

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

Nr. 2/2012

ISSN 2194-2730

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

es freut uns sehr, dass die erste Ausgabe der „Ludwigshafener Ethischen Rundschau“ (LER) ein überwiegend positives Echo hervorgerufen hat. Wir bedanken uns an dieser Stelle bei Ihnen für Ihr offenes Feedback und Ihre konstruktive Kritik, wodurch Sie uns bei der Weiterentwicklung der LER helfen.

Mit der zweiten Ausgabe der LER laden wir Sie wieder dazu ein, zusammen mit uns aus ethischer Perspektive einen Blick auf verschiedene Themen aus Medizin und Pflege zu werfen:

Wie sieht im Allgemeinen die Arbeit von Ethik-Komitees in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aus? Führt die Sorge um die Gesundheit in unserer Gesellschaft dazu, dass die Gesundheit zu einer Art Ersatzreligion stilisiert wird? Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe – Welche Formen der Sterbebegleitung sind ethisch vertretbar, welche überschreiten die ethischen Grenzen? Stichwort Demenz: Was sagt der Deutsche Ethikrat in seiner jüngsten Stellungnahme?

Diesen und anderen Fragen gehen wir mit unseren Autoren in der vorliegenden Ausgabe nach. Lassen Sie sich auf die Diskussionen ein! Auf Ihre Rückmeldungen und Anregungen sind wir wieder sehr gespannt.

Ihr Johannes Lorenz

Inhalt

2	Klinische Ethikberatung in Krankenhaus und Altenpflegeeinrichtung Timo Sauer
6	Gesundheit als Religion? Dominik Baltes
11	Palliativmedizin und Sterbehilfe Ruth Scholz
16	Lebendige religiöse Erfahrung ist immer auch spirituell Eckhard Frick SJ
19	Künstliche Ernährung auf jeden Fall? Monika Wacker und Anja Becklönne
27	Demenz und Selbstbestimmung Klaus Klother
32	Rezension: Borasio – Über das Sterben Birgit Meid-Kappner

Das Zitat >>

Einen Menschen sterben zu lassen, kann sehr wohl ethisch zu verantworten sein. Zum Menschen gehört es, dass er den Tod hinnehmen muss.

Ruth Scholz, Seite 13

Klinische Ethikberatung in Krankenhaus und Altenpflegeeinrichtung

Klinische Ethik-Komitees genießen sowohl in der Fachpresse als auch bei den Mitarbeitern von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen hohe Aufmerksamkeit. Oft sind jedoch Aufgaben und Arbeitsweise nur vage bekannt. Dieser Artikel soll hierüber grundsätzlich informieren.

Klinische Ethik-Komitees gehören spätestens seit einer Empfehlung der Bundesärztekammer im Jahr 2006 zu den selbstverständlichen Bestandteilen von Kliniken¹. In den letzten Jahren entstanden aber auch ähnliche Strukturen in Pflegeeinrichtungen. Die wesentlichen Aufgaben von Ethik-Komitees liegen in der Organisation von Ethik-Fortbildungen, dem Erstellen von Leitlinien und der ethischen Fallberatung. Die Fallberatung ist die wichtigste und gleichzeitig anspruchsvollste Aufgabe der Ethik-Komitees. Zwei Faktoren erschweren deren Arbeit: Zum einen ist es für Ethik-Komitees nicht einfach, in einer Institution hinreichend bekannt zu sein, was dazu führt, dass Angebote nicht in Anspruch genommen werden. Das notwendige Maß an interner Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit ist erheblich. Zum anderen ist Ethikberatung eine komplexe und voraussetzungsreiche Arbeit, die vom Ethikberater ein hohes Maß an Kenntnissen und Erfahrungen erfordert.

Formen und Themen von ethischen Fallbesprechungen

Anlass für eine ethische Fallbesprechung könnte etwa die Frage sein, ob und in welcher Weise eine kurative Therapie fortgeführt wird. Für einen Therapieabbruch könnte es dann zwei Gründe geben: Zum einen eine nicht oder nicht mehr vorliegende Einwilligung, etwa wenn ein Patient in einer Patientenverfü-

¹Bundesärztekammer (Hrsg.): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten in: Deutsches Ärzteblatt 2006; 103(24): A-1703 / B-1455 / C-1407.



Dr. rer. med. **Timo Sauer** M.A., Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Klinischen Ethikkomitees der Uniklinik Frankfurt und des Senckenbergischen Institutes für Geschichte und Ethik der Medizin, examinierter Krankenpfleger

gung für eine bestimmte Situation eine bestimmte Therapie ausschließt. In solchen Fällen muss oft erst geklärt werden, ob die in der Patientenverfügung vorgesehene Situation mit der aktuellen Situation übereinstimmt oder ob der Ausschluss einer bestimmten Maßnahme auf den konkreten Anlass übertragbar ist. Es geht darum, den nicht immer ganz eindeutigen Willen eines Patienten zu interpretieren, so dass er angemessen umgesetzt werden kann, auch wenn er der medizinisch-pflegerischen Vernunft ggf. widerspricht.

Der zweite Grund für den Verzicht auf eine kurative Therapie könnte in einer nicht mehr vorliegenden Indikation für eine Maßnahme, also einer zwar möglichen, aber ggfs. nicht mehr zur Heilung führenden Maßnahme liegen. Der daraus hervorgehende Entscheidungskonflikt (Lebenserhalt oder Lebensverlängerung) ist meist noch schwerer zu lösen. Die persönlichen Einschätzungen über das Wohl eines Patienten gehen oft weit auseinander. Die Frage, ob beispielsweise die effektive Lebensverlängerung zum Guten oder Schlechten eines Patienten ist, kann dann selbst im Team umstritten sein. In der Praxis wird zudem auch oft nicht klar zwischen persönlichen Vorstellungen und medizinischer Einschätzung unterschieden, was die Entscheidungsfindung noch erschwert. In solchen Fällen kann Ethikberatung nach einem bestimmten Verfahren hilfreich sein, die Komplexität eines Falles durch die Trennung der verschiedenen Ebenen zu reduzieren, um eine Konsensentscheidung zu ermöglichen.

Es kann selbst im Team umstritten sein, ob eine effektive Lebensverlängerung zum Guten oder Schlechten des Patienten ist.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Problemfelder, wie Schwangerschaftsabbrüche, Fragen der Reproduktions- oder Transplantationsmedizin, aber auch Fragen der gerechten Ressourcenverteilung, die von Ethik-Komitees bearbeitet und in Ethik-Fallberatungen thematisiert werden können.

Häufig gibt es auch grundsätzliche, formelle Fragen: Wie geht man mit einem Dissens im Team um, etwa wenn unterschiedliche medizinische Einschätzungen einer Situation ethische Fragestellungen aufwerfen? Oder damit, wenn nach einer Ethikberatung weiterhin keine Einigung zustande kommt? Hierbei haben sich ad-hoc-Regelungen, d. h. vorläufige Regelungen bewährt, die einen Zeitpunkt oder ein Ereignis definieren, durch das eine erneute Erörterung der Problematik eingeleitet wird.

Ethikberatung gibt es sowohl in Kliniken als auch in Pflegeeinrichtungen. Es gibt allerdings einige relevante Unterschiede im aufkommenden Fallspektrum: Geht es in Kliniken primär um Fragen der Selbstbestimmung in Bezug auf medizinische oder pflegerische Maßnahmen, sind im Altenpflegeheim zusätzlich Einschränkungen der Privatsphäre und der persönlichen Lebensführung von Bedeutung. Einschränkungen der Privatsphäre sind in Kliniken aufgrund des „vorübergehenden“ Aufenthaltes sehr viel eher akzeptabel, als bei dauerhaften Aufenthalten in Altenpflegeheimen. Dies wird dadurch weiter verstärkt, dass die Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit des hochaltrigen Menschen in der Regel zunimmt, so dass die Privatsphäre und ein eigener Lebensstil immer schwerer realisiert werden können. Daraus resultiert entsprechend ein unterscheidbares Konfliktspektrum in Klinik und Pflegeeinrichtung.

Geht es in Kliniken primär um Fragen der Selbstbestimmung, erweitert sich das Aufgabenspektrum in Altenpflegeheimen um die Einschränkung der Privatsphäre und der persönlichen Lebensführung.

Man unterscheidet grundsätzlich zwei Arten von Fallbesprechungen: Erstens die retrospektive und zweites die prospektive Fallbesprechung. Die retrospektive Fallbesprechung bezieht sich auf Fälle, die in der Vergangenheit liegen. Der Sinn oder das Ziel einer retrospektiven Fallbesprechung liegt entweder in der Fortbildung der Teilnehmer oder in deren Entlastung, etwa durch Gruppen-Supervision oder betreute Balintgruppen. Die prospektive Fallbesprechung hingegen bezieht sich auf einen realen Fall, d. h. auf einen Konflikt, dessen Entscheidung noch aussteht. Ziel der prospektiven Fallbesprechung ist es also, eine ethisch angemessene Entscheidung für den Patienten oder Bewohner zu treffen. Ein weiterer Typus von prospektiver Fallbesprechung, der besonders in Einrichtungen der Altenpflege Anwendung finden kann, ist die präventive Fallbesprechung. Da Bewohner über einen sehr viel längeren Zeitraum in Pflegeeinrichtungen sind, können ethische Fragen bereits thematisiert werden, bevor Entscheidungsdruck entsteht.

Formen der Fallbesprechung²

Besprechungsform	Funktionen/Ziel	Wirkung auf Entscheidungsfindung
prospektive Fallberatung	- richtige Entscheidung - Entlastung - Lernprozess	unmittelbar (Ethikberatung)
präventive Fallberatung	- richtige Entscheidung - Entlastung - Lernprozess	potenziell (Ethikberatung)
retrospektive Fallbesprechung	- Entlastung - Lernprozess - richtige Entscheidung	keine (keine Ethikberatung)

²Systematik nach:
Bockenheimer-Lucius et al.
(im Druck)

Fazit

Ethik-Komitees sind mit ihren unterschiedlichen Angeboten eine Bereicherung für die verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens. Die enormen Möglichkeiten der technischen Medizin einerseits und der demographische Wandel andererseits sorgen dafür, dass sich ethische Fragen im Gesundheitswesen immer häufiger und immer drängender stellen. Der Anspruch von Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen, den Patienten bzw. Bewohner in den Mittelpunkt der medizinisch-pflegerischen Praxis zu stellen, lässt sich nicht einfach nur durch immer mehr Technik bzw. immer bessere und intensivere Pflege einlösen. Der Wille des Patienten, seine Präferenzen und ein „menschliches Maß“ müssen in komplexen Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden. Ethik-Komitees leisten einen wesentlichen Beitrag dafür, diesen Anspruch einzulösen.

Literatur:

- » Gisela Bockenheimer-Lucius/Renate Dansou/Timo Sauer, Das Ethik-Komitee im Altenpflegeheim, Frankfurt am Main, im Druck
- » Andreas Frewer/Florian Bruns/Arnd T. May (Hg.), Ethikberatung in der Medizin, Heidelberg 2012
- » Andrea Dörries u.a. (Hg.), Klinische Ethikberatung, Stuttgart 2010
- » Timo Sauer/Arnd T. May, Ethik in der Pflege, Berlin 2011

Gesundheit als Religion?

In unserer Gesellschaft ist der Trend zu einer starken Betonung der Gesundheit zu beobachten. Der nachfolgende Beitrag geht daher der Frage nach, ob diese Tendenzen gar religiöse Züge tragen.

Wir ernähren uns gesund, treiben Sport um fit zu bleiben, kaufen Cremes u. ä. um die sichtbaren Spuren des Älterwerdens zu bekämpfen, vielleicht nehmen wir sogar an einer Botoxparty teil. Für viele Menschen lautet das Motto: Ich will leben, will Spaß, ich gebe Gas. In einer auf Konsum und Leistung ausgerichteten Gesellschaft ist Krankheit das, was man so gar nicht gebrauchen kann. Plötzlich weicht der Spaß dem Ernst, man lebt vielleicht nur noch mit angezogener Handbremse. Gesundheit ist angesagt, allerorten, und sie wird auch stetig gewünscht: kein Geburtstag vergeht, ohne dass nicht betont wird, dass gesund zu bleiben das Wichtigste sei. Peinlich berührt wird allerdings dann geschwiegen, wenn der Jubilar bereits erkrankt ist.

Die hier vielleicht holzschnittartig beschriebenen Verhaltensweisen haben beispielsweise bei dem Psychiater und Theologen Manfred Lütz zur Diagnose einer Gesundheitsreligion geführt. Wo Menschen früher ihr Leben auf Gott ausgerichtet haben, würde heute die Gesundheit an dessen Stelle gerückt und zum höchsten Gut erklärt. Nachfolgend möchte ich dieser These ein wenig nachgehen und schließlich mit einigen kurzen Gedanken zum Verhältnis von Gesundheit und Krankheit meine Überlegungen beschließen.

Gesundheit als Ersatzreligion

Menschen müssen ihr Leben führen, das hat ein wichtiger Zweig der Philosophie, die Lehre vom Menschen (Philosophische Anthropologie), im 20. Jahrhundert hervorgehoben. Klingt trivial, hat aber eine tiefere Bedeutung. Denn im Gegensatz zum Tier verfügt der Mensch mit seiner Geburt nicht über die opti-



Dr. des. **Dominik Balthes**,
Dipl.-Theol., Promotion in
Moraltheologie mit einer
Arbeit zum Verhältnis
von Gesundheit und
Heil, seit Januar 2012
Studienreferendar für
das höhere Lehramt an
Beruflichen Schulen in
Baden-Württemberg,
Lehrbeauftragter an der Uni
Freiburg

male Einpassung in eine bestimmte Umwelt, in der er sich instinktiv bewegen kann. Der Mensch bestimmt für sich selbst, wie sein Leben gelingen kann. Er kann sich dafür nicht allein auf Instinkte verlassen. Der Mensch muss sein Leben selbst gestalten, sein Leben selbst führen. Das Ergebnis des selbstbestimmten Verhaltens kann man als Kultur bezeichnen. Kultur meint dann im weitesten Sinne alles, was der Mensch selbst hervorbringt, wie zum Beispiel Technik und Kunst aber auch Recht und Wirtschaft. Gleichzeitig bleibt der Mensch an seine naturgegebenen Voraussetzungen gebunden: er hat einen Körper, der nach biologischen Gesetzmäßigkeiten funktioniert. Der Mensch ist also zugleich Natur- und Kulturwesen.

Für die Frage nach der Gesundheit hat diese Bestimmung des Menschen wesentliche Konsequenzen. Denn die Gesundheit des Menschen setzt aufgrund seiner Körperlichkeit zumindest ein gewisses Maß an „Funktionieren“ seines Körpers voraus. Wie wichtig dies ist, sehen wir daran, dass uns oft erst bei Störungen dieses Ablaufs bewusst wird, was Gesundheit meint. Denn solange wir keine „Störungen“ unseres Körpers wahrnehmen, nehmen wir in der Regel auch unsere Gesundheit nicht wahr. Menschen denken in der Regel weniger über ihre Gesundheit als über Krankheiten, nämlich als „Störungen“ des Körpers, nach. Der Philosoph Hans-Georg Gadamer hat dafür einmal die schöne Formulierung von der „Verborgenheit der Gesundheit“ geprägt.

Solange wir keine „Störungen“ des Körpers wahrnehmen, nehmen wir auch unsere Gesundheit nicht wahr.

Daneben ist unser Verständnis von Gesundheit auch geleitet von der Definition, die wir ihr geben. Diese Definition wiederum ist von kulturellen Einflüssen abhängig. Welche Aspekte halten wir für unbedingt notwendig, um von einem gesunden Menschen sprechen zu können? Muss dieser Mensch jederzeit absolut zu allem fähig sein? Muss es ihm in allen Belangen vollkommen gut gehen oder reicht es vielleicht aus, dass er körperlich und geistig leistungsfähig und belastbar ist? Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht in ihrer Definition aus dem Jahre 1948 sehr weit, wenn sie Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit versteht, sondern als Zustand vollkommenen Wohlbefindens in physischer, psychischer und sogar sozialer Hinsicht. Gibt es denn dann überhaupt noch irgendeinen gesunden Menschen?

Die Definition der WHO verdeutlicht zumindest, dass Gesundheit nicht bloß das reibungslose Funktionieren von Organen beim Menschen meinen kann. Dies liegt we-

sentlich darin begründet, dass der Mensch als Kulturwesen sein Leben führen muss, sich also Ziele setzen und diese auch verfolgen muss. Ein Anzeichen für Krankheit beim Menschen könnte dann sowohl die Unfähigkeit sein, solche Ziele setzen, als auch das Unvermögen, die Ziele ausreichend verfolgen zu können. Die Definition der WHO wirkt mitunter ein Stück weit ausufernd und realitätsfern, da sie nicht berücksichtigt, dass gewisse Einschränkungen und Belastungen auch im sozialen Bereich zum Leben dazu gehören können. Vor dem Hintergrund, dass es bei der Gesundheit auch um die Fähigkeit geht, (frei gewählte) Ziele verfolgen zu können, deren Verwirklichung auch einen Beitrag zu einem guten und gelingenden Leben leistet, wird deutlich, dass Gesundheit nicht ein Gut neben anderen ist. Es erscheint vielmehr als ein fundamentales Gut, durch das man also erst die Möglichkeit erhalte, andere Ziele zu erreichen.

Die Definition der WHO verdeutlicht, dass Gesundheit nicht bloß das reibungslose Funktionieren von Organen beim Menschen meinen kann.

Aber ist die Gesundheit das höchste Gut? Wohl eher nicht, denn ein Mensch, der sein Leben vor allem an Gesundheit ausrichtet, gelangt hierdurch nicht automatisch zu einem erfüllteren Leben. Er beraubt sich ganz im Gegenteil vielfältiger Möglichkeiten der Selbstverwirklichung im besten Sinne des Wortes. Für den Philosophen Volker Gerhardt gehört es zur Gesundheit, dass ein gesunder Mensch diese durchaus auch einmal „riskiert“. Dies ist vielleicht auch eine grundlegende Aussageabsicht von Manfred Lütz, auch wenn er seine These von der Gesundheitsreligion überspitzt und kabarettartig ausführt. Lütz möchte verdeutlichen, wie unzureichend eine Gesundheitsreligion ist. Eine überzogene Befolgung von Regeln für ein „gesundes Leben“ steht einem gelingenden Leben eher im Wege. Und zu einem erfüllenden und gelingenden Leben wollen Religionen einen Beitrag leisten. Im Falle des Christentums bedeutet dies auch eine bleibende Erinnerung daran, dass das menschliche Leben Einschränkung und Belastung bedeuten kann. Christlicher Glaube möchte gerade auch zur Bewältigung von Krankheiten Deutungshilfen anbieten.

Ist die Gesundheit das höchste Gut? Eher nicht. Eine überzogene Befolgung von Regeln für ein „gesundes Leben“ steht einem gelingendem Leben sogar im Wege.

Abschlussüberlegungen

Gesundheit ist ein wichtiges und zentrales Gut und trägt in vielfältiger Weise zum guten und gelingenden Leben bei. Trotzdem sollte Gesundheit nicht überschätzt werden. Wir sollten vielmehr immer auch die bleibende Gebrochenheit und Zerbrechlichkeit des Lebens im Blick haben. Genau dies scheint auch das Anliegen der Warnung vor der „Gesundheitsreligion“ zu sein. Die starke (Über-) Betonung der Gesundheit und der „Wahn“ vieler Menschen bei der Sorge darum ist wohl auch eine Folge von gesellschaftlichen Tendenzen, die die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft jedes Einzelnen stark in den Mittelpunkt stellen: Wer Schwäche und Anfälligkeit zeigt, zieht schnell den Kürzeren. Zugleich zieht das Angebot des christlichen Glaubens zu Lebensdeutung und -gestaltung heutzutage immer weniger Menschen Westeuropas an. Damit geht für diese Menschen eine Möglichkeit des produktiven und gelassenen Umgangs mit Leid und Krankheit verloren. Es entfällt insbesondere ein Vertrauen darauf, dass das letzte und endgültige Heil nicht durch den Menschen selbst heraufgeführt zu werden braucht. Die Erhebung der Gesundheit zur (Ersatz-) Religion vermag dies nicht zu kompensieren. Dass es die absolute Gesundheit nur als Idealvorstellung gibt, wusste bereits die antike „Humoralpathologie“, die Säftelehre. Die moderne Gesundheitssoziologie spricht daher von dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum, auf dem wir uns stetig bewegen. Gesundheit ist dann im Grunde der Zwischenzustand zwischen Krankheit und absolutem Wohlbefinden, klassisch ausgedrückt das „ne-utrum“ (lat.: keines von beiden), das Weder-noch, eben jener Zustand, in dem wir keine Veranlassung dazu haben, uns mit unseren physisch-psychischen Vorgängen zu beschäftigen: Verborgenheit der Gesundheit.

Mit dem Bedeutungsverlust des christlichen Glaubens geht eine Möglichkeit des produktiven und gelassenen Umgangs mit Leid und Krankheit verloren.

Der Mensch darf und soll sich um seine Gesundheit sorgen und verantwortlich mit ihr umgehen. Zu wünschen ist ihm aber, dass er darüber nicht vergisst, sein Leben so zu führen, dass es gelingt und glückt. Dazu kann auch im Falle von Krankheit und Einschränkung gehören, Ziele zu überdenken und neuen, veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Herausforderung und Auszeichnung menschlichen Lebens zugleich.

Literatur:

- » Dominik Baltes, Heil im Hier und Jetzt? „Gesundheitsreligion“ als Substitut christlich-religiöser Heilerwartung?, in: Daniel Schäfer u. a. (Hg.), Gesundheitskonzepte im Wandel, Stuttgart 2008, 151-176
- » Manfred Lütz, Lebenslust: wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult; ein Buch über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit und darüber, wie man länger Spaß am Leben hat, München 2002

Palliativmedizin und Sterbehilfe

Palliativmedizin unterscheidet sich von der so genannten kurativen Medizin darin, dass sie nicht (mehr) auf Heilung des Patienten abzielt, sondern ihm das Leben mit seinem Leiden so gut es geht zu erleichtern versucht. „Wenn nichts mehr zu machen ist“ – wie man manchmal sagt – dann ist für den Palliativmediziner eben noch sehr viel zu machen. Doch welche seiner Handlungen sind ethisch vertretbar? Darf er Schmerzmittel geben, die eventuell das Leben verkürzen? Darf er beispielsweise künstliche Ernährung einstellen? Hier stellt sich dann die Frage nach verschiedenen Formen der Sterbehilfe.

Palliativmedizin ist eine Fachrichtung der Medizin, die – glücklicherweise – auch in Deutschland immer mehr Aufmerksamkeit gewinnt. Da sie sich jedoch im Grenzbereich von Leben und Sterben bewegt, stellen sich ethische Fragen hier mit besonderer Vehemenz. Gerade die Diskussion um die Patientenverfügung hat in den letzten Jahren die Frage nach dem, was am Lebensende getan oder gegebenenfalls unterlassen werden soll, auch für eine breitere Öffentlichkeit ins Zentrum gerückt.

In Deutschland ist klar, dass aktive Sterbehilfe, d.h. das Verabreichen eines todbringenden Medikamentes, gesetzlich nicht erlaubt und mit dem ärztlichen Ethos wohl nicht vereinbar ist, wie Johannes Lorenz in der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift dargestellt hat. Doch unter Sterbehilfe im weiteren Sinne versteht man auch andere Handlungsformen, deren ethische Verantwortbarkeit im Einzelnen überprüft werden muss.



Dr. Ruth Scholz,
Dipl. Theol., Promotion zum
Thema Euthanasie, seit
2002 Pastoralreferentin in
der Erzdiözese Freiburg, seit
2007 Dekanatsreferentin im
Dekanat Offenburg-Kinzigtal,
seit 2011 Dozentin für
Katholische Moralthologie
im Theologischen Kurs der
Erzdiözese Freiburg

Sterbebegleitung und verschiedene Formen der Sterbehilfe

Sterbehilfe ist dabei zunächst einmal von Sterbebegleitung zu unterscheiden. Letztere hilft dem Menschen beim Sterben. Sterbebegleitung beschleunigt nicht das Sterben, sie erleichtert es nur. Gesprächsbegleitung, pflegerische Maßnahmen, seelsorglicher Beistand aber auch der Regelfall palliativen Handelns sind darum Sterbebegleitung. Sterbehilfe hingegen ist Hilfe zum Sterben, indem sie das Sterben verkürzt.

Das kann zum einen durch aktives Handeln geschehen mit dem direkten Ziel, das Leben zu beenden; dies nennen wir dann aktive Sterbehilfe. Zum anderen kann eine derartige Lebensverkürzung auch dadurch geschehen, dass Leben nicht mehr verlängert wird, weil man z.B. die künstliche Ernährung einstellt oder eine Beatmung gar nicht erst beginnt. Ein solches Vorgehen wird gelegentlich als passive Sterbehilfe bezeichnet oder als Einstellung bzw. Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen. Eine dritte Möglichkeit ist die so genannte indirekte Sterbehilfe. Unter ihr versteht man das in Kauf Nehmen einer eventuellen Lebensverkürzung durch die Gabe von Medikamenten, die aber eigentlich das Leiden lindern sollen. Es werden z.B. Schmerzmittel gegeben mit dem Ziel die Schmerzen zu lindern; diese setzen jedoch als Nebenwirkung die Atemfrequenz des Sterbenden herab und führen so eventuell auch zu einem zeitigeren Tod. Dieser ist dabei nicht das Ziel des Handelns (das ist die Schmerzstillung), er wird nur in Kauf genommen.

Entscheidend für die ethische Bewertung ist das Wesen einer Handlung.

Ist in der Palliativmedizin nun passive und indirekte Sterbehilfe statthaft?

Passive Sterbehilfe oder Einstellung bzw. Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen

Um passive Sterbehilfe ethisch zu bewerten, muss man sich zunächst klar machen, worin das Wesen dieses Handelns besteht: Der Unterschied zur aktiven Sterbehilfe liegt in der Todesursache: Bei aktiver Sterbehilfe ist diese das Handeln des Arztes (oder einer anderen Person), bei der passiven Form hingegen die Krankheit. Der durch aktive Sterbehilfe Getötete stirbt durch die Gabe eines tödlichen Medikaments, bei passiver hingegen daran, dass z.B. sein Herz nicht mehr schlägt und dagegen nicht mit Wiederbelebungsmaßnahmen eingegriffen wird, oder seine Atmung

nicht mehr funktioniert und dem zum Trotz die Sauerstoffzufuhr nicht künstlich ermöglicht wird. Todesursache ist der „natürliche“ Herzstillstand oder das Versagen der Atmung, nicht das Handeln bzw. Nichthandeln des Arztes. So kann sogar das Abschalten eines Beatmungsgerätes passive Sterbehilfe sein, obwohl hier aktiv der Stecker aus der Steckdose gezogen oder der Schalter umgelegt wird. Wichtig ist also nicht, ob der Arzt aktiv etwas tut oder nur passiv nichts tut. Passive Sterbehilfe heißt diese deshalb, weil der Arzt passiv bleibt hinsichtlich der Krankheit. Er unternimmt nichts mehr gegen sie oder hört auf etwas dagegen zu unternehmen. Er lässt den Patienten sterben, tötet ihn aber nicht.

Einen Menschen sterben zu lassen, kann sehr wohl ethisch zu verantworten sein. Zum Menschen gehört es, dass er den Tod hinnehmen muss. Irgendwann ist der Tod sein Schicksal, und es macht keinen Sinn mehr ihn zu verhindern. Dann ist es menschenwürdig, diesen Tod auch zuzulassen. Darum kann, ja muss sogar manchmal, eine künstliche Beatmung eingestellt werden.

Dies allerdings erst dann, wenn mit ziemlicher Sicherheit nicht anzunehmen ist, dass der Patient je wieder ohne künstliche Beatmung leben können. Erst wenn der Tod als verfügt anzunehmen ist, ist sterben lassen ethisch gerechtfertigt.

Dabei ist es auch entscheidend, welche Form von Behandlung eingestellt wird. Die Grundversorgung eines Patienten, z.B. mit warmen Decken, das Reinigen des Patienten etc. dürfen nie eingestellt werden, sehr wohl aber so genannte außerordentliche Maßnahmen wie z.B. die künstliche Beatmung, die Wiederbelebung, die Gabe von Antibiotika usw. Ob auch die künstliche Ernährung zu den außerordentlichen Maßnahmen gehört, ist umstritten. Zum einen gehört die Ernährung sicher zur Grundversorgung. Wenn diese aber auf natürlichem Weg nicht mehr möglich ist, muss die Ernährung z.B. mittels einer Sonde wohl zu den außerordentlichen Maßnahmen gezählt werden, die eingestellt oder nicht eingeleitet werden dürfen.

Was im Einzelfall einzustellen oder zu unterlassen ist und wann an Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen überhaupt gedacht werden kann, ist vielleicht die schwerste aller Entscheidungen, die oft auch im Team der Ärzte, Pflegenden, An-

Einen Menschen sterben zu lassen, kann sehr wohl ethisch zu verantworten sein. Zum Menschen gehört es, dass er den Tod hinnehmen muss.

gehörigen und Seelsorger getroffen wird. Die Schwierigkeit der Entscheidung darf aber nicht dazu führen, dass man immer die maximal mögliche Behandlung durchführt. Ist der Patient bei Bewusstsein und äußerungsfähig, wird die Entscheidung mit ihm abzustimmen sein. Andernfalls geben Patientenverfügungen sicher wertvolle Hinweise, an die Ärzte auch rechtlich gebunden sind. Dennoch muss in jedem Einzelfall erlassen werden, ob die Krankheit soweit fortgeschritten ist, dass die Patientenverfügung nun greift und passive Sterbehilfe erwogen werden kann.

Die Schwierigkeit der Entscheidung berechtigt nicht zur Durchführung der maximal möglichen Behandlung.

Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe unterscheidet sich von direkter aktiver Sterbehilfe dadurch, dass der Tod hier nur in Kauf genommen und nicht beabsichtigt wird. Das kann durchaus gerechtfertigt sein. Dies allerdings nur, wenn der Tod sowieso unmittelbar bevorsteht und die Lebensverkürzung nur geringfügig ist – die Verhältnismäßigkeit muss gewahrt sein. Darüber hinaus ist es dringend nötig, die Motive des Handelns genau zu klären. Wird der Tod wirklich nur in Kauf genommen oder ist er nicht doch beabsichtigt? Indirekte Sterbehilfe, die ethisch gerechtfertigt ist, liegt z.B. vor, wenn ein Medikament zur Schmerzstillung eingesetzt wird, das als Nebenwirkung das Leben verkürzt. Nicht gerechtfertigt wäre es hingegen, wenn das Medikament eingesetzt wird und man den früheren Tod dadurch erhofft, weil ja auch der Tod die Schmerzen stillt. Von außen betrachtet ist darum aktive (verbotene) und indirekte (ethisch gerechtfertigte) Sterbehilfe manchmal nicht klar zu unterscheiden. Dennoch besteht dazwischen ein wesentlicher Unterschied: die Absicht des Handelnden. Ein Hinweis von außen kann z.B. die Dosis des Medikamentes sein: wird bewusst überdosiert, so liegt aktive Sterbehilfe vor, wird die Dosis hingegen so gewählt, dass die Lebensverkürzung weniger wahrscheinlich ist, so handelt es sich um indirekte Sterbehilfe.

Von außen betrachtet sind die verbotene aktive und die ethisch gerechtfertigte indirekte Sterbehilfe nicht klar zu unterscheiden.

Sie wird gelegentlich tatsächlich unumgänglich sein, um Schmerzen und Symptome zu bekämpfen. Es wäre unverantwortlich, einem Sterbenden Medikamente zur Symptombekämpfung vorzuenthalten, nur weil sie möglicherweise auch sein Leben verkürzen. Sicher wird die medizinische Forschung immer mehr versuchen, solche

lebensverkürzenden Nebenwirkungen zu minimieren. Wo dies aber nicht möglich ist, ist indirekte Sterbehilfe geradezu geboten.

Zusammenfassung

Palliativmedizin bemüht sich, dem Patienten das Sterben zu erleichtern. Über weite Strecken tut sie das durch Sterbebegleitung. Es wird aber immer mal wieder auch nötig sein, Behandlungen einzustellen oder nicht einzuleiten bzw. durch Symptombekämpfung einen früheren Todeszeitpunkt in Kauf zu nehmen. Passive und indirekte Sterbehilfe sind unter den oben genannten Bedingungen ethisch erlaubt, manchmal sogar geboten. Gerade das mutigere Anwenden solcher Handlungsformen wird dazu führen, dass unerträgliche Zustände am Lebensende immer weniger auftreten und so der Ruf nach aktiver Sterbehilfe weniger wird. Erfahrungen aus Ländern wie Großbritannien, in denen die Palliativmedizin schon viel früher als bei uns ausgebaut wurde, belegen das übrigens tatsächlich.

Passive und indirekte Sterbehilfe können ethisch erlaubt, manchmal sogar geboten sein.

Weiterführende Literatur:

- » Johannes Lorenz, Beihilfe zur Selbsttötung. Gebotene Hilfe oder ethisch fragwürdige Praxis?, in: Ludwigshafener Ethische Rundschau 1 (2012), 2-7
- » Eberhard Schockenhoff, Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, Freiburg i.Br. 2009
- » Ruht Scholz, Die Diskussion um die Euthanasie. Zu den ethischen Hintergründen einer ethischen Fragestellung, Münster 2002
- » Markus Zimmermann-Acklin, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung, Freiburg i.Br. 2002

Lebendige religiöse Erfahrung ist immer auch spirituell

Gedanken zu Apg 10

Im 10. Kapitel der Apostelgeschichte wird erzählt, dass nicht nur die Gläubigen (Juden und Judenchristen), sondern eine ganze Gruppe um den heidnischen Hauptmann Kornelius eine Erfahrung mit dem Heiligen Geist macht. Es ist eine spirituelle Erfahrung, wie wir mit dem lateinischen Wort spiritus (lat.: Geist, Wind, Atem) sagen können. Interessanterweise bedeutet bei Paulus diese Erfahrung etwas zutiefst Menschliches und gleichzeitig etwas zutiefst Göttliches.

Wenn wir heute von Spiritualität und spiritueller Erfahrung sprechen, so ersetzt dieser Begriff das, was früher mit Religion gemeint war. Im Bereich der Medizin ist man sich dieses Wandels bewusst und verwendet den Doppelbegriff Spiritualität/Religiosität (SPR). Unter Spiritualität wird demnach nicht mehr nur die Bindung an eine Kirche oder institutionalisierte Religionsgemeinschaft verstanden, sondern auch die ganz persönliche Glaubenserfahrung und die damit verbundenen Überzeugungen in Bezug auf Hoffnung und Lebenssinn angesichts einer schweren Erkrankung.

In der konkreten Erfahrung von Krankheit und Leid besinnen sich Menschen weitaus häufiger auf das Authentische, Lebendige, Spirituelle als auf das Institutionelle, Traditionelle, Religiöse. Wie sieht es nun mit dem Christentum aus? Ist die christliche Botschaft religiös oder spirituell? Einerseits wird das Christentum zu den Weltreligionen gezählt und bezeichnet sich selbst als „Religion“ im religionswissenschaftlichen Sinn. Ganz entscheidend aber für das Christentum und für die Gemeinschaft aller lebendigen (Welt-)Religionen ist ihr spiritueller Kern. Denn darüber gelingt eine Verständigung untereinander.



P. Dr. Eckhard Frick SJ, Jesuit, Psychiater, Psychoanalytiker und Facharzt für Psychosomatische Medizin, Professor für Spiritual Care an der Universität München

Andererseits ist das Christentum auch wieder nicht „religiös“: Der protestantische Theologe Karl Barth hat betont, dass sich der Glaube an den Gott Jesu Christi von allen anderen Religionen in der Geschichte der Menschheit unterscheidet. Weil der Gott des Christentums „ganz anders“ ist, also nicht ein für allemal beschrieben und nicht einmal verstanden werden kann, hat auch unser Gottesglaube, so Karl Barth, nichts mit den religiösen Traditionen der Menschheit zu tun.

Ob man nun das Christentum eine Religion nennt oder nicht, die spirituelle Dimension des christlichen Glaubens darf nicht vergessen werden. Auf diese kommt es auch in der Geschichte des Hauptmanns Kornelius in der Apostelgeschichte an, die ich zu Anfang erwähnt habe: Neben der aus heutiger Sicht „konventionell-religiösen“ Ebene (Predigt des Petrus und die abschließende Taufe der Menschen) gibt es eine tiefer liegende, spirituelle Ebene, die man als „ekstatisch“ bezeichnen kann. Man merkt es an der Reaktion der gläubigen Judenchristen, die außer sich sind, ent-setzt. Die Judenchristen sind außer sich darüber, dass der Geist einfach so auf die Heiden „fällt“ bzw. „ausgegossen“ wird, wie die Apostelgeschichte berichtet. Dieses „Ausgegossenwerden“ geschieht unerwartet, ja: bestürzend, aber nicht ohne Vorbereitung. Die dem Kornelius und dem Petrus widerfahrenden Visionen vor ihrer Begegnung bilden eine Art Vorgeschichte für das unerwartete „Ausgegossenwerden“ des Geistes auf die Heiden:

- Der hungrige Petrus hat an einem Mittag auf der Dachterrasse die Vision von allerhand Getier, das im jüdischen Ritualgesetz als unrein gilt: Vierfüßler, Kriechtiere der Erde und Vögel des Himmels (Apostelgeschichte 10,12). Gott gebietet ihm, davon zu essen, doch Petrus weigert sich aus Ekel. Doch trotz seines Ekels sagt ihm eine Stimme: „Was Gott für rein erklärt, nenne du nicht unrein!“
- Kornelius hat seinerseits die Vision von einem Mann im leuchtenden Gewand, der ihn auffordert, Petrus ausfindig zu machen, um ihn bei sich zu empfangen.

Die beiden Visionen ergänzen sich. Petrus ist durch die Vision, auf Gottes Geheiß auch Unreines zu essen, darauf vorbereitet, der Einladung des Kornelius zu entsprechen. Dass die Begegnung zwischen beiden eine lebendige religiöse Erfahrung wird, lässt sich weder aus dem Text der Petruspredigt über die Auferstehung ableiten noch aus dem abschließenden Ritus der Taufe. Lebendig wird diese Erfahrung durch den spirituellen Kontext, in diesem Fall durch die Visionen, durch den geistlichen Hunger

Petrus bekommt durch seine Vision einen umfassenderen Blick auf das universale Wirken Gottes.

des Gottsuchers Kornelius, durch die Bekehrung des Petrus zum Spirituellen: Petrus bekommt durch seine Vision einen umfassenderen Blick auf das universale Wirken Gottes.

Der Psychiater Carl Gustav Jung hat einmal in einem Seminar mit Seelsorgern gesagt: „Unter all meinen Patienten jenseits der Lebensmitte, das heißt jenseits 35, ist nicht ein Einziger, dessen endgültiges Problem nicht das der religiösen Einstellung wäre. Ja, jeder krankt in letzter Linie daran, dass er das verloren hat, was lebendige Religionen ihren Gläubigen zu allen Zeiten gegeben haben, und keiner ist wirklich geheilt, der seine religiöse Einstellung nicht wieder erreicht, was mit Konfession oder Zugehörigkeit zu einer Kirche natürlich nichts zu tun hat“. Was Jung hier „lebendige“ Religiosität und religiöse Einstellung nennt, entspricht dem, was wir heute als „Spiritualität“ bezeichnen. Und sie entspricht der Geist-Erfahrung, die Petrus und Kornelius gemacht haben.

Noch einmal zurück zu der Unterscheidung von Religiosität und Spiritualität: Für gewöhnlich verwenden wir „Spiritualität“ als den breiteren Begriff, als eine Dimension des Menschseins, und zwar unabhängig davon, wie jemand seine Spiritualität lebt, ob er oder sie religiös ist oder nicht. Gerade in der Medizin aber ist es wichtig, nicht zu enge Vorstellungen zu haben: Schauen wir auf die judenchristlichen Begleiter des Petrus, die sich die Augen reiben und entsetzt sind, als sie die Heiden in Zungen reden und Gott preisen hören. Ihnen antwortet Petrus: „Kann jemand denen das Wasser zur Taufe verweigern, die ebenso wie wir den Heiligen Geist empfangen haben?“ (Apostelgeschichte 10,47).

In der Begegnung zwischen Petrus und Kornelius wird deutlich: Das Spirituelle kann überraschend, ja: verstörend ins Leben einbrechen, unsere religiösen Konventionen durcheinander bringen und uns wieder zum Kern des Christentums führen.

*Das Spirituelle kann
überraschend, unerwartet
und sogar verstörend in unser
Leben treten und dabei unsere
religiösen Konventionen
durcheinander bringen.*

Weiterführende Literatur:

- » Kurt Bauer, Philosophische Anthropologie der Spiritualität, in: Spiritual Care 1 (2012), 24-31
- » Eckhard Frick, Bruno Lautenschlager, Auf Unendliches bezogen. Spirituelle Entdeckungen bei C. G. Jung, München 2008
- » Verena Kast, Spirituelle Aspekte in der Jung'schen Psychotherapie, in: Psychotherapie Forum 16 (2008), 66-73

Künstliche Ernährung auf jeden Fall?

Eine ethische Fallbesprechung

Im St. Josef-Haus (SJH) leben Menschen, die an Chorea Huntington erkrankt sind. Bei dieser Erkrankung kommt es zu lebensbedrohlichen Schluckbeschwerden und damit zwangsläufig zu der Indikation einer PEG. Doch wie ist zu entscheiden, wenn ein Bewohner diese ablehnt? Im Folgenden wird eine exemplarische Fallbesprechung aus der Praxis beschrieben. Namen und Einzelheiten wurden verändert bzw. anonymisiert.

Fallberatung über die Situation von Herrn Müller (Name geändert), einberufen durch die Pflegedienstleitung der Einrichtung: Eingeladen sind die Bezugspflegekraft, die Schwester des betroffenen Bewohners, der Hausarzt des Bewohners, eine Vertreterin der Einrichtungsleitung (Beraterin für Existenzanalyse und Logotherapie) und eine externe Moderatorin.

Zunächst benennt jeder seine eigene Sicht auf den Fall:

Der Hausarzt empfiehlt die PEG-Anlage aufgrund klarer medizinischer Indikation (eingeschränkte Schluckfähigkeit).

Die Schwester befürwortet die Anlage einer PEG aus Sorge um ihren Bruder. Sie versucht bei Besuchen, entsprechend auf ihren Bruder einzuwirken und berichtet, dass ihr Bruder der PEG-Anlage auch zugestimmt hat, nachdem sie mit Nachdruck auf ihn eingeredet hat.

Die Bezugspflegekraft berichtet, wie sich der Bewohner häufig verschluckt und befürchtet, dass er erstickt oder an einer Lungenentzündung erkrankt. Aus diesem Grund lehne Herr Müller Essen und Trinken häufig ab. Es sei für sie schwer zu ertragen, dass der Bewohner aus Angst, sich zu verschlucken, nicht mehr



»
Monika Wacker,
Dipl. Theol., Dipl. Päd.,
Master of Counseling
(Ehe-, Familien- und
Lebensberatung), seit 2009
freiberufliche Ethikberaterin
in der Alten- und
Behindertenhilfe.



»
Anja Becklönne,
Bereichsleitung der
Eingliederungshilfe St.
Josef- Haus Liesborn gGmbH,
Dipl. Sozialpädagogin /
-arbeiterin, Logotherapeutin
und Existenzanalytische
Beraterin u.S.,
Betriebswirtin
Fachrichtung Sozial- und
Gesundheitswesen

ausreichend esse und trinke. Aus ihrer Sicht bringe sich der Bewohner ohne die PEG beim Essen durch das Verschlucken in Lebensgefahr. Nach dem Gespräch mit der Schwester habe sich der Bewohner ihr gegenüber geäußert, dass er der PEG-Anlage nur zustimme, weil die Schwester es so wolle.

Die Pflegedienstleitung hat Sorge, dass mit der PEG-Anlage gegen die Selbstbestimmung des Bewohners gehandelt wird, sieht aber auch deren grundsätzliche Notwendigkeit. Sie formuliert treffend die ethische Fragestellung: „Aus meiner Sicht ist es für alle Beteiligten das Beste, wenn die PEG angelegt wird. Aber hat Herr Müller nicht auch dennoch das Recht, die PEG abzulehnen?“

Auch wenn die PEG für Herrn Müller das Beste ist: Hat er nicht auch dennoch das Recht, diese abzulehnen?

In einer zweiten Runde werden die nötigen Fakten und Hintergründe zusammengetragen, damit alle Beteiligten auf demselben Wissensstand sind:

Biographische Gesichtspunkte zu Herrn Müller:

- 45 Jahre alt und ledig.
- Erkrankt an Chorea Huntington und seit 4 Jahren im SJH.
- Beruf: Elektriker.
- Verlust des Berufs wegen Alkoholmissbrauchs .

Medizinische / pflegerische Gesichtspunkte

- Stark mobilitätseingeschränkt, auf den Rollstuhl angewiesen.
- Bei Grundpflege ist Hilfestellung erforderlich (Nahrung in Form von pürierten Speisen und hochkalorischer Trinknahrung).
- Aktuell leichtes Untergewicht, erhöhter Kalorienverbrauch wegen permanenter Bewegungsunruhe.
- Ohne PEG droht Verhungern und Verdursten.

Kommunikationsfähigkeit

- Sprachlich eingeschränkt mitteilungsfähig.
- Kann nicht mehr schreiben.
- Techniken zur Kommunikation (Bilderkarten, Übungen der Logopädie etc.) werden ablehnt.

psychische Gesichtspunkte

- Leugnet Erkrankung.
- Behauptet, Schwester wolle ihn loswerden.
- Symptome der Erkrankung werden psychotisch verarbeitet und wahnhaft erklärt: Stromstöße der Erde lösen unkontrollierte Bewegungen aus.
- Ängste werden durch Psychopharmaka reduziert.
- Hat in der Vergangenheit bereits einen Suizidversuch durch Tabletten und Alkohol unternommen.

soziale Gesichtspunkte

- Lebt zurückgezogen „vor dem Fernseher“ und lehnt Beschäftigungsangebote ab.
- Im Kontakt freundlich.
- Hilfestellungen werden erst nach einer gewissen Zeit angenommen.

Nach der Fall- und Problemdarstellung wird die folgende Runde unter Berücksichtigung existenzanalytischer Beratung und Logotherapie moderiert: Die Teilnehmer sind dementsprechend aufgefordert, Herrn Müller ins Zentrum ihrer Betrachtungen zu stellen. Die sogenannte phänomenologische Haltung ist nach dem Verständnis der Logotherapie und Existenzanalyse grundlegend für die Begleitung von Menschen. Sie ist gekennzeichnet durch Offenheit gegenüber dem Menschen. Die Fragestellung dieser Runde lautet: *Wie wird Herr Müller von den Beteiligten erlebt, wie wirkt er auf den Betrachter?* Eigene Vorstellungen, Bewertungen, Interpretationen des Betrachters bleiben außen vor. Dies setzt die volle Zuwendung zu Herrn Müller voraus.

Wie wird Herr Müller von den Beteiligten erlebt, wie wirkt er auf den Betrachter?

Phänomenologische Analyse von Herrn Müller:

- Wird als verunsichert erlebt.
- Hat große Angst sich zu verschlucken.
- Verleugnet die Erkrankung.
- Wehrt die PEG-Sonde ab und möchte sich mit dem Thema nicht auseinandersetzen.
- Erst nach einiger Zeit gelingt es Herrn Müller, sich auf Hilfen einzulassen.
- In den Situationen, in denen er Unterstützung bekommt (Nahrung reichen, Körperpflege etc.) zeigt sich, dass ihm die Nähe gut tut: Er fragt vorher gezielt

an, ob ihm jemand helfen könne. Wartet auch ab, wenn nicht unmittelbar reagiert werden kann, bedankt sich und ist freundlich. Diese Situationen werden von den Pflegenden als angenehme Atmosphäre beschrieben.

- Lehnt Hilfeangebote ab, wenn er meint, dies noch allein erledigen zu können.
- Gibt kurzzeitig auf Nachdruck im Gespräch der Schwester nach: „Ich kann das nicht mehr hören“, dennoch liegt darin keine Zustimmung aus bewusster Entscheidung.
- Seiner Erzählung zufolge ist seine Schwester der Sündenbock, da diese „ihn loswerden“ wollte, so dass das Vertrauensverhältnis zu ihr schwer gestört ist.

Was löst das Verhalten von Herrn Müller bei den Beteiligten aus?

- Große Belastung für die Beteiligten durch unterschiedliche Wahrnehmung von Erkrankung und Hilfebedürftigkeit im Gegensatz zu Herrn Müller.
- Die Begleiter fühlen sich ohnmächtig und hilflos.
- Die Schwester ist wütend darüber, von ihm angefeindet zu sein.
- Große Betroffenheit der Beteiligten wegen zunehmender Fähigkeitsverluste bei Herrn Müller.

Welche Krankheitswertigkeit hat die Störung?

- Herr Müller kann sich auf einzelne Hilfen einlassen, verbindet die Fähigkeitsverluste aber nicht mit der Erkrankung. Er hat für sich eine Strategie der Verleugnung entwickelt. Diese Abwehrstrategie ist in sein Leben integriert und stellt einen Schutzmechanismus dar, der ihm nicht genommen werden darf.
- Bei Chorea Huntington handelt es sich um eine neurologische Erkrankung, die sich auch auf das psychische Erleben und die Wahrnehmung der Erkrankten auswirken kann. Psychotisches Erleben wie Vergiftungs- und Verfolgungssängste, Halluzinationen etc. können die Folge sein. Sie können aber auch ebenso als Flucht aus der Realität verstanden werden.
- Bei Chorea Huntington verliert der Betroffene zunehmend an Fähigkeiten. Jeder Fähigkeitsverlust ist auch als Trauerprozess zu verstehen. Herr Müller verliert z. B. die Fähigkeit zu schlucken. Er muss sich davon verabschieden, essen und trinken zu können. Machen wir uns an dieser Stelle bewusst, was das bedeutet. Trauer ist Verabschiedung von wertvollen Dingen im eigenen Leben. Trauer um

Herr Müller verliert die Fähigkeit zu schlucken. Er muss sich davon verabschieden, essen und trinken zu können.

den Verlust der Lebensmöglichkeit, die nicht mehr gelebt werden kann. Trauer braucht Zeit, Verständnis und Nähe.

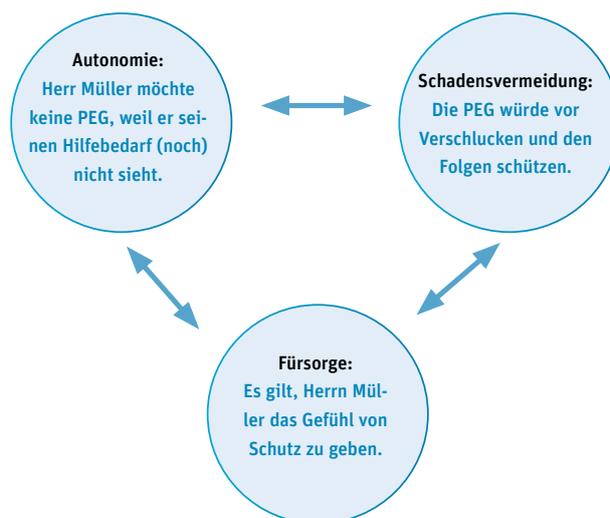
Welche personellen Ressourcen hat Herr Müller?

- Er bewahrt sich seine Selbstbestimmung und setzt Grenzen, sagt „Nein“, wo er den Hilfebedarf für sich nicht erkennen kann.
- Er erkennt, dass er sich durch das Essen in Gefahr bringt und erlebt das Verschlucken als realistisch bedrohlich.
- Er teilt Ängste („Ich werde vergiftet“ etc.) mit und fordert in dieser Zeit Nähe zu den Mitarbeitern ein. Er scheint hier Schutz zu erfahren.

Festlegung der Zielorientierung: Was benötigt Herr Müller?

- Herr Müller benötigt Zeit und eine vertrauensvolle Begleitung.
- Wenn er sich darauf einlassen kann, muss Herr Müller sachlich über PEG-Sonde beraten werden, ohne dabei zur Entscheidung gezwungen zu werden.
- Das bedeutet für die Beteiligten: „Aushalten müssen“.

Die Moderatorin benennt noch einmal die ethische Fragestellung vom Beginn der Fallbesprechung und stellt das Dilemma graphisch dar, indem sie die klassischen medizinischen Werte Autonomie, Fürsorge und Schadensvermeidung in die Diskussion einbringt:



Nun sind die an der Fallberatung Teilnehmenden eingeladen, Handlungsoptionen zu sammeln. Diese sollen zunächst ethisch nicht bewertet werden. Wichtig ist nur, dass sie theoretisch durchführbar und juristisch legal sind.

Als Handlungsoptionen werden benannt:

1. Abwarten, ob Herr Müller sich demnächst eindeutiger äußert.
2. Die PEG anlegen lassen
3. Von einer PEG-Anlage grundsätzlich absehen.
4. Die PEG anlegen lassen unter der Vorgabe, dass sie nach 30 Tagen wieder gezogen werden soll, falls sich Herr Müller weiter ablehnend verhält.
5. Eine andere Vertrauensperson als die Schwester (die Herr Müller als Bedrohung wahrnimmt) in seine Entscheidungsfindung einbeziehen.

Ethische Bewertung

Welche Handlungsoption würde helfen, Schaden zu vermeiden? Was ist in diesem Fall fürsorgliches Handeln?

Zunächst sind sich alle Teilnehmenden einig, dass die Anlage einer PEG Schaden vermeidet, indem sie verhindert, dass Herr Müller an den Folgen des Verschluckens verstirbt. Allerdings hängt es auch vom Willen des Bewohners ab, ob man bei der PEG-Anlage wirklich von Fürsorge sprechen kann. Die Teilnehmenden sind sich sicher, dass sich eine Zwangsbehandlung gegen den Willen eines Menschen auch negativ auf sein Wohlbefinden auswirken kann – Herr Müller würde sich dann nicht sicher und geschützt, sondern eher hintergangen und bedroht fühlen. Aufgrund von Erfahrungen mit vergangenen Fällen wird spekuliert, ob es bei Herrn Müller in diesem Fall zu einem weiteren Suizidversuch kommen könnte.

Welche Handlungsoption entspricht dem Willen des Bewohners?

Die Bezugspflegekraft hat Restzweifel: könnte es nicht doch sein, dass Herr Müller die PEG einfach nicht will und mit dem Leben und der Krankheit abgeschlossen hat? Schwester und Pflegedienstleitung sind nicht davon überzeugt, dass Herr Müller die Anlage einer PEG grundsätzlich ablehnt, weil er sich ja schon einmal dazu überreden ließ und auch früher Hilfe erst nach einiger Zeit annehmen konnte. Der Hausarzt

wirft ein, dass Herr Müller aufgrund seiner wahnhaften Ideen die PEG zwar ablehne, sich aber nicht darüber bewusst sei, was das für ihn in letzter Konsequenz bedeute. Für den Hausarzt sei aussagekräftiger, dass Herr Müller die Nahrungsaufnahme verweigere – dies interpretiere er nicht als Sterbewunsch, sondern als Reaktion auf die unangenehme Nahrungsaufnahme. Dies sei ein indirekter Wunsch nach Erleichterung, also nach der PEG.

Könnte es nicht doch sein, dass Herr Müller die PEG einfach nicht will und mit dem Leben und der Krankheit abgeschlossen hat?

Nach der Abwägung der Handlungsoptionen und Berücksichtigung der existenzanalytischen Zielorientierung fällt die Gruppe ein gemeinsames Votum: Abwarten, ob sich Herr Müller in absehbarer Zeit eindeutig äußert und Einbeziehen einer weiteren Vertrauensperson in die Entscheidungsfindung als die Schwester (Handlungsoptionen 1 und 5).

Die Betreuerin als Entscheidungsbefugte nimmt sich noch Bedenkzeit für ihre endgültige Entscheidung, sie möchte zunächst noch mit ihrem Mann und einem befreundeten Juristen sprechen. Die Bezugspflegerin bittet darum, dass in jedem Fall eine Supervisionssitzung in 14 Tagen veranschlagt wird, um die Situation im Team aufzuarbeiten. Die Betreuerin lässt die Pflegedienstleitung am nächsten Tag wissen, dass sie einverstanden ist, und um ein weiteres Fallgespräch bittet, falls sich eine Meinungsänderung bei Herrn Müller abzeichnet, spätestens jedoch in 6 Wochen.

Hintergrund-Informationen

» Die Einrichtung

Das St. Josef-Haus (SJH) in Liesborn ist ein Wohn- und Pflegeheim für Menschen mit chronisch psychischen, geistig-seelischen und/oder neurologischen Erkrankungen. Die Einrichtung gliedert sich in den Bereich der stationären Pflege und in den Bereich der Eingliederungshilfe (stationäre Betreuung). Das St. Josef-Haus ist spezialisiert in der Pflege und Begleitung von Menschen mit der Huntington Erkrankung.

» **Chorea Huntington**

Die Symptome sind in individuell unterschiedlicher Ausprägung sowohl motorischer als auch geistiger und psychischer Art. Ursache der Erkrankung ist ein genetisch ausgelöster, allmählich fortschreitender Hirnabbau. Im fortgeschrittenen Stadium kommt es zu erheblichen Schluckbeschwerden. Der Erkrankte verschluckt sich stark, in der Folge sind Lungenentzündungen nicht selten. Die sogenannte Aspirationspneumonie ist häufige Todesursache bei der Huntington-Krankheit. Im Krankheitsverlauf sind der Betroffene, seine Angehörigen, Ärzte und Pflegenden mit der Fragestellung konfrontiert, eine PEG-Sonde anlegen zu lassen.

» **Ethische Fallberatung und Existenzanalyse**

Im SJH finden vierzehntägig ethische Fallberatungen mit externer Moderation durch Monika Wacker statt. Eine Besonderheit im SJH stellt die Beratung für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter nach dem personenzentrierten Konzept der Existenzanalyse und Logotherapie dar, umgesetzt durch Anja Becklönne.

Demenz und Selbstbestimmung

Empfehlungen des Deutschen Ethikrates zum Thema Demenz

Der Deutsche Ethikrat hat zum Thema „Demenz und Selbstbestimmung“ Stellung genommen. Die Blickrichtung des Ethikrates: Die Situation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen soll erheblich verbessert werden, insbesondere das Recht auf Selbstbestimmung der Demenzbetroffenen soll gestärkt werden. Die Mehrheit der Ethikratsmitglieder spricht sich unter anderem für einen „verbesserten“ Begriff von Pflege bzw. Pflegebedürftigkeit und erhebliche zusätzliche finanzielle Mittel für angemessene Maßnahmen aus.

„Doppelschlag gegen Bahr durch Deutschen Ethikrat und Pflege-Qualitätsbericht“ donnerte die Deutsche Hospiz Stiftung am 24. April 2012 auf ihrer Homepage. Grund war zum einen der jüngste Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS), der bei tendenziellen Verbesserungen Handlungsbedarf in den Pflegeeinrichtungen aufzeigt. Zum anderen richtet sich die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zum Thema „Demenz und Selbstbestimmung“ mit ihren 16 Empfehlungen an den Gesetzgeber.

Der Deutsche Ethikrat hat den Auftrag, Bürger und Politik umfassend über ausgesuchte ethische Probleme zu informieren, um Meinungsbildung und politische Entscheidungsfindung zu beflügeln. Im Falle von „Demenz und Selbstbestimmung“ will der Deutsche Ethikrat „zu einem besseren Verständnis der Situation von Menschen mit Demenz beitragen und Empfehlungen geben, um einen achtsameren und die Selbstbestimmung wahren Umgang mit Menschen mit Demenz zu fördern.“ Viele der vom Ethikrat benannten Probleme sind nur über das Gesundheitssystem zu regeln.



Dr. Klaus Klother,
Dipl. Theol., Promotion in
Moraltheologie, Referent für
Ethik in Medizin und Pflege
im Heinrich Pesch Haus

Allen voran nennt der Ethikrat den unzureichenden Begriff von Pflegebedürftigkeit. In diesem Kontext fordert das Gremium eine Präzisierung des § 2 Abs. 1 SGB XI: Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen explizit auch dementielle und in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkte Menschen mit einbeziehen. Dies können auch Maßnahmen zur Wahrung und Förderung der Selbstbestimmung und andere Leistungen z. B. nach Krankenhaus-Aufenthalten sein. Der Ethikrat empfiehlt, den Pflegebedarf nicht mehr in defizitorientierten Pflegestufen sondern in Pflegebedarfsgraden zu bemessen. Der Grad an Selbständigkeit bzw. ihr drohender Verlust soll die Leistungen bestimmen. Dies betrifft auch außerhäusliche Aktivitäten, selbstständige Lebensführung sowie kommunikative und psychosoziale Bedürfnisse.

Bisherige Initiativen zu regionalen Aktionsplänen für Demenz werden vom Ethikrat gelobt. Gleichzeitig sollten diese bundesweit übernommen werden. Der Ausbau von Maßnahmen der Tagespflege, betreuter Urlaube oder Kurzzeitpflege können erste Schritte sein. Von diesen und ähnlichen Verbesserungen würden besonders pflegende Angehörige profitieren, die vom Ethikrat ausdrücklich gewürdigt und in Schutz genommen werden: Wohnortnahe Angebote an Fortbildungs- und Gesprächsmöglichkeiten (etwa zu Selbststeuerung und Umgang mit eigenen Grenzen), die Legalisierung der bislang illegal eingesetzten ausländischen Pflegekräfte in Privathaushalten, ein finanziell angemessener und vom Pflegegeld entkoppelter Ausgleich für Betreuungsleistungen sowie die Anrechnung der Pflegezeit auf den Rentenanspruch. Regionale Netzwerke können die Kommunikation bei der Versorgung der von Demenz Betroffenen vereinfachen.

Der Ausbau der Tagespflege, betreute Urlaube oder Kurzzeitpflege sind wichtige Maßnahmen, von denen auch pflegende Angehörige profitieren.

Für das ganzheitliche Verständnis von Demenz ist nach Ansicht des Ethikrates besonders deren soziale Dimension wichtig. Denn durch zwischenmenschliche Entfremdung, öffentliche Isolation oder Ausgrenzung wird Demenz für Betroffene ebenso wie für pflegende Angehörige zu einer „sozialen Krankheit“. Demenzkranke leiden nach Einschätzung von Fachleuten weniger unter der Erkrankung selbst, als vielmehr unter dem Verlust von Geborgenheit und Vertrautheit. Der Ethikrat rät daher zur Prüfung, inwieweit Mitarbeiter aus der

häuslichen Pflege auch bei der stationären Versorgung eingesetzt werden können. Oft sind diese Pflegenden direkte Bezugspersonen und Vertraute der Demenzbetroffenen. Daneben sollten aber auch ambulante Haus- und Wohngemeinschaften gefördert werden, etwa durch den Zugang zu Finanzierungsmitteln und Grundstücken. Gerade dort könnten ein vertrautes Umfeld sowie vertraute Kontaktpersonen die Pflege der Erkrankten und somit deren Leben verbessern.

Demenzkranke leiden nach Einschätzung von Fachleuten weniger unter der Erkrankung selbst, als vielmehr unter dem Verlust von Geborgenheit und Vertrautheit.

Daneben sorgt sich der Ethikrat um die Belange der beruflich Pflegenden. Denn deren körperliche und psychische Belastung ist im Umgang mit Demenzkranken besonders hoch. Personal-Fluktuation, häufiger Berufsausstieg und auffällig hohe Krankenstände deuten auf die hohe Belastung hin. Zusätzliche Ausbildungsmaßnahmen und mehr Personal könnten die Situation verbessern. Laut einer Studie verringert sich die Belastung der Pflegenden bzw. verbessert sich deren Zufriedenheit mit ihrem Beruf, wenn Demenzbetroffene eine angemessene Umgebung, positive und respektierende Kommunikation sowie angemessene Pflege erleben. Die relevanten Ausbildungsgänge (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege etc.) sollten daher entsprechende Module zu Demenz integrieren.

Aus Solidarität sind wir nach Ansicht des Ethikrates verpflichtet, das Recht auf Selbstbestimmung besonders von Mitmenschen mit Demenz zu achten und zu schützen. Diese Pflicht geht in zwei Richtungen: Erstens sind wir aufgerufen, insbesondere Demenzkranke nicht an selbstbestimmtem Handeln zu hindern. Das richtet sich vor allem an Pflegeeinrichtungen. Freiheitsentziehende oder -einschränkende Maßnahmen müssen extrem gut begründet sein. Der Ethikrat weist darauf hin, dass es im Heim- und Haftungsrecht keinen generellen Vorrang der Sicherheit vor der Selbstbestimmung gibt. In Konfliktfällen muss zwischen Willen und dem objektiven Wohl des desorientierten Menschen abgewogen werden. Die Praxis in den Pflegeeinrichtungen empfiehlt der Ethikrat regelmäßig (neben den Berichten des MDS) zu überprüfen und bundesweit zu evaluieren.

Freiheitsentziehende oder -einschränkende Maßnahmen müssen extrem gut begründet sein.

Zweitens ist es unsere Pflicht, die Selbstbestimmung unserer Mitmenschen möglichst lange und umfassend zu fördern. Wir sollen also nicht „nur“ die Wünsche der Betroffenen ernstnehmen, sondern die Betroffenen auch noch möglichst umfassend dazu befähigen, Wünsche zu formulieren. An dieser Stelle spricht der Ethikrat von „assistierter Selbstbestimmung“. Ein wichtiger, vom Ethikrat auch benannter Punkt ist die konsequente Anwendung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen für Demenzbetroffene. Gemäß der Konvention kommt es bei Behinderung nicht darauf an, warum ein Mensch Assistenz benötigt, sondern welche Assistenz er benötigt.

Wir sollen also nicht „nur“ die Wünsche der Betroffenen ernstnehmen, sondern die Betroffenen auch noch möglichst umfassend dazu befähigen, Wünsche zu formulieren.

Privatrechtliche Vorsorgevollmachten sind schon im Vorfeld von Demenz sinnvoll, um gesetzlichen Betreuungsverhältnissen aus dem Weg zu gehen. Bestehende gesetzliche Betreuungsverhältnisse sollen nach Einschätzung des Ethikrates überprüft werden, ob den Wünschen und dem selbstbestimmten Leben der Betreuten ausreichend Rechnung getragen wird bzw. werden kann. Der Ethikrat betont zudem, dass eine Patientenverfügung wirklich nur dann zum Zuge kommen darf, wenn eine Entscheidung des Patienten nicht mehr möglich ist. Und diese Entscheidungsunfähigkeit muss absolut zweifelsfrei gegeben sein. Die aktuelle Selbstbestimmung des Betroffenen ist zu schützen, dessen Wille kann Vorrang vor seinem Wohl haben.

Der Ethikrat betont, dass eine Patientenverfügung nur dann zum Zuge kommen darf, wenn zweifelsfrei feststeht, dass eine eigenständige Entscheidung des Patienten nicht mehr möglich ist.

Ein Sondervotum zweier Ethikrat-Mitglieder dehnt das Recht auf Selbstbestimmung mit Blick auf das Lebensende in rigider und erschreckender Weise von der „Selbstbestimmung bei Demenz“ zur „Selbstbestimmung vor Demenz“ aus: Die Gesellschaft müsse angesichts drohender Demenz auch den Wunsch nach selbstbestimmtem Sterben (wie im Falle von Gunther Sachs) ernstnehmen und unterstützen. Dagegen weist Anton Losinger, Ethikrat-Mitglied und Weihbischof von Augsburg, in einem Interview mit dem Kölner Domradio zu Recht auf die verheerende gesellschaftliche Strahlkraft und den daraus resultierenden sozialen Druck dieses Vorschlages hin. Menschen, die in Begleitungs- und Betreuungseinrichtungen arbeiten, geben dagegen Hoffnung in schweren Lebenslagen, etwa bei Demenz, und sind wichtige Pfeiler gegen Angst und Not auch angesichts des Schicksals Demenz.

Im Dezember 2011 erklärte der Vorsitzende des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Jürgen Gohde, seinen Rücktritt. Im Gespräch mit der Ärzte-Zeitung begründete Gohde seinen Entschluss: „Ich konnte nicht den Eindruck gewinnen, dass das Ziel, eine Verbesserung für Menschen mit Demenz zu erreichen, von der Regierung getragen wird. Ich habe auch keinen politischen Willen für die Finanzierung gesehen“. Wie es mit der geplanten Pflegereform und besonders dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung weitergeht, bleibt abzuwarten. Dass offensichtliche Mängel im System seit Jahren mit einer gewissen Gelassenheit als Normalität angesehen werden, ist eine Frechheit. Wir alle werden mit großer Wahrscheinlichkeit persönlich mit diesen eklatanten Mängeln konfrontiert werden, sei es als Mitarbeiter im Gesundheitswesen, sei es als Angehörige oder gar als Pflegebedürftige. Dass sich die politischen Entscheidungsträger allein schon bei der Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz auf erhebliche finanzielle Investitionen gefasst machen müssen, hat der Deutsche Ethikrat ausdrücklich betont. Gibt es sinnvollere Investitionen?

Dass offensichtliche Mängel im System seit Jahren mit einer gewissen Gelassenheit als Normalität angesehen werden, ist eine Frechheit.

Rezension zu „Über das Sterben“ von Gian Domenico Borasio

„Viele Menschen, auch (und gerade) hochgebildete und blitzgescheite, verhalten sich im Angesicht des Todes auf erstaunliche Weise irrational.“ Dieses Zitat aus dem Vorwort von Gian Domenico Borasio's Buch „Über das Sterben“ beschreibt klar, warum es so schwierig ist, unbefangen mit dem eigenen Lebensende umzugehen. Denn die Ursache für das irrationale Verhalten ist nach Borasio in fast allen Fällen Angst. Angst, weil die meisten Menschen nicht wissen, wie das Sterben tatsächlich vor sich geht. Da können auch Berichte über Nahtoderfahrungen und öffentliche Talkshows zu diesem Thema nicht helfen.

Man könnte nun denken, dass es mit der Angst beispielsweise in Krankenhäusern, wo mittlerweile die meisten Menschen der reichen Industrieländer sterben, anders sei. Doch weit gefehlt. In der überwiegenden Anzahl aller Fälle wird auch hier das Sterben noch als schlimm, als Störung der Betriebsabläufe bzw. ärztliches Versagen empfunden.



Gian Domenico Borasio, Über das Sterben. Was wir wissen – Was wir tun können – Wie wir uns darauf einstellen, C. H. Beck-Verlag, München 82012, 207 S., 17,95 Euro (ISBN: 978-3406617089)

Gian Domenico Borasio, Professor für Palliativmedizin an der Universität Lausanne, hat schon rein berufsbedingt ein anderes Verhältnis zu diesem Thema. Für ihn gehört das Bewusstsein menschlicher Endlichkeit und ein guter Umgang damit zum Leben dazu – gerade auch und vor allem in der medizinischen Praxis. Geburt und Tod sind Ereignisse, für die die Natur bestimmte Pro-



»
Birgit Meid-Kappner,
M.A. in Klassischer Philologie
und Romanistik, Referentin
für Ethik in Medizin und
Pflege im Heinrich Pesch
Haus

gramme vorgesehen hat und in die man am besten so wenig wie möglich eingreifen sollte. Während wir heute relativ viel über das Geboren-Werden wissen, ist das Sterben mit erstaunlich viel Unwissen belegt. Diesem Unwissen will Borasio in seinem Buch begegnen, wenn er unbefangen und sachlich über alles informiert, was in diesem Zusammenhang wissenswert und hilfreich ist.

So beschreibt er im ersten Kapitel die unterschiedlichen Phasen des Sterbens und die dabei ablaufenden biologischen Programme: Vom Versagen einzelner Organe angefangen bis hin zum Erlöschen der Herz- und Atemtätigkeit in Folge des Zusammenbruchs der lebenswichtigsten Körperorgane wie Herz, Lunge, Leber, Niere und Gehirn. Besonders interessant sind seine Überlegungen zur Frage, ob der Hirntod des Menschen mit seinem Tod gleichzusetzen sei. Eine Frage, die derzeit nicht nur im Zusammenhang mit der Organspende intensiv in der Öffentlichkeit diskutiert wird.

Das zweite Kapitel des Buches ist eine Bestandsaufnahme darüber, wie sich Wunsch und Wirklichkeit hinsichtlich des eigenen Sterbens voneinander unterscheiden. Erwähnt sei an dieser Stelle nur, dass über 90% der Menschen am liebsten von Angehörigen liebevoll umsorgt zuhause sterben würden, die weitaus größte Zahl der Todesfälle sich in den reichen Industrieländern tatsächlich aber in Krankenhäusern und Pflegeheimen ereignet.

Die Tatsache, dass es in Deutschland und anderen europäischen Ländern mittlerweile zunehmend gut organisierte Strukturen für eine Sterbebegleitung gibt, ist sehr erfreulich. Vom (palliativ fortgebildeten) Hausarzt angefangen, über die SAPV-Teams (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) bis hin zu Palliativstationen und Hospizen gibt es mittlerweile Menschen und Orte, an denen das Sterben ohne allzu große Schmerzen möglich ist; zwar nicht immer daheim, so doch wenigstens in einer vertrauten Umgebung und weitgehend angst- und schmerzfrei. Ein Ausbau der vorhandenen Versorgungsstrukturen ist nach Borasio jedoch nach wie vor unumgänglich und dringend notwendig.

In Deutschland sollten organisierte Strukturen der Sterbebegleitung weiter ausgebaut werden.

Das vierte Kapitel des Buches widmet sich der Frage, was Menschen am Lebensende wirklich brauchen und was wir tun können, um ihnen ein würdevolles und friedliches

Sterben zu ermöglichen. An allererster Stelle sieht der Autor – in guter Gesellschaft mit dem Philosophen Kierkegaard – eine intensive Kommunikation zwischen Arzt bzw. Pflegekraft und Patient: „Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge“ (S. 60). Medizinische Therapie, etwa die Linderung von Schmerzen und Atemnot sowie eine psychosoziale Betreuung sind weitere wesentliche Bausteine einer guten Sterbebegleitung. Das Eingehen auf spirituelle Fragen und Bedürfnisse am Lebensende gehört ebenfalls dazu, wenn dem ganzen Menschen gerecht getan werden soll.

Der vielleicht erstaunlichste, weil überraschendste Teil des Buches ist das fünfte Kapitel, wo der Autor auf die Praxis der Meditation verweist, eine Übung, die „nicht dazu da (ist), um Krankheitssymptome zu verhindern, und noch viel weniger, um eine fortschreitende Krankheit zu stoppen.“ Vielmehr kann sie „die Art und Weise, in der Menschen auf ihre Krankheit und auch auf ihr Leben schauen, verändern“. Anhand eines Fallbeispiels wird klar, warum. In bestimmten Fällen und unter bestimmten Umständen kann Meditation helfen, bewusst loszulassen – am Ende auch das eigene Leben.

Meditation kann „die Art und Weise, in der Menschen auf ihre Krankheit und auch auf ihr Leben schauen, verändern“.

Nüchtern und auch für Laien gut verständlich klärt Borasio im folgenden Kapitel über das Phänomen „Ernährung und Flüssigkeitsgabe“ in der Sterbephase auf, ein wie er zu Recht sagt, nicht nur in Krankenhäusern und Pflegeheimen „hochgradig emotional besetztes Thema“.

Kapitel sieben schließlich befasst sich mit den häufigsten Problemen am Lebensende und sucht nach Möglichkeiten, mit diesen Problemen umzugehen: Von Kommunikationsproblemen mit den behandelnden Ärzten und innerhalb der Familie angefangen, bis hin zu irrational begründeten Ängsten vor dem „Verdursten und Ersticken“ und daraus folgenden unsinnigen, meist quälenden Therapieversuchen.

Das Buch „Über das Sterben“ wäre nicht vollständig, wenn nicht auch über Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung informiert würde. Die Unwissenheit bzw. das Halbwissen in diesem Bereich ist auch heute noch sehr verbreitet. Insbesondere dann, wenn keine Patientenverfügung vorhanden bzw. der Wille des Sterbenden nicht mehr zu ermitteln ist. Wie hier Entscheidungen zu treffen sind, beschreibt Gian

Domenico Borasio anhand von Fallbeispielen und in kleinen übersichtlichen Kapiteln sehr anschaulich.

Im vorletzten Kapitel schließlich geht es um die Klärung der Begriffe „aktive“, „passive“ und „indirekte Sterbehilfe“ und um die Verständnisschwierigkeiten, die vielfach damit verbunden sind. Zusammen mit anderen Experten, so Borasio, plädiere er für eine Abschaffung dieser Terminologie und für einen Ersatz durch andere weniger missverständliche Begriffe wie „Tötung auf Verlangen“, „Nichteinleitung oder Nichtfortführung lebenserhaltender Maßnahmen“ und „Zulässige Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung“.

Das Buch schließt mit einem Blick auf die historische Entwicklung der Palliativmedizin und auf ihr Ringen um Anerkennung. Nicht ausgelassen werden hierbei die teils verwirrenden Abgrenzungen und der dadurch entstehende „Reibungsverlust“ zwischen Palliativmedizin und Hospizarbeit. Borasio endet mit einem sehr persönlichen und eindrucksvollen Bekenntnis zu seinem Beruf: Für ihn ist es ein großes Geschenk, sterbende Menschen zu begleiten. Denn die Begleitung Sterbender hilft dabei, sich selbst auf das eigene Sterben vorzubereiten.

Vielleicht ist es dieser selbstverständliche und weise Umgang mit dem Tod, der einen sachlichen und angstfreien Zugang zum Thema „Sterben lassen“ ermöglicht.

Vielleicht ist es dieser selbstverständliche und weise Umgang mit dem Tod, der Borasio einen so sachlichen und angstfreien Zugang zum Thema „Sterben lassen“ ermöglicht.

Mit seinem Buch „Über das Sterben“ gelingt es Gian Borasio, mit vielen Ängsten aufzuräumen und einen großen Schritt hin zu einem unbefangenen Umgang mit unserem unvermeidlichen Lebensende zu tun. Auf knapp 200 Seiten schafft er es, aus einer palliativmedizinisch geprägten Sicht heraus auf sehr verständliche, unaufgeregte und immer unaufdringliche Art, Unwissenheit durch Wissen zu ersetzen. Allen, die mit Kranken und Sterbenden – sei es haupt- oder ehrenamtlich – zu tun haben, sei dieses Buch wärmstens empfohlen. Und allen, die sich selbst ein wenig davor fürchten, einen Blick auf ihr eigenes Sterben zu werfen, sei dieses Buch ans Herz gelegt.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

Impressum

Herausgeber
Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
vertreten durch
P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229
67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung
Dr. Klaus Klother
E-Mail: klother@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion
Dipl. Theol. Johannes Lorenz

Erscheinungsweise
digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:
wunderlichundweigand.de – Büro für Gestaltung

Kontakt
Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
Postfach 21 06 23
67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0
Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org
Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar