

Das Dienen im Umgang mit Sterbenden und Angehörigen – Ethische Fragen und Selbstfürsorge in der Palliativpflege

Dipl. Psych. Claudia Stemmer

Psychologische Psychotherapeutin

Psychoonkologin (DKG)

Palliative Care für Psychosoziale Berufsgruppen

Klinik für Psychosomatik, Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern

Definition Palliativ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

„Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“

WHO:

ähnliche Definition, nur detailliertere Erläuterung des Behandlungsziels Lebensqualität:

Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme

Außerdem:

Palliativmedizin soll nicht auf die letzte Lebensphase beschränkt sein, sondern ist auch in früheren Krankheitsstadien sinnvoll einzusetzen.

„Pflege“ und „Dienen“ - Übersicht mit KI

Die Begriffe „Pflege“ und „Dienen“ verbinden **professionelle pflegerische Handlungen** mit einer **haltungsbasierten, zwendungsorientierten Philosophie**. Sie umfasst sowohl die körperliche Versorgung als auch die Begleitung und Unterstützung im Alltag.

Kernaspekte von Pflege und Dienen:

- **Aktivierende Pflege:** Ziel ist es, pflegebedürftige Menschen zur Selbstständigkeit zu motivieren, also Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, statt Aufgaben komplett zu übernehmen.
- **Haltung und Ethik:** "Dienen" in der Pflege wird als professionelle Haltung verstanden, die Respekt, Menschlichkeit und Empathie in den Vordergrund stellt.
- **Ganzheitlicher Ansatz:** Die Pflege beschränkt sich nicht nur auf medizinische Handlungen, sondern schließt soziale und emotionale Unterstützung ein.
- **Beziehungspflege:** Die persönliche Beziehung zwischen Pflegekraft/Pflegendem und Pflegebedürftigen ist ein zentraler Bestandteil, um Vertrauen und Wohlbefinden zu schaffen.

Prägende Haltung von Palliative Care

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.

Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig,
und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben,
sondern auch bis zuletzt leben können.“

Dame Cicely Saunders

Prägende Haltung von Palliative Care

Palliative Care

- folgt einer Ethik der bedingungslosen Akzeptanz der Anderen um ihrer selbst willen
- Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und damit deren Selbstbestimmung stehen im Mittelpunkt

Ethik

„Die (allgemeine) Ethik wird heute als die philosophische Disziplin verstanden, die Kriterien für gutes und schlechtes Handeln und für die Bewertung seiner Motive und Folgen aufstellt.“

Wikipedia

Was ist gutes Handeln im Setting der Palliativversorgung?

Palliative Care

- vertritt eine Haltung, die die Grenzen der Medizin anerkennt
- stellt sich dem Sterben des Menschen und dem damit häufig verbundenen Gefühl der Hilflosigkeit sowie den Fragen von Sinn, Sinnlosigkeit und Endlichkeit
- das heißt: Palliative Care respektiert das Leben und seine Endlichkeit
- achtet die Würde und Autonomie des Patienten
- strebt die bestmögliche Linderung von belastenden Symptomen an
- ermöglicht auch diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen
- unterstützt Angehörige bei der Krankheitsbewältigung

Das Dienen - vom Markusevangelium bis Palliative Care

- „Dienermodell“ als Ideal bei Markus
 - „Wer der erste sein will, soll der Diener aller sein:“ (Mk 9,35)
 - Nachfolger Jesu stehen als „Diener der Diener“ noch hinter den Dienern, die den gesellschaftlich geringsten Rang einnehmen
 - durch die Berücksichtigung der Bedürfnisse der „Letzten“ in der Hierarchie wird ein Mensch zum Ersten
- Botschaft: auch der Geringste ist es wert, respektiert und umsorgt zu werden (s. Ethik der Palliative Care)
- soll eine grundlegende Norm für den Menschen und die Ausrichtung seines Handelns sein
- Handeln soll geprägt sein durch Werte wie:
 - Fürsorge
 - Anteilnahme
 - Solidarität
- Parallelen zum Kern pflegerischen Handelns:
 - pflegerischem Ethos liegt die Fürsorge als zentraler Wert zu Grunde

Das Dienen - vom Markusevangelium bis Palliative Care

- „Dienermodell“ soll eigene gesellschaftlich geprägte Handlungsmotive bewusst machen
- dieses Bewusstmachen soll verhindern, dass eigene Interessen über das Wohl des Gegenübers gestellt werden
- aber: Ziel ist nicht nur eine Ausgewogenheit im Miteinander
- Verständnis im Dienermodell ist vielmehr:
falls das Gegenüber in seinem Sein beeinträchtigt ist und damit ein besonderer Bedarf bei ihm vorhanden ist, sollen Eigeninteressen zum Wohl des Gegenübers zurückgestellt werden

Das Dienen - vom Markusevangelium bis Palliative Care

- es sollen also nicht nur eigene Interessen, sondern auch die des Gegenübers bewusst gemacht werden (s. Ethik der Palliative Care)
- Ähnlichkeit zu den Aspekten des Dienermodells und eine Verbindung in unsere heutige Zeit und Literatur findet sich in den „Prinzipien der biomedizinischen Ethik“ von Beauchamp und Childress:
 - Respekt vor der Autonomie des Patienten
 - Prinzip des Nicht-Schadens
 - Prinzip der Fürsorge
 - Prinzip der Gerechtigkeit

Beauchamp, Tom L; James F. Childress (2013): Principles of Biomedical Ethics. [1977] Seventh Edition. Oxford University Press. New York/London.

Das Dienen - vom Markusevangelium bis Palliative Care

- der Kontakt zwischen Pflegenden und Zupflegenden zeichnet sich sowohl durch hohe Quantität als auch Qualität aus
- das lässt eine besondere Beziehung entstehen
- Pflege orientiert sich am Bedarf und den Bedürfnissen, die sich aus dem Erleben der Erkrankung und Einschränkungen beim Gegenüber ergeben
 - Bewusstmachung dieses Bedarfs stellt Verbindung zum Dienermodell dar
- durch die enge Beziehung zum Patienten haben Pflegenden auch eine besondere Bedeutung für das Miteinander mit anderen Berufsgruppen, insbesondere der Medizin
 - zentrale Bedeutung für das Gelingen einer patientenorientierten Behandlung

Das Dienen - vom Markusevangelium bis Palliative Care

- Wahrnehmung der Bedürfnisse des Gegenübers durch Pflegende
- Ausrichtung des pflegerischen Handelns an seinem Wohl und Bedürfnis
- Gleichberechtigung durch auf ihn ausgerichtetes abgestimmtes Handeln

spiegelt die moralischen
Prinzipien des
Dienermodells wider

Oder mit heutigen Begriffen:

Respektieren von Selbstbestimmung und Ausrichtung am Bedürfnis des Patienten =
patientenorientierte Behandlung!

„Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte. Er muss begreifen, dass zu helfen nicht zu herrschen ist, sondern zu dienen;- dass Helfen nicht eine Macht, sondern eine Geduldausübung ist; - dass die Absicht zu helfen einem Willen gleichkommt, bis auf Weiteres zu akzeptieren, im Unrecht zu bleiben und nicht zu begreifen, was der Andere verstanden hat.“

Søren Kierkegaard, dänischer Philosoph

Das Dienen - vom Markusevangelium bis Palliative Care

- dienendes Handeln bei Markus meint weder Dienstleistung noch Servicetätigkeit
 - versteht Pflegende als jemand, der sich in den Dienst des Gegenübers stellt
 - sein Handeln auf dieses Gegenüber ausrichtet
 - sich seiner eigenen Interessen bewusst ist, diese aber angesichts der Bedürftigkeit des Anderen „selbstlos“ zurückstellt
- Gefahr der Überforderung und des Ausbrennens

Dienen und Selbstfürsorge

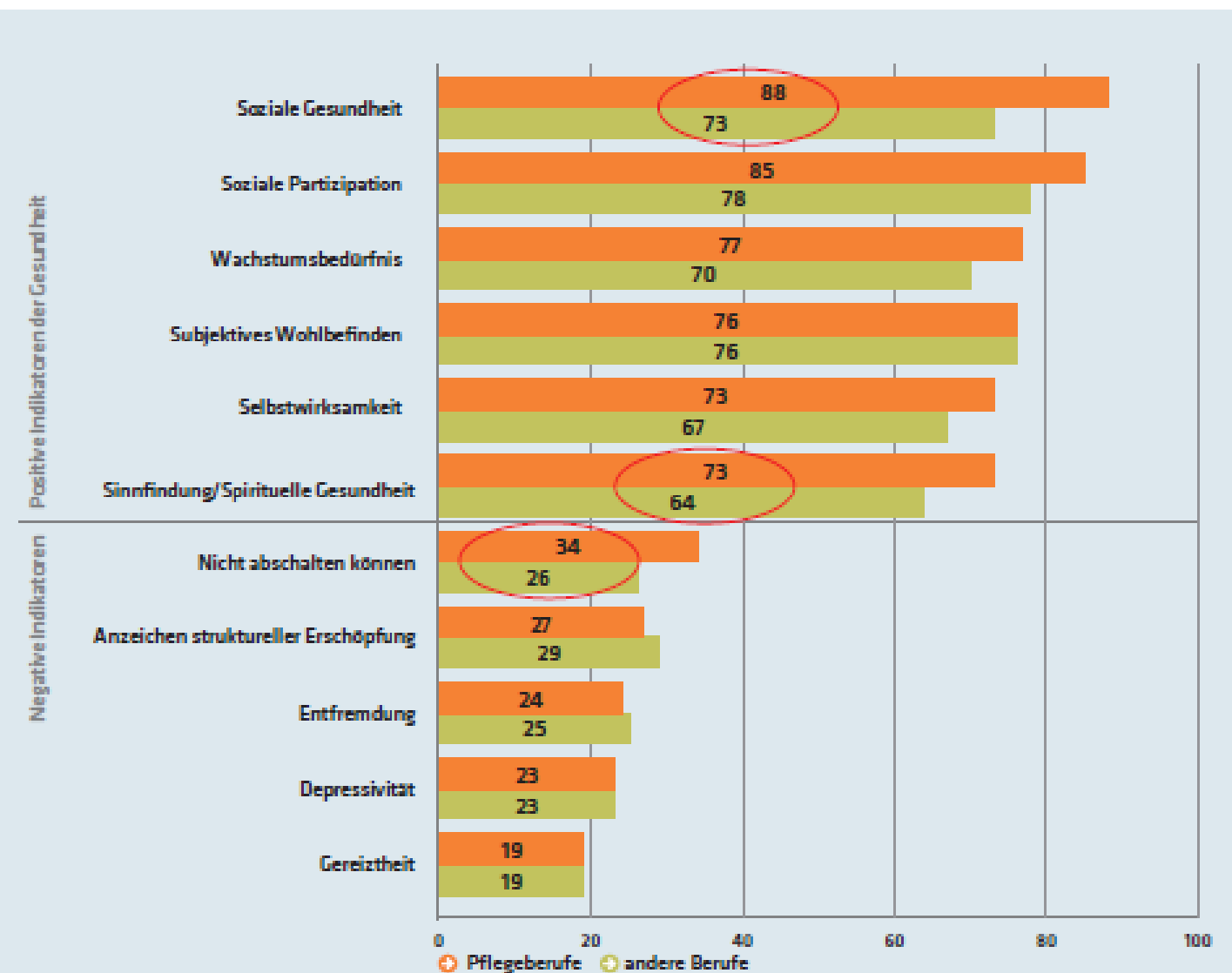
- je mehr Nutzen in der eigenen Arbeit gesehen wird, desto mehr Sinn erleben wir darin
- Menschen, die ihre Arbeit als sinnvoll sehen
 - haben eine höhere Lebenszufriedenheit
 - sind positiver gestimmt
 - haben ein höheres körperliches Wohlbefinden
 - haben ein geringeres Stressempfinden
- wertschätzende Rückmeldungen durch Kollegen, Vorgesetzte, zu Pflegende und Angehörige erhöhen das Sinnerleben
- Menschen, die Sinn in ihrem Beruf erleben, sind meist sehr engagiert – so auch in der Pflege
- wird zur Gefahr, wenn zum Wohle der zu Pflegenden ständig über eigene Grenzen gegangen wird

Dienen und Selbstfürsorge

Menschen in Pflegeberufen haben häufig

- eine hohe soziale Gesundheit und
- hohe Sinnstiftung,
- nehmen aber Gedanken an die Arbeit häufig mit nach Hause

SOZIALE ORIENTIERUNG UND SINNFINDUNG STARK AUSGEPRÄGT



AK Grafik Arbeitsklima Index; Basis: Pflegeberufe n: 236, andere Berufe n: 10.006

Quelle: AK Oberösterreich

Dienen und Selbstfürsorge

- Nächstenliebe und Selbstfürsorge bei Markus 12,31: „*Liebe deinen Nächsten wie dich selbst.*“
→ gesunde Selbstliebe und Fürsorge für die eigene Person als Grundlage für Fürsorge für andere
- Markus 8,36 beschreibt außerdem wie wichtig es ist, auf die eigene Seele achtzugeben und nicht an ihr Schaden zu nehmen
- Jesuswort in Markus 6,38: „*Was hilft es dem Menschen, wenn er die ganze Welt gewönne und nähme doch Schaden an seiner Seele?* “

Dienen und Selbstfürsorge

- Sinnerleben bei der Arbeit stellt zweierlei zugleich dar:
 - Schutzfaktor, der Burnout verhindert und
 - Gefahr des Ausbrennens durch zu hohes Engagement

- weitere Herausforderung im Kontext von Sterbebegleitung und Palliativpflege:
 - begrenzte verbleibende Lebenszeit der Patienten und
 - damit die Gefahr, etwas nicht mehr geschafft zu haben und „schuldig geblieben“ zu sein

- und trotzdem gilt auch in diesem Kontext: Nur wer sich gut um sich selbst kümmert, hat die Kraft sich gut um andere zu kümmern!

Dienen und Selbstfürsorge

- **Ist kein Widerspruch:** Es kann sehr wohl beides gelingen!
- Die Wirkung für Patienten und Angehörige zeigt sehr eindrücklich folgender Brief von einer auf der Palliativstation im Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern betreuten Familie:

„Liebes Team der Palliativstation,

in einer für uns sehr schweren Zeit haben Sie mich (uns) nicht nur medizinisch, sondern auch menschlich begleitet.

Mit Ihrer Fachkompetenz, Geduld und Wärme haben Sie mir nicht nur Linderung verschafft, sondern auch Würde, Geborgenheit und Sicherheit gegeben.

Besonders berührt hat mich, wie aufmerksam Sie auf individuelle Bedürfnisse eingegangen sind – sei es durch ein tröstendes Wort, eine beruhigende Geste oder einfach durch Ihre spürbare Präsenz.

Sie haben nicht nur den Patienten, sondern auch uns als Familie aufgefangen und unterstützt. Für all das möchten wir Ihnen von Herzen danken.

Ihre Arbeit ist weit mehr als ein Beruf, sie ist ein Geschenk an die Menschen, die in dieser Lebensphase auf Verständnis, Respekt und Fürsorge angewiesen sind.

Mit tief empfundener Dankbarkeit und herzlichen Grüßen auch im Namen meiner Frau und meines Sohnes [...]“

Dimensionen ethischer Konflikte in der Medizin

- **philosophisch-religiöse Dimension:**
betrifft allgemeine Prinzipien und unterschiedliche weltanschauliche Wertvorstellungen
- **rechtliche Dimension:**
betrifft gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen
- **medizinische Dimension:**
betrifft diagnostische und therapeutische Prinzipien und Möglichkeiten für konkrete Handlungssituationen

Herausforderungen in der Palliativpflege

- moderne Hospiz- und Palliativbewegung besinnt sich auf die christlich-karitativen Traditionen
 - macht die Begleitung des Sterbenden und seiner Familie zu einer Sinn-bestimmenden Aufgabe
 - Sterben und Tod sollen als etwas dem Leben Zugehöriges erfahrbar werden
- ist eine Herausforderung durch die Begegnung mit existentiellen Fragen und der Annäherung an Ungewisses

Ethische Aspekte in der Palliativpflege

- optimale Symptomlinderung
- kontinuierlicher Dialog
- Unterstützung bei schwierigen Entscheidungen über den Wert und Sinn medizinischer Maßnahmen
- transparentes (nachvollziehbares) Handeln

tragen dazu bei, auch die letzten Lebensabschnitte im Leben eines Menschen als lebenswert zu erfahren und gleichzeitig die Grenzen des Handelns zu respektieren

Wille und Wohl des Betroffenen stehen im Mittelpunkt, nicht das medizinisch Machbare!

Ethische Aspekte in der Palliativpflege

„**Palliative Care** bedeutet in einem besonderen Maße auch **Wertorientierung**, indem sie die Grenzen der Medizin respektiert und die Kommunikation über die in den letzten hundert Jahren schmerzlich missachteten und vernachlässigten ethischen Grundlagen medizinischer Moral und des menschlichen Miteinanders wieder ins Bewusstsein zu bringen versucht.

Menschen in der letzten Lebensphase erwarten nicht nur hohe fachliche Kompetenz, Zuwendung, Erreichbarkeit, Wahrhaftigkeit, wertfreies Interesse, Unvoreingenommenheit und Empathie, sondern sie erwarten auch, dem Konflikt mit der eigenen Identität nicht auszuweichen.“

H. Christof Müller-Busch

Ethische Aspekte in der Palliativpflege

„Die Autonomie des Menschen ist das Fundament seiner Freiheit ... auf ihr beruht die Würde seines Mensch-Seins, deren Gewicht wir, wie so oft, erst in dem Augenblick des Verlusts wirklich wahrnehmen“.

Thure von Uexküll

Ethische Aspekte in der Palliativpflege

Dies führt uns zurück zu den "Prinzipien der biomedizinischen Ethik" von Beauchamp und Childress:

- Respekt vor der Autonomie des Patienten
- Prinzip des Nicht-Schadens
- Prinzip der Fürsorge
- Prinzip der Gerechtigkeit

Diese werden zwar als von gleicher Wertigkeit angesehen, aber dem Respekt vor der Autonomie bzw. der Selbstbestimmung des Patienten wird zumindest für die Durchführung bzw. Unterlassung von Handlungen in der Medizin ein dominierender Stellenwert zugesprochen.

„Die Autonomie des Menschen ist das Fundament seiner Freiheit ... auf ihr beruht die Würde seines Mensch-Seins, deren Gewicht wir, wie so oft, erst in dem Augenblick des Verlusts wirklich wahrnehmen“.

Ethische Aspekte in der Palliativpflege

- moralische Kontroversen bilden Konflikte zwischen den verschiedenen gewichteten Prinzipien ab
 - das „bioethische Quartett“ (Beauchamp und Childress) liefert einen Rahmen zur Behandlung aller ethisch relevanten Entscheidungssituationen in der Medizin
 - ist besonders geeignet für die Behandlung schwieriger Fragen am Lebensende
 - diese Zeitphase berührt insbesondere das Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge
- „informed consent“ ist eine unverzichtbare Voraussetzung für alle Eingriffe in die Autonomie und Integrität eines kranken Menschen

Ethische Voraussetzungen pflegerischen (und ärztlichen) Handelns

1. Maßnahme muss einen Nutzen für den Patienten haben
(mehr Nutzen als Schaden zu erwarten)
2. Patient muss ausführlich aufgeklärt werden darüber und einwilligen
3. Maßnahme muss mit hoher Qualität durchgeführt werden
(Pflege- / Behandlungsstandards)

Wann soll eine Maßnahme nicht begonnen oder abgebrochen werden?

Wenn eine der beiden ersten Voraussetzungen nicht erfüllt wird!

Ethische Aspekte in der Palliativpflege – konkrete Themen

- Durchführung bzw. Beendigung therapeutischer Maßnahmen wie z. B. Chemotherapie, Dialyse, Ernährung, Flüssigkeitsgabe
- freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen
- palliative Sedierung
- Äußerung von Sterbewünschen

Beispiel: Therapieentscheidungen

- die Entscheidung über Durchführung, Abbruch oder Unterlassen medizinischer Maßnahmen liegt beim Patienten (sein Wille hat Vorrang vor seinem Wohl)
- Voraussetzung: umfassende und verständliche Information durch professionelle Betreuende, getragen von Empathie, Wahrhaftigkeit und Bereitschaft Behandlungsgrenzen offen zu legen
- dem Betroffenen soll möglichst Zeit eingeräumt werden für eine Entscheidung
- Aspekte, die die Entscheidung beeinflussen könnten (Erwartungen Dritter, Gefühl eine Last zu sein) müssen angesprochen werden
- ist der Patient nicht einwilligungsfähig (z. B. nicht ansprechbar) ist die Patientenverfügung der Maßstab und der mutmaßliche Wille zu ermitteln
- liegt keine vor, erstellt das Behandlungsteam unter Einbezug der vertretungsberechtigten Person den Behandlungsplan
- die Entscheidung trifft die Vertretungsperson
→ hohe Verantwortung und damit emotionale Belastung, daher ist ein von allen Seiten getragener Konsens oberstes Ziel

Beispiel: Therapieentscheidungen

- die erlebte Hilflosigkeit im Umgang mit Sterben und Tod betrifft auch Behandler und kann dazu verleiten, kaum erfolgversprechende Therapien durchzuführen (z. B. Tumorpatient und Chemo)
- therapeutischer Übereifer gefährdet Berücksichtigung palliativer Aspekte, „schwierige Themen“ werden vermieden
- Gefahr: tiefere Krise nach enttäuschten Hoffnungen, die auf unrealistischen Erwartungen fußten („uns hat nie jemand gesagt, wie schlecht es ihm geht und dass er sterben wird“)
- Tumorpatient unterzieht sich aussichtsloser Therapie mit belastenden Nebenwirkungen

Erfüllt dieses Vorgehen ethische Prinzipien?

Beispiel: Therapieentscheidungen

Palliative Haltung:

- wiederholte, wahrhaftige Information über Möglichkeiten und Grenzen, Vor- und Nachteile einer tumorspezifischen Therapie sowie eine Prognose mit und ohne Therapie
- ermöglicht die Entwicklung realistischer Erwartungen bei allen Beteiligten
- reduziert Konfliktpotential
- gibt Betroffenen Raum und Zeit zum Regeln wichtiger Dinge und zum Abschiednehmen

Beispiel: Flüssigkeitsgabe und Ernährung

- „Wir können ihn doch nicht verhungern / verdursten lassen.“
- Welches Ziel verfolgt die Flüssigkeitsgabe? Wem nützt sie?
- Haltung von Palliative Care: Maßnahmen sind mit dem Ziel der Symptomlinderung einzusetzen, belastende Maßnahmen sollen unterlassen werden.
- Einsatz von Flüssigkeit oder künstlicher Ernährung erfordert eine sorgfältige Abwägung: welche Wirkung ist zu erwarten, welche unerwünschten Nebenwirkungen?
- sowohl bei Flüssigkeit als auch Sondenernährung gilt:
 - Nutzen muss größer sein als der Schaden
 - Einsatz muss dem erklärten Willen des Patienten entsprechen

Beispiel: Flüssigkeitsgabe und Ernährung

- daher muss Abwägung der Maßnahme auch Information der Angehörigen einbeziehen

(z. B. Information über oft fehlendes Bedürfnis nach Flüssigkeit und Nahrung am Lebensende und dass nach medizinischem Wissensstand eine Infusion keinen Durst stillt, sowie über Freisetzung körpereigener Morphine durch zunehmende Dehydration und damit Linderung von Leiden)

- ABER: regelmäßig oral etwas anbieten und Mundpflege!

Beispiel: freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

- FVNF: Handlung, die von einer zurechnungsfähigen Person ohne kognitive Einschränkungen freiwillig und bewusst gewählt wird, um den Tod frühzeitig aufgrund unerträglichen, anhaltenden Leidens herbeizuführen
- Wunsch bei den Betroffenen entspringt häufig der Angst vor einem verlängerten, leidvollen Sterbeprozess
- kann Dilemma für professionell Betreuende sein:
einerseits: ethische Verpflichtung, das Sterben nicht zu beschleunigen
andererseits: muss Recht der PatientInnen auf Selbstbestimmung geachtet werden
- unterscheidet sich von allen anderen Formen des Therapieverzichts, aber auch in aller Deutlichkeit vom assistierten Suizid!
- Nicht-Zulassung des freiwilligen Verzichts liefe auf Zwangsbehandlung bei einer selbstbestimmungsfähigen Person hinaus

Beispiel: freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

häufigste Motive für einen FVNF:

- das Gefühl, nun zum Sterben bereit zu sein
- erlebte Sinnlosigkeit in Bezug auf das weitere Leben
- geringe Lebensqualität
- unzureichende Symptomkontrolle durch ärztliche und pflegerische Maßnahmen
- der Wunsch, die Art und Weise des Sterbens zu kontrollieren

weitere mögliche Beweggründe:

Gefühl für Angehörige eine Last darzustellen oder große Angst vor zu künftigem Leid

Beispiel: freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Bedeutsame Unterschiede zwischen FVNF und assistiertem Suizid

- Tatherrschaft liegt ausschließlich bei der sterbewilligen Person
- Sterben aufgrund eines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit dauert zu lange, um einer überwältigenden, momentanen existenziellen Verzweiflung zu entspringen
- Entschluss ist – zumindest in den ersten Tagen – umkehrbar, kann unterbrochen oder aufgeschoben werden, neu begonnen oder unterlassen
- Tod tritt nicht abrupt ein, sondern natürlicher Sterbeprozess wird durchlebt
- Aufgaben der Ärzte und Pflegenden in der Betreuung von PatientInnen während FVNF: Linderung eventuell auftretender, belastender Symptome
- anders als beim assistierten Suizid, beginnt die Betreuung und Begleitung beim FVNF bereits sehr früh im Vorfeld, schon im Entscheidungsprozess dafür oder dagegen
- kann als Entscheidung des Patienten gegen lebenserhaltende Maßnahmen interpretiert werden
- Alternative wäre eine Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gegen den Willen des Patienten
→ widerspricht nicht nur ethischen Prinzipien, sondern stellt Straftatbestand dar

Beispiel: freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

- Das ethische Dilemma (ethische Verpflichtung, das Sterben nicht zu beschleunigen, was aber der erklärte Wunsch des Betroffenen beim FVNF ist) ist nur durch die Priorisierung der Autonomie zu lösen, was auch die rechtliche Grundlage abbildet:
- Letztlich gilt: wenn die Pflichten, einerseits Leben zu verlängern und andererseits Leiden zu mindern, miteinander in Konflikt geraten, da sie sich gegenseitig ausschließen, dann liegt die Entscheidung beim Patienten bzw. bei der Patientin
- Außerdem: das Wissen um die Möglichkeit eines zukünftigen FVNF könnte eine Entlastung für jene Menschen bedeuten, die ein hohes Bedürfnis nach Kontrolle haben, ohne dass sie jemals Gebrauch davon machen

Beispiel: Kommunikation

**zentrale ethische Aufgabe im Umgang mit Patienten ist
*Kommunikation!***

Beispiel: Kommunikation

Fallbeispiel:

„Eine Frau, Mitte 60, hatte mich rufen lassen. Es ging um ihre Schmerzen, aber auch um ihren bevorstehenden Tod. Ihr körperlicher Zustand war von fortgeschrittener Metastasierung geprägt. Sie war bettlägerig und konnte keine Nahrung mehr behalten. Schließlich fragte sie: »Wie lange noch?«. Wir hatten uns wiederholt über diese Frage unterhalten [...] und es schien ihr wichtig, eine offene Antwort zu bekommen. Ich machte ihr vorsichtig klar, dass ihr aller Wahrscheinlichkeit nach, nur noch kurze Zeit bliebe, vielleicht Wochen, vielleicht nur Tage. Sie nahm es gefasst auf. Ihr Mann war vor Jahren gestorben. Ich fragte nach den Kindern. Ihre Tochter war Schauspielerin. Sie hatte die Mutter im Krankenhaus noch nicht besucht. Sie sei beschäftigt, sagte die Mutter; in der nächsten Woche gebe es eine Premiere. Ich fragte, ob ich die Tochter anrufen dürfe. Das wollte die Mutter nicht. Das Gespräch ging zu Ende; ich versprach, am nächsten Tag wiederzukommen.

Beispiel: Kommunikation

Fallbeispiel Fortsetzung:

Als ich davonging, dachte ich über die Autonomie der Patientin nach. Es war ihr eindeutiger Wunsch, dass ich ihre Tochter nicht anrufen sollte. Auf der anderen Seite hatte ich das Gefühl, dass diese Tochter sehr viel für die Mutter bedeutete und dass diese die Tochter vor ihrem bevorstehenden Tod schützen wollte. Alle meine Gefühle und Instinkte sagten mir, dass es eine Unterlassungssünde sei, sie nicht anzurufen. Was tun? Ich ging zurück, setzte mich hin und sagte: »Ich habe ein Problem. Ich muss deine Tochter anrufen. Ich glaube, sie würde mir nie verzeihen, wenn sie erfährt, dass du nicht mehr am Leben bist und sie keine Nachricht bekommen hat, damit sie dich noch rechtzeitig besuchen konnte. Sie muss selbst entscheiden, ob sie kommen kann oder nicht.« Dabei betrachtete ich die Mutter aufmerksam. Sie schwieg. Aber in den Augen war deutlich eine Erleichterung zu erkennen, dass die Entscheidung von ihren Schultern genommen war.

Die Tochter kam auch; beide erlebten wichtige Tage zusammen, bevor die Mutter starb. Die Tochter drückte wiederholt ihre Dankbarkeit dafür aus, dass sie angerufen wurde.“

Aus: S. Husebø, G. Mathis, ·E. K. Masel (Hrsg.). Palliativmedizin

„Der Einzelne hat niemals mit einem anderen Menschen zu tun, ohne dass er etwas von dessen Leben in seiner Hand hält.“

Knud Ejler Løgstrup (1905–1981), dänischer Philosoph und Theologe

Daher gilt für unser Handeln:

Nicht das technisch Mögliche definiert das ethisch Richtige.

Und:

Der Wille des Betroffenen ist das bestimmende Element für unser professionelles Handeln. Nur dann ist es gutes Handeln.

Also gehen wir doch zum Äußersten und fragen den Patienten, damit dieser über sein Leben entscheidet!

Danke fürs Zuhören!



Literatur

C. J. Voß: *Die ‚dienende‘ Pflege*, Vallendarer Schriften der Pflegewissenschaft 13, https://doi.org/10.1007/978-3-658-41595-2_1

AK Oberösterreich: *Der Wert der Sinnstiftung zur Arbeitsbewältigung*. Nachlese zur Tagung „Mindestpflegepersonalschlüssel reicht nicht – Auswirkung auf Sinnstiftung und Arbeitsbedingungen“ am 29. Juni 2016 in der Arbeiterkammer Linz. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich, Volksgartenstraße 40, 4020 Linz

H. Christof Müller-Busch: *Sterben und Tod. Palliative Care – Geschichte und Konzept einer inter-disziplinären Begleitung Schwerstkranker und Sterbender*. Aus: EthikJournal 2. Jg. | 2. Ausgabe 2014

A. Feichtner, D. Weixler, A. Birklbauer: *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen. Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)*. Aus: Wiener Medizinische Wochenschrift <https://doi.org/10.1007/s10354-018-0629-z>

Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care. Schweizerische Akademie der Wissenschaften (SAMW) 2022.
www.samw.ch/richtlinien

G. Marckmann, A. Feichtner, S. Kränzle: *Ethische Entscheidungen am Lebensende*. In: S. Kränzle, U. Schmid, C. Seeger (Hrsg.): *Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium* (7. Aufl.). Springer 2023

S. Husebø, G. Mathis, ·E. K. Masel (Hrsg.). *Palliativmedizin*. Mitbegründet von E. Klaschik. 7. vollst. überarb. u. erw. Auflage. Springer 2023