

FACHTAGUNG AM 25.11.2009

DOKUMENTATION

DEM LEBEN AM LEBENSENDE DIENEN



EINE HERAUSFORDERUNG FÜR
CARITAS UND SEELSORGE



Herausgegeben vom

Caritasverband für die Erzdiözese Bamberg e.V.

Obere Königstraße 4b, 96052 Bamberg

Tel. (0951) 86 04-0; Fax (0951) 86 04-199

E-Mail: info@caritas-bamberg.de

Internet: www.caritas-bamberg.de

Herausgeber: Diözesan-Caritasdirektor Gerhard Öhlein

Redaktion: Dr. Klaus-Stefan Krieger

Redaktionelle Mitarbeit: Friederike Müller, Josef Noppenberger

Zusammenfassung von Workshops: Irmgard Heckmann, Monika Huesmann, Eva Linke, Josef Noppenberger, Elisabeth Nüßlein

Fotos: Dr. Klaus-Stefan Krieger (soweit nicht anders angegeben),
privat (S. 17, 36 oben), Evang.-Luth. Pfarramt Langenzenn (S. 39 unten)

Gesamtherstellung: Druckerei Fruhauf, Bamberg

Erscheinungsdatum: März 2010



Inhaltsverzeichnis

- 4 Vorwort**
Diözesan-Caritasdirektor Gerhard Öhlein
- 5 Dem Leben am Lebensende dienen – eine Herausforderung für Caritas und Seelsorge**
Begrüßung und Einführung
Msgr. Edgar Hagel
- 6 Dem Leben am Lebensende dienen**
Statement
Erzbischof Dr. Ludwig Schick
- 8 Der Menschwerdung im Angesicht des Todes dienen**
Ethische Orientierungen für das Leben am Lebensende
Referat
Dr. Georg Beirer
- 12 Ethische Fallbesprechung – eine neue Vorgabe zum guten Entscheiden**
Workshop mit Dr. Bernhard Bleyer
- 13 Dem Leben am Lebensende dienen: Medizinische Aspekte und Erkenntnisse**
Referat
Dr. Peter Landendörfer
- 17 Dem Leben am Lebensende dienen – aus der Sicht von Ärzten**
Workshop mit Dr. Angela Jakob und Dr. Jörg Cuno
- 20 Dem Leben am Lebensende dienen**
Eine Perspektive professioneller Pflege zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender
Referat
Christian Rester
- 27 Dem Leben am Lebensende dienen: Juristische Aspekte**
Referat
Georg Kröppelt
- 30 Rechtliche Probleme bei Entscheidungen über Anordnung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen**
Workshop mit Philipp Meyer-Rutz
- 32 Die Kultur des Sterbens**
Grundsätze zur Gestaltung des Sterbeprozesses zur Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen
Workshop mit Elisabeth Nüßlein und Annemarie Stengel
- 36 „Wenn es soweit sein wird, brauch‘ ich den Engel in dir...“**
Lösendes und Erlösendes in der seelsorglichen Begleitung am Lebensende
Workshop mit Antonie Viehoff und Rosalie Scherlein
- 39 Ein Bild und ein Vorbild**
Meditation
Weihbischof Werner Radspieler
- 41 Referenten**
- 42 Leiter von Workshops**

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ambulanten und stationären Einrichtungen und Diensten der Altenpflege sind bei der Begleitung und Pflege von Schwerkranken und Sterbenden zunehmend mit grundsätzlichen Fragen konfrontiert. Sie müssen abwägen zwischen medizinischer Indikation, pflegerischen Maßnahmen sowie ethischen und kirchlichen Wertvorstellungen. Zugleich müssen sie die Wünsche und Bedürfnisse der Schwerkranken und Sterbenden respektieren, aber auch die Anliegen der Angehörigen beachten. Diese Situation zwingt zu Entscheidungen, die mit großen Gewissenskonflikten verbunden sein können. Denn jedes Handeln und Tun, aber auch jedes Unterlassen setzt die Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten voraus und zieht Konsequenzen nach sich. Daher muss jeder Einzelne seine Entscheidung vor seinem Gewissen verantworten. Dies führt zu Konflikten – sowohl beim Einzelnen selbst als auch zwischen den Beteiligten. Denn die Sicht- und Herangehensweisen und die Wertvorstellungen von Ärzten, Pflegenden, Angehörigen und Betreuern und auch der Schwerkranken selber sind durchaus unterschiedlich.

Daher hat der Caritasverband für die Erzdiözese Bamberg e.V. am 25. November 2009 im Bistumshaus St. Otto in Bamberg die Fachtagung „Dem Leben am Lebensende dienen – eine Herausforderung für Caritas und Seelsorge“ veranstaltet. Wir wollten aufzeigen, unter welchen Bedingungen am Ende des Lebens das Sterben verantwortlich begleitet werden kann. In den Referaten und Workshops wurden ethische, rechtliche, medizinische und seelsorgliche Fragen behandelt, damit verbundene Konflikte erörtert und Lösungen und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

In der vorliegenden Dokumentation machen wir Ihnen die Referate im Wortlaut sowie die Zusammenfassungen der Workshops zugänglich. Wir hoffen, Ihnen damit eine Hilfestellung für die alltägliche Praxis an die Hand zu geben, denn wir sind überzeugt, dass in den veröffentlichten Beiträgen Wege deutlich werden, wie Sie bei der Begleitung Schwerkranker und Sterbender den Menschen gerechte Entscheidungen treffen können.

Ihr



GERHARD ÖHLEIN
Diözesan-Caritasdirektor



MSGR. EDGAR HAGEL

Dem Leben am Lebensende dienen – eine Herausforderung für Caritas und Seelsorge

Begrüßung und Einführung

Liebe haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter der Caritas in den verschiedenen Einrichtungen auf Diözesan- und Kreisebene,

ich begrüße Sie sehr herzlich zu unserem heutigen Fachtag „Dem Leben am Lebensende dienen – eine Herausforderung für Caritas und Seelsorge“

Ebenso herzlich sage ich Grüß Gott und Willkommen allen interessierten Gästen.

Gestatten Sie mir heute, eine Person noch besonders zu begrüßen. Es ist Frau Hofmeister.

Liebe, sehr verehrte Frau Hofmeister, Sie sind heute hier als Vertreterin der Dr.-Hofmeister-Stiftung in Forchheim. Seit Jahren unterstützen Sie mit Ihrer Stiftung den Ausbau und die Förderung der christlichen Hospizarbeit und der palliativmedizinischen Versorgung in den ambulanten und stationären Einrichtungen unserer Diözese. Durch die gute und konstruktive Zusammenarbeit in diesem Netzwerk wird auch daran gearbeitet, unseren Caritas-Einrichtungen, die sich im Bereich Hospiz engagieren, ein unverwechselbares Profil zu geben. Insbesondere fördern Sie Palliativ-Care-Fortbildungen, Schulungen und Kapellen-Ausstattungen. Ich könnte noch vieles mehr nennen. Heute sage ich Ihnen einmal hier in diesem Kreis ganz herzlichen Dank für Ihre großzügige Unterstützung unserer Einrichtungen und unserer Dienste. Vergelt' es Ihnen Gott.

Ich erinnere mich noch gut – als Kind wurde mir beigebracht, für eine gute Sterbestunde zu beten. Das hatte damals durchaus einen Sinn. Etwa acht Tage vor seinem Tod legte sich mein Großvater, der sonst nie ernsthaft krank war, mit 83 Jahren ins Bett und er sagte – ich war dabei: „Das war es. Ich fühle meinen Tod, lasst mich sterben.“ Ihm schmeckte von diesem Tag an auch nicht mehr seine Pfeife, die er regelmäßig rauchte; er mochte kein Bier mehr, das sein tägliches Getränk war; und er wollte auch keine Tabletten mehr nehmen, die der Arzt ihm verordnet hatte. Und er verstarb wenige Tage später plötzlich und sehr friedlich.

Es hat auch heute noch einen Sinn, für eine gute Sterbestunde zu beten, nur unter anderen Voraussetzungen. Der medizinische Fortschritt ist soweit gediehen, dass er zumindest den Kreislauf eines Menschen künstlich aufrechterhalten kann. Aller medizinische Fortschritt hat eben auch seine Schattenseiten. Daher stellt sich heute für uns die Frage, wann und wie kann und darf ein Mensch menschlich sterben. Weil diese Frage nicht so einfach zu beantworten ist, hat der Caritasverband für die Erzdiözese Bamberg zu dieser Tagung eingeladen: „Dem Leben am Lebensende dienen – eine Herausforderung für Caritas und Seelsorge“. Wir freuen uns, dass Sie gekommen sind, um sich diesen neuen Herausforderungen, den neuen Einsichten der Medizin, der Pflege und



Monsignore Edgar Hagel eröffnete die Fachtagung.

nicht zuletzt auch der Rechtsprechung, aber auch – und das ist uns ganz wichtig – der christlichen Verantwortung, die sich aus dem biblischen Menschenbild ergibt, zu stellen.

Als großer kirchlicher Träger vieler Pflegeeinrichtungen brauchen wir für uns, aber auch nach außen transparente und verantwortbare Kriterien, wenn es um die Pflege und Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden geht. Immer häufiger geht es um die Abwägung zwischen medizinischer Indikation, pflegerischen Maßnahmen und theologisch-ethischen Wertvorstellungen einerseits und der Achtung und dem Respekt gegenüber der Selbstbestimmung und den Wünschen der Schwerkranken und Sterbenden andererseits. Auf den Punkt gebracht lautet die Frage: Unter welchen Voraussetzungen, wann und unter welchen Umständen sind verantwortbar lebensverlängernde Maßnahmen sinnvoll? Wann und unter welchen Umständen hat der Mensch das Recht auf ein würdevolles Sterben und einen menschlichen Tod?

Ich wünsche mir, dass diese Tagung die Vorstufe für eine Ethikkommission sein könnte, die in schwierigen Entscheidungsfällen zu einer beratenden Institution wird, so wie sie in anderen Diözesen, jedenfalls teilweise in Bayern, schon eingerichtet ist.

Schon jetzt danke ich allen Referenten für ihre Beiträge, besonders Ihnen, sehr geehrter Herr Erzbischof, für Ihre Anwesenheit und für Ihr Statement.

Ich wünsche uns heute einen erfolgreichen und guten Tag, damit wir heute, wenn wir weggehen, bereichert weggehen. Sicherlich, wir haben nicht immer **die** Lösung, aber ich hoffe auf eine Hilfestellung.

ERZBISCHOF DR. LUDWIG SCHICK

Dem Leben am Lebensende dienen

Statement

Lieber Weihbischof und Bischofsvikar für soziale Dienste und die Caritas, Werner Radspieler, sehr geehrter Msgr. Hagel,

1. Vorsitzender des Diözesan-Caritasverbandes Bamberg, Herr Öhlein, Diözesan-Caritasdirektor der Erzdiözese Bamberg, verehrte Referenten und Begleiter der Workshops, Schwestern und Pfleger in den Altenheimen, sehr verehrte Damen und Herren, liebe Mitchristen!

1. Gern halte ich ein Statement bei dieser Fachtagung „Dem Leben am Lebensende dienen – eine Herausforderung für Caritas und Seelsorge“. Es soll ein Gruß- und Dankeswort sowie ein Impuls für diese Tagung sein.

Zunächst grüße ich Sie alle hier in unserem Haus St. Otto und danke Ihnen, dass Sie an dieser Tagung teilnehmen. Sie bekunden damit Interesse und Bereitschaft zur Mitarbeit in einem pastoralen und sozialen Aufgabengebiet, das der Erzdiözese von Bamberg ein Herzensanliegen ist. Ich darf Sie an den Pastoralplan für das Erzbistum Bamberg „Den Aufbruch wagen – heute!“ vom Jahr 1995 erinnern, in dem es unter der Überschrift „Altenpastoral“ heißt:

„Die Kirche versteht sich als Begleiter der älter werdenden und alten Menschen und setzt sich für ein Altern in Würde bis zuletzt ein. Die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender ist ein christlicher Liebesdienst am Nächsten, dem sich vor allem die Hospizarbeit verpflichtet fühlt.“

Die Caritas in all ihren Institutionen ist Kirche. Sie übernimmt von den drei Aufgaben der Kirche *Verkündigung, Liturgie und Dienst am Menschen* die dritte. Ich danke dem Caritasverband und allen, die im Dienst an Kranken und alten Menschen tätig sind. Ich bitte Sie auch, den Abschnitt „Altenpastoral“ aus dem Pastoralplan wieder einmal zu lesen und umzusetzen. Er kann helfen, eine umfassende Pflege und Hilfe für unsere älteren Mitmenschen, denen wir – um Gottes willen – alle Liebe und Fürsorge schuldig sind, zu fördern und zu garantieren. Soweit mein Gruß und mein Dank.

2. Nun mein Impuls:

Ich möchte schlaglichtartig ein paar Thesen aufstellen, die ich für diese Tagung für wichtig erachte. Ich bitte Sie, diese in Ihre Überlegungen heute und immer mit einzubeziehen.

2.1 Der Titel der Fachtagung muss lauten: Dem Menschen an seinem Lebensende dienen

Als Christen haben wir hinsichtlich der Menschen nie ein Abstraktum vor uns wie „das Leben“, sondern immer ganz konkrete Menschen. Wir glauben daran, dass Gott jeden Ein-

zelnen bei seinem Namen ins Leben gerufen hat. Jeder ist ein Individuum, jeder lebt sein Leben und stirbt seinen Tod.

Wenn wir dem Leben dienen wollen, dann muss das immer heißen, dem Leben des jeweiligen ganz konkreten Menschen zu dienen. Caritas und Seelsorge haben Einzelne vor sich. Diese Menschen haben ihren ganz persönlichen Leib, ihre ganz individuelle Seele, ihre einzigartige Biografie, ihre Leiden und Schwächen, Stärken und Freuden. Auf den Einzelnen zugehen, mit dem Einzelnen umgehen, den Einzelnen ganz ernst nehmen, so dienen wir als Kirche dem Leben in Caritas und Seelsorge.

2.2 Wir wissen uns dem einzelnen Menschen und zugleich Gott verpflichtet

Gott ist der Herr des Lebens. Im Einladungsflyer zur heutigen Fachtagung wird ganz richtig darauf hingewiesen, dass in Medizin und Pflege, vor allem bei Schwerstkranken und Sterbenden, konkrete Entscheidungen zu fällen sind. Dann heißt es wörtlich: „Jeder Einzelne muss eine solche Entscheidung vor seinem eigenen Gewissen verantworten und dies kann Konflikte auslösen.“ Christen müssen dieser richtigen Feststellung hinzufügen, dass der Einzelne bei seinen Entscheidungen von seinem eigenen Gewissen auf den Gott und Vater Jesu Christi hingelenkt wird. Das Gewissen ist nach kirchlicher Vorstellung und Definition das Organ im Menschen, mit dem er Gott, Gottes Liebe und Gottes Gesetz erkennt und erspürt. Das Gewissen ist nicht autonom. Mit ihm erkennt und erspürt man die Liebe, die Gott zu jedem Menschen hat. Mit dem Gewissen erkennt und erspürt man, was Gott diesem konkreten Menschen in seiner Liebe zugedacht hat. Was ihm Gott zukommen lassen will, das dürfen und müssen wir an ihm tun. Das ist nicht einfach, da gibt es keine schnellen Entscheidungen, keine „08/15“-Ratschläge oder Antworten vom Fließband. Den Willen Gottes zu erspüren, das erfordert Gebet, Nachdenken und Besprechen. Alle Entscheidungen, die hinsichtlich eines Kranken und Sterbenden zu fällen sind, müssen in kirchlichen Einrichtungen mit dem Gebet um den Heiligen Geist beginnen, „damit alles, was wir tun, bei Gott seinen Anfang nehme und durch ihn zur Vollendung gelange“, wie es in einem Gebet heißt.

2.3 Tod und Sterben nicht verdrängen

Wir tun uns in unserer Gesellschaft mit dem Sterben und Tod, z. B. bei der Patientenverfügung oder in der Intensiv- und Palliativmedizin und -pflege, auch deshalb so schwer, weil wir



Erzbischof Dr. Ludwig Schick



den Tod verdrängen, solange es geht. Die christliche Tradition hat immer das Gebet um einen guten Tod gekannt und die Gläubigen gelehrt, es von frühester Jugend oder dem Erwachsenenalter an zu beten. Diese Übung hat unseren Vorfahren die Angst vor dem Tod genommen.

Das ist heute anders. Untersuchungen haben ergeben, dass Menschen, die auf den Tod zugehen, immer weniger besucht werden, weil ihre Angehörigen, aber auch Ärzte und Pflegepersonal nicht mit dem Sterben umgehen können. Tote, die früher drei Tage im Haus blieben, werden jetzt schnell in Leichenhallen gebracht. Die meisten Menschen sterben sowieso in Altenheimen und Kliniken. Der Tod wird verdrängt.

Lieder wie „Mitten im Leben sind wir vom Tod umfungen“ werden nicht sehr gern und selten gesungen. Der Tod und das Sterben müssen in unsere Gesellschaft zurückgeholt werden. Wir müssen uns mit dem Tod und Sterben befassen, damit wir sie bejahen und nicht verdrängen. Dann wird das Sterben und der Tod zu einem Bestandteil des Lebens. So kann der Tod vom Sterbenden selbst, von den Angehörigen und auch von den Medizinern und Pflegekräften angenommen werden.

2.4 Medizin, Pflege und Hospizien müssen in das Leben eingebettet sein

Diese These ist vor allen Dingen ein Auftrag an die christlichen Familien, Nachbarschaften, Gemeinden und Gemeinschaften. Aktive Sterbehilfe wird von manchen älteren Menschen gewünscht und von jüngeren bejaht, weil Krankheit, das Eingeliefertwerden in ein Altenheim oder auch in ein Hospiz bereits den sozialen Tod bedeuten. Der soziale Tod zieht den physischen herbei. Die Begleitung, das Dabeisein, die Besuche der Menschen in Altenheimen und Hospizen müssen verstärkt werden, und zwar nicht nur zur Weihnachtszeit. Soziale Kontakte müssen mit den älteren und sterbenden Menschen gepflegt werden.

Wir benutzen heute manchmal das Wort Sterbeverlängerung anstatt Lebensverlängerung. Weder Medizin noch Pflege sind verpflichtet, das Leben über das Maß hinaus zu verlängern, das Gott jedem Menschen geschenkt hat. Deshalb ist es für Medizin und Pflege sehr wichtig, genau nachzudenken, bevor sie z. B. eine Magensonde setzen, einen Herzschrittmacher legen und die Herz-Lungen-Maschine in der Intensivmedizin anschließen. Weil man das Leben unbedacht verlängert, kommt man in den Konflikt der Sterbeverlängerung.

2.5 Entscheiden mit Glaube und Vernunft

Als fünfte These folgt daraus, dass unser Umgang mit den alten, pflegebedürftigen, kranken und sterbenden Menschen und alle diesbezüglichen Entscheidungen von Glaube und Vernunft geprägt sein müssen. Der Glaube, der im Gewissen die Entscheidung Gottes für diesen konkreten Menschen zu erkennen trachtet, und die Ratio, die mit den Mitteln der Anamnese, der Fachkenntnis und Analyse das Richtige für diesen Menschen erkennt, müssen zusammen entscheiden.

2.6 Am Lebensende dem Lebensanfang dienen

In unserem gesamten Denken muss wieder deutlich werden, dass das Lebensende der Anfang für das neue Leben ist, die Geburt für den Himmel. Der Tod ist Durchgang zur Ewigkeit. Diese Haltung würde den Pflegenden mehr Berufszufriedenheit und Freude vermitteln. Sie wird den Medizinern auch manche Ängste nehmen. Sie wird die Verwandten nicht abschrecken, sondern einladen, den Sterbenden bis zum Eingang ins neue Leben zu begleiten.

3. Sehr verehrte Damen und Herren! Ich bitte Sie, diese sechs Thesen zu bedenken und in Ihre Überlegungen einzubeziehen. Dem heutigen Tag wünsche ich ein gutes Gelingen. Ich möchte mein Statement abschließen, mit einem Gebet und dem Segen für Sie.



Rechts im Hintergrund sieht man den für das Bistumsjubiläum geschaffenen Sternenmantel.

DR. GEORG BEIRER

Der Menschwerdung im Angesicht des Todes dienen

Ethische Orientierungen für das Leben am Lebensende

1. Wesensstrukturen menschlichen Lebens aus christlicher Sicht

Für die ethischen Entscheidungen zur Gestaltung des Lebens am Lebensende ist grundlegend, nach den fundamentalen Wesensstrukturen des Lebens aus christlicher Sicht zu fragen.

Menschliches Leben ist Geschenk

Der Mensch empfängt sein Leben (nicht nur biologisch) von seinen Eltern (individueller Mikrobereich), je neu aber auch von seinen Mitmenschen (sozialer Makrobereich). Sein Leben bekommt er somit wesentlich von derjenigen Wirklichkeit geschenkt, von der er sich getragen und in der er sich geborgen weiß. So ist sein Leben entscheidend verdanktes Leben. Darin gründet zum einen die Würde des Menschen und zum anderen der Vorbehalt eines absoluten Verfügungsrechtes über sein eigenes und erst recht über das Leben eines anderen Menschen.

Der christliche Glaube vertieft und integriert diese fundamentale Einsicht: Im letzten empfängt der Mensch sein Leben von Gott als dem Grund und Ziel menschlichen Lebens. Der Mensch ist dadurch dem willkürlichen Zugriff auf sein Leben durch sich selbst oder durch andere Menschen entzogen.

Menschliches Leben ist aufgegeben

Die Geschenktheit menschlichen Lebens impliziert die Aufgegebenheit dieses einmaligen Lebens. In seiner Zeit, an seinem Ort ist der Mensch zur Verantwortung gerufen, herausgefordert zur Verwirklichung und aufgerufen zur Gestaltung seiner selbst vor diesem Gott, der ihn gewollt hat und liebt. Dem Menschen kommt so durchaus ein Verfügungsrecht über sein Leben zu, wenn auch ein begrenztes. Gott hat den Menschen als Geschöpf angesprochen und ihm einen Schöpfungsauftrag, sein Menschwerden, zugesprochen.

Menschliches Leben ist kein absoluter Wert

Menschliches Leben ist vor allem in seiner biologischen Grundlage die Basis aller menschlichen Lebensvollzüge. Weil der Mensch in dieser Welt nur Werte verwirklichen kann, solange er lebt, ist sein Leben ein sehr hoher Wert, ja ein grundlegendes Gut, das es anzuerkennen und zu schützen gilt. Doch darf das biologische Leben nicht auf Kosten der Freiheit und der Würde der menschlichen Person unter allen Umständen und mit allen Mitteln durchgesetzt werden. Es steht im Dienst eines personal und sozial ganzheitlichen Lebens, also der religiös sittlichen Entfaltung der Person und ist so „Dienstwert“ und nicht „Letztwert“.

Durch den christlichen Glauben erfährt diese Erkenntnis eine Vertiefung und Radikalisierung: Die Berufung des Menschen zu seinem endgültigen Heil und die in ihr implizierte sitt-

liche Verantwortung mutet dem Menschen zu, gegebenenfalls sein irdisches Leben um noch höherer Werte willen hintanzustellen und in freier Entscheidung sein Leben für andere zu wagen und einzusetzen.

Menschliches Leben ist sterbliches Leben

Weil menschliches Leben als endliches, begrenztes und damit sterbliches Leben existiert, kann es schon deshalb kein absoluter Höchstwert sein. Weil Sterben wesentlich zum menschlichen Leben gehört, gleichsam als sein letzter Vollzug, kann es, ebenso wie es keine absolute Verfügung über menschliches Leben geben kann, auch keine absolute Verfügbarkeit über menschliches Sterben geben. Wohl aber hat der Mensch, ebenso wie er ein Recht auf menschenwürdiges Leben hat, auch ein Recht auf menschenwürdiges Sterben.

Vom christlichen Glauben her wissen wir, dass sich menschliches Leben nicht in seinem irdischen Dasein erschöpft. Dem Gläubigen wird daher ein freies und gelassenes Ja zur Endlichkeit seines Lebens zugemutet, da menschliches Leben von Gott angenommenes und aufgehobenes Leben ist.

Menschliches Leben besitzt Würde

Menschenwürde ist mit dem Menschsein als solchem gegeben. Darum ist auch die Würde der menschlichen Person der Normierungsmaßstab schlechthin. Von dieser Sicht her kann es zwar beschädigtes, entfremdetes oder behindertes menschliches Leben, aber nie lebensunwertes Leben geben.

Aus christlicher Sicht stellt der Glaube an die Menschwerdung Gottes in Jesus von Nazareth letztlich die Garantie für die Würde der menschlichen Person dar. Und der Glaube an die Erlösung mutet dem Menschen zu, sich als Person von seiner eigenen Leistung zu unterscheiden. Dem noch nicht und dem nicht mehr leistungsfähigen Menschen kommen somit Würde und Sinn in sich selber zu, weil von Gott für jedes menschliche Leben die je eigene Fülle des Menschseins möglich und garantiert ist.

Menschliches Leben ist leidensfähig

Grundlegend ist hierbei, so schwierig es auch oft ist, zwischen sinnvollem/unabänderlichem und sinnlosem Leid zu unterscheiden. Sinnvolles Leid gehört zum Wesen des endlichen Menschen und enthält ein hohes Potential an Reifung, während sinnloses Leid die menschliche Selbstentfaltung (Menschwerdung) behindert und deshalb zu bekämpfen ist.



Dr. Georg Beirer



Durch die Lebens- und Leidensgeschichte des Jesus von Nazareth mutet der christliche Glaube dem Menschen zu, Leid dort zu bekämpfen, wo es sinnlos und veränderbar ist, und Leid dort, wo es nicht verändert werden kann, mit Gelassenheit zu ertragen und zu integrieren oder durch die frei gewählte Liebe - schenkend und empfangend - dem Leid einen tieferen Sinn zu geben.

2. Grundlagen ethischen Argumentierens

Diese anthropologischen Grunderfahrungen bilden die Grundlage ethischen Argumentierens und Handelns in der letzten Phase des menschlichen Lebens und geben Orientierung zu einem menschwürdigen Leben gerade im Sterben und angesichts des Todes.

Die Komplexität des heutigen Lebens stellt den Menschen permanent in Situationen, in denen mehrere hohe Werte miteinander konkurrieren, aber nicht zugleich verwirklicht werden können. Eine solche Konkurrenz- und Konfliktsituation stellt in der Intensivmedizin das Problem des Behandlungsabbruchs dar. Der Wertkonflikt und die sich daraus ergebende Pflichtkollision legen den Weg der Güterabwägung nahe.

Ausgangspunkt der ethischen Argumentation ist eine Konfliktsituation, in der zwei Werte miteinander konkurrieren:

- die fundamentale Geschenktheit und der hohe Wert des menschlichen Lebens und
- die fundamentale Sterblichkeit des Menschen.

Zwei Handlungsregeln drängen je entsprechend auf Verwirklichung:

- Menschliches Leben soll erhalten, gefördert und geschützt werden und
- über menschliches Sterben darf nicht absolut verfügt werden (Recht auf ein menschenwürdiges Sterben, Linderung von menschlichem Leid).

Da eine Realisierung beider Werte gleichzeitig nicht möglich ist, muss man sich um das in dieser Situation überhaupt mögliche Optimum an Wertverwirklichung bemühen, um dann zu einem ethisch verantwortbaren Kompromiss zu gelangen. Dabei ist zu klären, welche Güter hinter der Lebenserhaltungspflicht und der Leidenshinderungspflicht stehen, und die Rangordnung der Güter zu eruieren und ihre Hierarchie festzustellen.

Es zeigt sich, dass der Mensch der personalen Dimension seines Lebens bzw. der personal-sozialen Lebensqualität (Leben als selbstbewusste Person und Leben in der Fähigkeit zur Mitmenschlichkeit und sozialer Interaktion) den Vorzug gegenüber dem biologischen Leben geben darf. Um eines menschenwürdigen Sterbens willen ist das biologische Leben von der personal-sozialen Lebensqualität her zu relativieren und u. U. zu dem ethisch verantworteten Schluss zu kommen, keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr zu unternehmen. Dies kann auch dadurch geschehen, dass der Arzt die Leiden des Patienten lindert, selbst dann, wenn dadurch im Nebeneffekt dessen Leben verkürzt würde. Denn menschliches Leid ist eben kein Selbstzweck und dort, wo es sein Ziel nicht mehr erreicht, die personale Reifung des Menschen, wird es sinnlos.

Damit ist eine grundsätzliche Stellungnahme zu der Frage gegeben, ob Leben um jeden Preis mit immer komplizierteren Mitteln erhalten werden müsse, auch in geradezu unvernünftiger Weise über seine natürliche Grenze hinaus. Die Antwort lautet: Nein, mit der selbstverständlichen Bedingung, dass Klarheit besteht über die Unumkehrbarkeit und letztendliche Unaufhaltsamkeit des Sterbegeschehens. Unter diesen Bedingungen ist nach allgemeiner Ansicht auch der Verzicht auf aufwendige lebensverlängernde Behandlung gerechtfertigt; denn menschliches Leben geht nun einmal auf seinen Tod zu, und es ist kein sittliches Unrecht, Sterben und Tod dann bewusst zuzulassen und nicht mehr aufzuhalten, wenn das Lebensende deutlich herankommt. Es gibt in diesem Sinne ein Recht auf den Tod und eine Pflicht des Arztes, dem Willen eines entscheidungsfähigen Patienten zu folgen, der ausdrücklich auf eine lebensverlängernde Maßnahme verzichtet oder eine entsprechende therapeutische Intervention zurückweist. So gibt es über die juristische, aber auch sittliche Erlaubtheit passiver und indirekter Euthanasie keinen Streit.

Auch vom christlich-kirchlichen Standpunkt her hat Papst Pius XII. in vielen Äußerungen diese Erlaubtheit bestätigt (vgl. Utz, A.-F./Groner, J.-F., Hg., Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius XII., Freiburg/Schweiz 1961, Bd. 3, 5506-5554). Doch wäre noch deutlicher herauszuarbeiten und konkreter zu differenzieren, dass das Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen im Sterben auch ein Handeln ist und es einer ethisch verantworteten Entscheidung – mit entsprechenden überprüfbaren und kommunizierbaren Kriterien – bedarf.

3. Lebenshilfe am Lebensende als Solidarität und Wahrung der Menschenwürde

Das Sterben ist kein bloß chaotisches Ereignis des heillosen Zusammenbruchs. Auch das äußerst belastete Leben stellt ein Gut dar, das der Verwirklichung des Menschen dienen kann und das gewahrt werden muss. Menschenwürde ist dabei keine Frage der Hinfälligkeit und der Schmerzen, sondern eine Frage und Aufgabe der selbstverständlichen solidarischen Begleitung. Mitmenschliche Hilfe ist gefordert, die Aufgabe der Lebensgestaltung bis zum Ende durchzutragen.

Grundlegend bleibt zu bedenken:

- Menschliches Leben ist die Basis personaler Existenz und sich selbst gestaltender Freiheit. Darin ist sein fundamentaler Wert begründet, der Gesellschaft und dem einzelnen vorgegeben, unverfügbar. Leben darf nicht verwertbar sein, es ist nur gestaltbar in allen Dimensionen einer menschlichen Gesamtgeschichte. Es umfasst Phasen der Stärke und der Schwäche. Sie alle gehören zur unverwechselbaren Gesamtgestalt eines Menschen. Würde schwach gewordenes Leben zur Disposition gestellt, würde die ganze Person zur Disposition gestellt.
- Die Würde des Menschen ist mit seiner Personalität gegeben. In Freiheit kann er sein Leben gestalten und Beziehungen pflegen. Da er für sich selbst verantwortlich ist, ist er unverfügbar und als ganzer zu respektieren. Im Interesse aller ist seine Würde zu garantieren. Es ist nicht



Die Referenten der Tagung (von links): Dr. Peter Landendörfer, Dr. Georg Beirer, Georg Kröppelt, Christian Rester

möglich, jene auch zum Leben gehörenden Phasen erbärmlicher Hilflosigkeit in Altersschwäche und Sterben für möglicherweise unwürdig zu erklären, nur weil sie zum Bild des starken, der Hilfe nicht bedürftigen Menschen nicht passen wollen.

- Der Mensch ist nun einmal in gewissen Phasen seines Lebens der Hilfe bedürftig. Und wir alle stehen gemeinsam vor der rätselhaften, bedrängenden Grenze des Todes. So ist Solidarität das Engagement füreinander angesichts dieser Grenze, ist solidarischer Beistand die wechselseitige Antwort auf den Anspruch der menschlichen Würde. Wir wahren nicht dadurch Würde, dass wir angeblich würdelose Phasen verdrängen und abschaffen, sondern dadurch, dass wir den Wert des ganzen Lebens uneingeschränkt bejahen und einander dann helfen, wenn einer allein sich in seiner erbärmlichen Hilflosigkeit zu helfen nicht mehr imstande ist. Gesten des Ernstnehmens, der uneingeschränkten Achtung sind dann vonnöten. Dies wird erfahrbar durch die konkrete Solidarität in der Pflege und in der offenen annehmenden Begegnung.

Ethisch verantwortete und solidarische Begleitung im Sterbeprozess heißt unter der Orientierung der Menschenwürde:

- die Leiden des Kranken so zu lindern, dass er seine letzte Lebensphase menschlich und würdig bewältigen kann;
- nicht alle medizinischen Mittel und Wege auszuschöpfen, wenn dadurch der Tod nur künstlich hinausgezögert würde;
- den leidenden und sterbenden Menschen die volle, nicht von zwiespältigem Mitleid verzerrte Zuwendung erfahren zu lassen, so dass er sich in den Phasen der Schwäche und des Sterbens seines eigenen Wertes bewusst sein kann;
- dem Sterbenden Solidarität in der selbstverständlichen Gewährung bestmöglicher Pflege in einer vertrauensvollen Atmosphäre zu zeigen, in der der Sterbende die Anerkennung und Hochschätzung seines Menschseins erfährt. Letztlich zeigt sich diese Solidarität in einer menschlichen Nähe, die unverkrampft mit der Beantwortung der Frage nach der Wahrheit umgehen kann und die gemeinsame Angst vor dem allen gleich rätselhaften Tod aushält.

Wahrung der Menschenwürde ist nicht zuletzt, sondern zu allermeist eine Frage solidarischer Hilfe und praktizierter Nächstenliebe. Mitleid, das nur Bedauern ausdrückt, wirkt trostlos und vereinsamend, auch wenn es noch so gut gemeint ist. Solidarität aber, die im christlichen Glauben gründet, wird zutiefst von der Liebe bewegt, die gerade auch das Leid, also auch den körperlichen und seelischen Schmerz im Sterben so mit einschließt, dass der Mensch sich nirgendwo anders hinein verlieren kann als in die Liebe Gottes. Diese Liebe Gottes verlangt aber danach, durch uns im Vorgriff schon solidarisch praktiziert zu werden. Nur wenn wir sie in unmittelbarer Zuwendung zueinander verwirklichen, kann es gelingen, einen sterbenden Menschen vor der Verzweiflung, der Selbstaufgabe und damit vor der Hoffnungslosigkeit zu bewahren und ihm die Kraft zum standhaften Durchhalten so zu geben, wie er sie gerade braucht.

Es bleibt am Ende immer ein Rest an Urteilsunsicherheit, in der die je Betroffenen in ihrem Gewissen, ihrer sittlichen Kompetenz gefordert sind und zu einer ethisch verantwortlichen Entscheidung kommen (müssen).



4. Ethische Kompetenz braucht Selbstklärung und Mut zum Leben angesichts des Todes

Eine Zeit, in der der Tod weggestellt ist und keineswegs als zum Leben dazugehörig betrachtet wird – mit der Konsequenz, dass der Tod „gemacht“ wird –, braucht für ethisch kompetentes Entscheiden die Selbstklärung aller Beteiligten.

- Selbstbestimmtes Sterben ist nicht (nur) eine Frage der Patientenverfügung. Es beginnt mitten im Leben und hat seinen Grund in der Annahme des einmaligen ganzen Lebens mit seinem Gelingen und den Gebrochenheiten, der Freude und den abgründigen Ängsten. Es ereignet sich im alltäglichen Gestalten des Lebens mit seinen Herausforderungen und Auseinandersetzungen.
- „Todesvergessenheit gebiert Daseinsvergessenheit.“ Die Frage nach dem Tod aber kann man nur mit der Frage nach dem Leben beantworten. Sinnleere im Leben lässt auch den Tod ohne Sinn erscheinen. Stellt der Mensch sich dem Tod, wird es sein eigener Tod, den er stirbt, nicht ein ihm fremder Tod, der ihn überfällt. (Hier wird die Parallele zum Leben deutlich: Das eigene Leben ist das mutig ergriffene und frei gestaltete Leben.) Den Tod kann man im und durch das Leben sinnvoll vorbereiten. Er wird überwunden, indem der Mensch schon in diesem Leben vom Tod zum Leben übergeht, wenn er versucht, auf die Seite des Sinns und der Hoffnung und in seinem Menschwerden auf die Seite Gottes zu kommen.
- Wer Menschen am Lebensende begleitet, stellt sich dem eigenen Sterben, seiner eigenen Sterblichkeit und der hier und jetzt möglichen Todesbewältigung. Er versucht zu lernen, was es für das eigene Leben bedeutet, dass er sterben muss. Das Bedenken des Sterbens vermittelt Anstöße zur bewussten Lebensgestaltung.
- Für eine ethische Entscheidung angesichts des Todes sind möglichst alle situativen Kontexte mit zu bedenken, gerade auch die Erfahrungen und Deutungen von Leben und Tod und die tragenden Werte von Glauben und Gesellschaft. Die eigene existentielle Betroffenheit ist reflexiv einzuholen, um nicht projektiv eigenen Ängsten und Schwachseiten des Lebens auszuweichen.
- Dem Menschen in der letzten Phase seines Lebens seiner Menschwerdung zu dienen, bedeutet, ihn nicht der schleichenden Beziehungslosigkeit, dem sozialen Tod, zu überlassen. Ein verlässliches Stehen zum Menschen meint besonders den schwachen, hilfsbedürftigen und sterbenden Menschen. Dazu braucht es empathische Kompetenz, solidarische Verbundenheit und ein Verstehen-Lernen des Menschen am Lebensende, in seinem Sterben.
- Für die konkret gesellschaftliche wie persönliche Auseinandersetzung ist entscheidend, nicht nur das „Sollen“ der solidarischen Zuwendung anzunehmen und einzufordern, sondern das „Können“ des Lebens und des Daseins für die anderen in ihren Schwächen zu fördern und einzuüben. Das „Sollte“ muss zu einem konkreten „Wollen“ werden, das „Können“ provoziert und individuell entfaltet. Nur das konkrete liebende Tun – auch dass es allen wert ist, Zeit und Mittel bereitzustellen und sich am jeweiligen Ort in der

Gesellschaft für den Menschen einzusetzen – garantiert die Würde des Menschen bis zuletzt und ein ethisches Entscheiden, das jedem Menschen gerade in der letzten Phase seines Lebens gerecht wird.

Wer menschlich lebt – in der Annahme seiner Gebrochenheit und Begrenztheit, im immer wieder Loslassen seines Lebens (die vielen Tode im Leben) –, wird menschlich sterben, wird menschlich begleiten im Sterben und sensibel, empathisch beim anderen seinen können. Er muss dann nicht im Sterben des anderen seinen Tod, sein Sterben bewältigen, sondern kann ganz beim anderen sein.

Wer zu seinem „eigenen Leben“ findet, darin Gott begegnet, hat den Horizont des Todes hinter sich gelassen, weil er sich geborgen weiß in dem größeren Horizont eines „Lebens“, das auch durch den sicher bevorstehenden physischen Tod nichts von seiner bergenden Kraft verliert. Denn wenn der Mensch wirklich er selbst ist, d.h. in seinen Tiefen in Gott verankert ist, braucht er keine Angst vor dem Tod zu haben und dem, was im Tod geschieht, weil er bereits bei Gott ist.

So ist dem Tod ist nicht allein die Schärfe des Verstandes gewachsen, sondern erst die Weisheit des Herzens, der innersten Tiefen des Menschen, die einzig im getreuen Auswerten und dankbaren Auskosten all unserer Tage reift. Denn wenn man weiß, vielleicht auch nur erahnt, warum man gelebt hat, worauf es ankommt und wohin es mit uns hinaus will, dann kann man ebensowohl weiterleben wie abgerufen werden. Man ist einverstanden mit dem einen wie mit dem anderen.



Am Nachmittag vertieften die Tagungsteilnehmer die Erkenntnisse aus den Referaten in Workshops – hier mit Dr. Bernhard Bleyer (stehend).

Ethische Fallbesprechung – eine neue Vorgabe zum guten Entscheiden

Workshop mit Dr. Bernhard Bleyer

1. Wozu ethische Fallbesprechungen?

An einem Fallbeispiel „Sondenernährung und Patientenwille“ (veröffentlicht in: Ethik in der Medizin 3/2004, S. 288) werden die Probleme eines konkreten Einzelfalls herausgearbeitet:

- Uneinigkeit der Angehörigen
- Was ist der aktuelle Wille des Patienten?
- Handelt es sich wirklich um eine tödliche Krankheit?
- Der Arzt steht unter Druck.
- Der Arzt handelt gegen den Willen des Patienten.
- Die Patientenverfügung ist ein Jahr alt. Stimmt die Patientenverfügung mit dem jetzigen Zustand überein?
- In der Patientenverfügung ist von Sondenernährung nicht die Rede.
- Es ist kein gesetzlicher Betreuer bestellt.
- Wer stellt den Willen des Patienten fest?
- Warum wollen Angehörige die Beendigung der Sondenernährung?
- Konflikt zwischen Angehörigen und Ärzten
- Warum wurde die Sonde gelegt?
- Wäre die Entfernung eine Lebens- oder eine Sterbensverlängerung?
- Ist die Entfernung mit Leid verbunden?
- Leid ist eine subjektive Erfahrung. Was bedeutet „Leiden“ objektiv?

Die Vielfalt der Probleme macht die Notwendigkeit ethischer Fallbesprechungen deutlich.

Ethische Fallbesprechungen wollen

- gegen die Überforderung Einzelner wirken,
- die Vielzahl der Aspekte sammeln,
- Hilfestellung zur Entscheidungsfindung geben,
- eine „Absicherung“ der Entscheidung ermöglichen.

Warum kommt die Diskussion über Ethik plötzlich so stark ins Gesundheitswesen/die Altenhilfe?

- Ethik kommt immer dann zur Sprache, wenn Handlungsüberzeugungen sich als nicht mehr tragfähig erweisen, wenn also Handeln begründet werden muss. Dies ist der Fall
 - aufgrund der Wertepluralität in der heutigen pluralen Gesellschaft, in der die Menschen ganz verschiedene Weltanschauungen haben,
 - aufgrund des medizinischen Fortschritts, der vor ganz neue Entscheidungen stellt – gerade auch wegen der Möglichkeiten der Lebensverlängerung.
- Ethik wird zum Prüf- und Qualitätskriterium, z.B. im
 - Prüflaufplan für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern (Version 5.1, 01/2009, B11)
 - QKA 2.0/pro CumCert: „Ethische Sensibilität in der Personalführung 5.A.3“, „Förderung der spirituellen und christlichethischen Kompetenz der Mitarbeiter 2.A.4“



Mitorganisator Josef Noppenberger (li.) dankt Dr. Bernhard Bleyer für seine Mitwirkung.

2. Warum Ethikkomitees?

Modell „Ascension Health“, St. Louis, Zusammenschluss der Einrichtungen von vier Orden mit zusammen 107.000 Mitgliedern in den USA

Ziel: Klärung der ethischen Grundsatzfragen/der Wertebasis zum Verständnis besserer Praxis

Die Komitees sind Berater, keine Entscheider.

Die Frage nach der Ethik ist zuerst eine Anfrage an die Leitungen.

Ein Ethikkomitee ist ein Dachgremium. Eines für die Einrichtungen in der Diözese ist ausreichend. Man kann Zwischenebenen einziehen, z.B. Nord oder Süd. Dann erst kommen die kleinen Kreise in den Einrichtungen.

Ein Ethikkomitee umfasst ca. 15 Personen.

Bevor es zu einer Fallbesprechung kommt, müssen die Rahmenbedingungen abgeklärt sein: Wie können Fallbesprechungen stattfinden? Was will ich investieren? Wieviel Zeit will ich investieren? Sind unsere Werte eindeutig kommuniziert?

Diese Aufgabe erfüllt ein Ethikkomitee. Es kann pro Träger eingesetzt werden. Erst wenn ein Ethikkomitee fest installiert ist, kann eine Fallbesprechung sinnvoll durchgeführt werden.



DR. PETER LANDENDÖRFER

Dem Leben am Lebensende dienen: Medizinische Aspekte und Erkenntnisse

Referat

Arzt und Ethik – Können und Dürfen

Als ich vor 35 Jahren meinen Werdegang als Arzt begonnen habe, gab es nur eine Richtschnur des ärztlichen Handelns, den Eid des Hippokrates. Hier war im Wesentlichen alles festgelegt, was der Arzt im Umgang mit seinen Kranken zu beachten hat. Ohne den Eid expressis verbis abgelegt zu haben, war er tief in uns eingebraunt. Können und Dürfen standen noch in einem überschaubaren Kräfteverhältnis.



Heute reicht das anscheinend nicht mehr aus. Zu sehr wurde die Medizin von der rasanten Dynamik der Technologie vorangetrieben und hat damit unzweifelhaft Quantensprünge in Therapie und Diagnostik vollbracht. Aber dadurch werden Können und Dürfen für uns Mediziner nicht übersichtlicher. Und wo Können mehr gilt als die Nachdenklichkeit über das Dürfen, wächst Unsicherheit. Gerade in den Grenzbereichen des Lebens, bei unheilbaren Krankheitsverläufen und im Alter, ist Skepsis gegenüber der Machbarkeit der heutigen Medizin weit verbreitet. Immer mehr Menschen werden nachdenklich und haben Angst, in irgendeiner Phase des Lebens der Unpersönlichkeit dieser Medizin nicht enttrinnen zu können.

Es schaut damit fast so aus, als ob der Mensch von heute dem Ganzen quasi wie ein undankbares Kind gegenübersteht, obwohl er doch nur froh sein müsste, dass die Medizin und damit auch seine Gesundheit so viel besser geworden ist.

Paradigmenwechsel

Ich beginne meine Ausführungen mit einer Feststellung, einer These wenn Sie wollen, von der ich zutiefst überzeugt bin:

„In der palliativen Phase des Alters wird sich ein Paradigmenwechsel vollziehen, nämlich weg von der gewohnten technologisch orientierten hin zu einer viel mehr zuwendungsorientierten Behandlung und Betreuung.“

Dem müssen wir alle Rechnung tragen: wir als Mediziner in der Praxis und am Krankenbett genauso wie unsere Mitarbeiter in der Pflege. Die Vorsicht und Zurückhaltung vor der Machbarkeit der Medizin wird mit der künftigen demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft eher noch größer werden: Einerseits werden die Vollmachten und Verfügungen in höherem Maße akzeptiert, des Weiteren wird die Ressourcen-Priorisierung immer mehr fokussiert, und letztlich wird die Frage nach der terminalen Lebensqualität eine völlig andere Wertung erfahren als bisher.

Und hier sehe ich gute Chancen für alle Beteiligten: Für die Medizin bedeutet dies möglicherweise eine neue Nachdenklichkeit über das schier grenzenlose „Dürfen“ und für die Pflege eröffnet sich eine Renaissance der zuwendungsbetonten Betreuung, die uns vielleicht wieder gut tut.

Lassen Sie mich anhand von drei exemplarischen Fällen aus meiner Praxis Handlungswege im Umgang mit sterbenden Patienten andeuten, bevor ich kurz auf die wesentlichen Probleme im Umgang mit sterbenden Patienten eingehen werde. Zuletzt stelle ich Ihnen ein Modell zur Diskussion, wie Hausärzte ethische Probleme besser lösen könnten.

Fall 1: 69-jähriger Mann, Hirnblutungen 1996 und 1999 mit nachfolgender Epilepsie, seit zwei Jahren rasch fortschreitende kortikale Demenz und zunehmende Aphasie. Seit etwa 12 Monaten Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Gewichtsabnahme von 72 kg (November 2008) auf 64 kg (Mai 2009), BMI 18. Pflegepersonal diskutiert Anlegen einer PEG-Sonde. Betreuer (Tochter und Sohn) lehnen das nach Rücksprache mit dem Hausarzt ab. Eine Patientenverfügung liegt nicht vor. Ernährungsstrategie: Wunschkost und Gabe von 2 Flaschen „Fresubin Energy Drink“ pro Tag. Gewichtszunahme aktuell 3,5 kg, BMI 20.



Dr. Peter Landendörfer



Fall 2: 84-jährige Frau, seit vier Jahren bettlägerig wegen generalisierter sensibler und motorischer Polyneuropathie mit opiatpflichtigen Schmerzzuständen. Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme progredient reduziert. Häusliche Pflege wird von Sozialstation unterstützt. Es bestehen Zweifel an der nötigen familiären Betreuungssorgfalt (Gabe der Medikamente, Nahrung). Vier Wochen vor dem Tod der Patientin äußern die Angehörigen den Wunsch nach einer PEG-Sonde. Erst nach intensiver Diskussion über pro und contra dieser Maßnahme wird darauf verzichtet.

Fall 3: 88-jähriger Mann, Demenz im Endstadium, schmerzhafte Kontraktoren der großen Gelenke. Seit zwei Monaten Zusammenpressen der Lippen beim Füttern und Trinken. Die Tochter lehnt eine PEG-Sonde ab, wünscht aber „Infusion mit Wasser“. „Mein Vater darf doch nicht verdursten!“ Hinweise des Hausarztes, dass dies medizinisch nicht indiziert und zudem ethisch nicht vertretbar sei, werden nicht akzeptiert. Die Tochter sucht sich einen neuen Hausarzt, der dazu eine andere Meinung hat.

Ich lasse diese drei Fälle zunächst einfach so stehen und versuche, Ihnen meine Handlungsweise anhand von Grundsätzen aufzuzeigen, wie sie heute in der Palliativmedizin und -pflege „state of art“ sind.

Notwendigkeit künstlicher Ernährung

Anders als in früheren Jahren ist es heute möglich, Patienten mit Nährlösungen am Leben zu erhalten. Sie kommen bei schwerer Krankheit oder palliativen Zuständen zum Einsatz. Ziel ist die Sicherung des Überlebens und der Erhalt einer adäquaten Lebensqualität.

Nicht immer ist dies therapeutisch sinnvoll oder erlaubt, da bei bestimmten Situationen die künstliche Ernährung zur Belastung des Organismus führen und kontraindiziert sein kann, z. B. wegen der Gefahr der Wasseransammlung in Lungen und großen Körperhöhlen, bei Insuffizienz des Herz-Kreislaufsystems oder der Nierenfunktion.

Klärung der Ursachen

Zwei wichtige Ausnahmen möchte ich eigens erwähnen: die fehlende Einwilligung zu einer künstlichen Ernährung im Handlungsfall oder das Erreichen der Sterbephase. Bei der ersten verbietet es die aktuelle Rechtslage, bei der anderen die ethische Verantwortung.

Bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen ist die künstliche Ernährung eine wesentliche Säule der medizinischen Therapie, z. B. nach einem Schlaganfall mit temporären Schluckstörungen oder bei bestimmten Magen-Darm-Erkrankungen, die zu gravierenden Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme führen. Hier kann die natürliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme temporär unterbrochen sein. Ohne eine künstliche Ernährung für eine bestimmte Zeit, würde sich die Lebensqualität rasch verschlechtern.

Jedoch muss vor der Entscheidung für eine künstliche Ernährung die Möglichkeit geklärt sein, ob eine Anpassung der gewöhnlichen Nahrung, z. B. durch Eindicken oder durch

Intensivierung der Pflegeassistenz die natürliche Nahrungsaufnahme verbessert werden kann.

Oberste Priorität hat die Lebensqualität des Patienten. Das Abwägen möglicher Vor- und Nachteile ist ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung über die künstliche Ernährung.

Abklärung wesentlicher Hemmnisse

Organisationsdefizite in der Pflege können die adäquate Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit erheblich behindern. Abhilfe könnte die Intensivierung der Pflegeassistenz beim Füttern und Trinken bringen. Der Zahn- und Mundstatus als Ursache von Mangelernährung genießt auch bei Ärzten nicht den geforderten Stellenwert.

Bestimmte Medikamente führen zu Appetitverlust, Störung des Geschmacksempfindens, Mundtrockenheit oder Übelkeit. Die entsprechenden unerwünschten Nebenwirkungen bestimmter im Alter häufig eingesetzter Arzneimittel sollten dem behandelnden Arzt bekannt sein.

Auf die Schluckstörungen als temporäres Defizit bin ich bereits eingegangen.

Viel zu selten werden depressive Verstimmungen als Ursache von Mangelernährung erkannt, gerade bei Älteren oder hochaltrigen Menschen. Im Endstadium einer Demenz kommt es fast regelhaft zu einem Sistieren der natürlichen Ernährung. Schmerzen als Ursache von Appetitmangel erfordern ein ausreichendes schmerztherapeutisches Management.

Einsamkeit als soziale Komponente einer Mangelernährung wird viel zu wenig beachtet. Wenn sich dahinter Armut versteckt, ist dies ein besonders schmerzhafter Ausdruck unserer so genannten Wohlfahrtsgesellschaft.

Formen der „künstlichen“ Ernährung

Eine künstliche Ernährung kann als **Infusion intravenös** durchgeführt werden. Je nach medizinischer Indikation werden solche Infusionen meist in der Akutmedizin eingesetzt. Als Form der künstlichen Ernährung auf längere Zeit sind sie allerdings nicht vorteilhaft.

Die **subkutane Infusion** ist eine beliebte Form der Flüssigkeitszufuhr gerade bei geriatrischen Patienten. In idealer Weise können damit temporäre Austrocknungszustände ausgeglichen werden. In der Palliativmedizin können auf diese Weise auch Medikamente verabreicht werden, die bei Schluckstörung nicht zugeführt werden können.

Die **Sondenernährung** ermöglicht das direkte Verabreichen von Nährstoffen oder verflüssigter Nahrung über Sonden direkt in den Magen, allgemein bekannt als „PEG-Sonden“ (**perkutane endoskopische Gastrostomie**, ein endoskopisch angelegter direkter Zugang zum Magen).

Wesentliche Entscheidungsgrundlagen

Steht die Frage einer künstlichen Ernährung an, helfen standardisierte Entscheidungskriterien, die optimale Lösung für den betroffenen Patienten zu finden.

Für den Arzt muss eine medizinische Indikation vorliegen, bei der die Diagnose oder die besonderen Krankheitsumstände eine künstliche Ernährung rechtfertigen.



Der Patient oder sein Betreuer muss die Zustimmung zu dieser Maßnahme erklären. Ohne eine solche Einwilligung wäre die künstliche Ernährung wie jede ärztliche Maßnahme – außer im Notfall – eine Form der strafbewehrten Körperverletzung.

Wird eine künstliche Ernährung nach reiflicher Überlegung im Gegensatz zur ärztlichen Empfehlung abgelehnt, bedeutet dies nicht den Endpunkt ärztlichen Handelns und Behandelns. Hier lassen sich meist brauchbare Alternativen finden, um den Patienten dennoch eine würdevolle Form des Lebens und des Sterbens zu ermöglichen.

Der rote Faden bei der richtigen Entscheidungsfindung kann nur die Frage nach der gewünschten Lebensverlängerung und der Verbesserung der Lebensqualität sein. Dass dies nicht immer leicht ist, zeigt der Fall 3.

Emotionale Betroffenheit der Pflegenden

Die künstliche Ernährung führt alle Beteiligten in eine Grenzsituation. Essen zu können, ist mehr als Nahrungsaufnahme. Ausschluss vom gemeinsamen Essen ist eine Extremform sozialer Isolation. Hilfestellung beim Essen, Füttern eines Menschen oder Unterstützung beim Trinken sind Formen der Zuwendung, die auf die frühkindliche Phase eines jeden Menschen hindeuten.

Immer wenn die natürliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme durch eine künstliche Form ersetzt werden soll, müssen schwerwiegende Gründe diese tief im Unterbewusstsein verankerten Einstellungen beiseite schieben. Das führt bei den Angehörigen nicht selten zu Schuldgefühlen. Hier ist die behutsame Führung durch den Arzt gefordert, der mit sachlich fundiertem Wissen die richtige Entscheidungsfindung begleitet.

Manchmal versuchen derartig überforderte Angehörige eine künstliche Ernährung zu erzwingen, weil irrige Vorstellungen der therapeutischen Möglichkeiten einer künstlichen Ernährung vorherrschen oder wie im Fall 2 eine Form der Pflegeeasierung erzwungen werden soll. Künstliche Ernährung darf niemals eine Form der Pflegeeasierung sein, weder daheim noch im stationären Bereich, und dafür darf sich der Arzt als Letztverantwortlicher auch nicht hergeben!

Gleichermaßen fehl am Platze ist jede Form von Paternalismus, wie wir sie von früheren Arztgenerationen kannten. Dennoch erwarten die Betroffenen vom Arzt eine souveräne Führungsqualität, die sich auf Wissen und Können stützt, um den Betroffenen die Abwägung und Entscheidung zu erleichtern.

Treten Konflikte mit der eigenen Wertevorstellung oder der gültigen Rechtslage auf, versteht es sich von selbst, dass der Arzt seine klare Haltung behaupten muss und diese in einem vertiefenden Gespräch darlegen sollte. Ein Abbruch des Behandlungsvertrages mit dem Patienten kann die letzte, wenn auch nicht gewollte Konsequenz sein.

„Sterbekultur“ als Qualitätsmerkmal

Dass Alten- und Pflegeheime Orte der Pflege sind, ist allgemein akzeptiert, denn dies gehört konstitutionell zum Wesen einer solchen Einrichtung. Dass derartige Heime aber auch Orte des Sterbens sind, wird meist gar nicht bewusst wahr-

genommen. Krankheit, Leid und Sterben gehört heutzutage nicht mehr zum Kanon der Fit- and Fun-Generation. Waren früher Geburt und Sterben in der Familie ganz natürliche Erfahrungen des persönlichen Entwicklungs- und Reifeprozesses, sind sie heute in dieser Form nicht mehr vorhanden. Und damit fehlen sie auch als natürliche Voraussetzung einer Werteentwicklung gegenüber Leid, Krankheit und Sterben. Ich halte dies für eine sehr bedenkliche Verarmung unserer Gesellschaft.

Wer in der Pflege eines Menschen mit Leid und Sterben zu tun hat, kann sich der eigenen Betroffenheit durch Leid und Sterben nicht entziehen. Dies gilt umso mehr heute, wo Patienten meist erst spät im Krankheits- und Pflegeverlauf in die Heime kommen und dort nur kurze Zeit bis zu ihrem Ableben bleiben. Da gibt es keine Zeit mehr, sich gemeinsam auf den letzten Weg des Patienten vorzubereiten, damit Sterbegleitung durch eine wachsende emotionale Nähe zu einer guten Sterbegleitung wird. Jeder Mensch wünscht für sich beim Sterben menschliche Nähe und Geborgenheit. „Sterbekultur“ braucht die Auseinandersetzung mit den Vorstellungen über das eigene Sterben. „Sterbekultur“ kann so auch ein Markenzeichen der Qualität eines Heimes werden.

Das kann gelehrt und gelernt werden. Angehörige, die eine gute „Sterbekultur“ erleben, tragen dies als Multiplikatoren für eine gute Qualität nach draußen. Dass Heime kirchlicher Wohlfahrtsverbände eine gute, sprich christliche „Sterbekultur“ pflegen sollen, darf keine Frage der Personal- oder Organisationsstruktur sein.

Die eigenen Ängste beim Umgang mit schwerem Leid oder Sterben sollten auch im Pflegealltag von einer guten Atmosphäre getragen sein. Als Problem müssen sie auch Grund für eine Supervision sein.

Ethik – die Mühe des Einzelfalls

„Die“ Ethik gibt es nicht. Ethik steht immer unter dem Diktat des Einzelfalles und damit versteht sich Ethik immer als die Mühe des Einzelfalles. Kein Patient gleicht dem anderen und kein Krankheitsfall kann wie der andere entschieden werden. Schon gar nicht lassen sich ethisch relevante Fragen aus dem Ärmel schütteln.

Fragen von ethischer Dimension können die Betroffenen auch in schwerwiegende Dilemmasituationen stürzen, für die stets neue Lösungswege gefunden werden müssen. Das Dilemma kann darauf beruhen, dass der Fall einen rechtlichen oder ethischen Graubereich berührt, wie sie beispielsweise die Entscheidung über eine künstliche Ernährung darstellt. Hier geht es nicht ohne einen Katalog aus fundiertem Fachwissen, reicher Lebenserfahrung und gefestigter charakterlicher Reife. In der Phase der Entscheidungsfindung ist eine ergebnisoffene Diskussion aller relevanten Möglichkeiten nötig, was nicht heißt, ohne eine klare Haltung an den Fall heranzugehen. Die persönlichen ethischen Grundsätze sind die Basis, eine richtige Entscheidung zu treffen.

„Ethikkonferenz“ – auch beim Hausarzt?

Derartig konditioniert können auch im hausärztlichen Raum ethische Fragestellungen gelöst werden. Den Dank für das oft Jahrzehnte lange tiefe Vertrauensverhältnis zu einem Patienten kann der Hausarzt gerade bei der Sterbebegleitung einlösen. Sterbebegleitung gehört zu den wertvollsten Diensten und beglückendsten Erfahrungen des Hausarztes. Eher selten werden in einem solchen vertrauensvollen Verhältnis unrealistische Forderungen vom behandelnden Arzt eingefordert. Durch sein Vertrauensverhältnis lassen sich solche kritischen Situationen meist im Konsens lösen.

Wo dies nicht gelingt, ist der Hausarzt gut beraten, im Team zu einer Entscheidung zu kommen. Gerade rechtlich problematische Fälle, beispielsweise im Grenzfall der passiven Sterbehilfe, können nur im Team ethisch entschieden werden. Dazu gehören:

- Angehörige
- Pflegefachkräfte
- erfahrene Kollegen wie Onkologen, Palliativfachkräfte
- Juristen
- Seelsorger

Es ist nicht zwingend notwendig, dass alle Beteiligten den Patienten persönlich kennen. Unerlässlich ist ein gründliches Studium der Krankendokumente. Allerdings muss eine derartig zusammengesetzte „Mobile Ethik-Konferenz“ schon im Vorfeld eines worst case etabliert sein. Die einzelnen Teilnehmer sollten sich kennen, vor allem ihre ethischen Wertvorstellungen.

Und deshalb wiederhole ich meine These vom Anfang meiner Ausführung und hoffe, dass ich sie hinreichend belegen konnte.

Paradigmenwechsel

Die immer weiter fortschreitende Technisierung wird nicht aufzuhalten sein. Sie hat einen guten Sinn, weil sie in vielen Fällen dem Nutzen des kranken Menschen dient. Sie braucht jedoch eine kritische Begleitung, weil jede Technik, jeder Fortschritt nicht per se frei von Missbrauch ist. Da der Wandel der Gesellschaft ohnedies Beschränkungen der grenzenlosen Technisierung erzwingen wird, stehen die Zeichen gut, dass die zuwendungsorientierte Behandlung und Betreuung älterer und kranker Menschen wie in längst vergangenen Zeiten wieder das Markenzeichen christlicher Wohlfahrtspflege werden kann, gerade auch bei der Betreuung Sterbender. Diesen Wandel aktiv zu fördern, sollte ein mutiger Schritt zu einer neuen Pflegekultur werden, auch und nicht zuletzt für die kirchlichen Wohlfahrtsverbände.

» *In der palliativen Phase des Alters wird sich ein Paradigmenwechsel vollziehen, nämlich weg von der gewohnten technologisch orientierten hin zu einer viel mehr zuwendungsorientierten Behandlung und Betreuung.* «

Am Anfang meiner Ausführungen habe ich das „Können und Dürfen“ in den Fokus meiner Betrachtungen über die ethische Kompetenz des Arztes gestellt. Nun füge ich das Wollen hinzu.

Können – Dürfen – Wollen

Die Kunst des Arztes beruht auf seinem Können. Das Dürfen des Arztes entscheiden Indikation und Patientenwille. Das Wollen ist mehr als das Dürfen. Es hängt von der persönlichen ethischen Haltung des Arztes ab.

Diese persönliche Haltung des Arztes zeichnet sich durch eine „metaphysische Ehrfurcht“ vor dem Patienten aus. Sie muss die Grundlage einer jeden Arzt-Patienten-Bindung sein. Gerade auf dem letzten Abschnitt einer gemeinsamen Reise sollte bei uns Ärzten diese „metaphysische Ehrfurcht“ Ausdruck einer Haltung sein, die sich darin begründet, dass wir als Ärzte nicht über der Entscheidung, etwas tun zu wollen, stehen, sondern dass wir mit unseren Kranken immer in der Entscheidung stehen.

Viktor von Weizsäcker, der große Arzt, Forscher und Philosoph, hat diesen Weg vom Können zum Dürfen zum Wollen – diesen Königsweg der ethischen Entscheidungsfindung – in treffenden Worten so ausgedrückt: „Realisierbar ist das Wollen nur, wenn man es realisieren kann, und so ist es gebunden an ein Können. Sein Wert entstammt aus dem Dürfen, seine Wirklichkeit hängt am Können. Das Dürfen zieht es mit seiner Kraft an, dem Können schleppt es sich nach.“

Ich danke für die Aufmerksamkeit.



Dem Leben am Lebensende dienen – aus der Sicht von Ärzten

Workshop mit Dr. med. Angela Jakob und Dr. med. Jörg Cuno

In der langjährigen hausärztlichen Betreuung von Patient(inn)en steht oft am Ende dieses Weges die Bewältigung der letzten Lebensphase. Das gewachsene Vertrauensverhältnis, die gegenseitige Wertschätzung werden sich gerade dann bewähren müssen. Haben die Patient(inn)en in früheren Lebensjahren nach der Konsultation ihres Arztes weitgehend selbstständig Entscheidungen getroffen, sind nun wesentlich mehr Mitmenschen in wichtige Entscheidungen einbezogen: die Angehörigen, ambulante und stationäre Pflegekräfte, Ärzte und Pflegekräfte in Kliniken, Palliativstationen und Hospizhäusern und andere Menschen, die dem Sterbenden wichtig sind. Sie alle können dann Gesprächspartner des betreuenden Arztes sein.



Dr. Angela Jakob



Dr. Jörg Cuno

In diesem Zusammenhang verwiesen die Referenten auf die Problematik bei Noteinweisungen ins Krankenhaus oder beim Ruf des Notarztes. Vor allem der Notarzt wird aufgrund seines Auftrages alle lebensrettenden Maßnahmen einleiten. Deshalb müssen alle Beteiligten vorher verantwortlich überlegen, ob bei einem Patienten im Sterbeprozess dieser Schritt noch erforderlich bzw. in dessen Sinne ist. Es wird empfohlen, dass so-

wohl die Angehörigen wie auch die Mitarbeiterinnen einer stationären Einrichtung vorher einen Notfallplan abstimmen, in dem die Handlungsweisen bzw. Entscheidungsgrundlagen beschrieben sind.

Dies verändert seine Rolle und es ergeben sich Fragen:

- Gibt es bei der Vielzahl von Betroffenen so etwas wie einen „roten Faden“ in der Betreuung des Patienten / der Patientin. Sollten diese Fäden beim Hausarzt zusammenlaufen?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Hausarzt / Palliativmediziner, wenn die letzte Lebensphase im Krankenhaus stattfindet?
- Viele mühen sich um das Wohl des Patienten / der Patientin. Wie kann gesichert werden dass dabei die Persönlichkeit und Würde des Betroffenen nicht verschüttet wird und die Lebensqualität des Betroffenen an erster Stelle steht?
- Was ist den betreuenden Ärzten an Zuwendung möglich angesichts ihres Zeitbudgets und anderer struktureller Vorgaben?
- Bei wem können Patient(inn)en, Angehörige, Pflegekräfte Entscheidungshilfen erhalten?

Ziel der Workshops mit Dr. med. Angela Jakob und Dr. med. Jörg Cuno war das Gespräch mit den Teilnehmerinnen zu den Inhalten der Vorträge, die Anregung zur Auseinandersetzung mit den eigenen Wertvorstellungen und Handlungsprinzipien, verbunden mit den oben skizzierten Fragen und den Fragen der Teilnehmerinnen.

Aus den Gesprächen haben sich folgende Themen herauskristallisiert:

Was ist Lebensqualität?

Die beiden Referenten führten aus, dass bei den vielfältigen und emotional besetzten Fragen, Entscheidungen und Maßnahmen die Lebensqualität des Betroffenen Ausgangspunkt aller Überlegungen und Entscheidungen sein muss.

PEG-Sonde

„PEG-Sonde – Fluch oder Segen?“ So lassen sich die gestellten Fragen oder Anmerkungen zusammenfassen. Ausgangspunkte waren Erfahrungen und Fragen von Teilnehmerinnen zu Situationen, in denen PEG-Sonden abgestellt werden oder „gelegt“ werden sollen. Zur Frage „Wann kann eine PEG-Sonde wieder entfernt werden?“ schlugen die Referenten eine dritten Weg vor: die Sonde für einen befristeten Zeitraum nicht zu benutzen (siehe auch „Flüssigkeits-/Nahrungsversorgung“).

In der Diskussion wurden verschiedene Aspekte angesprochen:

Therapieziel

- Sowohl beim Beginn der Maßnahme als auch bei einer möglichen Beendigung ist die Frage des Therapieziels in Zusammenhang mit der Auswirkung auf die Lebensqualität (z. B. Teilhabe, soziale Komponenten) zu stellen, gewissenhaft zu prüfen und zu beantworten.
- Nach einem Entscheidungsprozess kann eine PEG-Sonde eine entsprechende Maßnahme darstellen. Nach 3 Monaten sollten das Therapieziel und die Auswirkungen auf die Lebensqualität überprüft werden.
- Vor allem bei länger liegenden PEG-Sonden stellen sich diese Fragen bei Verschlechterung oder bei Gefahr eines „Selbstlaufes“. Eine Überprüfung der Maßnahme sollte selbstverständlich sein.
- Die Maßnahmen sollten im Dialog und in umfassender Kenntnis der Situation getroffen werden. Für Menschen mit Demenz können die Ursachen für das „Verweigern“ von Essen oder Trinken unterschiedlich sein: Vergessen, medizinische Gründe, die einer Abklärung bedürfen, Depression etc.

- Dr. Cuno merkte an, dass 90% der Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz nach Studienlage innerhalb eines Jahres mit oder ohne PEG-Sonde sterben.

Flüssigkeits-/Nahrungsversorgung

- Als Grundlage für eine Entscheidung sind die BMI-Kurve und die mit ihr verbundenen „Vorgaben“ nicht zielführend. Die Fragen „Hat ein Mensch Hunger oder Durst?“ oder „Warum lasst ihr den Menschen verhungern?“ lassen sich mit einem entsprechenden Wissen und der genauen Beobachtung des Patienten beantworten. Entscheidend ist, ob bei den Patienten ein Hunger- oder Durstgefühl zu beobachten ist. Hunger (subjektives Verlangen, das objektiv nicht gestillt wird) kann durch Geben von kleinen Gaben in den Mund begegnet werden.
- Dies kann u. a. durch das Aussetzen der Nahrungsgabe durch die PEG-Sonde für 7 Tage geprüft werden. Patienten mit Hungergefühlen zeigen körperliche Reaktionen. Ein fehlendes Hungergefühl ist kein Verhungern. Ein auftretendes „Symptomdurst“ kann durch entsprechende Mundpflege begegnet werden.

Überprüfung/Evaluation

- Stereotype Verhaltensmuster, vor allem in der professionellen Pflege, sollen regelmäßig überprüft werden.
- Eine umfassende Sichtweise bzgl. der Situation und dem Befinden des Menschen mit einer Demenzerkrankung ermöglicht das Instrument „Demenz care managment“

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)

- Der MDK stellt bei seinen Forderungen nach einer PEG-Sonde zunehmend auf die Situation des einzelnen Menschen ab, eine generelle Pflicht zur PEG-Sonde wird nicht mehr gesehen. Auch in Kliniken breitet sich dieses Denken – vor allem in Bezug auf Menschen mit Demenz – zunehmend aus.

Entscheidung und Beteiligte

- In eine Entscheidung fließen die Kriterien aus den o. g. Punkten mit ein. Wesentlich ist, dass alle an der Pflege Beteiligten (Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte, Seelsorger etc.), die um die Situation wissen, beteiligt werden. In einem Altenheim können dies auch die Putzfrau, der Zivildienstleistende, der Hausmeister oder Ehrenamtliche sein, alle, die eine Beziehung zum Betroffenen haben.
- Die Wertvorstellungen, Ängste und Befürchtungen, die Gefühle der Beteiligten sowie Informationen sind wesentlicher Bestandteil der Gespräche und einer Entscheidungsfindung.

Situation Pflegekräfte

- Die Referenten merkten auch kritisch an, dass für Pflegekräfte in der Regel die Versorgung von Menschen mit einer PEG-Sonde „einfacher“ sein kann und eine gewisse Sicherheit darstellt. Die Pflege ohne PEG-Sonde (das Eingeben des Essens) ist mit einer intensiveren Fürsorge und mit mehr Zeit verbunden und damit wesentlich zuwendungsintensiver.

ben des Essens) ist mit einer intensiveren Fürsorge und mit mehr Zeit verbunden und damit wesentlich zuwendungsintensiver.

- Gleichzeitig sind die Pflegekräfte, vor allem im stationären Bereich, die Personen, die über die meisten Informationen über den Patienten verfügen und ggf. aufgrund langjähriger Pflege eine intensive Beziehung aufgebaut haben. Sie nehmen Veränderungen als erste wahr. Deshalb erleben sie die Diskussion um die Entscheidung von Maßnahmen am Lebensende sehr persönlich und sollten an den Gesprächen unbedingt teilhaben.
- Dr. Jakob betonte, dass die Pflegekräfte ein entscheidender Ansprechpartner und Informant des Arztes sind, vor allem im ambulanten Bereich.

(Schmerz-) Medikation

Dr. Cuno führte folgende Punkte aus:

- Bei der Dosierung und Gabe sind die Stufen der Schmerzmedikation lt. WHO zu berücksichtigen.
- Ein gesteigertes Bewusstsein bei Pflegekräften und Ärzten, dass Überwachung erforderlich ist.
- „Stöhnen“ kann bei Menschen mit Demenzerkrankung auch ein Gefühl von Eigenwahrnehmung sein und ist nicht zwingend Ausdruck von Schmerzen oder Unwohlsein.
- Die Medikation sollte regelmäßig überprüft werden. Die Gabe von vielen Standard-Medikamenten ist subkutan möglich, befristet können auch Infusionen eingesetzt werden.

Die Teilnehmer bemängelten das fehlende Bewusstsein mancher Hausärzte bzgl. des aktuellen Einsatzes von Schmerzmitteln.

Patientenverfügung

Dr. Cuno verwies auf den aktuellen Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“, herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Dezember 2008¹. Bei Einweisungen ins Krankenhaus sollte die Patientenverfügung den Unterlagen beigelegt werden, damit die Inhalte aktuell den Beteiligten bekannt werden.

Umgang mit niedergelassenen Ärzten

Die Begleitung und Beurteilung seitens der Hausärzte erfolgt ebenfalls nach dem Prinzip „Einzelfallentscheidung“. Die Hausärzte sind auf die Beobachtungen und Erkenntnisse der professionell Pflegenden angewiesen; gemeinsame Gespräche sind der Weg zu guten Lösungen. Vor allem bei der Gabe von Schmerzmitteln berichten Teilnehmer von unterschiedlichen Erfahrungen mit Hausärzten. Die Referenten empfehlen, in Absprache mit dem Hausarzt einen Notfallplan zu erstellen, in dem auch die Medikation aufgeführt ist.

¹ Weiterführende Broschüre: Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.): Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, München, 11. Auflage 2009 (Verlag C.H. Beck oHG) mit neuem Gesetz zur Patientenverfügung



Fortgeschrittene Demenzerkrankung

Demenz care management

Dass Menschen mit Demenzerkrankung aufhören zu essen, kann als „Notfallglocke“ gedeutet werden und sollte nicht mit dem Legen einer PEG-Sonde beantwortet werden.

Notfall

Die Referenten empfehlen, dass mit allen Beteiligten am Pflegeprozess ein Notfallplan erstellt und abgestimmt wird. Notärzte sind zum „Handeln“ gezwungen (Krankenhauseinweisung, Wiederbelebung etc.)

Maßnahmen im Dialog

An vielen Punkten wurde deutlich, dass das Gespräch aller Beteiligten, die einen Menschen am Lebensende begleiten, das entscheidende Kriterium für einen „guten“ Prozess darstellt.



Mit großem Interesse folgte das Publikum der Fachtagung den Ausführungen der Referenten. In der ersten Reihe (von links): Weihbischof Werner Radspieler, Diözesan-Caritasdirektor Gerhard Öhlein und Msgr. Edgar Hagel.

CHRISTIAN RESTER

Dem Leben am Lebensende dienen

Eine Perspektive professioneller Pflege zur Begleitung
Schwerkranker und Sterbender

Gott kam als Sohn, um zu dienen und um den Menschen zu retten (Mk 10, 35-45). Gott und Mensch verbindet in bleibender Unterschiedenheit eine dienende Beziehung. Diese Beziehung wurde zur Grundlage des Motivs der liebenden Zuwendung zu den Menschen in Not. Von diesem Motiv sind Caring und Compassion, Fürsorge und Mitleiden entweder wirkungsgeschichtlich oder in bewusster Rezeption geprägt und können auch für die moderne Pflege konstitutiv sein. Diese Prägung einerseits und moderne Kontexte andererseits sind es, zu denen sich „Pflege heute“ in eine reflektierte Position bringen muss, gerade wenn es darum geht, dem Leben am Lebensende zu dienen. Worin liegen diese Herausforderungen begründet und wie kann und soll sich Pflege positionieren? Welchen Beitrag leistet Pflege zu einer ethisch reflektierten Haltung, dem Leben am Lebensende zu dienen?

Der Vortrag reflektiert zur Begründung einer solchen Position mehrere Thesen. Erstens ist der Beginn von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit durch eine Lebenskrise markiert. Einer Lebenskrise in einer ethisch reflektierten Haltung zu begegnen, vollzieht sich als wertschätzende Beziehung, die auf Vertrauen zielt und die damit das vertragliche Dienstleistungsverhältnis einer professionellen Pflege in einen größeren Rahmen stellt. Zweitens: den Herausforderungen, die sich aus der demographischen Entwicklung für eine professionelle Pflege ergeben, ethisch reflektiert zu begegnen, vollzieht sich in einem lebensnahen Netzwerk. Es kommt darauf an, lokale und individuelle Ressourcen zu fördern. Drittens muss sich professionelle Pflege darin als Teil eines größeren Ganzen verstehen, denn Sterben ist keine Krankheit und betrifft – neben dem Sterbenden selbst – vor allem das engste soziale Umfeld des Sterbenden. Viertens vollzieht sich professionelle Pflege dabei als Gratwanderung zwischen Kuration und Palliation sowie zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, in deren gelingender Mitte Lebensqualität – auch angesichts des Todes – stehen kann. Fünftens: diese Gratwanderung kann nur gelingen, wenn sie durch eine Haltung von Empathie, Authentizität und Wertschätzung begründet ist, die aber darum weiß, dass sechstens nicht alles „gemacht“ werden kann. Sterbebegleitung ist deshalb auch offen für eine lebensdienliche Spiritualität, d.h. für eine Haltung, die Gott Raum nehmen lässt.

Vorbemerkung: „Dem Leben am Lebensende dienen“ heißt, sich in Solidarität liebend dem Anderen zuzuwenden.

Heute bezeichnet „dienen“ ein weites Spektrum. Die Bibel „dient“ dazu, den Glauben weiter zu geben, ein Buch „dient“ dazu, Schüler zu unterrichten. Ein Wehrpflichtiger und ein Minister können ihrem Land „dienen“.

Dienen kann personal oder sachlich sein. Was aber dient dem Leben? Die Lebenswissenschaften wollen dem Leben dienen. Aber tun sie das auch immer? Selbstverständlichkeiten, die den Lebensanfang und das Lebensende betreffen, werden in Frage gestellt. Was ist der richtige Lebensdienst? Grundlegend für den Krankenpflagedienst ist das Verständnis, dass Gott als Sohn kam, um dem Leben zu dienen und um den Menschen in allen Lebenslagen froh zu machen, damit wir Leben in Fülle haben und Leben wertvoll ist bis zuletzt. Das wurde zum Grundmotiv der Entwicklung der liebenden Zuwendung, der Caritas, des Dienstes des Menschen an seinem Mitmenschen. In dieser Linie der Entwicklung steht die Pflege als liebendes Dienen am Mitmenschen. Silvia Käppeli untersuchte die modernen Begriffe der Pflege auf diesen Motivgehalt hin und stellte fest, dass mit den Begriffen „caring“, „compassion“ oder „Empathie“ entweder neue Quellen benutzt oder Um- bzw. Fehldeutungen vorgenommen wurden. Sie stellte aber auch einen bleibenden Grundkonsens fest, der sich in der „Solidarität mit den Leidenden und [...] der Entwicklung eines Gefühls der Verantwortlichkeit“ ausdrückt, der weiter konstitutiv für eine moderne Pflege sein kann.¹ Festzuhalten bleibt, dass die Frage nach der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, wie sie die aktuelle Debatte in zugespitzter Form erlebt, bisher nicht in diesem Ausmaß problematisiert wurde. Das ist aber notwendig geworden: Denn Selbstbestimmung hat im aktuellen gesundheitswissenschaftlichen und -politischen Diskurs einen berechtigt hohen Stellenwert. Der Begriff ermahnt die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen, Ärzte und Pflegerinnen zur Integration des Patientenwillens in die Behandlungsstrategie. In zugespitzter Form stellt die Selbstbestimmung eine liebende Fürsorge aber in Frage. Das ist immer dann berechtigt, wenn der Fürsorge die Liebe fehlt. Es ist deshalb zur unausgesprochenen Frage geworden, inwiefern sich eine ethisch reflektierte Position zur Selbstbestimmung aus der Geschichte und der Tradition des Dienens ableiten lässt.



Christian Rester

¹ Käppeli, Silvia, Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft.

Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege, Bern u.a. 2004, 401.



1. These: Dem Leben am Lebensende zu dienen, beginnt damit, dass eine „Heimmutter“, ein „Heimvater“ von Beginn der Pflege an den Bewohner bzw. den Patienten in einer wertschätzenden Beziehung begleitet, die auf Vertrauen zielt.

Lebenskrisen und kritische Lebensereignisse, die nicht zwingend im Zusammenhang einer physischen Erkrankung stehen, markieren den Beginn von Pflegebedürftigkeit. Studien zur Bedeutung der Heimaufnahme und zum Erleben schwerer Erkrankungen verdeutlichen diesen Befund. Angehörige und Pflegebedürftige stehen oft vor unlösbaren Aufgaben, wenn sie professionelle Pflege hinzuziehen oder wenn Letztere ins Heim umziehen müssen. Professionelle Hilfe einzubeziehen, ist oft schon der Ausdruck für ein bereits kollabiertes Hilfesystem innerhalb der Familie. Heimaufnahme und der Beginn von Pflegebedürftigkeit betrifft so nie nur den einzelnen Menschen. Professionelle Pflege als Solidarität mit den Pflegebedürftigen zu begreifen, stellt eine Chance dar. Diese sollte sich in einer wertschätzenden Beziehung konkretisieren, die auf Vertrauen zielt. Vertrauen wiederum lässt sich aber nicht vertraglich herstellen. Vertrauen ist es jedoch, worauf eine pflegende Beziehung letztlich abzielt, denn nur in einer solchen kann eine Lebenskrise überwunden werden.

Diese Haltung lässt sich im Konzept der „Heimmutter“ bzw. des „Heimvaters“ begründen. So kann außerdem die marktwirtschaftliche Dienstleistung, die heute eine professionelle Pflegebeziehung immer prägt, in einen größeren Rahmen gestellt werden. Denn eine vertrauensvolle Beziehung, die heilsam der Pflegebedürftigkeit begegnet, kann nicht durch ein Kunde-Dienstleister-Verhältnis begründet werden.

„Heimmutter“ bzw. „Heimvater“ lassen sich als Konzept auch auf den Hausarzt, die Stationsleitung eines Krankenhauses, eines Altenheimes oder die Leitung einer ambulanten Sozialstation übertragen. Hier gilt: Eine vertrauensvolle Beziehung kann durch Qualitätsoffensiven ergänzt werden; sie kann aber nicht durch Kontrollen nachgewiesen oder durch rechtliche Regelungen garantiert werden.

Kritisch muss man sehen, wenn „Heimmutter“ bzw. „Heimvater“ eine patriarchale bzw. matriachale Grundhaltung vertreten und so die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen und seiner Familie gefährden. Professionalisierung und eine demokratische Grundhaltung innerhalb einer Organisation oder Einrichtung dürfen ebenso wenig gefährdet werden.

Positiv muss man sehen, dass „Heimmutter“ bzw. „Heimvater“ für eine bergende und sichere personale Umgebung stehen. Das Konzept steht für ein Menschenbild, das das Leben bis zuletzt als wertvolles und würdiges Leben auch im Sterbeprozess liebend begleitet und begleiten will.

2. These: Herausforderungen der Zukunft mit einem lebensnahen Netzwerk begegnen. Eine Haltung gegen eine sektorale Grenzziehung in der Sterbebegleitung und für eine lebensnahe „Netzwerkarbeit“

Worin liegen nun die gesellschaftlichen bzw. die systemischen Herausforderungen? Sie ergeben sich aus der Verbindung von demographischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt und betreffen:

- a) die Seite des Individuums: gestiegene Lebenserwartung, Chronifizierung der Krankheiten, Zunahme der Multimorbidität, der Gesundheitsrisiken und der Pflegebedürftigkeit,
- b) die Seite der Gesellschaft bzw. des Systems: Umstrukturierung des Versorgungswesens, Zunahme an Behandlungs- und Institutionenkomplexität, Zunahme und Wandlung des Krankheitspanoramas.

Die Hospizbewegung ist Ausdruck dieser explosiven Verbindung. Denn sie positionierte sich von Anfang an kritisch gegenüber der Entwicklung, die die Individualität der Sterbenden in einer sich funktional weiter ausdifferenzierenden Versorgungsstruktur zunehmend weniger beachtet. Die Hospizbewegung steht für die Sichtbarmachung des Sterbens in modernen Strukturen. Ausdifferenzierte Versorgungsstrukturen übersehen oft individuelle Bedürfnisse. Ähnlich können die Entwicklungen weiterer Formen der Hilfen gesehen werden: unter anderem die ambulanten Intensivpflegedienste und die neuen Wohnformen im Alter. Nicht zu vergessen sind die osteuropäischen Pflegekräfte in den Privathaushalten. Es stellt sich die Frage, wer dort Sterbebegleitung leistet.

Dass wir heute eine institutionell und systemisch getrennte Entwicklung von Hospiz, Palliativ und Alten-Heim haben, ist eine „fatale Entwicklung“², die wir kritisch sehen sollten, weil bestimmte Leistungen nur in bestimmten Einrichtungen vorhanden sind und sich bestimmte Leistungsträger auf ihr Angebot zurückziehen.³ Gerade in der Pflege von Menschen mit Demenz wird Netzwerkarbeit als eine *conditio sine qua non* erkannt, eine Bedingung, ohne deren Berücksichtigung man Menschen mit Demenz nicht würdevoll begleiten kann. Das Hausarztmodell, die „Gemeindegeschwester“, integrierte Versorgung und Care-Management sind erfolgversprechende Ansätze. Sie reichen aber nicht aus, denn pflegende Angehörige sind in der häuslichen Situation immer noch überlastet. Hier leisten Modelle, die pflegende Angehörige, Ehrenamtliche und professionell Pflegenden miteinander vernetzen, wertvolle Pionierarbeit. Netzwerkarbeit muss Nachbarschaftsvereine, Selbsthilfegruppen, generationenübergreifendes Wohnen noch deutlicher als gemeinsame Größe wirksam werden lassen. Diese Größe kann die Gemeinde sein. Gemeinde muss deshalb als der Ort wiederentdeckt werden, an dem Gottes- und Menschendienst Seite an Seite den Herausforderungen des demographischen Wandels begegnen.

² Rest, Franco, Sterbebeistand, Stuttgart 2006, 137.

³ Mittlerweile fordern auch Palliativmediziner eine Rehabilitation für Palliativpatienten. Hier wird die sektorale Begrenzung als Problem beschrieben, die es zu überwinden gilt. Vgl. Lübke, Andreas; u.a., Rehabilitation in der Palliativmedizin, in: Zeitschrift für Palliativmedizin, (9) 2008, 86-88.

3. These: Dem Leben am Lebensende zu dienen, heißt, professionelle Pflege als Teil eines größeren Ganzen zu verstehen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass Pflege, Medizin, ehrenamtliche Hilfe und Seelsorge sich als Teil eines größeren Ganzen verstehen müssen. Zunächst ist es die Familie selbst und mehr noch der einzelne sterbende Mensch, der die Orientierungsgrundlage für eine würdevolle Begleitung vorgibt. Professionell Pflegenden können einen Beitrag leisten – dies beginnt bei der wertschätzenden Haltung des „Heimvaters“ oder der „Heimmutter“. Dieser Beitrag kann aber nie mehr sein als ein Teil eines umfassenden Prozesses, ein Teil des Lebens, zu dem auch Sterben gehört. Sterben ist Leben und hat mit Krankheit, Medizin oder professioneller Pflege zunächst nichts zu tun. Sterben hat aber durchaus mit Pflege zu tun, denn es ist notwendig, dass sich die Angehörigen dem Sterbenden pflegend zuwenden. Es stellt sich nur die Frage, inwiefern die Pflege und die Seelsorge beruflich oder akademisch ausgebildet sein müssen. Die Hospizbewegung, die ehrenamtlich Sterbebegleitung leistet, stellt dies kritisch in Frage. Es stellt sich also nicht die Frage, inwiefern eine Kultur des Sterbens in der Gemeinde und in den pastoralen Räumen gepflegt und mittels Übung durch Seelsorger oder professionelle Pflegenden in die Familien hineingetragen werden kann. Da aber immer weniger Menschen zu Hause sterben – entgegen dem vielgehegten Wunsch danach –, finden wir dort oft zu wenig Kompetenz in den Familien und in den Gemeinden. Dies ist eine Situation, der wir mit Bildung und Netzwerkarbeit begegnen sollten. Sterbende können nach Hause zurückverlegt werden oder zu Hause bleiben, wenn es eine Kultur gibt, die darauf vorbereitet ist.

Exkurs:

Was heißt sterben? Ab wann stirbt man? Was sind die wesentlichen Aspekte von Sterben aus der Sicht der Pflege? Die Betrachtung erstreckt sich hier auf das körperliche, psychosoziale und das kulturell-religiöse Verstehen der *Ars moriendi*.

Es werden drei Phasen des psychischen und physischen Sterbeprozesses unterschieden: 1.) die präterminale, 2.) die terminale und 3.) die Phase in extremis, die letzten Stunden des Sterbens.

In der „**präterminalen Phase**“ wird dem Menschen bewusst, dass er sterben wird. Rein physische Symptome stehen hier nicht im Vordergrund. Kübler-Ross hat gezeigt, was das psychosozial – idealtypisch – bedeutet: Sterbende in der präterminalen Phase wehren sich, sie entwickeln Wut, sie verhandeln, trauern und nehmen schließlich ihr Schicksal an.

Die „**terminale Phase**“ bezeichnet die letzten Wochen, selten auch Monate, bis Tage. Die Schmerzen zehren jetzt mehr. Sterbende frieren oder schwitzen leichter. Das Schlafbedürfnis nimmt enorm zu und die körperliche Kraft nimmt schneller ab. Es entsteht Unruhe und vor allem Angst. Angst, alleine zu sein; Angst, Schmerzen zu haben; Angst vor dem Ungewissen. Sterbende suchen in dieser Angst Halt: eine Hand, ein Gespräch, ein Lächeln, ein Da-Sein. Jetzt

entsteht vor allem bei Vielen das Bedürfnis, letzte Dinge zu regeln. Sterbende wollen noch einmal eine bestimmte Person sehen. In der terminalen Phase kommt vor allem auch Gott ins Spiel. Sterbende hadern mit Gott. „Warum bist DU jetzt nicht da?“ „Warum lässt ER mich alleine?“ Sterbende sehnen sich nach Gott. Es lassen sich auch bei kirchenfernen Christen und bei überzeugten Atheisten überraschende Wendungen erleben.

Die letzten Stunden werden „**Phase in extremis**“ genannt. Die Sterbenden werden meist vollständig verwirrt, die Haut marmoriert, die Sterbenden werden immer kühler und entwickeln das „berühmte Dreieck“. Dann hört der Schluckreflex auf, es entwickelt sich eine Schnappatmung und schließlich eine „Rasselatmung“. Dies ist für alle Begleiter, gerade für Nahestehende, für Familienangehörige, aber auch für junge Ärzte und junge Pflegenden oft eine große Belastung; oft größer als für den Sterbenden selbst.

„Ars Moriendi“

Phasen- und körperbetonte Betrachtungen werden von der *Ars moriendi* in einen größeren Rahmen gestellt. Die *Ars moriendi* bietet in verschiedenen Aspekten Orientierung für eine gute Sterbebegleitung und stellt die Körperlichkeit in ihren Dienst. In vielen Kontexten institutionalisierten Sterbens hat sie an Raum verloren. Bedeutungsverluste können daraus nicht abgeleitet werden. Gerade für die Hospizbewegung hat sie große Bedeutung. Aspekte der *Ars moriendi* sind von der Kultur und ihrer jeweiligen Epoche geprägt. Was aber „gutes Sterben“ ist, wird sich nie normativ über Generationen hinweg festlegen lassen. Aktuell erscheint es, so in einer Konzeptanalyse, als erstrebenswert,

- lebenserfahren,
- auf natürliche Weise,
- erwartbar, also mit vorausgehenden körperlichen Hinweisen,
- in ausreichender, bewusster Auseinandersetzung,
- nach Regelung der letzten Dinge,
- in friedvollem Beisammensein der engsten Angehörigen zu sterben.



Christian Rester bei seinem Vortrag



Die *Ars moriendi* gibt uns ein Ideal von Sterben. Sie bildet einen Horizont, der die Praxis nicht überfordern, sondern durch Klarheit Mut machen möchte, immer wieder danach zu fragen, was eine gute Sterbebegleitung ausmacht. Palliativ-Medizin und Palliativ-Care dürfen deshalb nicht den Fehler machen, sich auf eine symptomkontrollierende Therapie reduzieren zu lassen. Die Therapie von Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder das Einbringen von entlastenden Drainagen dienen einem übergeordneten Ziel.

4. These: Dem Leben am Lebensende zu dienen, ist eine Gratwanderung von Palliation und Kuration sowie Autonomie und Fürsorge, in deren Mitte Lebensqualität stehen kann.

Jetzt stellt sich die Frage, welche Haltung notwendig ist, die je einzelnen Phasen gut zu begleiten. Was soll ich geschehen lassen und wo soll ich wie eingreifen?

4.1. Zum Verhältnis von Kuration und Palliation

Palliation und *Kuration* sind zwei Prinzipien, die in einer unauflösbaren Beziehung stehen. *Kuration* kann man als Rehabilitation und Wiederherstellung im Sinne einer Gesundung verstehen und *Palliation* als Ummantelung, als liebende Fürsorge. Angesichts zunehmender Chronifizierung von Erkrankungen – nicht nur bei älteren Menschen – erscheint ein rein kurativer Ansatz ohnehin nicht mehr angemessen.⁴ *Kuration* und *Palliation* stehen so nicht in unverhältnismäßigem Gegeneinander, sondern in einem tief verbundenen Miteinander. Sie bezeichnen das jeweilige Handlungsprinzip, das einer bestimmten Lebenslage am meisten entspricht. So entsteht eine Polarität, in welcher Lebensqualität entstehen kann: Lebensqualität meint eine dem eigenen Leben entsprechende Lebensgestaltung. „Dem Leben mehr Leben und nicht nur mehr Tage geben“ heißt, das Leben den eigenen Vorstellungen entsprechend zu gestalten. Diese Lebensgestaltung ist aus der Sicht der pflegenden Sterbebegleitung die Mitte eines ständigen Abwägens von *Kuration* und *Palliation*.

4.2. Zum Verhältnis von Krankheit und Heil-sein

Durch den Ansatz der *Palliative Care* wird auch wieder etwas anderes sichtbar: das Heil-sein, eine andere Art Lebensqualität, die besagt, dass auch inmitten von Leid und Sterben Lebensqualität möglich ist. Hier steht wieder die Beziehungsdimension im Vordergrund. Beziehung ist auch in Leid und Krankheit eine Grunddimension menschlichen Lebens. Denn

keine menschliche Situation ist so ausweglos, dass sie uns von der Liebe Gottes trennen kann (Röm 8,31). In diesem Verständnis wird Krankheit zur Chance und Herausforderung, die Reifungsprozesse einfordert und den Menschen zu etwas Größerem führen kann. An der Krankheit zu reifen, ist ohne die Beziehungsdimension menschlichen Lebens nicht zu haben. Heilung war auch in den Schriften der Bibel immer an Beziehung gebunden.

4.3. Zum Verhältnis von Selbstbestimmung und Fürsorge

Ähnlich wie Kuration und Palliation verhält es sich mit dem Zueinander von Selbstbestimmung und Fürsorge. Beide Prinzipien bedingen sich ständig wechselseitig. Martin Schnell hat das in einer Vignettstudie zu zeigen versucht. Ärzten und Pflegenden wurden zwei Fälle geschildert, in denen einmal Selbstbestimmung und ein andermal Fürsorge deutlich hervortritt. Ergebnis: Ärzte und Pflegende stimmen beiden Prinzipien dann zu, wenn sie jeweils angemessen eingesetzt werden.⁵

Selbstbestimmung des Bewohners bzw. des Patienten ist von hoher Bedeutung für eine gute Fürsorge. Wenn ein Sterbender die Mundpflege ablehnt, der Pflegende sie aber erzwingt, ist es nicht Fürsorge, sondern Ausübung von Gewalt; und wenn eine Pflegende einen Patienten fixiert, weil er die Sauerstoffmaske nicht toleriert, ist es Freiheitsentzug. Das ist niemandem in der Praxis neu. Der Autonomie gerecht zu werden, heißt so, Pflege als dauerndes Angebot zu verstehen, welches der Sterbende annehmen kann, aber nicht muss. In den Entwicklungen zum Umgang mit ethischen Fragen, in Ethikkomitees und in ethischer Fallbesprechung spielen die Prinzipien der Kuration und der Palliation sowie der Autonomie und der Fürsorge eine grundlegende Rolle. Hier erkennen wir, dass die ausschließliche Orientierung der Behandlung an medizinischen Indikationen brüchig geworden ist. Gisela Klinkhammer verweist dazu auf die Richtlinien der Uni Köln zur ethischen Fallbesprechung, worin zum Ausdruck kommt, dass zur Frage einer weiteren Therapie „ausdrücklich auch andere als (im engeren Sinne) medizinische Kriterien erlaubt und erwünscht sind, beispielsweise die Kooperationsbereitschaft oder Abwehr des Kranken“.⁶ Wie aber kann diese „Kooperationsbereitschaft“ in eine Entscheidung übersetzt werden? Wie können Zustimmung und Ablehnung eines Bewohners oder eines Patienten eruiert werden, der geistig verwirrt ist? Wie können Bewohner und Patienten, die sich nicht mehr mittels klarer und rational abgewogener Äußerungen mitteilen können, als selbstbestimmte Menschen wahrgenommen werden?

4 Kuration und Palliation sind aufeinander verwiesen. Sogar ein junger Mann kann nach einem Unfall palliativen Bedarf haben. Ich denke an einen Patienten, den ich begleitet habe, der bei einem Autounfall vier seiner Freunde verloren hat. Er selbst wird gesund, seine Knochenbrüche heilen. Seine Freunde sind gestorben. Da leidet er an einem Schmerz, den er vielleicht nie überwinden wird. Er braucht trotz eines kurativen Ansatzes bezüglich seiner Frakturen eine Palliative Behandlung, eine ummantelnde fürsorgende Zuwendung in seinem Schmerz um seine Freunde. Umgekehrt benötigt ein Patient in einer palliativen Situation durchaus auch Rehabilitation. Ich denke da an eine Patientin, die in einer inoperablen Situation bei einem Bauchfellcarcinom, nach mehrfacher Chemo und mehrfacher OP nach einer Rehabilitation fragt. Sie möchte „wieder fit werden“, sagt sie selbst. Die Pflege richtet sich bei dieser palliativen Patientin rehabilitativ aus. Die Pflege bzw. das Case-Management organisieren selbstverständlich einen Rehaplatz.

5 Schnell, Martin, Zur Bedeutung und Gestaltung von Autonomie und Fürsorge am Lebensende. Ergebnisse einer Befragung im Rahmen einer Vignettstudie, in: *Pflege*, (22) 2009, 119-128. In der Umfrage wurden zwei fiktive Fälle vorgestellt, eine fürsorgliche und eine die Autonomie wählende Haltung. Beide Fälle wurden als legitim angesehen.

6 Klinkhammer, Gisela, Ethische Fallbesprechungen. Das Beste für den Patienten, in: *Deutsches Ärzteblatt*, (106) 2009, 1836-1840.

4.4. Zur Emotion im Zusammenspiel mit den Handlungsprinzipien

Das Abwägen der Handlungsprinzipien deutet auf eine reflektierte Praxis und suggeriert nicht nur ein hohes Verantwortungsbewusstsein, sondern auch einen unproblematischen Umgang mit ethischen Fragen. In der Praxis ist dies jedoch nicht der Fall, denn sie ist oft von hoher Emotionalität geprägt. Araujo und da Silva zeigen in einer Studie, dass Schwestern und Pfleger Sterbebegleitung grundlegend zu ihrer Praxis zählen, dass sie einen großen Wert auf nonverbale Kommunikation legen, dass sie sich aber oft von Sterbenden distanzieren, weil sie mit ihren Emotionen nicht gut umgehen können.⁷ Eine große Multicenter Studie in den USA konnte zeigen, dass ein guter Umgang mit Emotionen darin besteht, „alles zu vermeiden, was zu einem vermeintlichen und unangemessenen Entscheidungsdruck“⁸ führt. Das wiederum hieße nichts anderes, als schon früh darüber zu sprechen, wie jemand sterben möchte und wie Angehörige, Pflegende und Ärzte damit umgehen können. In dieser Studie wurde außerdem gezeigt, dass bei einem großen Anteil der Patienten mindestens 14 Tage vor dem Sterben eine fortschreitende Verschlechterung zu beobachten war und dass therapieausweitende Verfahren nicht mehr angewendet oder in Frage gestellt wurden. Über ein mögliches Sterben wurde aber nicht gesprochen. Daraus ergibt sich ein großer Bedarf an einer Gesprächskultur.

5. These: Dem Leben am Lebensende zu dienen, setzt – in Abhängigkeit von Pflegebedürftigkeit und Krankheit – erfahrene und professionelle Kranken- oder Altenpflege voraus, die von Empathie, Authentizität und Wertschätzung geprägt ist.

Empathie meint Einfühlen. Empathie meint keine Gesprächstechnik. Sterbende fühlen sich verletzt, wenn sie einem Techniker begegnen. Empathie erlebt sich in der Sterbebegleitung auch als passiv. In der Sterbebegleitung bin ich ganz oft ohne Macht. Ich bin ohne Macht gegen den Ausdruck des menschlichen Sterbens. Leid, Schmerz, Trauer und das Gefühl der Endlichkeit menschlichen Lebens, wer das nicht an sich ran lässt, sich nicht davon bewegen lässt, der kann sich auch nicht davon distanzieren. Empathie in der Sterbebegleitung heißt in diesem Sinne Betroffenheit. Denn erst Betroffenheit macht Nähe möglich. Und Sterbende brauchen vor allem Nähe; Nähe zu ihrem So-Sein im Sterben. Und erst von dieser Nähe kann ich mich wieder distanzieren. Ohne Nähe keine Distanz.

Authentizität heißt vor allem Wahrheit. Glaser und Strauss sind in der Pflege damit berühmt geworden, dass sie gezeigt haben, dass Pfleger und Ärzte am Sterbebett zu wenig und zu undeutlich die Wahrheit sagen.⁹ Diese Studien bewirkten viel Positives im Umgang mit Schwerkranken, wengleich sie dahingehend relativiert werden müssen, dass es weniger um die Wahrheit an sich geht, sondern vielmehr um eine Haltung der Authentizität. Wahrhaftigkeit ist weitaus bedeutender als eine abstrakte Wahrheit. Wahrhaftigkeit muss sich in verschiedenen Aspekten bewähren: Das Umlagern kann schmerzhaft sein. Ich sollte es aber auch sein lassen, wenn der Zustand es verlangt. Zu dieser Wahrhaftigkeit gehört auch der Umgang mit Schmerz. Morphin ist kein todbringendes Medikament. Die Schmerztherapie hat eine große Entwicklung zum Vorteil der Sterbenden erlebt. Es lässt sich aber nicht jeder Schmerz therapieren. Wahrhaftigkeit auch im Umgang damit, dass Sterbende sehr großen Durst entwickeln können. Dieser Durst wird aber in den allermeisten Fällen durch Mundtrockenheit verursacht, die von Medikamenten oder von Krankheiten herrührt (Opiode, Diuretika, Antibiotika, bestimmte Krebserkrankungen usw.). Mundtrockenheit ist nicht mit Durst gleichzusetzen. Hier ist es angezeigt, teils halbstündlich exzellente Mundpflege durchzuführen. Dazu müssen die Angehörigen angeleitet werden. Angehörigen – und meist weniger Sterbenden selbst – muss die Angst genommen werden, dass der Sterbende verdurstet. Denn in der letzten Phase des Lebens geht der Flüssigkeitsbedarf zurück.

Ethischer Streitfall: Ernährung am Lebensende

Johannes Paul II sowie die Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung sprechen bei der Ernährung von einer Basisversorgung, die Sterbenden nicht entzogen werden darf.¹⁰ Zum Streitfall geriet die Frage, ob die Ernährung mittels einer künstlichen Sonde als medizinische Therapie oder als Basisversorgung zu bewerten sei. Studien werden für Standpunkte herangezogen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung verweist auf Studien über Menschen mit Demenz, die zeigen, dass die Fortführung der Ernährung mittels PEG-Sonde nach Beendigung der oralen Nahrungsaufnahme durch die betreffenden Personen weder zu einer Steigerung der Lebensqualität noch zu einer signifikanten Lebensverlängerung führt und dass darüber hinaus die Probleme, die bei PEG-Anlagen auftreten können, unterschätzt werden.¹¹ Menschen mit Demenz können zum Beispiel mit der entstehenden Wunde nicht verständnisvoll umgehen. Wenn Flüssigkeit und/oder Ernährung am Lebensende gegeben werden sollen, muss dies der individuellen Situation eines Sterbenden gerecht werden. Verschie-

7 Araujo, Monica; Silva, Maria, Communication with dying patients – perception of intensive care units nurses in Brazil, in: Clinical nursing issues, (13) 2004, 143-149.

8 Heyland, Rocker, O'Callaghan, et. al., Dying in the ICU: Respectives of Family Members, Chest 2003 (124), 392-397.

9 Vgl. Glaser, Barney; Strauss, Anselm, Betreuung von Sterbenden, eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Angehörige, Göttingen u.a. 1995.

10 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt (101), 2004, 1298-1299.

11 Vgl. Volkert, D.; et.al., Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG. Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch neurologischen Rehabilitation, in: Aktuel Ernähr Med (29) 2004, 198-225, 210, vgl. auch: Kolb, Christian, Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. PEG-Sonde – Ja oder Nein? Frankfurt am Main 42007, 18-60, auch: Synofzik, M., PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz: Eine evidenzgestützte ethische Analyse, in: Der Nervenarzt, (78) 2007, 418-428.



denste Aspekte der Bedeutung der Nahrung für den Menschen spielen dabei eine Rolle. Dies betrifft den seelischen, psychischen, sozialen und physiologischen Bereich. Angefangen beim Willen des Betroffenen gilt, dass auch nonverbale Signale als verbindliche Willensbekundungen der Ablehnung bei der Essenseingabe zu werten sind: das Wegdrehen des Kopfes, das Zusammenpressen der Lippen, eventuell das Herausziehen von Sonden und Infusionen. Künstliche und orale Ernährung müssen auch hinsichtlich ihres sozialpsychologischen Charakters betrachtet werden: Essen ist mehr als Nahrungsaufnahme. Wie lange künstliche Ernährung eingesetzt werden sollte, ist von hoher Bedeutung und besonders umstritten. Denn künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde kann die Lebensqualität erhalten helfen, wenn die „Gesamtsituation“ stabil ist. Die „Gesamtsituation“ zu interpretieren, ist eine große Herausforderung, denn es gibt durchaus „Gesamtsituationen“, die eine PEG-Sonde notwendig machen. Die Interpretation der „Gesamtsituation“ ist komplex und geht über medizinische Indikationen hinaus.¹² Sie bedarf einer entsprechenden Haltung, die sich in Empathie, Authentizität und Wertschätzung zeigt. Die Perspektive der Pflegenden auch und besonders der pflegenden Angehörigen wird hier meist nicht oder nur unzureichend wahrgenommen.

Wertschätzung entsteht im Da-Sein: bei der Lebensgeschichte, bei der Familie, bei der Situation, bei der Wut und Trauer, beim Erschöpftsein, bei der Übelkeit und beim Erbrechen; Da-Sein bei der Atemnot, beim Rasseln und beim Schnappen nach Luft; bei der Leichenblässe, beim Erkalten und beim Erstarren der Glieder. In der Praxis dieses Da-Seins erlebt man ganz oft, dass das gesammelte Da-Sein beim anderen viele Probleme, viele Spannungen löst. Ängste verschwinden oft sofort. Da-Sein heißt nicht, dass man immer spricht, dass man immer etwas macht. Dieses Da-Sein bedeutet nicht ein Dableiben. Die Pflegeperson braucht nicht im Zimmer zu sein, nur damit jemand da ist. „Im Zimmer sein“ und „Da-Sein“ bedeuten etwas verschiedenes. Da-Sein meint, auf das zu hören, was sich mir „zuschickt“ (Rahner). Im Da-Sein bin ich nicht der Akteur, sondern der Hörer. Deshalb: Da-Sein entsteht nur dann, wenn man nichts mitnimmt. Wenn man keine festen Standards, keine vorgefertigten Bilder in das Zimmer eines Sterbenden hineinträgt. Dann kann das entstehen, was Sterben wesentlich kennzeichnet: Frieden. Frieden ist wichtig für den Sterbenden und für die Angehörigen. Das Wesen von Sterben ist eigentlich Frieden. Hier ist alles abgeschlossen. Erst wenn Angehörige loslassen, wenn der Sterbende selber loslässt, dann entsteht Frieden. Und Sterbende können oft erst sterben, wenn Angehörige loslassen.

6. These: Dem Leben am Lebensende zu dienen, heißt, auch die Spiritualität zu berücksichtigen.

Wir leben in einer sich weiter entzaubernden Welt. Ein Krankenhaus ist praktisch völlig entzaubert. Zwar gibt es Kapellen und Aussegnungsräume. Diese werden aber als funktionale Einheiten neben anderen wahrgenommen. Wahre Spiritualität entfaltet sich aber nicht nur in der Kapelle, sondern gerade auch im Darüber-Hinaus in seiner Wirkung auf den Pflegeort. Wir können wahrnehmen, dass sich die Sehnsucht nach Spiritualität wieder Raum verschafft. Warum sollte man das in der Krankenhaus- und Altenheimseelsorge nicht auch aufgreifen? So sind Seelsorger von großer Bedeutung für die Verwirklichung von Spiritualität. Der Seelsorger bringt auf die Stationen und in die Sterbestunde etwas mit sich, das weit über seine Person hinausgeht. Und auch andersherum, wenn der Seelsorger auf Station kommt, ist das oft schon Ausdruck einer Situation, in der sich die Sterbebegleitenden, die Angehörigen, Pfleger und Ärzte und nicht zuletzt der Sterbende selbst entschieden haben, einem Größeren Raum zu geben. Die Sterbebegleitung ist dann lebensdienlich, wenn wir in unserer Ohnmacht dem Sterben gegenüber uns zum Gestalten ermächtigt fühlen und zwar von Gott her. Dann spielt Gott nicht nur im ausdrücklichen, sondern auch im eindrücklichen Beten eine Rolle. Dann kann schon eine Kerze, die eine Pflegeperson in ein Zimmer bringt und anzündet, Wunder wirken.

Resümee

Dem Leben am Lebensende zu dienen, ist durch die Entwicklung der modernen Medizin und des demographischen Wandels komplex geworden. Krankenhäuser, Altenheime, aber auch Familien sind bei der Begleitung von Menschen am Lebensende mit Herausforderungen konfrontiert, die nicht länger durch eine quasi natürliche kulturelle Kompetenz bewältigt werden können. Nicht nur in Familien, sondern auch in Krankenhäusern und Altenheimen ist verloren gegangen, was eine *Ars moriendi* und eine gute Sterbebegleitung wahrhaft auszeichnet. Sicherlich darf man diejenigen nicht verschweigen, die in den Genuss einer guten Sterbebegleitung kommen, und man muss auf die vielen wertvollen Dienste hinweisen, die sich in den letzten zwei Jahrzehnten dazu entwickelt haben. Künftig wird aber der Bedarf noch größer sein, Pflegenden, Hospizmitarbeiter, Ehrenamtliche, Ärzte und Seelsorger miteinander in Kontakt zu bringen, um der Sterbebegleitung eines jeden Menschen in einem Netzwerk an Menschlichkeit gerecht zu werden. Deshalb müssen sowohl die Rahmenbedingungen als auch die Begleitenden auf diesen Dienst gut vorbereitet werden.

¹² Zu dieser besonders umstrittenen Frage eine Haltung zu entwickeln, ist eine äußerst komplexe Frage. Studien und Leitlinien versuchen zwar eine vermeintliche Eindeutigkeit zu zeigen, in der Praxis allerdings lassen sie sich nicht so leicht anwenden. Die Begriffe, an denen die Eindeutigkeit festgemacht wird, bedürfen in der Praxis einer Haltung, die diese Begriffe übersetzen kann und die ich zu beschreiben versuche. Abstrakt Regeln auf den Einzelfall anwenden zu wollen, halte ich für unbrauchbar. Sterbebegleitung lässt sich nicht abstrakt herstellen.

Alle an der Sterbebegleitung Beteiligten in einem interdisziplinären Gesprächsforum zusammen zu bringen, ist künftig unabdingbar für eine gelingende und ethisch reflektierte Begleitung. Aufgabe der professionellen Pflege ist es dabei einerseits, Sterbende und deren Angehörige in einer ethisch reflektierten Haltung zu unterstützen, Leben auch bis zur Stunde des Todes lebenswert zu gestalten. Diese Haltung muss sich an der Selbstbestimmung des Sterbenden orientieren. Die Selbstbestimmung des Sterbenden ist aber wiederum auf eine entsprechende Haltung angewiesen. Aufgabe der Pflege ist es andererseits, die Selbstbestimmung auch noch dann zu übersetzen, wenn der Sterbende sich nicht mehr mitteilen kann.

Das Ziel muss sein, dass sich für alle Menschen das Recht verwirklichen lässt, zu Hause sterben zu können. Oft ist dies nicht mehr möglich oder noch nicht wieder möglich, deshalb sollte alles dafür getan werden, dass möglichst frühzeitig darüber gesprochen wird, wie der Einzelne sterben will und wie alle, die ihn begleiten, damit umgehen können. Denn Sterben ist – wie das Leben selbst – immer ein Beziehungsgeschehen, dessen Form uns in unserem Glaubensleben in der Beziehung mit Gott zu Grunde gelegt ist.

» **D**ie Kirche versteht sich als Begleiter der älter werdenden und alten Menschen und setzt sich für ein Altern in Würde bis zuletzt ein. Die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender ist ein christlicher Liebesdienst am Nächsten, dem sich vor allem die Hospizarbeit verpflichtet fühlt.«

DEN AUFBRUCH WAGEN – HEUTE!
PASTORALPLAN FÜR DAS ERZBISTUM BAMBERG,
3.4.4 ALTENPASTORAL

Geleitet durch die
GlücksSpirale
VON LOTTO

Experte

für Lebensfreude
sucht Rollstuhlschieber.



Not sehen und handeln.
Caritas

www.Experten-fuers-Leben.de

Jahreskampagne 2010 der deutschen Caritas



GEORG KRÖPPELT

Dem Leben am Lebensende dienen: Juristische Aspekte

Referat

Einleitung

Im Feuilleton der Süddeutschen Zeitung vom 1. September 2009 schreibt der Internist Dr. Bernhard Wörmann unter dem Stichwort „Vertrauen zwischen Arzt und Patient“: „Wenn in einem Krankenhaus – unabhängig von den im Foyer ausgehängten Leitbildern – finanzielle Interessen dominieren, die Optimierung von Abläufen wichtiger als der Inhalt ist und die Kontrolle von Qualität wichtiger ist als die Qualität, wirkt sich dies auch auf den persönlichen Umgang des Personals mit Kranken und Sterbenden aus.“



Georg Kröppelt

Und: „Warum es zwischen konfessionellen und nichtkonfessionellen Häusern in diesem Bereich keine Unterschiede gibt, verstehe ich nicht.“

Stimmt diese Einschätzung auch für die Einrichtungen der Caritas? Das ist Thema dieser Tagung. Ich habe es übernommen, rechtliche Aspekte und Fragestellungen kurz zu referieren.

Art. 1 Satz 1 des GG stellt fest: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Art. 2 GG sichert sein Selbstbestimmungsrecht. Selbstbestimmung gehört zum Kern der Menschenwürde und soll den Menschen vor Fremdbestimmung schützen. Deshalb hat kein Dritter das Recht, für einen anderen zu entscheiden und so zu bestimmen, was dieser für sich selbst als menschenwürdig anzusehen hat.

1. Einwilligung

In der deutschen Rechtsordnung ist in allen Bereichen festgelegt, dass Verletzungen des Körpers und der Freiheit grundsätzlich rechtswidrig sind, wenn keine Einwilligung des Betroffenen vorliegt (Ausnahmen: z. B. Notwehr oder mutmaßliche Einwilligung beim Notfall).

Für einwilligungsfähige Volljährige gilt also: Eine ärztliche oder pflegerische Behandlung bzw. der Abbruch einer solchen notwendigen Behandlung ist nur mit Einwilligung des Patienten möglich. Dieser muss eine Aufklärung vorausgehen.

Der Patient hat (Art. 2 GG) aus seinem Selbstbestimmungsrecht heraus die „Freiheit zur Krankheit“. Er kann, wenn er will, seine Krankheit ertragen und daran unbehandelt sterben.

2. Das Selbstbestimmungsrecht bei einwilligungsunfähigen Personen

Was ich bisher ausgeführt habe, ist – soweit ich sehe – im Großen und Ganzen unbestritten und relativ problemlos. Was ist aber, wenn ein Mensch nicht mehr **einwilligungsfähig** ist? Das betrifft Situationen, die abgesehen von Unfällen, besonders in der letzten Phase des Lebens auftreten. Wer entscheidet dann und nach welchen Kriterien, ob weitere, z. B. aufwendige operative Medizin weiter angewendet oder z. B. künstliche Ernährung beendet wird? Was geschieht mit Patienten im Wachkoma oder bei fortgeschrittener Demenz?

- a) Jeder Volljährige kann zu Lebzeiten für einen solchen Fall schriftlich eine sog. Vorsorgevollmacht erstellen (§ 1901c BGB). D. h., er kann einer von ihm ausgewählten Person zu diesen Angelegenheiten eine Vollmacht erteilen, ihn später zu vertreten, damit eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermieden wird.

§ 1901c BGB

Schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht

Wer ein Schriftstück besitzt, in dem jemand für den Fall seiner Betreuung Vorschläge zur Auswahl des Betreuers oder Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat, hat es unverzüglich an das Betreuungsgericht abzuliefern, nachdem er von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers Kenntnis erlangt hat. Ebenso hat der Besitzer das Betreuungsgericht über Schriftstücke, in denen der Betroffene eine andere Person mit der Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, zu unterrichten. Das Betreuungsgericht kann die Vorlage einer Abschrift verlangen.

- b) Tut er das nicht, wird nach § 1896 BGB einem Volljährigen, der auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann, durch das Betreuungsgericht auf seinen Antrag hin oder von Amts wegen ein Betreuer bestellt. Dieser ist dann für rechtliche Angelegenheiten, wie sie auch eine Einwilligung ist, zuständig. Er vertritt dann den Betreuten (§§ 1902, 164 BGB).
- c) Durch eine sog. Betreuungsverfügung kann der Volljährige (gem. § 1897 IV BGB) zu Lebzeiten eine Person als Betreuer vorschlagen. Das Betreuungsgericht ist bei der Betreuerauswahl daran in der Regel gebunden. Liegt keine Betreuungsverfügung vor, bestellt den Betreuer das Gericht, wobei (§ 1897 V BGB) auf die verwandtschaftlichen Beziehungen und persönlichen Bindungen Rücksicht zu nehmen ist. Also kommen zunächst in Frage Eltern, Kinder, Ehegatten, Lebenspartner, etc. Der Ehegatte ist also nicht automatisch Betreuer.

3. Die Patientenverfügung

Wie dieser Betreuer dann entscheiden muss, hängt u. a. davon ab, ob der Betroffene schriftlich eine sog. **Patientenverfügung** errichtet hat oder nicht.

Denn der Betreuer ist grundsätzlich verpflichtet (§ 1901 Abs. 3), Wünschen des Betreuten zu entsprechen und seinen Willen umzusetzen.

Hieraus war bis zum 1. September 2009 die Geltung einer Patientenverfügung angenommen worden: als Ausdruck des fortwirkenden Selbstbestimmungsrechts des Patienten.

Seit 1. September 2009 ist das Recht der Patientenverfügung gesetzlich geregelt, nämlich durch § 1901a BGB. Der Wortlaut ist recht kompliziert. Er liegt Ihnen vor.

§ 1901a BGB Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Dort ist in Abs. 1 festgelegt, dass der Betreuer dem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen hat, **falls dessen Festlegungen auf die akute Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.**

Ist dies nicht der Fall, oder liegt keine Patientenverfügung vor, gilt Abs. 2. Dieser regelt, dass dann der sog. mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden muss. Abs. 2 regelt auch die Umstände dieser Ermittlung.

Nach § 1901b BGB müssen dabei Arzt und Betreuer zusammenwirken. Es sollen auch nahe Angehörige und Vertrauenspersonen des Betreuten gehört werden.

Das Fazit ist jedenfalls nach neuem Recht eindeutig: Der Wille des Patienten entscheidet.

Diese Patientenverfügung, die schriftlich errichtet werden muss, kann (gem. § 1901a Abs. 1 Satz 3 BGB) jederzeit **formlos** widerrufen werden.

Dabei stellt sich natürlich die Frage, worin ein formloser Widerruf etwa eines Verbots künstlicher Ernährung liegen kann. Reicht bereits eine Mimik, Gestik oder ein sonstiges Verhalten eines schwerkranken Menschen aus, der sich nicht mehr äußern kann?

4. Der Adressat der Patientenverfügung

An wen richtet sich die Patientenverfügung?

Wer ist ihr Adressat?

§ 1901 BGB weist dem Betreuer die Kompetenz zu, den Willen des Betreuten nach dieser Verfügung Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Diese frühere Rechtsprechung des BGH (Beschluss vom 17. März 2003, XII B 2/03) hat der Gesetzgeber übernommen. Der Betreuer **allein** hat die Aufgabe, diesem Willen gegenüber Arzt und Pflegepersonal Geltung zu verschaffen.

a) Es gibt natürlich immer Konfliktfälle. Solche sind dann gegeben, wenn der Arzt auf der einen und der Betreuer auf der anderen Seite nicht übereinstimmen, d. h. z. B. einem Verlangen auf Abbruch von Maßnahmen nicht nachgekommen werden soll.

Dann ist die Konfliktlösungskompetenz des Betreuungsgerichts nach § 1904 BGB eröffnet und das Gericht muss Maßnahmen genehmigen, welche zum Tode oder schweren Schäden des Betreuten führen könnten.

b) Es ist ganz wichtig, dass nach § 1904 Abs. 4 BGB eine Entscheidung des Gerichts nicht vorgesehen ist, wenn Arzt und Betreuer in der Beurteilung übereinstimmen, die anstehende Maßnahme entspreche dem Willen des Betreuten. Die Frage ist dann, wie etwa eine Pflegeeinrichtung mit dem Verlangen umgehen kann. Hierauf komme ich noch zurück.

5. Offene Fragen

Ich bin seit über sechs Jahren Vorsitzender der 3. Zivilkammer des Landgerichts Bamberg. Diese hat über Beschwerden gegen Entscheidungen der Betreuungs- (früher: Vormundschafts-) richter der Amtsgerichte Bamberg, Forchheim und Haßfurt zu befinden.

Bislang war kein Fall zu der vorgeschilderten Problematik anhängig. Ich kann Ihnen daher über das gesagte Theoretische hinaus keine Entscheidungen des Landgerichts Bamberg mitteilen.

Einige Rechtsfragen scheinen mir allerdings offen und müssen vielleicht von den Gerichten geklärt werden:

a) Wenn die Patientenverfügung solch weitreichende Bedeutung hat, ist fragwürdig, warum nicht als Voraussetzung der Wirksamkeit einer solchen Patientenverfügung eine Pflicht zur vorherigen Inanspruchnahme einer Beratung festgelegt ist und warum die Wirksamkeit einer solchen Verfügung nicht von einer regelmäßigen Aktualisierung abhängig gemacht ist.

b) Ist die Leitung eines Alten- und Pflegeheims rechtlich verpflichtet, einem einvernehmlich von Betreuer und Arzt festgelegten Behandlungsabbruch, der den schnellen Tod des Betroffenen zur Folge hat, nachzukommen?



§ 1901b BGB

Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Damit komme ich auf die Ausführungen zu § 1904 IV BGB zurück. Hierzu gibt es eine Entscheidung des BGH vom 8. Juni 2005 (NJW 2005/2385; der sog. Traunsteiner Fall) zum alten Recht:

Betreuer und Arzt hatten verlangt, die künstliche Ernährung (PEG-Sonde) eines einwilligungsunfähigen Patienten einzustellen. Das Pflegeheim lehnte dies im Hinblick auf den (mir nicht bekannten) Heimvertrag ab. Zudem stehe den Pflegekräften ein eigenes Verweigerungsrecht aus ihrem eigenen Recht auf Menschenwürde nach Art. 1 GG zu.

Im Laufe des Rechtsstreits verstarb der Patient. Der Bundesgerichtshof hatte nur noch über die Kosten zu entscheiden. Das ist wichtig zu wissen, damit man die Tragweite des Beschlusses abschätzen kann. Denn nach § 91a ZPO sind die Kosten nach billigem Ermessen des Gerichts i. d. R. danach zu verteilen, wer von den Parteien obsiegt hätte oder unterlegen wäre oder zu welchem Teil.

Der BGH hat das im Traunsteiner Fall offen gelassen und die Kosten hälftig verteilt. Es steht also nicht fest, wie der Prozess endgültig in der Sache höchstrichterlich entschieden worden wäre.

Einige Stichpunkte aus der Begründung des BGH sind für Heimverträge wichtig:

Im Heimvertrag könne eine Einschränkung des grundsätzlichen Selbstbestimmungsrechts des Patienten nicht rechtswirksam vereinbart werden.

Das Recht auf Menschenwürde bzw. Gewissensfreiheit der Pflegekräfte berechtige diese nicht, die Behandlung fortzuführen. Das eigene Recht ende nach Art. 2 I GG an dem Recht des anderen, also des Willens des Patienten, der vom Betreuer vertreten wird.

Aber: Der BGH hat ausdrücklich nicht entschieden, ob möglicherweise die **strafrechtlichen Grenzen** der sog. Sterbehilfe in dem entschiedenen Fall überschritten worden seien und dieses die Pflegekräfte zur Verweigerung berechtige. Das aber habe im Rahmen der Kostenentscheidung nicht geprüft werden können.

6. Sterbehilfe – Sterbebegleitung

(Tröndle/Fischer, StGB, 54. Auflage, vor § 211 Rdnr. 17 ff)

a) Nach § 216 StGB ist die **aktive Sterbehilfe** strafbar, auch im Falle einer gezielten schmerzlosen Beschleunigung des

Todeseintritts, selbst bei nur geringer Lebensverkürzung und sogar, wenn der Betroffene dies ausdrücklich verlangt. Der Bundesgerichtshof hat hierzu entschieden (Beschluss vom 27. März 2003, 5 StR 508/02 = NSTZ 2003/537). Auch für den Fall, dass es einem vollständig bewegungsunfähigen, aber bewusstseinsklaren moribunden Schwerbehinderten ohne strafrechtliche Verstrickung Dritter deshalb nicht möglich ist und sein Lebensrecht so zur schwer erträglichen Lebenspflicht werden kann, gibt es für diesen Fall kein in Art. 1 I GG angelegtes Recht auf Sterben. Dies könnte nur der Gesetzgeber ändern.

b) Davon zu unterscheiden ist zum einen die sog. **indirekte Sterbehilfe**, welche erlaubt und u. U. sogar geboten ist. Sie liegt vor, wenn es sicher oder nicht auszuschließen ist, dass die ärztlich gebotene schmerzlindernde oder bewusstseinsdämpfende Medikation bei einem tödlich Kranken oder Sterbenden als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge den Tod beschleunigt.

Dies gilt aber nicht, wenn das dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten widerspricht (BGHSt 46, 279 (285)).

c) Weiterhin davon zu unterscheiden ist die sog. **Beihilfe zum Selbstmord**. Selbsttötung ist nach unserem Recht (anders das StGB der DDR) nicht strafbar.

Die Hilfestellung bei der Selbsttötung eines vollverantwortlich Handelnden ist straffrei. Wer also Gift bloß beschafft und es dem Betroffenen nicht selbst verabreicht, bleibt straflos – ansonsten gilt § 216 StGB.

d) Erlaubt ist auch die sog. **passive Sterbehilfe**, also ein für eine konkrete Lebensverkürzung ursächliches Unterlassen des Arztes. Das sind die Fälle, in denen bei einem tödlich Kranken, dessen Grundleiden mit infauster Diagnose (d.h., der momentane Zustand des Patienten ermöglicht eine Heilung nicht; mit seinem Ableben ist zu rechnen) einen irreversiblen Verlauf genommen hat und dessen Tod in kurzer Zeit eintreten wird, die ärztliche Behandlung dieser Grunderkrankung abgebrochen oder gar nicht begonnen wird.

Fraglich ist, ob z. B. das Abschalten eines Beatmungsgeräts als Unterlassen, als Abbruch der Behandlung angesehen wird, welche als passive Sterbehilfe straflos ist, bei Annahme eines aktiven Tuns nach § 216 StGB jedoch strafbar. Dies ist sehr umstritten. Der BGH (BGHSt 40, 257 (265)) hat ähnliches als Unterlassen gewertet (künftig nur noch Tee statt Flüssignahrung).

Schluss

In einem Kommentar in der Deutschen Richterzeitung (2007, 140) zum Thema „Richter am Sterbebett“ schreibt der Journalist Heribert Prantl wegen der Unmöglichkeit, alle Zweifelsfälle gesetzlich zu klären: „Das hat zu extremer Verunsicherung von Ärzten, Betreuern und Richtern geführt, die Vormundschaftsrichter werden immer öfter eingeschaltet und sehen sich ungewollt zu ‚Schicksalsbeamten‘, zu Herren über Leben und Tod gemacht. An das Sterbebett gehören aber nicht die Richter, sondern die Angehörigen und der Pfarrer.“

Rechtliche Probleme bei Entscheidungen über Anordnung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen

Workshop mit Philipp Meyer-Rutz



Josef Noppenberger und Philipp Meyer-Rutz (v. links)

Im Workshop ging der seit 1991 für Betreuungsangelegenheiten zuständige Richter zunächst auf den rechtlichen Rahmen ein:

Der Begriff „Betreuer“ bezeichnet – anders als man es umgangssprachlich empfindet – den rechtlichen Vertreter. Auch der Sohn oder die Tochter eines Menschen, der seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, muss vom Gericht zum Betreuer für den Vater oder die Mutter bestellt werden. Dies kann erfolgen:

- für alle Angelegenheiten
- nur Behördenangelegenheiten
- für die Gesundheitsvorsorge.

Der Betreuer soll jemand sein, zu dem der Betreute Vertrauen hat.

Probleme entstehen, wenn die Angehörigen zerstritten sind.

Es gibt auch Berufsbetreuer sowie ehrenamtliche Betreuer, die von den Betreuungsvereinen der Wohlfahrtsverbände begleitet werden.

Der Betreuer hat sich nach den Wünschen des Betreuten zu richten. Bei lebensgefährlichen Operationen muss das Betreuungsgericht eingeschaltet werden; dessen Genehmigung ist einzuholen. Gleiches gilt für die Einweisung in eine stationäre Einrichtung bzw. den Wechsel aus der eigenen Wohnung in ein Heim.

Das Betreuungsgericht hat nach § 1908 i, 1837 BGB auch die Pflicht, die Betreuer zu beraten und sie zu beaufsichtigen. Sollten sie ihren Pflichten nicht nachkommen, hat das Betreuungsgericht durch Gebote und Verbote einzuschreiten und ggf. den Betreuer zu entlassen.

Die Betreuungsgerichte haben in diesem Zusammenhang auch eine Amtsermittlungspflicht. Heime sind daher verpflichtet, das Betreuungsgericht zu informieren, wenn sie den Verdacht hegen, dass der Betreuer falsch bzw. zum Schaden des Betreuten handelt.

Der Workshop ging dann speziell auf Entscheidungen ein, die lebensverlängernde Maßnahmen betreffen. Diese sind nicht einfach zu treffen. Hierbei wurde insbesondere auf die sehr häufige Problematik mit dem Legen/Nichtlegen der Magensonde und dem Abbruch der künstlichen Ernährung bzw. der Zufuhr von Flüssigkeit mit der Magensonde eingegangen.

Es wurden Beispiele aus der richterlichen Praxis aufgezeigt und diskutiert. Dabei wurden mehrere Probleme und offene Fragen angesprochen:

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs von 2003 im sogenannten „Traunsteiner Fall“ (vgl. im Vortrag von Georg Kröpelt) ist der Wille des Patienten maßgeblich. Ein Pflegeheim kann sich also für die Weigerung, eine lebensverlängernde Maßnahme zu beenden, nicht auf den Heimvertrag berufen. Trotzdem könnte sich das Personal strafbar machen.

Es stellt sich die grundsätzliche Frage: Wie ermittelt man den mutmaßlichen Willen des Patienten? Wenn z.B. eine Patientenverfügung mehrere Jahre alt ist. Menschen, die als Gesunde lebensverlängernde Maßnahmen ablehnen („wenn ich einmal dement bin, will ich nicht mehr weiterleben“), geben als

Begriffsklärung

Geschäftsfähigkeit

Im Gesetz (§ 104 Nr. 2 BGB) ist die Geschäftsunfähigkeit definiert. Geschäftsunfähig ist danach, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach vorübergehend ist. Es kommt also auf die Freiheit des Willensschlusses an. Ein Ausschluss der freien Willensbestimmung liegt vor, wenn der Betroffene nicht im Stande ist, seinen Willen frei und unter Einfluss von der vorliegenden Geistesstörung zu bilden und nach zutreffend gewonnener Einsicht zu handeln.

Die freie Willensbestimmung muss vollständig ausgeschlossen sein. Auch bei der Altersdemenz kommt es darauf an, ob die geminderte geistig-seelische Leistungsfähigkeit die Freiheit des Willensschlusses beeinträchtigt. Es muss sich auch um einen Dauerzustand handeln. Wer sich nur in einem Zustand vorübergehender Sinnesverwirrung befindet (etwa durch Ohnmacht, Volltrunkenheit etc.), bleibt geschäftsfähig. Eine Willenserklärung, die er aber in diesem Zustand abgibt, ist nach § 105 Abs. 2 BGB nichtig. Aber auch bei einer dauernden Geistesstörung ist es möglich, dass der Betroffene in einem lichten Augenblick als geschäftsfähig anzusehen ist.



Pflegebedürftige ganz andere Signale (dass sie Lebenswillen und durchaus Freude am Leben haben).

Was soll man tun, wenn es „eilt“? Soll man einen Sterbenden noch einmal ins Krankenhaus bringen? In solchen Fällen kann man nicht auf eine richterliche Entscheidung warten.

§ 1901b BGB legt für das Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens u. a fest: „Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.“ Doch nach welchen Kriterien entscheidet der Arzt, was medizinisch indiziert ist? Wann ist es „medizinisch indiziert“, lebensverlängernde Maßnahmen einzustellen?

Gestellt wurde die Frage nach der Rechtssicherheit.

Aufgeworfen wurde auch die Frage nach dem kirchlichen Selbstbestimmungsrecht. Kann ein kirchliches Pflegeheim gezwungen werden, eine lebensverlängernde Maßnahme zu beenden, auch wenn der Träger oder die Einrichtungsleitung dies – und zwar in Bezug auf den konkreten Einzelfall – als Verstoß gegen ihre christlichen Überzeugungen sehen?

Begriffsklärung

Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähig kann sogar ein Geschäftsunfähiger sein. Voraussetzung ist, dass er im natürlichen Sinne einsichtsfähig ist. Die Anforderungen an die Einsichtsfähigkeit sind geringer als diejenigen an die Geschäftsfähigkeit. Die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit setzt voraus, dass der Betroffene nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung ermessen kann. Es kommt darauf an, ob der Betroffene genügend Urteilskraft hat, um das Für und Wider abzuwägen. und ob er über die Fähigkeit verfügt, sein Handeln nach dieser Einsicht zu bestimmen. Dies hat der behandelnde Arzt vor einer Maßnahme zu beurteilen.



Philipp Meyer-Rutz (li.) legte den Teilnehmern seines Workshops verschiedene Fallbeispiele aus seiner Praxis als Richter vor. Die Moderation hatte Irmgard Heckmann.

Die Kultur des Sterbens

Grundsätze zur Gestaltung des Sterbeprozesses zur Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen

Workshop mit Elisabeth Nüblein und Annemarie Stengel

I. Einführung

Leben und Sterben haben sich in der modernen Gesellschaft immer weiter auseinanderentwickelt. Die Folge ist eine Tabuisierung, Privatisierung und Intimisierung des Todes und damit der Verlust der traditionellen Sterbe- und Trauerkultur. Zudem haben viele Menschen Angst davor, ihr Leben könne am Ende zu einer Ansammlung von Messwerten schrumpfen.

Die Referentinnen nannten dazu die Stichworte:

- „Verwilderung des Todes“ (Sr. Liliane Juchli, Schweizerin, Pionierin der Hospizarbeit, hat wesentlich zu einer Entwicklung der Theorie der Pflege beigetragen)
- Verheimlichen, Verleugnen und Isolieren des Todes (in Institutionen, im Verborgenen, schnelle „Entsorgung“ des Toten, Zunahme der anonymen Beisetzungen)
- Belügen und Entmündigen der Sterbenden (Infantilisierung des sterbenskranken Menschen, Verstoß gegen die Würde und Selbstbestimmung des Patienten)
- „Abschaffung“ der Trauer“ (gesellschaftlicher Umgang mit Trauer: Tabu, darf nicht öffentlich gezeigt werden, möglichst schnell wieder „funktionieren“)
- Aber: Über das Sterben wird wieder gesprochen. Großes Verdienst der Hospizbewegung
- Unser Auftrag als christlicher Wohlfahrtsverband und Träger von Einrichtungen

II. Übung: Fragen zum eigenen Sterben

Die Teilnehmenden sollten dann Fragen zum eigenen Sterben beantworten:

1. Wie alt möchten Sie werden?
(60 ... 70 ... 80 90 ... 100 Jahre)
2. Können Sie sich an ein Ereignis erinnern, das sie nötigte, über ihren eigenen Tod nachzudenken?
3. Wie stehen Sie zu Ihrem Tod?
 - Haben Sie Angst davon?
 - Schieben Sie den Gedanken daran weit weg?
 - Berührt er sie wenig?
 - Freuen Sie sich darauf?
4. Möchten Sie schnell, langsam, bewusst oder unbewusst sterben?
5. Möchten Sie beim Sterben einen Menschen bei sich haben?

III. Christliche Sterbekultur

Eine drängende Aufgabe unserer Zeit ist es, an Stelle des beschriebenen Vakuums wieder eine Kultur des Sterbens, die sich auch ethischen Fragen stellt, zu entwickeln und zu pfe-



Annemarie Stengel (li.) und Elisabeth Nüblein

gen, um vor allem auch der Isolation und Vereinsamung von sterbenden und trauernden Menschen entgegenzuwirken. Als Voraussetzung dazu wurde die Frage geklärt:

Wann beginnt das Sterben, wer ist ein Sterbender?

1. Sterben ist ein individueller Prozess

Jeder Mensch stirbt seinen eigenen Tod.

So wie die Geburt einen Menschen das Leben eröffnet, vollendet das Sterben sein Leben.

Eine christliche Leitbildentwicklung für den Umgang mit Sterbenden in der Organisation ist Voraussetzung, um situationgerechte Prozesse gestalten zu können.

- Zeitlich und inhaltlich lässt sich Sterben nicht detailliert im Voraus festzulegen. Elisabeth Kübler-Ross spricht von Phasen eines Reifungsprozesses.
- Menschen sterben in der Regel nicht für sich allein, sondern sie sterben in ihren sozialen Bezügen.
- Sterben ist Teil des Lebens. Im Sterben geschieht Leben. Abschied nehmen – Loslassen eine Lebensaufgabe. Wer sich in die Begleitung von Sterbenden begibt, muss sich mit dem eigenen Sterben und Tod, den Erfahrungen von Verlust und Trauer auseinandergesetzt haben.

2. Sterben wird oft nicht ausdrücklich realisiert („Da lässt sich immer noch etwas tun.“)

Daher werden oft keine angemessene Schmerztherapie und andere Formen des Umgangs mit dem Sterbenden praktiziert. Die Akzeptanz des Sterbens ermöglicht und fordert andere medizinische, pflegerische Intervention und Kommunikation als Nichtakzeptanz.



- Das Behandlungswissen nimmt zu, das Lebens- und Sterbewissen verkümmert.
- Kontinuität in der Sterbebegleitung entfällt, nachdem Patienten noch lange als „sterbefrei“ gesehen werden. Grundsätze der Sterbebegleitung sind:
 - Sterbebegleitung tut alles, was möglich ist, zur Schmerz- und Beschwerdelinderung.
 - Sterbebegleitung ist völlig an den Bedürfnissen des Sterbenden orientiert.
 - Sterbebegleitung heißt, den Sterbenden nicht allein zu lassen.
 - Sterbebegleitung bedeutet auf jeden Fall nicht, nicht mit dem Sterbenden zu kommunizieren.
 - Sterbebegleitung stellt Nähe zum Sterbenden her.
 - Sterbebegleitung ist freundschaftliche Weggefährtschaft.
 - Die Begleitung sterbender Mitmenschen ist Pflicht und die Vollendung der Solidarität eines Menschen für seinen Mitmenschen.
- Immer mehr Menschen verzichten auf ein bewusstes „abschiedliches“ Sterben (Zeitgeist, Bedingungen in unserer Gesellschaft).

IV. Grundsätze für die Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen

1. Organisatorische und strukturelle Voraussetzungen

- Engagement des Trägers und der Leitung (bewusste Entscheidung)
- Leitbild, Leitlinien des Deutschen Caritasverbandes, Konzeption
- Einführung einer Hospiz- und Abschiedskultur (Fortbildung der Mitarbeiter in Palliative Care, Supervision, Rituale beim Tod eines Patienten oder Bewohners, Implementierung und Steuerung des Prozesses, schriftliche Festlegungen)
- Ehrenamtliche, Besuchsdienste und rechtliche Betreuer mit einbeziehen (Netzwerke)
- Organisatorischen Rahmen stellen (Finanzen, angemessener Personalschlüssel, zeitliche Ressourcen)
- Unterstützung bei der Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse von Patienten/Bewohnern und ihrer Angehörigen

2. Räumliche Voraussetzungen

- Abschiedsraum (entsprechend gestaltet)
- Überbringung, Abholung des Verstorbenen
- Regelungen für Mehrbettzimmer bei Eintritt der Sterbephase
- Einbeziehung und Begleitung der Angehörigen (Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige)

3. Schulung und Begleitung der Mitarbeiter/innen

Obwohl 90% der Menschen sich wünschen, zu Hause im Kreis ihrer Nächsten ihren Lebensweg zu beenden, sterben 50% der Bevölkerung in Deutschland in einem Krankenhaus, 30% in einem Alten- und Pflegeheim und lediglich 10% zu Hause.

1. Im Mittelpunkt der Sterbebegleitung stehen der sterbende Mensch und die ihm Nahestehenden. Sie benötigen gleichermaßen Aufmerksamkeit, Fürsorge und Wahrhaftigkeit. Die Begleitung richtet sich bei ihrer Hilfe und ihrer Organisation nach den Bedürfnissen und Rechten der Sterbenden, ihrer Angehörigen und Freunde.
2. Die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod, Trauer und der eigenen Endlichkeit ist eine Voraussetzung für die Mitarbeiter, ein hohes Maß an Wissen, Einfühlungsvermögen, Belastbarkeit und persönlicher Reflexion zum Thema Sterben selbst „leben“ zu können.
3. Schulungen sollen folgende Themen aufgreifen:
 - Besonderheiten der Palliativpflege
 - Sterbe- und Trauerphasen kennenlernen, um das eigene Verhalten darauf abstimmen zu können
 - Behandlung von Rechtsfragen (aktive, passive Sterbehilfe, Patienten- und Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht)
 - Umgang mit Angehörigen
 - Macht und Ohnmacht in der Sterbebegleitung
 - Verbale und nonverbale Kommunikation
 - Umgang mit der eigenen Trauer
 - Sterbebegleitung als Teamaufgabe

4. Fortbildungsmöglichkeiten

- Inhouse-Schulungen (Fortbildungsprogramm des Diözesan-Caritasverbandes)
 - Externe Schulungen (Hospizakademien)
 - Supervision, Fallbesprechung durch externe Beraterinnen
 - Hospizhelferausbildung für ehrenamtliche Mitarbeiter/innen bei Hospizvereinen
 - Spezielle Schulungen zur Palliativ-Care-Pflege (Hofmeister-Stiftung beachten)
- Fort- und Weiterbildungen sollen den Mitarbeiter(inne)n helfen, die zu Pflegenden und ihr soziales Umfeld würdevoll und fachlich kompetent zu begleiten, und dazu beitragen, Sterbesituationen zu verarbeiten. Wichtig ist, alle Mitarbeiter zu beteiligen, nur so kann die Grundhaltung und Sensibilität für eine „Palliativ-Hospizkultur“ umgesetzt werden.

5. Dazu braucht es:

- Ein tragfähiges Konzept für Sterbebegleitung in der Einrichtung muss erarbeitet und entwickelt werden (Leitlinien, Standards).
- Die Implementierung „der Kultur des Sterbens“ ist ein längerfristiger, sensibler Prozess. Die Orientierung an den Möglichkeiten, Ressourcen und Ideen der Mitarbeiter gehört zur Implementierung von „Palliativversorgung“ dazu. Beide Aspekte „Bewohner/Patienten zentriert“ und „Mitarbeiter orientiert“ stehen gleichberechtigt nebeneinander.
- Nichts geht ohne Steuerung und Mandat. Ein explizites Mandat vom Träger oder der Leitung ist als Vorgabe „von oben“ Voraussetzung, um eine Sterbekultur als integralen Bestandteil umzusetzen.

4. Netzwerke: Ein Netz der Begleitung knüpfen



5. Kommunikation

- „Wir können nicht nicht kommunizieren.“ (Paul Watzlawick, Psychotherapeut und Kommunikationsforscher)
- Menschliche Kommunikation begleitet das menschliche Leben von Anfang an, auch das vorgeburtliche und bis zum Tod.
- 75% der Kommunikation ist nonverbal (Blicke, Gesten, Mimik, Körperhaltung, Atmung, unartikulierte Laute etc.), nur 25% erfolgt über die Sprache.
- Nonverbale Kommunikation gewinnt besonders an Bedeutung in Krisenzeiten, extremen Situationen unseres Lebens, dort, wo jemand nicht sprechen will oder aufgrund körperlicher Erkrankungen nicht mehr sprechen kann.
- Über Kommunikation drücken wir Gefühle aus und können sie so verarbeiten.
- Der sterbende Mensch ist immer ansprechbar, auch wenn er keinen verbalen Dialog mehr führen kann (das Gehör funktioniert am längsten!).
- Sterbende und trauernde Menschen sind sehr feinfühlig (z.B. ob Verbales und Nonverbales kongruent sind, ob wir ihnen aufrichtig und ehrlich begegnen, ob wir ihnen als vollwertige Person begegnen oder sie defizitär sehen).
- Bedeutung von Schulung und Fortbildung zu diesem Thema

- Inhalte von Schulungen:

- Gesprächsregeln (Hörer und Sprecher)
- Kommunikationsmodelle
- Schwierige Gesprächssituationen
- Symbolsprache (Träume, Bilder)
- Nonverbale Ausdrucksformen
- Empathie, Zuhören-Können
- Gesten, Rituale

6. Abschiedskultur und Rituale

Rituale sind (gemeinsame) Handlungen und Aktionen, die immer nach demselben Muster ablaufen und so Sicherheit und Vertrauen schaffen. Es ist oft ein soziales Handeln in Gemeinschaft, das mit Regelmäßigkeit zu bestimmten Anlässen in immer gleicher Form abläuft.

Beispiele: Feste/Feiern (Familienfeiern, Weihnachtsrituale, Geburtstag, Hochzeit ...), religiöse/kirchliche Rituale (Taufe, Hochzeit, Beerdigung, Gottesdienst, Morgengebete ...), bei besonderen Lebensabschnitten (Kindheit, Schuleintritt, Jugend, Berufsbeginn und -ende, Alter, ...), Alltagsrituale (Begrüßung/Verabschiedung, gemeinsame Mahlzeiten, Tür aufhalten, Sitzplatz anbieten etc. ...).



Kennzeichen eines Rituals:

- schlicht, einfach zu verstehen, hoher Wiedererkennungswert
- stiftet Ordnung und Sicherheit (jeder weiß, wie er sich zu verhalten hat)
- soziale Bedeutung (da oft in Gemeinschaft ausgeführt)
- wiederholbar
- oft sind Handlung und Sprache gekoppelt

Vorteile (Sinnhaftigkeit) von Ritualen:

- Bewusstes Innehalten (z. B. nach dem Eintritt des Todes)
- Die Realität wird angesprochen, aber Rituale weisen auch darüber hinaus.
- Rituale wirken, wenn z. B. Sprachlosigkeit herrscht.
- Sie ermöglichen den Ausdruck von Emotionen, aber sie begrenzen sie auch wieder (kein maßloses Trauern).
- Sie bewirken Ordnung, Sicherheit und geben Halt (im Alltag, in Stresssituationen, in Krisen, in besonderen Lebenssituationen und -phasen).

In der Begleitung Schwerstkranker und ihrer Angehörigen helfen Rituale und bieten Platz und Raum für Gefühle. Aber auch die Pflegekräfte sind nach dem Tod eines Patienten oder Bewohners oft lange Zeit mit dem Erlebten beschäftigt und haben meist keine Gelegenheit, mit ihrer Trauer umzugehen. So sollen z. B. Gedenk- und Krafitrituale auch im Team eingesetzt werden.

Offene Fragen

Die Teilnehmenden nannten folgende noch offene Fragen oder zu behandelnde Themen:

1. Anleitung/Prozessbeschreibung zur Aussegnung im Heim
2. Ethische Fragen bei Organentnahme
3. Umgang mit anonymen Bestattungen
4. Kultur des Diözesan-Caritasverbandes beim Tod von Mitarbeitern

» *Aus christlicher Sicht gibt es durchaus einen Anspruch auf menschenwürdiges Sterben, aber kein Recht auf Tötung. Es geht darum, einen Weg zu finden zwischen unzumutbarer Lebensverlängerung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung ...*

Wo keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr vorgenommen werden, weil sich der Patient bereits im Sterben befindet, ist die ärztliche Behandlung und Pflege ausgerichtet auf die Linderung von Schmerzen, Angst und Unruhe.

Dies ist auch gerechtfertigt, wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. «

KARDINAL KARL LEHMANN
VORSITZENDER DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ



„Wenn es soweit sein wird, brauch‘ ich den Engel in dir...“

Lösendes und Erlösendes in der seelsorgerlichen Begleitung am Lebensende

Workshop mit **Antonie Viehoff** und **Rosalie Scherlein**



Antonie Viehoff



Rosalie Scherlein

Das Sterben, der Tod und die Angst – Tabus in unserer Gesellschaft. Neben den Angehörigen sind es mehr und mehr die Mitarbeitenden in Sozialstationen und Pflegeeinrichtungen, denen die damit verbundenen Aufgaben und Nöte „aufgeladen“ werden. Und doch hat Gott keine anderen Hände als die unseren, keinen anderen Mund als unseren, um Menschen auch im Sterben auf ihrem Weg heim zu geleiten. In diesem Workshop konnten die Teilnehmenden entdecken, wie der „Engel in uns“ zum Tragen kommen kann und uns auch in Grenzsituationen aushalten und vertrauen lässt.

Hinführung

„Wir sind beide geprägt durch die Erfahrungen der Klinikseelsorge. Sie, die Teilnehmenden, haben die Erfahrungen mit Sterbenden in Ihrer Einrichtung, Ihrem Aufgabenbereich, evtl. aber auch persönliche Erfahrungen ‚mit in Ihrem Gepäck‘. Statistiken zeigen es: Die Altenpflegeheime werden immer mehr zu Sterbeheimen; die Aufenthaltszeiten werden immer kürzer.

Es gehört ein großes Stück Idealismus dazu, in diesen Diensten tätig zu sein, sowie Durchhaltevermögen und Stärke und sicher auch ein Stück Demut.

Wir haben die Vermutung, dass in Ihnen ein Engel am Werk ist, auch wenn Sie sich dessen vielleicht gar nicht bewusst sind.“



Ein **Boden-Bild** verdeutlichte, mit welchen Zeichen man Sterbenden Gottes Nähe vermitteln kann.

Erklärung

„In unserer Vorbereitung sind wir auf das Bild des Engels gekommen, das uns sehr treffend für die Sterbebegleitung scheint.

Sterbende sind ‚Reisende von einer Welt in die andere‘. Da ist ‚das dunkle Tor des Todes‘ (keiner ist je zurückgekommen); das macht Angst – wir sind Wegbegleiter!

Übergangssituation: Klassische Wegbegleiter sind Engel – sie sind Brücke von der sichtbaren zur unsichtbaren Welt. Gott wohnt in einem unzugänglichen Licht. Durch Engel wird Gottes Nähe erfahrbar. Darüber hinaus gibt es viele Zeichen, Gebete, Lieder, Hoffnungen, die auf dem Sterbeweg zu ‚Ankern‘ werden können. Das haben wir ein Stück ins **Boden-Bild** gebracht.“

Die Leiterinnen stellten den Teilnehmenden dann die Frage:

„Was verbinden Sie mit seelsorgerlicher Begleitung am Lebensende? Wählen Sie spontan ein Bild oder einen Gegenstand dazu! Was bewegt Sie am Bild, was am Thema?“

Gegenstände und Aussagen der Teilnehmer:

- | | |
|-------------|---|
| Apfel | Lebe den Tag, als wäre es Dein Letzter! Wie kann ich dem Sterbenden seine Wünsche erfüllen? |
| Rosenkranz | Viele Sterbende halten den Rosenkranz fest in der Hand. Er gibt Halt. Der tiefe Glaube hilft allen Beteiligten in der Begleitung. Es gibt ein Leben nach dem Tod. |
| Gesangbuch | Für und mit Menschen singen. Musik ist die Sprache des Himmels. |
| Taschentuch | Das Taschentuch als ein Zeichen für Tränen und Trauer, Trauer über Dinge, die im Leben versäumt wurden. |
| Weihwasser | Du kannst Dich geborgen fühlen. |
| Hände | Die Hände sind immer dabei. Das Handgeben als Zugang zum Menschen. |
| Holzkreuz | Der Weg eines Sterbenden kann wie ein Kreuzweg sein. Der Glaube macht die Menschen stark für diesen Weg. |



Das Bild des Engels: Erfahrbare Wirklichkeit Gottes in der Sterbebegleitung

Wegbegleiter für den Menschen gerade auf seiner letzten Wegstrecke, die aushalten, die trösten, die stärken, die behutsam erspüren, was in der Situation „nottut“, was guttut.

In diesen von Gott geschenkten „Engelskräften“ kommen wir in Berührung mit den kreativen und heilenden Kräften unserer Seele (Erfahrungen: Dich schickt der Himmel, eine Engelsgeduld haben...) Dadurch können wir Brücke für den Sterbenden werden von der einen in die andere Welt.

Biblische Beispiele

Außergewöhnliche Situationen fordern besondere Kräfte heraus.

1 Kg. 19,5-7: Ein Engel rührt Eljija an; er ermahnt ihn aufzustehen und lädt ihn ein, sich mit frischem Brot und Wasser zu stärken. **Engel der STÄRKUNG**

Ex. 23,20: Am Ende des Bundesbuches gibt Jahwe Mose die Zusage, dass er ihm einen Engel mitschickt. Dieser wird Mose auf seinem Weg beschützen und ihn an den Ort bringen, den Gott für ihn bestimmt hat. **Engel, der SCHÜTZT und ANS ZIEL FÜHRT**

Ps. 91,11f: Denn er hat seinen Engeln befohlen, dass sie dich behüten auf allen deinen Wegen... damit dein Fuß nicht an einen Stein stößt. **Engel der ACHTSAMKEIT**

Gerade an wichtigen Lebenspunkten, in entscheidenden Situationen sprechen Engel Menschen an mit der Botschaft: „Fürchte dich nicht!“

z.B. der Verkündigungengel zu Maria (Lk.1,30), der Weihnachtengel zu den Hirten (Lk. 2,10), der Engel im Traum zu Josef (Mt.1,20), der Auferstehungengel zu den Frauen am Ostermorgen (Mt 28)

Bleibet hier und wachet mit mir: Bleiben oder gehen?

Was bewegt Sie aus ihrer Erfahrung heraus, wo Sie spüren: Da war ich selbst einmal Seelsorger?

Achtsam sein: dem Sterbenden gegenüber, aber auch sich selbst gegenüber (Grenzen)

Ölbergsszene Lk 22,42: Bleibet hier und wachet mit mir. „Ein Engel Gottes kam und stärkte ihn.“

Lösendes und Erlösendes in der Seelsorge:

Wenn ich etwas noch einmal „ergriffen“ habe, kann ich erst loslassen: Noch einmal sprechen von der Wärme des Lebens

- Lösendes im Vertrauen zusagen.
- Wenn euer Herz euch auch anklagt, Gott ist größer als euer Herz!
- Unerledigtes. Noch aussprechen, was umtreibt. Gottes Geist führt die Seele des Menschen oft schon viel weiter, als wir es verstehen könnten.
- Lassen und Zulassen (z.B. Wünsche): Es darf alles sein – ich muss es nicht verstehen.

- „Erlaubnisse“, im Vertrauen loslassen zu dürfen
- Alles Unvollendete, Verbitterte, Unversöhnte darf heilen – auch wenn Sterbender es nicht mehr vermag – Gott selbst wird es erlösen und vollenden. Dies zuzusagen, ist die ganze Sehnsucht des Sterbenden.

Dann sind wir Engel, Boten Gottes, Boten des „Lösens“: Fürchte dich nicht. Hab keine Angst, hab Vertrauen! Dann sind wir Brücken im Gefühl der Gottverlassenheit!

Biblische Hoffnungsbilder und Zusagen über den Tod hinaus

Und was glauben Sie persönlich, von welcher Hoffnung leben Sie? **Erzähl von deiner Hoffnung!**

- Hab keine Angst, hab Vertrauen. Der dich behütet, schläft nicht.
- „Ich verstehe Deine Wege nicht, aber Du weißt den Weg für mich..“ (Bonhoeffer)
- Bild: Türen im Lebenshaus (H. Hesse): Christus ist uns vorausgegangen, wird uns im Tod begegnen. Der Auferstehungengel sagt: „Fürchte dich nicht!“

Einen Engel wünsch ich Dir, der auf allen Wegen bei Dir ist

*Wenn Deine Kräfte schwächer werden,
Dich sorgen und schmerzliche Erinnerungen plagen,
wenn Dich bedrückt, was kommt,
und Dir die rechten Worte fehlen –*

*Dann wünsch ich Dir einen Engel,
der Dich sanft berührt.
Friede soll in dir wohnen, sagt er,
und: Fürchte Dich nicht, denn ich bleibe bei Dir.*

*Du bist älter geworden, sagt er,
aber Deine Träume und Deine Seele
sind jung geblieben.*

*Da brennt noch ein Feuer in Dir,
da die Wärme, die ausstrahlen kann,
und der Mut zum nächsten Schritt.*

*Einen Engel wünsch ich Dir,
der Dich zur Lebensfreude beflügelt.*

*Einen Engel mit wachen Augen,
liebvollen Armen
und ohne große Worte –
so wie auch Du vielen zum Engel
geworden bist.*

[BK]



- Jesus hat versprochen: Ich gehe heim, euch eine Wohnung zu bereiten (Joh. 14,2).
- Jesaja: Fürchte dich nicht, ich habe dich bei Deinem Namen gerufen...ins Leben gerufen, werde dich auch wieder herausführen und es vollenden.
- Siehe, ich mache alles neu; ich werde alle Tränen trocken, es wird kein Leid mehr sein und kein Schmerz (Offb. 7,17).
- Bild vom barmherzigen Vater, der im Tod schon von weitem nach uns Ausschau hält, uns entgegengeht, jedes Schuldbekenntnis mit einem „Kuss“ abkürzt und sagt. Schön, dass du da bist, komm wir feiern ein Fest.
- Trostbild: Menschen, die uns schon vorausgegangen sind, bereiten schon etwas vor. Leben wird gewandelt, nicht genommen.

Christliche Rituale

„Anker“ zum Festhalten: Kreuz, Rosenkranz, Engel, ...

Gebete

Sie wollen die Situation zur Sprache, vor Gott und den Angehörigen bringen: Von unserer Hoffnung, von Trostbildern sprechen, z.B. „Jungfrau, Mutter Gottes mein“.

Lieder

z.B. „Herr, ich bin dein Eigentum“, „Segne du, Maria“
Durch Musik kann der Mensch noch bis zum Schluss in seinen tiefsten Schichten erreicht werden. Musik ist tröstlich. Das Ohr soll einer der letzten Sinne sein, der erlischt.

Sterbesegen

mit Handauflegung, Zusagen, Kreuzzeichen, Vale-Segen

Das Sakrament der Krankensalbung (Jak 5,14)

Heilswirken Gottes, Sakrament der Stärkung, jedoch weder Letzte Ölung noch Magie;

Zeichenhandlung: Handauflegung und Salbung: „Durch diese heilige Salbung helfe dir der Herr in seinem reichen Erbarmen. Er stehe dir bei mit der Kraft des heiligen Geistes. Der Herr, der dich von deinen Sünden befreit, rette dich, in seiner Gnade richte er dich auf.“



*Es müssen nicht Männer mit Flügeln sein, die Engel.
Sie gehen leise, sie müssen nicht schreien,
oft sind sie alt und hässlich und klein, die Engel.*

*Sie haben kein Schwert, kein weißes Gewand, die Engel.
Vielleicht ist einer, der gibt Dir die Hand,
oder er wohnt neben dir, Wand an Wand, der Engel.*

*Dem Hungernden hat er das Brot gebracht, der Engel.
Dem Kranken hat er das Bett gemacht, er hört,
wenn Du ihn rufst in der Nacht, der Engel.*

*Er steht im Weg und er sagt: Nein, der Engel.
Groß wie ein Pfahl und hart wie ein Stein –
es müssen nicht Männer mit Flügeln sein, die Engel.*

[RUDOLF OTTO WIEMER]

Ziel/Intention

Dass Sie als Sterbebegleiter da sind, aushalten mit dem Sterbenden, so wie Sie es selbst er-spüren. Wie Sie es auch für sich wollen; (fordert eigene Auseinandersetzung mit dem Tod).

Boten (Hoffnungsträger) der Zusagen Gottes sein: Gott selbst erlöst, macht heil.

Dass über alles Kaputte, Zerstrittene, Verbitterte Gottes Liebe „drüber kommen darf“ und alles Verletzte und Verwirrte heil machen wird.

Das kann punktuell sein, so dass Sie auch ihre eigenen Grenzen spüren. Das macht Engel aus Ihnen, die kein Dankeschön erwarten und auch Grenzen haben dürfen.

Im Publikum (von rechts) Rosalie Scherlein, Antonie Viehoff und Friederike Müller, Mirorganisatorin der Fachtagung



WEIHBISCHOF WERNER RADSPIELER

Ein Bild und ein Vorbild

Meditation

Meine Damen und Herren,

der Programmpunkt, der mir zugedacht ist, trägt den Titel: „Erstes Resümee auf diesen Vormittag – was hat unser heutiges Thema mit dem Leitbild der Caritas zu tun?“ – Lassen Sie mich aus diesem Leitbild zitieren: „Der Caritasverband für die Erzdiözese Bamberg versteht sich als Anwalt und Partner der benachteiligten Menschen, die öffentlich keine Stimme haben und die sich nicht selbst helfen können.“ Und dann lese ich noch einen zweiten Leitbild-Satz: „Der Caritasverband macht die Öffentlichkeit auf bestehende Notlagen aufmerksam und wirbt für solidarisches Handeln auf der Grundlage christlicher Werte.“ Diese Festlegungen des Leitbildes bedeuten: Unser Verband will Vorbild und Vorreiter sein in politischer und gesellschaftlicher Solidarität mit all denen, die ihm anvertraut sind – und unsere christlichen Wertvorstellungen sind dazu die Grundlagen. Dieser Gedanke war aus allen bisherigen Beiträgen der Fachtagung deutlich herauszuhören. Unsere Grundsätze gehen aber noch mehr „in die Tiefe“ christlicher Lebensgestaltung! In der Zusammenfassung des Leitbildes heißt es deshalb: „Wir wissen uns dem Geist Jesu Christi verpflichtet!“ Das ist ohne Zweifel ein sehr anspruchsvolles Wort im Rahmen eines Leitbildes.

Ich könnte natürlich eine ganze Predigtreihe gestalten über die Frage: Was ist denn eigentlich der „Geist Jesu Christi“? Aus den Beiträgen des Vormittags konnten wir immer wieder den „Geist Jesu Christi“ herausnennen, auch wenn nicht direkt von der Person Jesu gesprochen wurde. So will ich also ver-



Gemälde auf der Predella des Kreuzabnahme-Altars in der evangelischen Stadtkirche von Langenzenn (ehem. Klosterkirche).

suchen, den „Geist Jesu“ – die Gesinnung Jesu – die grundsätzliche Art Jesu – noch einmal von einer ganz anderen Seite her zu beleuchten und vielleicht etwas deutlich zu machen.

Dazu habe ich Ihnen ein Bild ausgeteilt, ein spätmittelalterliches Bild vom Abendmahl in Jerusalem. Vor einiger Zeit bin ich von Neustadt a. d. Aisch nach Fürth gefahren. Auf der Strecke liegt Langenzenn. Dort legte ich eine Pause ein und besichtigte die alte Klosterkirche, die heutige Pfarrkirche. Am Altar im rechten Seitenschiff fand ich dieses Bild – es hat mich sofort angesprochen und gefesselt. Jesus wäscht den Aposteln die Füße. Dieses gemalte Bild könnte sicher auch ein Teil unseres geschriebenen und gedruckten Leit-Bildes sein.

Ich darf noch einmal das Zitat von vorhin wiederholen: „In seinem Einsatz für die Menschen weiß sich der Caritasverband dem Geist Jesu Christi verpflichtet.“ Schauen Sie nun bitte mit mir auf diesen Jesus Christus aus der Langenzenner Klosterkirche. Er wäscht dem Petrus die Füße. „Ich bin nicht gekommen, um bedient zu werden“, so sagt Jesus, „sondern ich bin gekommen, um zu dienen.“ Das Fußewaschen ist im antiken Jerusalem ein Sklavendienst. Jesus weiß genau, dass seine Handlungsweise zunächst unverständlich sein muss. Deshalb erklärt er ganz ausdrücklich und ohne Wenn und Aber: „Ich wollte euch ein Beispiel geben, damit auch ihr tut, was ich tue“ (vgl. Joh 13,15). Das heißt also für uns: Die Handlungsweise Jesu ist ein Beispiel für uns – aber noch viel mehr ... das Waschen der Füße ist ein verbindliches Vorbild, eine wirkliche Weisung, eine absolute Richtlinie – also viel mehr als ein mögliches Handlungsmuster von Fall zu Fall.

Was tut Jesus? Zunächst kniet er sich nieder vor dem anderen, er verneigt sich vor ihm, er geht buchstäblich „in die Knie“. Hier werden Rollen vertauscht. Der mit den dreckigen Füßen – er darf sitzen bleiben. Wenn Jesus sich niederkniet, dann zeigt er dem anderen Menschen seine Ehrfurcht; er weiß um die Würde des anderen. Das ist nicht gemeint als einmalige Haltung im Hier und Jetzt im Abendmahlssaal – das ist eine ganz grundsätzliche Haltung Jesu. Das heißt für uns: Es geht um die Würde des Kranken und des Hilfsbedürftigen! Es geht um die Würde einer schmutzig gewordenen Schwester oder eines dreckig gewordenen Bruders ... vor ihm beuge



Weihbischof Werner Radspieler

ich mich, auch wenn ich mich selber an diesen Füßen dreckig machen muss. Es ist ja schließlich nicht immer angenehm, Patientinnen oder Patienten die Füße zu waschen. Im Mittelpunkt des Altarbildes stehen Jesus und Petrus – im Mittelpunkt unseres Menschenbildes stehen die Pflegenden und die Patienten. Auf dem Bild geht es um die Würde des Petrus, in unserem Berufsalltag geht es um die Menschenwürde – zum Beispiel in den Zimmern eines Seniorenheims.

Jeder Mensch ist ein aus dem Willen Gottes und aus der je einmaligen Liebe Gottes heraus gewollter Mensch, er ist einmalige Person und selbstständige Persönlichkeit! Schon das erste Buch der Bibel spricht vom „Ebenbild Gottes“. Hier hat die Würde des Menschen ihren Ur-Grund: Und die Würde des Menschen ist so wertvoll, dass ich mich vor ihr verneigen werde, dass ich mich hinknien werde, dass ich ihr dienen werde. So sprechen wir in diesem Zusammenhang mit Recht von der „Demut Jesu“. „Demut“ bedeutet hier „Mut zum Dienen“, also ein „Dienst-Mut“.

Jetzt behaupte ich, dass derjenige, dem die Füße gewaschen werden, auch ein ganz großes Quantum an Demut aufbringen muss. Zunächst ist das ein ungewöhnlicher Gedanke. Aber schauen wir auf das Bild: Petrus hält seine linke Hand abwehrend – er will das Ganze nicht! Und dass er auch in der Tat protestiert, das wissen wir aus dem Evangelium. Sinngemäß sagt er so: „Du, Herr Jesus, willst mir die Füße waschen? Das geht doch auf keinen Fall, dass du mir die Füße wäschst! Denn Fußwaschen ist Sache des Knechtes, das Amt des letzten Dieners. Wenn jemand von draußen mit dreckigen Füßen hier hereinkommt, dann muss der Diener tätig werden. Es kommt überhaupt nicht in Frage, dass du mir die Füße wäschst!“ Jesus korrigiert nun den Petrus: „Lass dir von mir die Füße waschen. Ich möchte, dass du ganz rein bist – und wenn du es fertigbringst, dir von mir helfen zu lassen ... wenn du es gelernt hast, vom hohen Ross deiner Selbstsicherheit

herunter zu steigen ... wenn du es einsiehst, dass du dreckig bist und Hilfe nötig hast – dann erst hast auch du genügend an Demut“ (vgl. Joh 13,10).

Meine Damen und Herren! Wir sollten uns als Helfende oder Pflegende – als Caritasleute – klarmachen, dass Demut ein wechselseitiges Geschenk ist. Nicht nur Helferinnen und Helfer, die sich niederknien vor dem Bedürftigen – nicht nur sie sind demütig! Auch jeder andere, der sich in seiner Hilflosigkeit pflegen lässt, wird sehr viel an Demut aufbringen müssen. Denken wir doch zum Beispiel an einen hilflosen Patienten im Pflegebett: Bisher hat er seine Füße immer selber gewaschen, und bisher hat er sie auch immer freiwillig gewaschen – und er konnte sich auch äußern dazu. Jetzt muss er alles mit sich geschehen lassen. Und er wird einsehen, dass er schwach und hilflos geworden ist. Das ist ein schwieriger Reifungsprozess und dann auch eine harte Belastung. Das ist die eigentliche Prüfung der Demut. Vielleicht muss einer, der sich waschen lässt, sich mit seinem eigenen Schamgefühl auseinandersetzen! Vielleicht muss er sogar sein Schamgefühl überlisten oder besiegen. Auch das bedeutet: demütig sein!

Das ist heute mein Wunsch an uns alle, die wir mit der Caritas so eng verbunden sind. Es möge uns gelingen, diese grundsätzlichen inneren Haltungen zu verwirklichen, die wir auf dem Bild vom Kloster Langenzenn sehen können. Der eine kniet sich nieder und er wäscht schmutzige oder kranke Füße. Er überwindet sich und schenkt ein Stück seiner Persönlichkeit dem Kranken. Und der andere – der Kranke und Schmutzige – er muss sich überwinden und schenkt auch ein Stück seiner Persönlichkeit! Ja, mehr noch, er schenkt vielleicht sogar ein Stück seiner Menschenwürde dem, der vor ihm kniet. Und wenn beide wissen, was sie tun, dann profitieren sie unendlich viel voneinander.

Noch einmal ein Blick auf unser Bild: Wir haben Jesus betrachtet und den Petrus. Zum Schluss sollten wir unbedingt einen Blick auf die anderen Apostel werfen. Sie schauen und wundern sich und lernen, sie beobachten und machen sich ihre Gedanken. Bei unserer heutigen Diskussion sitzen wir auch so ähnlich da, wie auf dem Bild die Apostel. Wir schauen und hören, wir lernen, wir sind ein wenig ratlos und gleichzeitig auch ein wenig neugierig. Wir schauen gebannt auf Jesus! Und wir schauen auf Jesus nicht nur deshalb, weil es im Leitbild steht.



Die Zuhörer konnten die Darstellung der Fußwaschung auf einem eigenen Abzug betrachten.

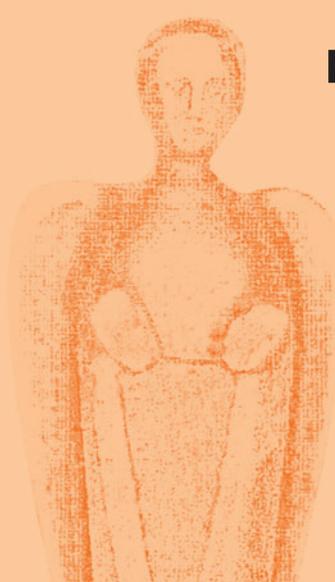


Referenten

- Dr. Georg Beirer** Moralthologe; arbeitet nach psychotherapeutischer Ausbildung freiberuflich in eigener Praxis für „psychotherapeutische Theologie, pastorale Supervision und geistliche Begleitung“
- Msgr. Edgar Hagel** Oberstudiendirektor i.K. i.R.,
1. Vorsitzender des Caritasverbandes für die Erzdiözese Bamberg e.V.
- Georg Kröppel** seit 2003 Präsident des Landgerichts Bamberg,
neben Verwaltungsaufgaben Vorsitzender einer Berufungs- und Beschwerdekammer in Zivil- und Betreuungssachen,
1. Vorsitzender des Caritasverbandes für die Stadt Bamberg e.V.,
Mitglied im Vorstand des Caritasverbandes für die Erzdiözese Bamberg e.V.
- Dr. Peter Landendörfer** Facharzt für Allgemeinmedizin, Geriatrie,
Lehrbeauftragter am Institut für Allgemeinmedizin an der TU München,
1. Vorsitzender des Caritasverbandes für den Landkreis Bamberg e.V.,
Mitglied im Vorstand des Caritasverbandes für die Erzdiözese Bamberg e.V.
- Weihbischof Werner Radspieler** Bischofsvikar für Caritas und soziale Dienste, Leiter der Hauptabteilung I „Caritas und soziale Dienste“ im Erzbischöflichen Ordinariat Bamberg,
von 1996 bis 2008 1. Vorsitzender des Caritasverbandes für die Erzdiözese Bamberg e.V.
- Christian Rester** Diplom-Pflegewirt (FH), cand.-phil., cand.-theol.,
1993 Krankenpflegeexamen, Pflege und Intensivpflege in Neumarkt und Augsburg,
seit 2000 am Uni-Klinikum Regensburg Qualitätsmanagement, Casemanagement, Intensivstation,
seit 2008 Mitglied im Klinischen Ethikkomitee,
2002 – 2006 Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg,
seit 2006 Diplomstudiengang Katholische Theologie an der Universität Regensburg,
seit 2007 Doktorat über „Gerontologie: soziales Ehrenamt im Alter“
- Erzbischof Dr. Ludwig Schick** Prof. Dr. iur. can.,
von 1995 bis 2002 Generalvikar des Bischofs von Fulda,
1998 bis 2002 Weihbischof in Fulda,
seit 2002 Erzbischof von Bamberg,
seit 2006 Leiter der Kommission X „Weltkirche“ der Deutschen Bischofskonferenz

Leiter von Workshops

- Dr. Bernhard Bleyer** Akademischer Rat a. Z. an der Professur Theologische Anthropologie und Wertorientierung (TAWO) der Universität Regensburg, Bildungsreferent für „Ethik in Medizin und Pflege“ an der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V., Lehrauftrag „Person und Wertorientierung“ im Fachbereich Pflege an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München
- Dr. med. Jörg Cuno** Internist / Palliativmedizin, Qualifizierter Palliativarzt (QPA), Oberarzt und Leiter des Zentrums für Palliativ- und Hospizversorgung der Sozialstiftung Bamberg, Ermächtigung zur ambulanten Palliativversorgung, Weiterbildungsbefugnis für Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (12 Monate), Fachlicher Ausbildungsleiter an der Hospizakademie Bamberg (volle Weiterbildung Zusatzbezeichnung Palliativmedizin), Prüfer im Fachgebiet Palliativmedizin bei der Bayerischen Landesärztekammer, Fachexperte für Palliativmedizin der LGA InterCert
- Dr. med. Angela Jakob** Studium der Humanmedizin in Ulm, Arbeit in der Aids-Beratung an den Gesundheitsämtern Neu-Ulm und Heilbronn, Assistenzarztzeiten am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, am Krankenhaus Burgebrach, am Klinikum Bamberg in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Nephrologie, Psychiatrie, Strahlentherapie, Fachärztin für Allgemeinmedizin seit 1997, 1996 – 2003 Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis, seit 2004 Einzelpraxis in Bamberg, derzeit in Zusatzausbildung Palliativmedizin
- Philipp Meyer-Rutz** seit 1977 bei der Bamberger Justiz beschäftigt, zunächst am Landgericht, dann bei der Staatsanwaltschaft, seit 1985 am Amtsgericht Bamberg, seit 01.12.1991 für die Betreuungssachen als Richter zuständig (zunächst allein, inzwischen zusammen mit drei Kolleg[in]en)
- Elisabeth Nüßlein** Dipl. Sozialpädagogin (FH), Fachreferentin beim Caritasverband für die Erzdiözese Bamberg e.V., seit 2006 für die Fachbereiche Hospizarbeit, Psychiatrie, Suchtkrankenhilfe und Rechtliche Betreuungen, Kommunikationstrainerin, Gruppentherapeutin (ASIS), Trauerbegleiterin, Prozessberaterin für Einrichtungen zum DiCV-Qualitätsmanagement, seit 2002 Nebenberufliche Referententätigkeit für das Erzbischöfliche Ordinariat Bamberg und die Hospizakademie Bamberg zu den Themen Sterbe- und Trauerbegleitung, Kommunikation mit sterbenden und trauernden Menschen, Verwaiste Eltern sowie Kind und Tod, Dozentin für Palliative Care
- Rosalie Scherlein** Diplomtheologin, Diplompädagogin, Pastoralreferentin mit Gemeindeerfahrung, sieben Jahre Klinikseelsorgerin an der Uniklinik Erlangen, seit 2003 in der Seniorenpastoral tätig, seit 2006 Diözesanreferentin für Seniorenpastoral im Erzbistum Bamberg
- Annemarie Stengel** Dipl. Sozialpädagogin (FH), Fachreferentin beim Caritasverband für die Erzdiözese Bamberg e.V., seit 2006 für den Fachbereich Offene Altenarbeit in der Abteilung Gesundheits-, Alten- und Eingliederungshilfe, Gruppentherapeutin (ASIS), Prozessberaterin für Einrichtungen zum DiCV-Qualitätsmanagement, seit 1996 ehrenamtliche Mitarbeiterin beim Hospizverein Bamberg in unterschiedlicher Funktion, 2005 Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen „Palliative Care – Behandlung, Pflege und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen“, seit 2009 2. Vorsitzende des Hospizvereins Bamberg
- Antonie Viehoff** Diplomtheologin, Pastoralreferentin im Erzbistum Bamberg, seit 1989 als Klinikseelsorgerin in der Krankenhausesseelsorge tätig, zuerst am Klinikum Nürnberg, seit 2008 am Klinikum Fürth



**DR. HEINRICH
HOFMEISTER-STIFTUNG**

**ZUR FÖRDERUNG
CHRISTLICHER HOSPIZARBEIT**

unterstützt Pflege und Begleitung
Schwerstkranker im Erzbistum Bamberg

Spendenkonto:
Kto.-Nr. 9 047 050
BLZ 750 903 00
Liga Bank Bamberg

Dr. Heinrich Hofmeister-Stiftung
Heimgartenstraße 7 • 91301 Forchheim
Telefon 0 91 91 / 26 53

DRUCKEREI FRUHAUF 

Satz & Layout
Prospekte
Kataloge
Geschäftsdrucksachen
UV-Foliendruck
Heiß- & Blindprägungen

Wir bringen
Farbe
aufs Papier!



mail@fruhauauf.de www.fruhauf.de
Laubanger 13 | 96052 Bamberg | Tel. 0951 96559-0 | Fax 0951 65575

