Dessen Gründerin, *Cicely Saunders*, war durch einen Bekannten, der an Krebs erkrankt war, inspiriert worden, einen Ort zu schaffen, der den Bedürfnissen Sterbender entsprach. Mit dem Vermächtnis dieses Mannes begann sie, das erste moderne Hospiz aufzubauen⁵. Es wurde zum Modell für alle später entstandenen Einrichtungen; das erste deutsche Hospiz wurde 1983 in Köln eröffnet⁶.

Die *Hospizidee* wird in Deutschland mittlerweile von vielen engagierten Initiativen, Vereinen, überregionalen Organisationen, den Kirchen und Wohlfahrtsverbänden unterstützt und getragen. Es entstanden Hospizinitiativen, Hausbetreuungsdienste und teilstationäre und stationäre Hospi-

Hospize in Nordrhein-Westfalen – Konzepte und Praxis – Gutachten im Anschluss an eine wissenschaftliche Begleitung (Studien zur interdisziplinären Thanatologie; 3). Münster 1995, s. 71-73.

- ³ Wie wichtig die Vermittlung der Hospizidee im Bewusstsein der Öffentlichkeit ist, zeigt eine vor zwei Jahren durchgeführte Befragung in der Mainzer Bevölkerung: 73 % der Befragten befürworteten aktive Euthanasie, 72 % von ihnen aber wussten nicht, was ein Hospiz ist, bzw. kannten nicht die in Mainz vorhandenen Einrichtungen (80%). Gleichwohl wünschten 92% im Falle unheilbarer Krankheit die Information über die Diagnose, 84 % sprachen den Wunsch aus, zu Hause oder inmitten ihres familiären Umfeldes sterben zu können. Vgl. C. Nyhsen/ M. Weber/ J. Schuz/ G. Faust, An der Hand oder durch die Hand eines Menschen sterben? Ergebnisse einer Befragung zu Sterbehilfe und Hospizbewegung, in: *Med Klin* 94 (1999) 10, 536-540. Vgl. zum ganzen Problembereich grundlegend: A. Nassehi/ G. Weber, Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen 1989; U. Eibach: Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und „lebensunwertes“ Leben. 2. vollst. neu bearb. u. erw. Auflage Wuppertal 1998; M. Zimmermann-Aklin, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. Freiburg Schweiz 1997; A. Holderegger (Hrsg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht. Freiburg Schweiz 1999; E. Aulbert/ E. Klaschik/ H. Pichlmaier (Hrsg.), Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe (Beiträge zur Palliativmedizin Bd. 2). Stuttgart 1998; S. Husebo/ E. Klaschik, Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. 2. überarb. Auflage Berlin/ Heidelberg 2000. Zur aktuellen Diskussion um die Euthanasiegesetzgebungen in Europa vgl. u. a. das Dossier des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE): Blickpunkt Sterbehilfe (www.drze.de/themen/blickpunkt).
- ⁴ Vgl. H. Pichlmaier, Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland. In: E. Aulbert/ E. Klaschik/ H. Pichlmaier (Hrsg.): Palliativmedizin: ein ganzheitliches Konzept (Beiträge zur Palliativmedizin Bd. 1). Stuttgart/ New York 1998.S. 1 – 7, 2 f.
- ⁵ Vgl. R. W. Buckingham, Hospiz – Sterbende menschlich begleiten. Freiburg i. Br./ Basel/ Wien 1993. S. 30 f.
- ⁶ Die Station für „Palliative Therapie“ an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln; vgl. dazu H. R. Zielinski, Palliative Therapie und Hospizbewegung in der Bundesrepublik Deutschland (Prüfsteine medizinischer Ethik; 13). Saarbrücken/ Scheidt 1993. S. 73-82.

ze, die zunächst ohne ausreichende finanzielle Mittel arbeiteten. Nachdem aufgrund des § 39 a SGB V sowohl die stationären als auch – unter bestimmten qualitativen Voraussetzungen – die ambulanten Hospize einen Zuschuss erhalten können, hat sich die Hospizidee durch organisatorische Strukturbildung vielerorts institutionalisiert. Die Zahl der Einrichtungen in der ambulanten, teilstationären und stationären Hospizarbeit ist in den letzten Jahren bundesweit auf ca. 1000 angestiegen und steigt weiterhin sehr stark an. Umso notwendiger wird daher eine konsequente und systematische Orientierung an der Hospizidee selber, nämlich ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen und eine neue Kultur des Sterbens dauerhaft zu initiieren. Die Entwicklung der Hospizidee gerade in ihren institutionalisierten Formen ist dieser Leitidee im strikten Sinne verpflichtet. *Die Vision der Hospizidee liegt nicht in der Institutionalisierung, sondern in der Erweckung einer elementaren Grundhaltung gegenüber dem Leben als Basis einer Kultur des Sterbens.* Die Zielrichtung der Hospizbewegung geht somit weit über die praktische Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen hinaus. Sie dient dem Aufbau „lebendiger Strukturen“ (living structures), deren Lebensoffenheit in der Integrationsfähigkeit der Einzelbewegungen liegt. Diese Offenheit bedeutet, dass nur im Verbund mit Palliativmedizin, Palliative Care, Sozialarbeit und Seelsorge eine gelingende Begleitung für den Sterbenskranken und die ihm Nahestehenden erfolgen kann⁷. Dies aber erfordert zugleich eine ständige Auseinandersetzung mit bestehenden strukturellen Grenzen.

Sterbebegleitung ist in höchstem Maße ein *kommunikatives Handeln*. Nur so vermag sie der einmaligen und unverrechenbaren Person des sterbenden Menschen zu entsprechen und ihr gerecht zu werden. Da das Sterben als Teil des Lebens der ureigenste Akt der individuellen Person im Ganzen ihrer Lebensbezüge ist, bedarf es einer Vielzahl spezifischer Dienste und Hilfen, die in besonderer Weise aufeinander abgestimmt und miteinander integriert sein müssen. *Sterbebegleitung als Handlungsweise muss eine Einheit darstellen, die nicht zum Schema vereinheitlicht werden darf.* Analog gilt dies auch für die Begleitung der Angehörigen sowie für die Trauerbegleitung der Hinterbliebenen. An der Erfüllung dieser Ansprüche bemisst sich letztlich die Qualität von Hospizbewegungen.

So sehr nun alle beteiligten Institutionen, Dienste und Personen, d.h. alle Implementierungspartner von den Grundsätzen und Inhalten der Hospizidee überzeugt sind, so schwierig ist die Umsetzung und Praktizierung in den bereits bestehenden Organisationsformen. Die Erfahrungen mit der Integration etwa von Palliativstationen in Krankenhäuser lehrt, dass ein anderes Denken und Kommunizieren erforderlich ist, um

⁷ Vgl. dazu M. Müller/ M. Kern/ F. Nauck/ E. Klaschik, Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger. Bonn 1997.

die herkömmlichen Standards an die Erfordernisse in Behandlung, Pflege und Begleitung sterbender Patienten anpassen zu können⁸. Es bedarf daher eines Handlungskonzepts der hospizlichen Versorgung und Begleitung Sterbender, welches auf der Basis der Grundhaltung „Sterben ist Leben – Leben vor dem Tod“⁹ das Begleit- und Versorgungshandeln zu orientieren vermag. Dies muss so geschehen, dass für den Sterbenden in seiner konkreten Situation lebensfördernde Wirkungen spürbar werden, anhand derer umgekehrt das strukturelle Profil der Begleit- und Versorgungsorganisation immer wieder neu abgestimmt, modifiziert und angepasst werden kann. Aus diesem Zusammenhang entsteht auch der hohe Qualitätsanspruch der Hospizarbeit im Hinblick auf ihre Angebote der Versorgung und Begleitung Sterbender, wie sie ihr von seiten der verschiedenen gesellschaftlichen Kräfte immer wieder bescheinigt wird.

2. Qualität und Qualitäten – zur inhaltlichen Profilierung hospizlicher Arbeit

Das ständige Spannungsfeld zwischen der eigenen Handlungsorientierung, den erzielten Auswirkungen und der variablen Organisierbarkeit in der Begleitstruktur macht die Hospizarbeit zu einem sehr dynamischen Feld in der empirischen und qualitativen Sozialforschung wie auch in der ethischen Reflexion. Denn die Sicherung der Qualität hospizlicher wie auch palliativmedizinischer Arbeit bedarf der Umsetzung in praktikable Konzepte, die sich auf die interdisziplinäre Teamarbeit, auf ganze Einrichtungen oder auf einzelne institutionelle Segmente der Hospizarbeit bzw. der palliativen Pflege beziehen und die sich in Form verschiedener Qualitäten inhaltlich beschreiben lassen¹⁰. In diesem Zusammen-

⁸ Vgl. dazu etwa Sterben und Sterbebegleitung. Ein interdisziplinäres Gespräch (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren; Bd. 28). Stuttgart 1994; Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Der gesellschaftliche Umgang mit Sterben und Tod. Humane, medizinische und finanzielle Aspekte. Bonn 1995; Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.): Sterben als Teil des Lebens. Humane Sterbebegleitung als gesellschaftliche Herausforderung – ein internationaler Dialog. Bonn 1996.

⁹ Vgl. Satzung der BAG-Hospiz, Präambel – Leitlinien für die Hospizarbeit Nr. 2.

¹⁰ Vgl. u. a. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen (Hrsg.): Handeln an der Grenze des Lebens. Münster 1996; Evangelische Akademie Loccum (Hrsg.): Palliativmedizin Hospizarbeit Sterbekultur: Strategien für Niedersachsen. Rehburg-Loccum 1995; G. Gille: Hospizbewegung in NRW. In: Pflege aktuell. Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe 49 (1995), S. 622; G. Graf.: Möglichkeiten der Integration des Hospizgedankens in die Krankenhausstruktur. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 44 (1991) Supplement, S. 2-9; Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit/ Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Leben und Sterben. Dokumentation der Fachtagung des Landes Hessen zur Verbesserung der Sterbebe-

hang unterscheidet man zwischen *Strukturqualität*, *Prozessqualität* und *Ergebnisqualität*: „Die Strukturqualität beinhaltet Fragen nach Werten und Zielen der Palliativstationen, der leitenden Fachrichtung, Finanzierung, Bettenzahl, Entlassungsziel und kooperierenden Einrichtungen, Personalschlüssel und Multidisziplinarität, Fort- und Weiterbildung, sowie räumliche und technische Ausstattung. Fragen zur Prozessqualität umfassen die Grunderkrankung und Anzahl der betreuten Patienten, die Aufnahmekriterien und Kontaktaufnahme, die durchgeführte Diagnostik, das Behandlungsspektrum, die Arbeitszeit und Verteilung im ärztlichen und pflegerischen Bereich, Pflegestandards, Dokumentation, Liegedauer, Anteil der auf der Palliativstation verstorbenen Patienten, Entlassungsziel sowie die Kooperation mit den ambulanten Diensten und Einrichtungen. Die Erhebung der Ergebnisqualität stellt sich insgesamt schwieriger dar als eine Prüfung der Struktur- und Prozessqualität. Kriterium der Ergebnisqualität ist vor allem die Patientenzufriedenheit und seine Lebensqualität, die wiederum stark von der Intensität der Symptome, insbesondere der Schmerzen, abhängt“¹¹. Es ist evident, dass die *Ergebnis-*

gleitung. Wiesbaden 1996; Hospiz-Dialog NRW: Ehrenamt 1(1999); Hospiz-Dialog NRW: Koordination 2 (2000); I. JONEN-THIELEMANN, *Organisation der Palliativmedizin in Klinik und Ambulanz*. In: Zentralblatt Chirurgie 123 (1998) s. 640-648; M. KERN, *Qualitätskriterien in der Palliativpflege*. In: Die Hospiz-Zeitschrift 10 Jg. 3 (2001), s. 3-6; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), *Hilfe und Pflege im Alter. Informationen und Ratschläge für die Betreuung und Versorgung zu Hause*. München 1994; E. KLASCHIK/ S. HUSEBO, *Palliativmedizin*. In: *Anaesthesist* 46 (1997) s. 177-185; D. KOHAN, *Die praktische Umsetzung des Hospizkonzepts in stationären Einrichtungen*. In: *Pflege* 51 (1998), s. 330-334; A. LAUERS/ M. SCHNEGG/ M. SPOHR, *Befähigung Ehrenamtlicher zur Trauerbegleitung. Ein Modell des Hospiz in Frechen e.V.* Bonn 1998; *Leben bis zuletzt. Hospize wollen Menschen Nähe schenken. Brauchen wir eine neue Kultur des Sterbens?: Caritas in NRW. Zeitschrift der Diözesan-Caritasverbände Aachen, Essen, Köln, Münster, Paderborn, Juli 3/1993*; A. LUDEKE, *Die Wiederentdeckung eines vernachlässigten Arbeitsfeldes: Die palliative Pflege ist eine pflegerische Hauptaufgabe*. In: *Pflege* 49 (1996), s. 87-91; Malteser-Werke (Hrsg.). *Weil Sterben auch Leben ist. Grundlagen der Hospizarbeit bei den Maltesern*. Köln 1996; T. M. MENDLER, *Geborgen sterben dürfen*. In: *Ethik in der Medizin* 5 (1993), s. 136-146; R. SABATOWSKI/ L. RADBRUCH/ F. NAUCK/ G. LOICK/ E. STEDEN/ S. GROND/ K. A. LEHMANN, *Ambulante Hospizdienste – ihre Bedeutung im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland*. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 92 (1998) s. 377-383; J. SIPPREK, *Da sein – Lebensbegleitung bis zum Tode in Einrichtungen der Altenpflege. Erfahrungen aus einem Projekt des Instituts für Sozialarbeit e.V. und der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung*. Frankfurt a. M. 2000; M. SPOHR, *Psycho-soziale Aspekte bei Schwerstkranken und Sterbenden*. In: *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 94 (2000), s. 595-601; S. STEINBOCK/ B. DUWENDAG/ S. HERRGESELL, *Ermittlung der aktuellen Situation der Palliativstationen in NRW. Eine Befragung von 11 Palliativstationen in NRW*. Münster 1999; *Sterben – eine Zeit des Lebens. Ein Handbuch der Hospizbewegung*. Stuttgart 1993.

¹¹ F. NAUCK/ CHR. OSTGÄTHE/ S. LUND/ R. SABATOWSKI/ E. KLASCHIK, *Qualitätssicherung in der Palliativmedizin. Ermittlung der Struktur und Prozessqualität auf den Palliativstationen in NRW*. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 94 (2000), s. 587-594,

squalität sich weniger leicht durch herkömmliche Erfassungsmethoden ermitteln und überprüfen lässt, – obwohl ohne Zweifel „in Zukunft hier ein wesentlicher Schwerpunkt“¹² liegen muss –, denn bei dieser Art von Qualität handelt es um sog. „primäre“ Qualitäten. Geht es doch dabei um Anfragen und Ansprüche der Sterbenden selbst, wie etwa: „Habe ich das Recht, – als lebendiges menschliches Wesen behandelt zu werden, bis ich sterbe?, – meine Hoffnung aufrechtzuerhalten, worauf sie sich auch immer jeweils richtet?, – von Menschen umsorgt zu werden, die ihrerseits Hoffnung haben?, – meine Gefühle und Emotionen in Bezug auf meinen bevorstehenden Tod auf meine Weise zum Ausdruck zu bringen?, – an Entscheidungen über meine Pflege teilzuhaben?, – ständige medizinische und pflegerische Betreuung zu erwarten, auch wenn keine Heilung erreicht wird und die Pflege nur noch Leiden mildern kann?, – nicht allein sterben zu müssen?, – schmerzfrei zu sein?, – darauf, dass meine Fragen ehrlich beantwortet werden?, darauf, nicht enttäuscht zu werden?, von meiner und für meine Familie Hilfe zu empfangen, damit wir meinen Tod akzeptieren können?, – in Frieden und Würde zu sterben?, – meine Individualität zu behalten und nicht für meine Entscheidungen verurteilt zu werden, mögen diese auch den Überzeugungen anderer Menschen widersprechen?, zu erwarten, dass die Unversehrtheit meines Körpers auch nach meinem Tode respektiert wird?, – auf feinfühlig und kompetente Pflegepersonen, die meine Bedürfnisse verstehen und imstande sind, ihrerseits eine Erfüllung darin zu finden, mir zu helfen, meinem Tod in die Augen zu schauen?“¹³ Diese „Ergebnisqualitäten“, wenn man sie als solche bezeichnen möchte, sind deshalb primär, weil sie unmittelbar die „Ethik“ der Hospizidee in ihrem wesentlichen Gehalt betreffen. Bei den Struktur- und Prozessqualitäten handelt es sich überwiegend um sog. „sekundäre“ Qualitäten. Dies meint keine Abwertung, vielmehr entspricht es dem Gedanken der philosophischen Tradition, dass Qualitäten nur dann Wirksamkeit entfalten können, wenn sie auf bestimmten „Größen“ auch quantitativer Art basieren. Ohne die Entwicklung der sog. „sekundären“ Qualitäten lassen sich die sog. „primären“ Qualitäten nicht absichern.

Zur Kategorie der sog. „primären“ Qualitäten gehören dem traditionellen Schema gemäß insbes. die Haltung, die „Dynamis“, die Affektionen und das, was man als „Profil“ (Figur und äußere Form) bezeichnen

588; vgl. auch Definitionen und Qualitätskriterien ambulanter Hospizarbeit der BAG Hospiz und der Hospiz Landesarbeitsgemeinschaften. In: Die Hospiz-Zeitschrift. Fachforum für Hospizarbeit 3 (2001) Ausgabe 9.

¹² F. NAUCK/ CHR. OSTGATHE/ S. LUND/ R. SABATOWSKI/ E. KLASCHIK, *Qualitätssicherung in der Palliativmedizin. Ermittlung der Struktur und Prozessqualität auf den Palliativstationen in NRW*. A. a. O., s. 593.

¹³ M. HAURITZ, *Grußwort zu: Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e. V. (Hrsg.): hospiz bewegt nieder-sachsen*. Die Landesarbeitsgemeinschaft stellt sich vor. Hannover 2001, s. 9.

könnte.¹⁴ Dies macht zunächst deutlich, dass es „Qualitäten“ ohne die primäre Qualität der „*Haltung*“ nicht geben kann. Für die hospizliche und palliativmedizinische Arbeit bedeutet dies, dass ohne die *grundlegende Haltung der unbedingten Annahme des anderen*¹⁵ von „Qualitäten“ in einem gehaltvollen Sinne gar keine Rede sein kann. Der Qualitätssicherung in diesen Bereichen ist somit von vornherein und nicht erst nachträglich eine ethische Dimension zu eigen. Ohne diese gäbe es nicht einmal eine legitimierende Grundlage dafür, einen solchen Dienst zu leisten. Der Einsatz seiner selbst im Sinne der unbedingten Annahme des anderen ist das A und O aller menschenbegleitenden Praxis, die beansprucht, inhaltlich qualitativ zu sein; die Entwicklung der sog. „sekundären“ Qualitäten hingegen ist das solide Korpus, das diesem Einsatz die notwendige unterstützende Struktur und Richtung zu geben vermag.

Das traditionelle Schema der Qualitäten kann für sich genommen jedoch noch nicht recht vermitteln, wie denn nun die *innovative Dynamik* selbst zu bestimmen ist. Eine „Kraft“, die in der Lage ist, „qualitativ Neues“ hervorzubringen, kann keine endliche Größe sein, sondern muss etwas Uneingeschränktes, Unbedingtes, Unendliches sein. Die Art und Weise, wie ein solch Unbegrenztes im Endlichen Raum gewinnt, genau diese ist es, welche als etwas „qualitativ Neues“ seinen Ausdruck findet. Mit der geschichtlichen Entfaltung des Bewusstseins unserer genuinen menschlichen Freiheit ist zunehmend deutlich geworden, dass dieses Uneingeschränkte und Unbedingte dem Menschen nicht fremd entgegenstehen kann, sondern die als „*humanitas*“ zu qualifizierende „*Menschheit*“ in der Person eines jeden ausmacht. Aufgrund dessen ist er „Zweck an sich selbst“, d. h. nicht verrechenbar in anderen Zweckbestimmungen. Dieses Faktum begreifen wir als das, was wir „*Menschenwürde*“ nennen. Was sie beinhaltet, lässt sich zunächst nur in negativer Form ausdrücken, die zugleich eine Grenze formuliert, die man nicht überschreiten darf. Die Aussage „*Die Würde des Menschen ist unantastbar*“, wie sie den obersten Verfassungsgrundsatz darstellt, bringt diesen Sachverhalt in unmittelbar ethischem Sinne auf den Punkt. Spätestens mit dem Erwachen des neuzeitlichen Freiheitsbewusstseins ist klar, dass es ohne das „Prinzip Menschenwürde“¹⁶ keine Struktur, keinen Prozess und auch kein Ergebnis geben kann, das den Anspruch erheben dürfte, eine „Qualität“ zu haben.

¹⁴ Vgl. S. BLASCHE, Art.: *Qualität I. Antike*. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (hrsg. v. J. RITTER u. K. GRÜNDER) Bd. 7. Basel 1989, s. 1748-1752.

¹⁵ Vgl. G. GRAF/ M. MÜLLER/ J. ROß, *Visionen der Hospizidee – die Integration der Hospizarbeit*. In: *Die Hospizzeitschrift. Fachforum für Hospizarbeit* Ausgabe 1 (1999), s. 3 – 6, 4.

¹⁶ Vgl. dazu O. HÖFFE, *Rechtspflichten vor Tugendpflichten. Das Prinzip Menschenwürde im Zeitalter der Biomedizin*. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 53 (31. März 2001), s. 11.

Das „Prinzip Menschenwürde“ ist das entscheidende Moment steter Strukturerneuerung und -entwicklung. Denn „Würde haben“ ist unverdiente Mitgift, die jedem Menschen vorab aller Leistungsfähigkeit mit seiner Existenz verliehen ist, theologisch gesehen ist es das weder verdienbare noch weggebare Geschenk der Gottebenbildlichkeit. Ihr Gehalt ist mit der *Evidenz der sittlichen Grunderfahrung* gegeben, unvertretbar in einer *unabdingbaren Verantwortung* zu stehen. Für die „Würde“ kann es somit keinen äquivalenten Wert geben, gegen den sie aufgerechnet werden könnte. Der Philosoph Immanuel Kant spricht in seiner Tugendlehre daher auch von einem „absoluten innern Wert“¹⁷. Auch derjenige, der es gelernt hätte, diesen „absoluten innern Wert“ und damit sich selbst in seiner Würde zu schätzen, stünde nur je wieder an einem Neuanfang. Er wüsste lediglich in dankbarer Demut um diesen Neuanfang, hätte aber keinen „Mehrwert“ im Sinne eines Platzvorteils, der es ihm erlaubte, seine Ansprüche mit höherer Dignität aufzuladen und als größeren „Lebenswert“ gegenüber anderen durchzusetzen. Wer sich in seinem „absoluten innern Wert“ der Gottebenbildlichkeit wirklich zu schätzen gelernt hat, wird umgekehrt danach streben, sich selbst zurückzunehmen und dem anderen Raum zu geben, daß er sein Leben als „Dasein um seiner selbst willen“ führen und es praktizieren kann, sich selbst zu schätzen. In diesem Sinne kann das „Prinzip Menschenwürde“ zur *grundlegenden ethischen Haltung hospizlicher Begleitung und Pflege* verinnerlicht werden. Die *unbedingte Achtung des anderen* ist der dieser Haltung *gleichursprünglich korrespondierende moralische „Affekt“*.

Auch das *Profil* der hospizlichen und palliativmedizinischen Arbeit insgesamt kann nur in dem Maße entwickelt werden, als sie für dieses „Prinzip Menschenwürde“ sensibel wird. Die Rede von der „Unantastbarkeit“ bringt ja auch die spezifische Verletzbarkeit des Menschen im Gesamt seiner Lebensbezüge zum Ausdruck. Die Entdeckung des „Prinzips Menschenwürde“ gerade im Bereich der Lebensbegleitung bis zuletzt beinhaltet somit die Entwicklung eines wachen Bewusstseins für die besonderen Verletzbarkeiten, denen Menschen hierbei ausgesetzt sein können. Respekt und Toleranz sind ohne Zweifel die Basis verantwortungsvollen Handelns und Verhaltens im Hinblick auf die Würde des anderen. Sie sind jedoch in *der* Hinsicht eine zu „dünne“ Basis, dass sie die „Würde“ nur im Horizont der Rechtsethik zur Sprache bringen können. So unhintergebar und notwendig diese Basis ist, reicht sie dennoch nicht hin, um das „Prinzip Menschenwürde“ in den spezifischen Dimensionen einer neuen „Kultur des Sterbens“ mit solcher Sensibilität zur Geltung zu bringen, dass man auch der spezifischen Verletzlichkeiten in der

¹⁷ Vgl. I. KANT, *Metaphysik der Sitten*. Tugendlehre § 11. In: I. KANT, *Werke in zehn Bänden* (hrsg. v. W. Weischedel). Bd. 7 Darmstadt 1968, s. 569 (A 93).

Konkretisierung von „Nähe“ im vollen Sinne des Wortes gewahr werden kann. Nur dann, wenn man vom absoluten inneren Wert der Menschenwürde ausgeht, vermag man zu ermessen, was „Nähe“ bedeutet. Nur dann, wenn man der Menschenwürde als einer umfassenden Wirklichkeit von Bezügen gewahr wird, die unabhängig davon besteht, ob sich jemand dessen bewusst zu sein vermag,¹⁸ kann man auch die spezifischen Relationen der Würde angesichts von Leid und Tod erfassen. Will man sich ernsthaft dem Anspruch der Rede vom „menschenwürdigen Sterben“ stellen, so muss der theoretischen und praktischen Bestimmung dessen, was „Qualität“ hospizlicher Arbeit in ihren ethischen Dimensionen bedeutet, hohe Priorität zukommen.

„Jakość”. Rozważania nad znaczeniem i etycznym wymiarem podstawowej kategorii hospicyjnej działalności

STRESZCZENIE

Dzięki ruchowi hospicyjnemu oraz medycynie paliatywnej w ciągu ostatnich lat powstała w Niemczech wielka liczba ośrodków opieki o charakterze stacjonarnym lub ambulatoryjnym. Ich ideą przewodnią jest pragnienie tworzenia takich warunków dla umierających, które umożliwiłyby im życie w godności aż do ostatniej chwili. Równocześnie przez solidarne towarzyszenie umierającym oraz ich bliskim powinna powstawać baza dla nowej „kultury umierania” rozumianej jako ars moriendi, jak również wyraźna alternatywa w stosunku do propagowanej aktywnej eutanazji. Realizacja tego celu wymaga się szczególnego zabezpieczenia jakości, ponieważ chodzi tu o śmierć człowieka. Artykuł pokazuje, że w tym przypadku nie można ograniczać się do jakości struktur, procesów i wyników. Potrzeba jest także podstawowa refleksja etyczna, co znaczy „jakość” w najbardziej pierwotnym rozumieniu.

¹⁸ Vgl. dazu W. SCHWEIDLER, *Das Unantastbare. Beiträge zur Philosophie der Menschenrechte*. Münster 2001.