

bethel » wissen

Fachthemenreihe der Stiftungen Sarepta | Nazareth

Ausgabe 1



THEMA

ETHIK KONKRET

KONZEPTE | MEINUNGEN | POSITIONEN



ISSN: 2364-0294

**»» *Wir betreiben Ethik nicht,
um zu wissen, was gutes Handeln ist,
sondern um gut zu handeln.* ««**

(Aristoteles)





EDITORIAL

» Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten gerade die erste Ausgabe des Magazins „bethel > wissen“ in der Hand. Diese Fachthemenreihe der Stiftungen Sarepta/Nazareth soll in Zukunft zwei Mal jährlich in einer Online- und einer Printversion erscheinen.

Die Stiftungen Sarepta und Nazareth leisten wertvolle Beiträge zur Bildung, inhaltlichen Entwicklung und diakonischen Identität der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Arbeitsbereiche vernetzen sich zunehmend. Das stärkt unsere Kompetenzen, unsere Zusammenarbeit und unsere Entwicklung. Mit diesem Magazin möchten wir einen Beitrag zur weiteren Vernetzung in den vBS Bethel leisten, indem wir Wissen und Erfahrungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu spezifischen Themen bündeln.

In dieser ersten Ausgabe steht das Thema „Ethik“ im Mittelpunkt. Ethische Fragestellungen begegnen uns in allen Arbeitsfeldern und Unternehmensbereichen, dienstlich und privat, am Lebensanfang, mitten im Leben und immer häufiger am Lebensende. Allen ethischen Fragen gemeinsam ist: Der Mensch in seiner Individualität steht im Mittelpunkt. **Aber: Was ist eigentlich Ethik? Was bedeutet „klinische Ethik“? Welche Rolle spielt Ethik in der Hospizarbeit? Was hat Ethik mit Theologie und Diakonie zu tun?** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ganz unterschiedlichen Funktionen und aus unterschiedlichen Bereichen berichten in diesem Magazin von ihren Erfahrungen und Erkenntnissen, von Haltung, Orientierung und Transparenz.

Ich wünsche Ihnen viel Freude und Interesse beim Lesen.

Ihr

Pastor Ulrich Pohl



Inhalt dieser Ausgabe:

- I Seite 4** Ethik – was ist das?
Von der moralischen Intuition zur ethischen Reflexion
- I Seite 6** Theologische Grundlage
für ethisch reflektiertes Handeln am Lebensende
- I Seite 10** Interview mit Dr. Klaus Kobert: Ethik im Klinikalltag – gemeinsam den besten Behandlungsweg finden
- I Seite 14** Ethische Fallbesprechung:
Schwere Entscheidungen gemeinsam tragen
- I Seite 16** Ethische Konflikte unter diakonischen Aspekten betrachten
- I Seite 18** Interview mit Ulrike Lübbert:
Ethik im Hospiz – Normalität am Lebensende
- I Seite 22** Ethische Fallbesprechung:
Die Würde des Menschen ist unantastbar
- I Seite 26** Die Arbeit des Ethikkomitees
„Altenhilfe und Pflege NRW“
- I Seite 28** Ethische Herausforderungen zwischen
Autonomie und Angewiesenheit

➤ ETHIK – WAS IST DAS?

VON DER MORALISCHEN INTUITION ZUR ETHISCHEN REFLEXION

» Ethik ist das Nachdenken über Moral. Moral wiederum bezeichnet all jenes, was wir an Wertvorstellungen in uns tragen. Diese Wertvorstellungen sind uns vermittelt durch Erziehung, durch das soziale und kulturelle Umfeld, in dem wir leben, und durch die Erfahrungen, die wir im Laufe unserer Biografie machen. Wertvorstellungen werden uns in der Regel erst dann bewusst, wenn sie von anderen infrage gestellt werden. Wenn wir plötzlich begründen müssen, warum wir uns in einer Sache so und nicht anders verhalten. Moralische Wertvorstellungen unterliegen dem Wandel, sowohl in der eigenen Biografie wie auch in der Gesellschaft.

Gegenwärtig läuft eine gesellschaftliche Debatte darüber an, ob der assistierte Suizid rechtlich legalisiert werden soll oder nicht. Diese Debatte ist eine ethische Auseinandersetzung über die zutiefst moralische Frage, wie hoch die Selbstbestimmung des Menschen anzusetzen ist? Die Debatte beginnt zunächst mit einem moralischen Empfinden. Die einen haben das „Gefühl“ bzw. die moralische Intuition, dass es doch möglich sein muss, einem erkrankten Menschen, der selbstbestimmt darum bittet, ein innerhalb weniger Minuten todbringendes Mittel zur Verfügung zu stellen. Andere haben die gegenteilige „moralische Intuition“, dass dies nicht in Ordnung ist, weil der Mensch hier eine Grenze überschreitet, die ihm nicht zusteht, und dass die negativen Folgen einer solchen Legalisierung überwiegen. Wie aber kann man sich dann verständigen?

Hier setzt das ethische Nachdenken an. Das heißt, Ethik reflektiert auf einer Metaebene die moralischen Standpunkte und fragt nach Begriffen und Begründungen: Was heißt in diesem Fall zum Beispiel Selbstbestimmung? Was meinen wir damit? Hat Selbstbestimmung Grenzen und, wenn ja, wo liegen sie? Welche Folgen hat eine Legalisierung? Welche anderen moralischen Werte werden möglicherweise verletzt. Was verstehen wir unter „Lebenswert“ ...?

» *Ethik ist also das wissenschaftliche und damit methodische Nachdenken über moralische Überzeugungen.* «

Ethik hat es dabei mit grundlegenden Unterscheidungen zu tun. Den Unterscheidungen von Sein und Sollen, von Faktizität und Geltung, von funktionalen und moralischen Aussagen.

Moralisches Empfinden und ethische Reflexion haben es immer mit der Differenzierung von Sein und Sollen zu tun. Schon im persönlichen Bereich empfinden wir oft die Differenz zwischen dem, was wir „eigentlich“ tun sollten, es aber – aus welchen Gründen auch immer – dann doch nicht tun. Das Gewissen ist hier die innere Instanz, die uns diese Differenz bewusst macht.

Die Unterscheidung von Faktizität und Geltung besagt, dass nicht alles, was „Fakt“ ist, auch deshalb schon moralisch gerechtfertigt ist. Vieles ist etwa in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen „geregelt“ und damit „Fakt“, von dem Mitarbeitende auszugehen haben. Was „geregelt“ ist, ist Ausdruck eines moralischen und praktischen Konsenses, der sich bewährt hat. Es kann im Einzelfall aber dazu kommen, dass genau das, was „Fakt“ ist, in diesem Fall der Bewohnerin bzw. dem Patienten nicht gerecht wird und deshalb moralisch nicht zu vertreten ist. Es kommt dann zu einem Gewissenskonflikt zwischen Faktizität und moralischer Geltung.

Generell gilt: Nicht alles, was faktisch machbar und funktional ist, sei es medizinisch, technisch, wirtschaftlich, politisch usw., ist auch moralisch vertretbar. Das Problem ist, dass die Ethik dem Faktischen oft hinterherläuft, das heißt, dass erst die Fakten geschaffen werden und dann die ethische Reflexion nachgeholt wird.



Wann ist eine Handlung im moralischen bzw. ethischen Sinne „gut“?

» Es gibt – idealtypisch betrachtet – vier Modelle:

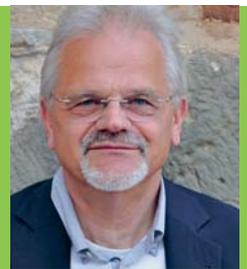
1. Eine Handlung ist dann gut, wenn sie dem obersten ethischen Prinzip entspricht, zum Beispiel dem Prinzip der Selbstbestimmung. Man spricht von einer deontologischen (gr. deon = Pflicht) bzw. Prinzipienethik.
2. Eine Handlung entspricht den religiösen Grundlagen einer Ethik, zum Beispiel der Überzeugung, dass der Mensch ein Geschöpf Gottes ist und nicht allein der Autor seines Lebens. Man nennt dies eine religiöse Ethik.
3. Eine Handlung ist dann moralisch gut, wenn die Folgen dieser Handlung das größtmögliche Glück für die größtmögliche Zahl bringt, also der Nutzen für möglichst viele überwiegt. Man nennt dies eine utilitaristische Ethik oder auch Nützlichkeitsethik (lat. utilitas = Nützlichkeit).
4. Eine Handlung ist dann moralisch gut, wenn das Motiv bzw. die Gesinnung, aus der heraus jemand handelt, gut ist. Man nennt dies eine „Gesinnungsethik“.

Alle vier Ethikmodelle haben ihre Berechtigung und zugleich ihre Schwächen. Im konkreten ethischen Diskurs schwanken wir oft zwischen allen vier Modellen hin und her. Mal denken wir eher „prinzipiell“ – immer dann, wenn es „ums Prinzip“ geht. Aber wird das Prinzip diesem konkreten Einzelfall gerecht? Nicht immer ist das der Fall. Mal führen wir religiöse oder weltanschauliche Argumente ins Feld. Aber kann man nicht aus religiösen Grundüberzeugungen gegensätzliche Schlussfolgerungen ziehen? Oft ist das der Fall.

Die Nützlichkeitsethik versucht, die Folgen einer Handlung abzusehen und den größtmöglichen Nutzen für möglichst viele zu bestimmen. Aber wie weit kann man die Folgen vorhersehen? Und kann man Lebensfragen von Nützlichkeitsabwägungen abhängig machen?

Schließlich die Gesinnungsethik. Sie ist wichtig, weil sie deutlich macht, dass die moralisch gute Gesinnung die Grundvoraussetzung allen moralischen Handelns ist und man eine Handlung nicht allein an den Folgen, die oft nicht vorhersehbar sind, beurteilen kann. Dennoch: Nur die gute Gesinnung bleibt subjektiv und kann zur Selbstgerechtigkeit führen.

Für den Wunsch, das Gute zu wollen, muss man sich klarmachen: Die moralische Freiheit, das Gute zu wollen, ist unbegrenzt. Die Handlungsfreiheit allerdings, das als gut Erkannte auch zu tun, stößt an Grenzen, zum Beispiel durch die jeweilige Situation, knappe Ressourcen, unglückliche Umstände, unvorhergesehene Hindernisse etc. Oder anders gesagt: **Zum Wollen des Guten gehört Moralität. Zum Tun des Guten manchmal auch Glück.**



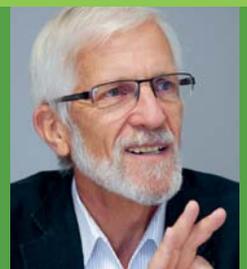
Hans Schmidt

Position/Tätigkeit:
Theologe, Dozent
für Ethik und Theologie

Einrichtung/Bereich:
Fachhochschule der
Diakonie und Evangelische
Bildungsstätte für
Diakonie und Gemeinde

Expertenwissen:
Theologie, Ethik, Kirche
und Andachten

THEOLOGISCHE GRUNDLAGE FÜR ETHISCH REFLEKTIERTES HANDELN AM LEBENSENDE



Bernward Wolf

Position/Tätigkeit:
Pastor und Sozialpädagoge

Einrichtung/Bereich:
Vorstand der vBS
Bethel (seit 01.01.2015
im Ruhestand)

» In mehreren Gesprächsrunden eines Runden Tisches, an denen Vertreterinnen und Vertreter aus dem Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, dem Stiftungsbereich Altenhilfe und dem Hospiz „Haus Zuversicht“ beteiligt waren, sind ethische Fragestellungen im Zusammenhang der Begleitung und Therapie im letzten Lebensabschnitt eines Menschen diskutiert worden. Ziel war es, gemeinsame ethische Grundsätze, die für die Arbeit der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel verbindlich sind, zu formulieren und Verfahren vorzuschlagen, die Orientierung und möglichst weitgehende Verfahrenssicherheit für konkrete Situationen geben, sowohl innerhalb der Institutionen als auch in den Beziehungen zwischen ihnen.

Als Ergebnis der Gesprächsrunden ist das Arbeitspapier „Begleitung und Therapie im letzten Lebensabschnitt eines Menschen – Eckpunkte für eine Arbeitsfelder übergreifende Position der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel“ entstanden, welches sich in drei Teile gliedert. Im Folgenden werden Ausschnitte des ersten Teils „Voraussetzungen unseres Denkens – unser ethischer ‚Referenzrahmen‘ in den vBS Bethel“ wiedergegeben, die sich schwerpunktmäßig auf die theologische Untermauerung des Papiers beziehen:

Der Mensch ist Geschöpf

» Eine Erfahrung, die sicher viele Menschen unterschiedlicher Glaubensrichtung bzw. Wertorientierung mit vollziehen können, ist: Ich finde mich vor, so wie ich bin. Ich finde mein Leben vor als etwas, das ich mir nicht gegeben habe, an dessen Gestaltung und Entwicklung ich aber beteiligt bin – und natürlich auch meine Umwelt und meine Geschichte. Ich bin also nicht gefragt worden, ob ich leben will. Dass ich lebe, ist vorgegeben, ohne mein Zutun. Dies ist eine menschliche Grunderfahrung.

Der jüdische und der christliche Glaube verbinden mit dieser Grunderfahrung ihren Glauben an Gott als den Schöpfer und Erhalter allen Lebens. **Leben insgesamt, damit auch jedes individuelle Leben, wird verstanden als Gottes Gabe. Gott ist es, der Leben schenkt und der über das Ende des Lebens entscheidet, der es schließlich wieder zu sich nimmt.**

Dem entspricht das Tötungsverbot der biblischen Botschaft: Die Entscheidung über Leben und Tod, über lebenswert oder -unwert steht uns als Menschen nicht zu, sondern ist allein Gottes Sache, liegt außerhalb der menschlichen Gestaltungsfreiheit, gehört zur Vorfindlichkeit. Ebenso wenig, wie ich mir das Leben geben kann, steht mir zu, ihm ein Ende zu setzen. (...)

Von diesem Verständnis des Lebens und des Sterbens her ergibt sich unser Auftrag: Wir wollen auch den Sterbeprozess als Lebensprozess gestalten und begleiten. Wir wollen den betroffenen Menschen – und seine Angehörigen – so gut wir können unterstützen, Schmerzen lindern, einen würdigen Abschied ermöglichen, also Hilfe im Sterben geben, aber nicht Hilfe zum Sterben (z. B. assistierter Suizid oder aktive Sterbehilfe).

» Sterben ist Teil des Lebens – so individuell und einzigartig wie das Leben eines Menschen, so individuell und einzigartig ist auch sein Sterben.¹ «

Was heißt »Selbstbestimmung«?

» Dem Menschen wird Freiheit zugetraut und zugemutet. Er trägt auch die Verantwortung für seine Entscheidungen und sein Handeln. Selbstbestimmung ist zunächst einmal gerichtet gegen paternalistische Fremdbestimmung: Kein anderer Mensch soll über mich und mein Leben entscheiden. Selbstbestimmung bedeutet nach christlichem Verständnis nicht: Ich bin mein eigener Maßstab. Es bedeutet aber: Ich selbst trage Verantwortung für mein Leben – auch vor Gott, dessen Gabe mein Leben ist.

Im Blick auf Begleitung und Therapie im letzten Lebensabschnitt eines Menschen ergeben sich für die Frage der Selbstbestimmung besondere Bezüge:

- | Selbstbestimmung und Recht ...
- | Selbstbestimmung und das Lebensverständnis ... in einer werteorientierten Institution ...
- | Selbstbestimmung und soziale Bedingungen ...
- | Selbstbestimmung und Gewissen der handelnden Personen ...
- | Selbstbestimmung und Fürsorge ...

1) v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel: Zum Umgang mit lebenserhaltenden Maßnahmen bei schwer kranken und sterbenden Menschen, 2007, S. 9

Was bedeutet »Sterben«?

» Nach christlicher Überzeugung ist das Sterben Teil des Lebens. Es ist ein Übergang. Das ermöglicht Vertrauen und Gelassenheit auch im Loslassen und in Trauer. Leben verliert durch Sterben und Tod nicht seinen Sinn. Wir glauben daran, dass unser Leben auch nach dem Sterben aufgehoben ist bei Gott. Vorstellen können wir uns das nicht. Wir können nur vorsichtig in Bildern bzw. Ahnungen davon sprechen. In der Bibel finden wir solche Bilder. (...)

In diesem Glauben ist das christliche Vertrauen begründet: „Leben wir, so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn, also wir leben oder wir sterben, so sind wir des Herrn.“ (Römer 14). Es gehört zur Erfahrung vieler glaubender Menschen, dass dieses Vertrauen helfen kann gegen die natürliche Angst vor dem Sterben, vor dem Unbekannten.

» Geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit... « (Pred Sal 3,2)

Jeder Mensch muss sterben. Nach biblischer Sicht ist der Zeitpunkt des Sterbens „nicht in die Verfügung des Menschen gegeben, sondern Gott hat allen Dingen ihre Zeit bestimmt. Der Mensch steht vor der Aufgabe, zu erkennen und zu wissen, wann was an der Zeit ist ... Es gehört zur Aufgabe und verantwortlichen Führung menschlichen Lebens, je und je die Zeit zu erkennen, auf die es sich im eigenen Lebensvollzug einzustellen gilt.“²

So gehören Schmerz und Leid, Lebenslust und Glück und ebenso Abschied und Sterben zum Leben, das uns geschenkt, anvertraut und vielleicht auch zugemutet ist; im Blick auf das Sterben gilt damit, es weder zu beschleunigen noch zu verzögern, sondern sich ihm zu stellen und es anzunehmen, so gut es uns möglich ist – als Betroffene, als Angehörige, als Menschen, die alte und sterbende Menschen mit Professionalität und Anteilnahme begleiten.

Das Loslassen des Lebens und das Loslassen eines Menschen gehören als letzter Akt zu diesem Leben dazu. Als Christen tun wir dies in dem Vertrauen, dass auch da, wo wir loslassen müssen, Gott den Menschen in seiner Zuwendung und Liebe hält: „Denn ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben (...) uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Jesus Christus ist, unserem Herrn.“ (Römer 8,38 f.) Wir wollen dazu beitragen, dass Menschen, die wir begleiten, in Frieden mit sich, mit den Menschen, die zu ihnen gehören, und in der Gewissheit der Nähe Gottes sterben können.

Was bedeutet »Tod«?

» Der Tod ist der Widerspruch zum Leben. Es gibt den Tod „mitten im Leben“, wenn die Macht des lebensfeindlichen Lebens verhindert, verletzt, zerstört. Tod wird wahrgenommen und erlebt als Sinnlosigkeit, als Beziehungslosigkeit. Tod kann auch bedeuten: Nicht-mehr-Sein, Vergessen-Sein. Insofern wird der Tod erlebt als Bedrohung und Negierung des Lebens.

Der christliche Glaube sieht die Macht des Todes durch Gott besiegt. Auch wenn der Tod als Beziehungslosigkeit, Zerstörung, Verlust von Beziehung erlebt wird, es gibt Neuanfang, Versöhnung, Auferstehung. Der Mensch und sein Leben ist aufgehoben bei Gott, „ob er gleich stürbe“ – auch individuelles Leben geht damit nicht verloren.

» Jesus Christus hat dem Tode die Macht genommen und das Leben und ein unvergängliches Wesen ans Licht gebracht durch das Evangelium. « (Paulus, 2. Tim. 1,10)

Im weiteren Verlauf des Papiers werden Fragestellungen besprochen, die sich aus diesen grundsätzlichen Erwägungen ergeben:

- | Lebenserhaltung, Lebensverlängerung, Sterbenlassen
- | Umgang mit Verantwortung und Schuld
- | Differenzierung zwischen Sozialethik und Individualethik für einen diakonischen Träger
- | Unterschiedlichkeit der „Referenzrahmen“ in Krankenhaus, Altenhilfe und Hospizarbeit
- | Instrumente für eine Entscheidungsfindung

Das Positionspapier „Begleitung und Therapie im letzten Lebensabschnitt eines Menschen – Eckpunkte für eine Arbeitsfelder übergreifende Position der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel“ finden Sie auf der Intranet-Startseite unter: [Stiftung Bethel > Vorstand > Regelwerke](#).

Falls Sie über keinen Intranetzugang verfügen, können Sie das Papier unter redaktion@bethel-wissen.de anfordern.



1934.



**ETHIK IM KLINIKALLTAG
GEMEINSAM DEN BESTEN
BEHANDLUNGSWEG FINDEN**

EIN INTERVIEW MIT DR. KLAUS KOBERT

Herr Dr. Kobert, Sie sind Klinischer Ethiker. Warum braucht es eigentlich diese Berufsgruppe? Welche gesellschaftlichen Veränderungen haben dazu geführt, dass es diesen Beruf gibt?

Kobert: Ein ganz wesentlicher Punkt ist aus meiner Sicht, dass wir eine rasante medizinische Entwicklung in den letzten Jahrzehnten erlebt haben, die dazu geführt hat, dass wir immer mehr „können“. Auch immer mehr Leben erhalten können, und das ist gut und richtig. Es gibt aber Situationen, in denen wir an Grenzen stoßen und vieles, was wir heute können, zumindest hinterfragt werden muss: Ist das noch zum Nutzen desjenigen Menschen, dem es dienen soll? Entspricht dies seinem Willen? Die Menschen, um die es geht, können uns oft nicht mehr sagen, was sie wollen. Das ist zum Beispiel ein Punkt, an dem die Klinische Ethik ins Spiel kommt.

Neben der technischen Entwicklung gibt es noch weitere Aspekte. Ein Punkt ist sicherlich, dass die Selbstbestimmung einen immer höheren Stellenwert in unserer Gesellschaft und für jeden Einzelnen bekommen hat. Man möchte heute sehr aufgeklärt in gesundheitliche Entscheidungen gehen und zum Beispiel in einem Aufklärungsgespräch erfahren, welche Vor- und Nachteile ein Verfahren hat, welche Alternativen es gibt oder welche Komplikationen auftreten können. All das ist heute selbstverständlich. Dem müssen wir gerecht werden, wenn die Menschen es nicht mehr für sich selbst formulieren können, weil sie schwer krank sind, im Koma liegen oder auch aus anderen Gründen nicht mehr kommunikationsfähig sind. Und auch da setzt die Ethik ein.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Welt heute pluralistischer ist, das heißt, es ist nicht von vornherein klar, was von jedem Einzelnen als richtig oder falsch angesehen wird.

» Unterschiedliche individuelle Weltanschauungen, Überzeugungen und religiöse Aspekte spielen eine große Rolle und genau diese müssen wir herausfinden. «

Und wie kann ich mir das vorstellen? Was genau sind Ihre Aufgaben als Klinischer Ethiker?

Kobert: Die Aufgabe oder das vorrangige Ziel der Ethik im Krankenhaus besteht darin, einen bestmöglichen Behandlungsweg für die Patientin bzw. den Patienten zu finden. Die Frage zu klären: Was ist zum Wohle und im Sinne dieses Menschen? Das versuchen wir in Zusammenarbeit mit allen, die dazu etwas Entscheidendes beitragen können, herauszufinden.

Und wie kommt der erste Kontakt zu Ihnen zustande? Wer wendet sich an Sie? Sind das Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte oder auch Angehörige, die Sie aufsuchen?

Kobert: Bei der Frage muss man unterscheiden, über welche Art der Ethikberatung wir sprechen. Es gibt zum einen das Ethikkomitee des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld, das alle zwei Monate tagt. Daneben gibt es Ethikvisiten, die wir – meine Kollegin Frau Löbbing und ich – mittlerweile in zehn Bereichen regelmäßig durchführen. Wir gehen regelmäßig zu bestehenden Visiterminen und klären, ob auch ethische Aspekte besprochen werden müssen.

Zum anderen gibt es Fallgespräche, die nach Bedarf kurzfristig möglich sind und von uns durchgeführt werden. Diese Fallgespräche werden von sehr unterschiedlichen Personen angefordert. Die meisten Anforderungen kommen aus der Ärzteschaft oder von der Pflege. Daneben gibt es häufig Anregungen von der Seelsorge, aber auch von Angehörigen und manchmal von den Patientinnen und Patienten selbst.

Wenden sich auch Mitarbeitende von stationären Pflegeeinrichtungen innerhalb der vBS Bethel an Sie?

Kobert: Ja, obwohl unser Hauptaufgabengebiet sicherlich die Krankenhäuser (Ev. Krankenhaus Bielefeld und Mara) sind. Aber wir haben auch aus anderen Bereichen Anfragen, wie beispielsweise aus der Behindertenhilfe und gelegentlich aus der Altenhilfe und dem Hospiz. Zudem gibt es auch Anfragen von außerhalb, wenn etwa ein Hausarzt einen Unterstützungsbedarf hat und um die Moderation eines Fallgesprächs bittet.

Wenn Sie die Fallgespräche, die im Rahmen der Krankenhäuser, im Bereich der Altenhilfe oder in der Behindertenhilfe stattfinden, miteinander vergleichen: Wie unterscheiden sich diese Gespräche?

Kobert: Im Akutkrankenhaus haben wir den größten Anteil der Fallgespräche bezüglich Patientinnen und Patienten, die auf Intensivstationen behandelt werden. Im Wesentlichen geht es dann um die Frage, was das Ziel unserer Behandlung ist. Ist es noch richtig, auf Heilung und Entlassung hinzuarbeiten, oder müssen wir doch ein anderes Therapieziel einschlagen, welches eher auf Linderung von Schmerzen und stärker auf Begleitung ausgerichtet ist?

Wenn wir uns die Psychiatrische Klinik ansehen, geht es häufig um die Frage der Zwangsbehandlung. Wie geht man damit um, wenn ein Mensch, der psychiatrisch erkrankt ist, seine Medikamente nicht nehmen will: Kann oder muss man sein Recht auf Selbstbestimmung wahren oder muss man fürsorglich in seinem Interesse und im Interesse anderer handeln?

In der Altenhilfe geht es häufig um die Frage der künstlichen Ernährung: Soll man zur künstlichen Ernährung eine PEG-Sonde anlegen? Ist das zielführend und im Sinne des erkrankten Menschen? Sehr unterschiedlich ist es in der Behindertenhilfe. Dort geht es auch um den Aspekt der künstlichen Ernährung, aber beispielsweise auch um die Frage, ob chronisch Erkrankte bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes noch ins Krankenhaus eingewiesen werden sollen oder möchten.

Und wenn Sie ein ethisches Fallgespräch durchführen, wie kann man sich das ganz konkret vorstellen? Wer sitzt da zusammen?

Kobert: Im Fallgespräch ist es so, dass die Teilnahme erst einmal freiwillig ist. Und jeder, der etwas Entscheidendes zu der betroffenen Person beitragen kann, wird eingeladen. Wir achten besonders darauf, dass die juristisch Verantwortlichen dabei sind, das heißt der behandelnde Arzt und der Patient bzw. seine gesetzliche Vertretung. Weiterhin sind zum Beispiel Pflegende, Seelsorger, Psychologen, Ergotherapeuten und auch andere Berufsgruppen beteiligt. Alle, die mit diesem Patienten betraut sind. Und natürlich nehmen Angehörige und, wenn möglich, der Patient selbst teil.

Und am Ende eines ethischen Fallgesprächs kommen Sie zu einem Konsens?

Kobert: Ja, in 95 Prozent der Fallgespräche kommen wir zu einem Konsens. Und wenn kein Konsens zustande kommt, besteht der nächste Schritt darin, zu klären, ob ein zweites Gespräch stattfinden wird und wie viel Zeit dazwischenliegen soll.

Für die Umsetzung einer Empfehlung sind jedoch immer zwei Personen entscheidend: Die Ärztin bzw. der Arzt legt fest, was medizinisch sinnvoll ist, und die betroffene Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung willigt ein oder nicht. Die Empfehlung des Fallgesprächs würde dann gegebenenfalls formal durch diese beiden Entscheidungsträger in eine Anordnung umgesetzt.



Herr Dr. Kobert, Sie haben als Mitglied einer Arbeitsgruppe an dem „Ethischen Referenzrahmen“ mitgearbeitet, der unter Vorsitz von Herrn Pastor Wolf entstanden ist. Dieses Papier wird immer wieder benannt. Wie ist Ihre Einschätzung: Wozu kann der „Ethische Referenzrahmen“ beitragen?

Kobert: Der Prozess der Erstellung war für mich eine durchweg positive Erfahrung. Die Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Bereiche haben sehr konstruktiv und offen miteinander gearbeitet. Unser Ziel bestand darin, eine gemeinsame Basis für ethische Entscheidungsfindungen in unseren verschiedenen Arbeitsfeldern zu schaffen. Und ich denke, dass uns dies gut gelungen ist, indem wir gemeinsam erarbeitet haben, was in den vBS Bethel wichtig ist und nach welchen Vorgaben ethische Entscheidungsfindungen durchgeführt werden.

Und woran, würden Sie glauben, kann man in fünf Jahren erkennen, dass 2014 dieses Papier eingeführt wurde? Was wird in fünf Jahren anders sein?

Kobert: Grundsätzlich beobachte ich, dass ein Prozess angestoßen wird und das Papier in allen Bereichen diskutiert wird. Aus den Diskussionen im Rahmen des Ethikkomitees im Krankenhaus kann ich berichten, dass es Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge gegeben hat. Pastor Wolf hat sich mit Vertretern unserer Ethikkomitees getroffen, um diese Verbesserungsvorschläge für eine Überarbeitung, die in einem Jahr stattfinden soll, zur Kenntnis zu nehmen. Wenn Fälle besprochen werden, wird der „Ethische Referenzrahmen“ herangezogen, um die Grundhaltung der vBS Bethel genauer in den Blick zu nehmen: Bewegen wir uns im Rahmen dessen, was abgesteckt ist? Ich nehme zurzeit deutlich wahr, dass das Papier „lebt“ und gehe davon aus, dass es einen Effekt haben wird.

Was ich mir für die Zukunft wünsche, ist, dass die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen durch ein solches Papier noch reibungsloser funktioniert, zum Beispiel bei einer Verlegung vom Krankenhaus in die Altenpflegeeinrichtungen und zurück. Dass ein besserer Informationsaustausch gegeben ist und man im Idealfall, wie es das Papier vorsieht, bei ethischen Entscheidungen bereichsübergreifend Fallgespräche führt, damit für alle beteiligten Institutionen eine gleiche Richtung erkennbar wird.

Sie erhoffen sich durch das Papier eine stärkere Vernetzung innerhalb der vBS Bethel?

Kobert: Ja, das wäre ein wünschenswerter Effekt und ich bin überzeugt, dass es funktionieren wird. Und an diesem Erfolg hätte das Papier einen großen Anteil.

Wenn Sie auf all Ihre Erfahrungen zurückblicken: Was würden Sie sagen, ist in ethischen (Fall-) Gesprächen die größte Herausforderung?

Kobert: Wenn ich als Moderator ein Ethikgespräch führe, sind für mich die größte Herausforderung sehr dominante Persönlichkeiten, die sehr fordernd und sehr lautstark auftreten. Entscheidend ist dann, das richtige Maß zu finden, sodass alle zu Wort kommen und auch alle anderen Standpunkte angemessen gewürdigt werden und Einzug in die Empfehlung finden. Dies empfinde ich als Moderator als eine schwierige Aufgabe. Und wenn man es aus einer anderen Richtung betrachtet, natürlich Fälle, die einem persönlich sehr nahegehen. Auch dann sind ethische Fallgespräche sehr belastend und schwierig.

Gibt es zum Abschluss noch einen wichtigen Aspekt, den Sie gerne betonen möchten?

Kobert: Mir ist wichtig, zu sagen, dass der Ethikbereich, so wie wir ihn bis heute aufgebaut haben, nicht nur von zwei hauptamtlichen Ethikern – von Frau Löbbing und mir – getragen wird, sondern im Wesentlichen auch von elf Mitarbeitenden, die Ethikberatung nebenamtlich durchführen, also neben ihrer eigentlichen Tätigkeit. Das selbe trifft für die Ethikkomitees zu, in denen die Kolleginnen und Kollegen sehr engagiert mitarbeiten. Wenn mehr Menschen das Thema Ethik mittragen, wird es lebendig und durch konkrete Personen in den einzelnen Abteilungen auch repräsentiert.

Herzlichen Dank für das Gespräch, Herr Dr. Kobert!

Hinweis:

Die Jahresberichte „Klinische Ethik“ finden Sie im Internet auf den Seiten der Klinischen Ethik des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld:

www.evkb.de/ethik



Dr. med. Klaus Kobert

Position/Tätigkeit:

Master of Bioethics,
Leitender Klinischer
Ethiker

Einrichtung/Bereich:

Evangelisches
Krankenhaus Bielefeld

Expertenwissen:

Patientenverfügungen,
Klinische Ethik,
Fallbesprechungen

SCHWERE ENTSCHEIDUNGEN GEMEINSAM TRAGEN

Ethische Fallbesprechung in der stationären Altenpflegeeinrichtung „Haus ELIM“ – ein Erfahrungsbericht

» Das Haus ELIM in Bielefeld-Sennestadt ist eine stationäre Pflegeeinrichtung für vorwiegend ältere Menschen mit demenziellen Erkrankungen, gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen und schwerer somatischer Pflegebedürftigkeit.

Eine hochbetagte Dame mit schwerer Pflegebedürftigkeit lebt in unserer Einrichtung. Ihre Tochter und ihr Sohn sind bereits selbst im Rentenalter. Die Tochter ist mit allen Vollmachten ausgestattet und kümmert sich liebevoll um die Belange der Mutter. Der Sohn tritt aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr mit der Mutter in Kontakt.

Die Tochter zieht ins Ausland. Sie informiert die Einrichtung und das Amtsgericht über die anstehenden Veränderungen in ihrem Leben und erteilt Untervollmachten an eine Person ihres Vertrauens. Diese besucht die alte Dame fortan regelmäßig, erledigt Besorgungen und vertritt deren Interessen. Als die Tochter selbst erkrankt, kann sie ihre Mutter nicht mehr besuchen. Sie schreibt regelmäßig, steht in engem Telefonkontakt mit der Person ihres Vertrauens und meldet sich sporadisch in der Einrichtung. Irgendwann hat die alte Dame, die schon immer nur wenige Bissen zu sich nahm, keinen Appetit mehr.

» *Selbst Schokolade, die sie zu jeder Zeit genießen konnte, mag sie nun nicht mehr.* «

Aufgrund einer ärztlichen Untersuchung kann eine Erkrankung als mögliche Ursache für ihr verändertes Essverhalten ausgeschlossen werden. Nun ergibt sich die Frage, welche Maßnahmen können und sollen ergriffen werden, um eine ausreichende Flüssigkeits- und Nährstoffaufnahme zu gewährleisten? Soll die alte Dame in naher Zukunft eine PEG-Sonde erhalten, über die sie künstlich ernährt werden könnte? Im Team gibt es hierzu unterschiedliche Haltungen. Die Tochter und die Bevollmächtigte möchten ihr die Belastungen eines chirurgischen Eingriffs ersparen, auch der Arzt rät zu einem minimal invasiven Vorgehen.

Ein ethisches Fallgespräch über die weiteren Maßnahmen soll Klärung und Orientierung bieten. Aus unterschiedlichen Perspektiven tragen ein Ethiker und ein Arzt, eine Theologin, eine Pflegedienstleitung sowie eine Mitarbeiterin der Einrichtung unter Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der Tochter ihre Eindrücke zusammen. Ich bin als Mitarbeiterin der Einrichtung ebenfalls dabei.

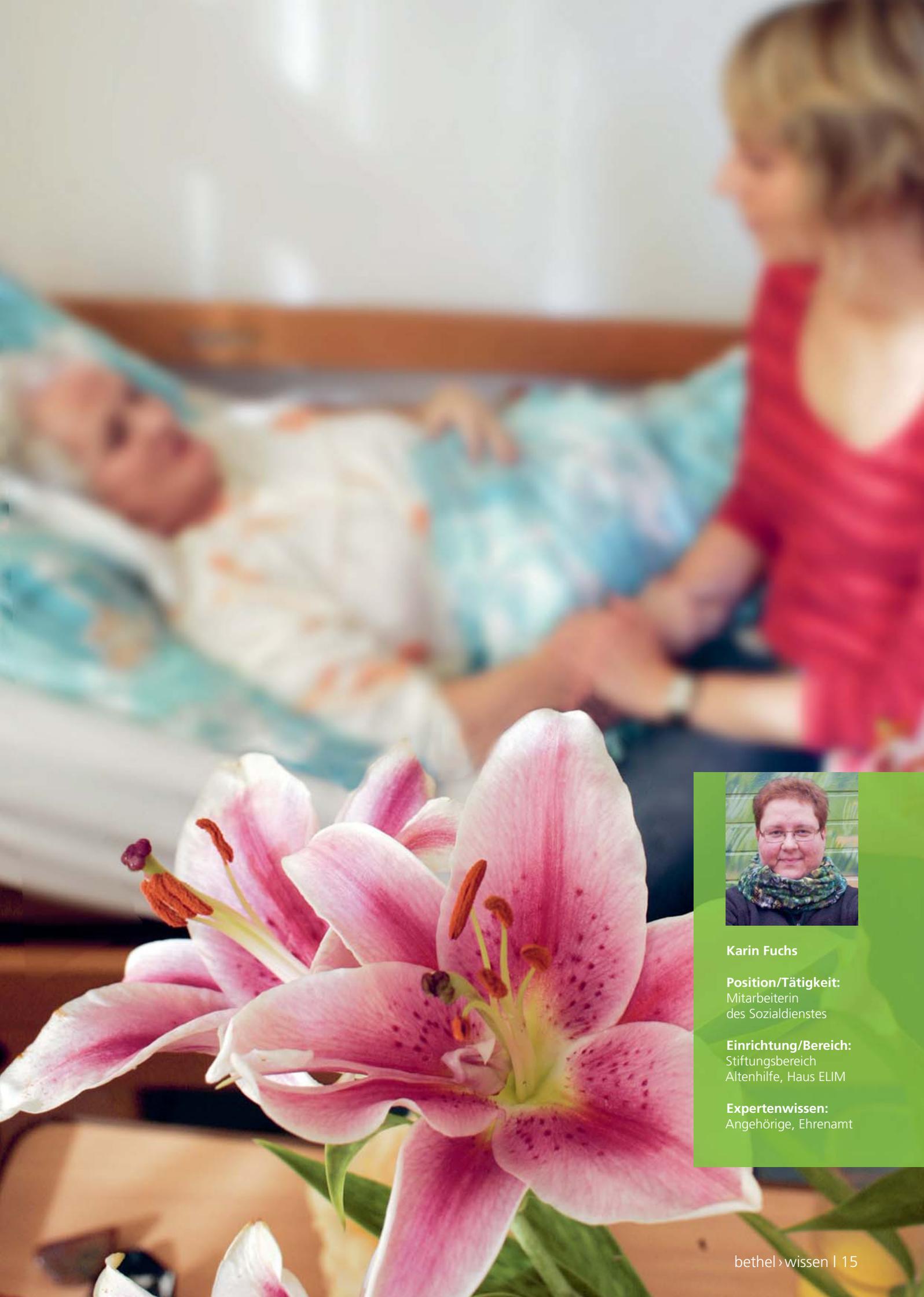
Im Mittelpunkt der Beratung stehen dabei folgende Fragestellungen:

- | Wie geht es der alten Dame aktuell? Was ist der mutmaßliche Wille der hochbetagten Dame?
- | Wie hat sie sich in der Vergangenheit zu einer solchen Entscheidung geäußert?
- | Wie begründen Tochter und Arzt ihre Haltungen?
- | Was ist die Haltung des Teams in der Einrichtung?
- | Können die Teammitglieder eine entsprechende Entscheidung mittragen?

Nach eingehenden Überlegungen kann schließlich festgehalten werden, dass es mutmaßlich im Sinne der hochbetagten Dame wäre, keine PEG-Sonde zu erhalten.

Auf dem Rückweg vom Gespräch in die Einrichtung spüre ich Erleichterung, Dankbarkeit und Zuversicht. **Erleichterung**, da ich diese Entscheidung gut mittragen kann – **Dankbarkeit**, weil der mutmaßliche Wille der betroffenen Person so wichtig ist, damit alle, die sie begleiten, ihr eigenes Tun und Handeln mit großem Verantwortungsgefühl gegenüber der alten Dame reflektieren können – **Zuversicht**, als Mitglied des begleitenden Teams auch künftig nicht alleine gelassen zu werden.

In der Folgezeit wird die alte Dame weiterhin liebevoll betreut, umsorgt und gepflegt. Ihr werden kleine Portionen zu essen und zu trinken angeboten und es wird akzeptiert, wenn sie diese ablehnt. So lebt sie noch für eine ganze Weile, bis sie eines Tages in Frieden einschläft.



Karin Fuchs

Position/Tätigkeit:
Mitarbeiterin
des Sozialdienstes

Einrichtung/Bereich:
Stiftungsbereich
Altenhilfe, Haus ELIM

Expertenwissen:
Angehörige, Ehrenamt

➤ ETHISCHE KONFLIKTE UNTER DIAKONISCHEN ASPEKTEN BETRACHTEN



Diakon Damian Ostermann

Position/Tätigkeit:

Stellvertretende Pflege-
dienstleitung, Teamleitung
Palliativpflege

Einrichtung/Bereich:

„Bethel ambulant“ –
Pflege- und Betreuungsdienste
Bethel gGmbH

Expertenwissen:

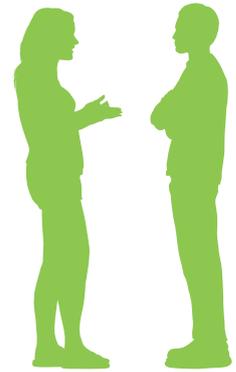
Ambulante und stationäre
Hospiz- und Palliativbetreuung

» „Das können wir doch nicht machen!“ Ab und an hören wir in unseren Arbeitsfeldern diesen oder einen ähnlichen Satz. Hier ist jemand anderer Meinung, hinterfragt, ob der eingeschlagene Weg der richtige ist. Da passt etwas nicht zusammen. Hier bringt jemand seine Überzeugungen in Abgleich zu seinem oder ihrem beruflichen Tun. – Da hat jemand einen ethischen Konflikt. Ein ethischer Konflikt liegt nicht nur dann vor, wenn es um das Lebensende und eventuell lebens- und leidensverlängernde Maßnahmen geht. Auch im Alltag nehmen wir Widerstreben wahr. Hier entdecken wir große und kleine Ungerechtigkeiten, erleben, dass der Rahmen zu eng ist. Der Rahmen, der uns gesetzt ist, und der Rahmen, den wir setzen.

Wir hadern, wenn das, was von uns verlangt wird, in scheinbarem Widerspruch zu dem steht, was wir für richtig halten. Und da sagt jemand: „Das können wir doch nicht machen!“ **Ein solches Aufmerken bewirkt, wenn es gehört wird, die Entschleunigung des Prozesses: Hier sind Austausch, Diskurs und Orientierung nötig.**

Ich bin fest davon überzeugt, dass diese Konflikte viel tiefer im System ihren Ursprung haben. Und vielleicht müssen wir uns an ganz grundlegende Dinge heranwagen, wenn wir uns mit unseren ethischen Konfliktsituationen auseinandersetzen möchten. Sind nicht an vielen Stellen ethische Konfliktpotenziale tief in unseren Arbeitswirklichkeiten eingewoben? Wir erleben beispielsweise eine Veränderung unseres Alltagsvokabulars. Unser Handeln an dem Nächsten oder für die Nächste wird zur „Dienstleistung“, der Mensch selbst zum „Nutzer“ unseres Angebots. Jesus beschreibt nicht eine Dienstleistung, wenn er sagt: „Alles, was ihr also von anderen erwartet, das tut auch ihnen!“ (Matthäus 7,12)

» Jesus fordert die innere Begegnung mit dem Gegenüber und vertraut darauf, dass es gut ist, wenn Menschen einander zu Nächsten werden. «



Demografischer Wandel, Fachkräftemangel, Arbeitsverdichtung ... Was auch immer wir heute von anderen – von der Gesellschaft und von unseren Sozialsystemen – erwarten: Es spielt für unser Tun an vielen Stellen keine Rolle. Unsere berufliche Alltagswirklichkeit sieht anders aus: Da tun wir die Dinge, die die Nutzerinnen und Nutzer an Hilfe zulassen, die Dinge, die ein Kostenträger zu zahlen bereit ist, die Dinge, die Prüfinstanzen später zu kontrollieren gedenken. Prozesse, in denen unser Tun auf den Dienstleistungsaspekt reduziert wird, laufen Gefahr, Beziehungslosigkeit hervorzurufen: zu den Kundinnen und Kunden, zum gemeinsamen Arbeitsauftrag, zu den Gepflogenheiten einer Einrichtung und zum eigenen Gewissen.

Sowohl die innere als auch die äußere Begegnung mit den Nächsten wird erschwert. Allerdings ist die Lust auf Begegnung bei der Berufswahl oft maßgeblicher Antrieb gewesen. Und die Fähigkeit zur Begegnung im Helfen stellt eine grundlegende sozialberufliche Kompetenz dar.

Was ist zu tun, wenn dieser Satz im Raum steht? Das alte, geflügelte Wort in Bethel: „Und was macht das mit dir?“, hilft uns, ethische Konflikte überhaupt erst einmal benennen zu können. **Wir lernen, aufeinander und auf uns selbst zu hören. Wir fragen unsere Kollegin oder unseren Kollegen nicht nur nach einer fachlich-sachlichen Einschätzung, sondern auch nach der Resonanz in ihrem oder seinem Leben.** Ich wünsche uns aufrichtiges Interesse daran, auch jenseits ethischer Fallgespräche und Supervisionen.

„Alles, was ihr also von anderen erwartet, das tut auch ihnen!“ Dieser Satz ergänzt unsere Standards, Vorschriften und fachlichen Paradigmen sinnvoll. Ethische Konfliktlösungskompetenz entsteht da, wo wir uns neben dem Austausch über sachlich-fachliche Fragen Zeit und Raum nehmen, um Arbeitsprozesse auch aus der Beziehung heraus zu beleuchten.

ETHIK IM HOSPIZ NORMALITÄT AM LEBENSENDE

EIN INTERVIEW MIT ULRIKE LÜBBERT



Frau Lübbert, als Leiterin des Hospizes „Haus Zuversicht“ und des Kinder- und Jugendhospizes haben Sie sicherlich häufig mit ethischen Fragestellungen zu tun. Wie gelingt es Ihnen, Situationen, in denen ethische Fragen Bedeutung haben, früh wahrzunehmen?

Lübbert: Im Grunde lassen sich ethische Fragestellungen recht früh erkennen. Häufig bereits im ersten Kontakt mit den Betroffenen oder deren Angehörigen oder aber ethische Fragestellungen werden bereits im Fragebogen deutlich, der vor der Aufnahme ausgefüllt wird.

Um welche Fragen geht es ganz konkret, wenn Sie sich mit ethischen Themen auseinandersetzen?

Lübbert: Das ist sehr unterschiedlich. Ein Beispiel ist die Frage nach einer palliativen Sedierung. Das bedeutet, dass die Betroffenen in einen tiefen Schlaf versetzt werden (etwa um nachts besser schlafen zu können), aus dem sie nach Absprache wieder herausgeholt werden. Dazu bedarf es einer guten Schmerztherapie, die ganz genau mit dem erkrankten Menschen besprochen wird.

Wenn ein Zustand leidvoll erscheint, ist die ethische Fragestellung häufig die, ob es in der konkreten Situation um den Wunsch der erkrankten Person geht oder darum, dass die Angehörigen oder manchmal auch Mitarbeitende eine Situation nicht mehr aushalten können. Und das ist immer ein Grund dafür, ein Ethikgespräch durchzuführen.

Schwierig wird es, wenn wir einen Menschen aufnehmen, der sich im Koma befindet. Das ist im Erwachsenen-hospiz sehr selten, kommt aber vor. Und wenn zudem eine Patientenverfügung vorliegt und die Angehörigen darauf drängen, dass diese entsprechend umgesetzt wird, führen wir im Vorfeld der Aufnahme ein Ethikgespräch durch.

Bereits vor der Aufnahme?

Lübbert: Ja, schon vor der Aufnahme, denn sonst greift rein rechtlich gesehen die Patientenverfügung. Sobald wir einen Menschen aufnehmen, der sagt: „Hier ist meine Patientenverfügung“, oder Angehörige darauf verweisen, müssen wir uns daran auch halten.

Im Kinderhospiz tritt hin und wieder die Frage auf, ob in einer Krisensituation eine Reanimation stattfinden soll. Solch eine Situation wird immer vorab mit den Eltern und dem behandelnden Arzt oder der Ärztin besprochen und dokumentiert. Schwierig wird es, und dazu haben wir auch schon einige Ethikgespräche geführt, wenn Eltern unsicher sind. Soll das Kind noch einmal reanimiert wer-

den? Wir haben es hier manchmal mit Kindern zu tun, die schon fünf, sechs Mal reanimiert wurden, und alle spüren, dass die Zeit gekommen ist, dass dieses Kind auch sterben darf. Und das ist für Eltern natürlich sehr schwierig. Im Erwachsenenhospiz besteht Uneinigkeit eher bei dem Thema „Aufnahmeverfahren“. Nach welchen Kriterien nehmen wir Menschen auf? Wir haben immer wieder die Situation, zu wenig Betten und deutlich mehr Anfragen zu haben.

Und wie gehen Sie damit um? Welche Kriterien stellen Sie in den Vordergrund?

Lübbert: Spannend finde ich, dass es in den Hospizen unterschiedlich gehandhabt wird. Wir im „Haus Zuversicht“ versuchen zu schauen: Wie geht es dem Menschen, wie ist seine akute Situation, gibt es Symptome wie Schmerz, die im Vordergrund stehen? Hat man es mit einem Menschen zu tun, der zuhause bei seiner Familie lebt oder der alleine ist? Wir versuchen dann möglichst eine gemeinsame Entscheidung zu treffen.

Gleichzeitig befinden wir uns immer im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge. Wo sind unsere Grenzen als diakonische Einrichtung? Wo sind Grenzen bei den Mitarbeitenden, wenn es um Wünsche der Eltern oder der Angehörigen im Erwachsenenhospiz geht? Wie viel Selbstständigkeit darf ein erkrankter Mensch haben, wenn er zum Beispiel sturzgefährdet ist, aber auf jeden Fall seine Selbstständigkeit erhalten möchte, und es ablehnt, dass eine Pflegekraft behilflich ist? Nehmen wir dann einen Sturz in Kauf oder sagen wir: „Jetzt ist es genug.“ Wir sind ja auch an unsere Fürsorgepflicht gebunden.

Wie gehen Mitarbeitende damit um, wenn sie fast täglich in Situationen kommen, in denen sie sich für einen bestimmten Weg entscheiden müssen? Welche Form der Unterstützung gibt es?

Lübbert: Ich glaube, das Wichtigste ist, dass jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter weiß: Ich darf über die Fragen, die mich beschäftigen, reden.



Ulrike Lübbert

Position/Tätigkeit:
Einrichtungsleiterin

Einrichtung/Bereich:
Stationäres Hospiz Haus Zuversicht, Kinder- und Jugendhospiz Bethel, SAPV für Kinder und Jugendliche „Der Weg nach Hause“

Expertenwissen:
Stationäre Hospizarbeit, Ethische Fragestellungen, Ehrenamt

Ich darf mich mitteilen. Wenn ich merke, es geht mir in einer bestimmten Situation nicht gut, ich mich nicht wohlfühle, ist es ganz wichtig, im Kollegenkreis darüber reden zu können und dies auch als ein Zeichen von Stärke wahrzunehmen. Also offen sagen zu können: „Ich habe ein Problem, ich komme mit der Situation nicht zurecht.“ In zweiter Linie sehe ich uns als Führungskräfte in der Verantwortung, den Mitarbeitenden zu signalisieren, dass sie jederzeit auch zu uns kommen können, um zu berichten, was ihnen nicht guttut.

Das heißt, es ist wichtig, eine Kultur oder Atmosphäre der Offenheit zu schaffen, damit die Kolleginnen und Kollegen das Gefühl haben, sich jederzeit mitteilen zu können, wenn sie etwas beschäftigt?

Lübbert: Genau. Und eine Erfahrung ist besonders wichtig: Je transparenter wir miteinander umgehen, also je häufiger auch Ethikgespräche in schwierigen Situationen geführt werden, umso besser können Entscheidungen von einem Team nachvollzogen werden. Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen ist mir persönlich ein großes Anliegen. Zudem ist uns im Laufe der Zeit klar geworden: Es gibt selten die richtige oder die falsche Entscheidung. Wir bewegen uns meist irgendwo dazwischen und handeln oder entscheiden nach bestem Wissen und Gewissen. Mehr kann man nicht erwarten.

Sie wiesen bereits zu Beginn des Interviews auf die Ethikgespräche hin, die in Ihren Häusern durchgeführt werden. Wann werden diese geführt und in welcher Zusammensetzung?

Lübbert: Wenn wir in einer Situation bemerken, dass wir nicht weiterkommen oder es eine Fragestellung gibt, die bearbeitet werden muss, berufen wir zeitnah ein Ethikgespräch ein. In der Regel mit dem Klinikethiker Dr. Kobert, mit den unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen und natürlich mit den Betroffenen und/oder den Angehörigen.

Ist es schwierig, Angehörige für ein Ethikgespräch zu gewinnen, oder sind diese eher dankbar dafür, dass unterschiedliche Personengruppen gemeinsam nach einer Lösung suchen?

Lübbert: Es ist eher das Gefühl der Dankbarkeit, weil Angehörige sich ernst genommen fühlen. Sie haben nicht den Eindruck, dass über sie entschieden wird. Wir möchten verhindern, dass Betroffene oder Angehörige denken: „Die machen ja doch, was sie wollen“ oder „Hier wird entschieden, ohne uns mit einzubeziehen.“ Und es tut ihnen in der Regel gut, zu erleben, dass auch Pflegekräfte, pädagogische Mitarbeitende und eine Führungskraft sich mit dem Thema beschäftigen, es ernst nehmen. Wichtig ist für Betroffene und Angehörige auch mitzuerleben, dass eine Entscheidung nicht leicht zu treffen ist.



Aber eine Entscheidung wird letztlich durch Ärztinnen oder Ärzte und gesetzlich Betreuende getroffen?

Lübbert: Das ist richtig. Die Entscheidung eines Ethikgespräches bedeutet nicht, es wird jetzt genau so umgesetzt, sondern es ist eine Empfehlung. Eine medizinische Entscheidung liegt immer in der Verantwortung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Aber natürlich in Absprache mit den Angehörigen.

Frau Lübbert, wie ist Ihre Einschätzung, wenn Sie Ihre Erfahrungen der letzten Jahre Revue passieren lassen: Haben sich die ethischen Fragestellungen in Ihrem Umfeld verändert?

Lübbert: Was sich aus meiner Sicht verändert hat, sind nicht so sehr die Fragestellungen, sondern die Menschen. Die Menschen werden klarer und selbstbestimmter darin, wie ihr Lebensende aussehen soll. Oder sie wollen sich nicht mehr hilflos einer Maximaltherapie aussetzen. Dennoch finde ich es – wenn ich beispielsweise an Patientenverfügungen denke, die ich grundsätzlich für gut und wichtig halte – sehr schwierig, sich in Zeiten von Gesundheit für ein bestimmtes Vorgehen zu entscheiden.

Besonders im Erwachsenenhospiz gibt es viele gute Beispiele schwer erkrankter Menschen, die dennoch von Lebensqualität sprechen und ein sehr besonderes Leben in dieser letzten Phase führen. Sie können noch Dinge aufarbeiten, sich verabschieden. Sie verstehen diese Phase als eine wertvolle Zeit.

Wenn wir gut zuhören, schaffen es die Erkrankten, den Tod sozusagen auf sich zukommen zu lassen. Das finde ich sehr beeindruckend. Auch zu sehen, wie viel Leben sich Schwerstkranke manchmal noch nehmen, was sie für Wünsche haben: sei es noch mal das Lieblingsessen oder eine bestimmte Fernsehsendung – so einfache Dinge, die Normalität andeuten.

Eine Arbeitsgruppe innerhalb Bethels hat unter Vorsitz von Pastor Wolf ein Papier erarbeitet: den „Ethischen Referenzrahmen“. Auch Sie haben daran mitgearbeitet. Wie ist Ihre Einschätzung: Wo kann ein solcher Referenzrahmen Orientierung für die konkrete Arbeit mit den Menschen bieten?

Lübbert: Grundsätzlich haben die Mitarbeitenden es sehr positiv bewertet, überhaupt ein solches Papier in den Händen zu halten. Ich habe festgestellt, dass wir durch diesen Referenzrahmen sozusagen ein Stück Rückhalt vom Arbeitgeber bekommen. So müssen wir als Einrichtung, als Führungskräfte, als Team schwierige Entscheidungen nicht mehr alleine treffen. Und in der konkreten Situation, das haben wir schon mehrfach erfahren, ist er ein guter Leitfaden.

Was glauben Sie: Woran könnte man in fünf Jahren erkennen, dass dieses Papier im Jahr 2014 entstanden ist und seitdem Anwendung findet? Was wird dann anders sein?

Lübbert: Ich glaube, dass wir in fünf Jahren ethischen Fragestellungen weniger hilflos gegenüberstehen, sondern dass wir eine klare Orientierung haben und in Schritten vorgehen können, um eine Situation für alle Beteiligten zu verbessern. Und dass wir als diakonische Einrichtung wissen, welche Haltung wir einnehmen.

Was ist Ihnen als Leiterin der beiden Hospize besonders wichtig, wenn Sie Ihr Arbeitsfeld unter ethischen Gesichtspunkten betrachten?

Lübbert: Oft denke ich, dass unsere Arbeit ein ganz großes Geschenk ist. Uns vertrauen Menschen, sie teilen uns ihre Geschichten mit, aber auch ihre Wünsche und Sorgen. Vor diesem Hintergrund verstehe ich die Hospize als Lernort für ethische Fragestellungen, das Leben am Ende betreffend. Und ein wesentlicher Auftrag von Hospizen ist es, diese Erfahrungen weiterzugeben, etwa in Form von Fortbildungen, Diskussionen und Gesprächen.

Was uns in den nächsten Jahren sicherlich noch stärker beschäftigen wird, ist das Thema assistierter Suizid. Die Diskussion darüber betrachten wir an vielen Stellen mit Sorge, gerade auch mit Blick auf den alten Menschen. Die Gesellschaft erörtert die Frage: Wie werden alte Menschen in Zukunft leben? Gleichzeitig häufen sich die Diskussionen zum assistierten Suizid – ich sehe hier durchaus einen Zusammenhang. So kann ich mir sehr gut vorstellen, dass zunehmend auch alte Menschen diesen Weg gehen wollen, weil er meines Erachtens schon fast als eine „gute Lösung“ vorgegeben wird. Und genau hier sehe ich es als einen ganz wichtigen Auftrag der Hospize und der diakonischen Einrichtungen, dieser Perspektive deutlich etwas entgegenzuhalten.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für das Gespräch, Frau Lübbert!



➤ DIE WÜRDE DES MENSCHEN IST UNANTASTBAR

Ethische Fallbesprechung im stationären Hospiz „Haus Zuversicht“ – ein Praxisbeispiel

» Von Beginn an war die Auseinandersetzung mit Grundgedanken der Moral und Ethik eine notwendige Voraussetzung zur Entwicklung der Hospizarbeit. Menschenwürde, Toleranz, Gerechtigkeit, Fürsorge, Empathie, Selbstbestimmung und Wahrhaftigkeit sind die Säulen unserer Arbeit.

» *Wir betreiben Ethik nicht, um zu wissen, was gutes Handeln ist, sondern um gut zu handeln.* «
(Aristoteles)

Immer wieder ergeben sich für die Mitarbeitenden des stationären Hospizes „Haus Zuversicht“ ethische Fragestellungen bereits im Kontext der Beratung und der Aufnahmeanfragen. Exemplarisch möchte ich im Folgenden gerne eine dieser Anfragen ausführlicher vorstellen:

Es klingelt an der Eingangstür des Hospizes am Bethelweg. Vor der Tür stehen zwei offenkundig völlig aufgelöste und verzweifelte Damen, Ehefrau und Tochter von Herrn B. Unter großer Aufregung und in Bedrängnis bitten sie um die sofortige Aufnahme des Ehemannes und Vaters, **damit „er endlich sterben kann“**. Dies wäre sein Wille und jetzt sei es doch mal endlich gut. Besonders die Ehefrau wirkt erschöpft und überfordert.

Herr B. befindet sich zu dieser Zeit im Krankenhaus, aus dem er unter Zeitdruck entlassen werden soll. Die Familie wünscht sich eine Änderung des Therapieziels in Richtung Einstellung der Ernährung. Das sei auch der mutmaßli-

che Wille von Herrn B. Bestätigt wird dies ebenfalls von einer Freundin der Familie und vom Hausarzt, der Herrn B. schon seit vielen Jahren begleitet. Eine Patientenverfügung gibt es nicht.

Herr B. wurde 1925 in Pommern geboren. Nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst interniert, wandert er in die USA aus, wo er bis in die 60er Jahre als „Ice Cream Maker“ arbeitet. Wegen der Geburt seiner Tochter kehrt er schließlich nach Deutschland zurück.

Vor einigen Jahren treten erste Anzeichen einer Alzheimer-Erkrankung auf. Nach einer Operation, einem Schlaganfall und einer massiven Verschlechterung seiner geistigen Leistung kommt es zum raschen Verlust körperlicher Fähigkeiten mit massiven Schluckstörungen, Verlust der Sprache, Erblindung und Ausbildung einer Spastik. Es folgt die Anlage einer PEG-Sonde (Ernährungssonde). Damit einher geht eine zweijährige Odyssee durch die Krankenhäuser der Stadt – mit immer neuen Komplikationen. Etwa einhundert Krankenhausaufenthalte aufgrund von Aspirationspneumonien (besondere Form der Lungenentzündung) werden in dieser Zeit gezählt.

Herr B. (Pflegestufe 2) wurde in den letzten Jahren von seiner Frau, seiner Tochter und dem minderjährigen Sohn der Tochter im häuslichen Umfeld gut versorgt. Seine Ehefrau ist die gesetzliche Betreuerin für die Bereiche Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung, Behörden- und Vermögensangelegenheiten. Die Tochter ist als Vertretung benannt. Ein Pflegedienst oder eine ambulante Hospizbegleitung wird von der Familie abgelehnt.

Was tun wir nun? Wie gehen wir weiter vor?

Da gute Entscheidungen oftmals der Zeit und Ruhe bedürfen, wird die Situation zunächst entspannt: In einem ersten Schritt wird erwirkt, dass Herr B. so lange im Krankenhaus verbleiben kann, bis eine Entscheidung für oder gegen eine Aufnahme in das Hospiz getroffen ist. Die Entscheidung wird nicht auf Leben und Tod getroffen, sondern angesichts von Leben und Tod gesucht. Besonders von der Ehefrau wird dies als große Entlastung empfunden.

In einem zweiten Schritt wird untersucht, welche ethischen Fragestellungen sich aus der Anfrage ergeben:

- | Was ist der mutmaßliche Wille von Herrn B.?
- | Bedeutet eine weitere Behandlung gleichzeitig eine Verlängerung des Sterbens?
- | Ist eine Indikation für das Hospiz gegeben?

In einer ethischen Fallbesprechung im multiprofessionellen Team werden schließlich folgende Fragen gestellt:

- | Was nimmt jeder von uns wahr?
- | Befindet sich Herr B. in einem Sterbeprozess?
- | Wie ist die momentane Situation?
- | Wo liegt das größte Problem?
- | Wo erleben wir die größte Reibung?
- | Wie ist die rechtliche Situation?
- | Wie können wir unsere Entscheidung überprüfen?

Unterschiedliche Wertvorstellungen und Konzepte geraten in den Blick: etwa Autonomie und Fürsorge – Sicherheit und Versorgung – Unantastbarkeit des Lebens und der Lebensqualität.



Autonomie: Im weiteren Verlauf erörtern wir den Respekt gegenüber der Patientenautonomie. Herr B. hat sich gegen eine Pflegesituation bei anhaltender, schwerer Krankheit entschieden. Diese Feststellung wurde von mehreren Personen, die im direkten Kontakt zu ihm stehen bzw. standen, bekräftigt: einem langjährigen Hausarzt, einer Freundin, der Familie.

Nutzen: Wem nützt was? Wie ist Herrn B. am meisten gedient? Bei Fortsetzung der Sondenernährung ist kein erkennbarer Nutzen zu verzeichnen, die Lebensqualität ist äußerst eingeschränkt, jede weitere Krankenhausaufnahme wird angstbesetzt erlebt, eine Verbesserung ist nicht zu erwarten. Unter dem Gesichtspunkt der Leidenslinderung und einer Erhöhung der Lebensqualität ist die weitere Gabe von Nahrung nicht sinnvoll, da die gewünschten Ziele nicht eintreten werden.

Schaden: Wird ihm Schaden durch die weitere Behandlung zugefügt? Angesichts der vielen Krankenhausaufenthalte muss ein direkter Zusammenhang zwischen Sondenernährung und Komplikationen gesehen werden. Dies wird auch von den befragten Klinikärzten bestätigt. Durch die Weiterführung der Behandlung nimmt Herr B. Schaden.

Gerechtigkeit: Ist das Vorgehen gerecht und gegenüber anderen zu vertreten? Unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit ist angesichts der Kosten und der Aussichtslosigkeit einer substanziellen Verbesserung der Lebenssituation von Herrn B. eine Fortsetzung der Therapie nicht gerechtfertigt.

Diese vier Werte lassen sich dynamisch miteinander vergleichen. Einzig aber der Begriff der Menschenwürde eignet sich hier, um die Begrenzung der Abwägung aufzuzeigen. Das Wesentliche des Menschen entsteht im eigenen Wertebezug, der im Laufe der Biografie und im Erleben seiner selbst als Einheit gebildet wird – und darauf gibt es keinen Zugriff. Der Begriff Menschenwürde wird häufig dann verwendet, wenn die Würde verletzt wird.

Für mich ist die Würde dann verletzt, wenn ich etwas tue, was nicht die Zustimmung der (einwilligungsfähigen) Person erfährt. In diesem vorgestellten Fall wäre jegliche Intervention, die gegen den Willen von Herrn B. erfolgt und keinen erwiesenen Nutzen erwarten lässt, eine Verletzung seiner Würde.

Abschließend haben wir uns der Frage zugewandt, welche Bedeutung der Ernährung zukommt. Essen und Trinken dient nicht allein der Nahrungsaufnahme, sondern beinhaltet auch soziale und kommunikative Komponenten. Essen und Trinken hat so neben der bloßen Funktion der Kalorienversorgung auch eine wichtige soziale, emotionale und spirituelle Bedeutung.

» Aus palliativer Sicht kann gesagt werden, dass weniger künstlich zugeführte Flüssigkeit und Ernährung für sterbende Menschen mehr Lebensqualität bedeutet.«³

Eine fortgeschrittene Alzheimer-Erkrankung wird häufig von massiven Schluckstörungen begleitet. Durch die „perkutane endoskopische Gastrostomie“ (kurz: PEG) wird eine Ernährungstherapie durchgeführt. Früher galt die zunehmende Unfähigkeit der Nahrungsaufnahme als Teil eines natürlichen Sterbeprozesses am Ende einer schweren, chronischen und irreversiblen Erkrankung. Heute stellt die am meisten gefürchtete Komplikation die Aspiration dar. Hierunter versteht man das Eindringen von Nahrungsteilen in die Lunge, was zu Pneumonien (Lungenentzündungen) führt.

Wie ist es mit der Flüssigkeitszufuhr am Ende des Lebens? Aus der Palliativpflege und unserer Erfahrung wissen wir, dass Hunger, aber auch Durst am Ende des Lebens nicht auftreten, wenn eine gute Mundpflege gewährleistet wird. Das Durstgefühl korreliert primär mit der Trockenheit der Mundschleimhäute und nicht mit der Menge der zugeführten Flüssigkeit.



³ Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, 18.02.2011



Resümee

» Der Wunsch einer Beendigung der Ernährungstherapie wird von dem multiprofessionellen Team respektiert und mündet in der Übereinkunft: Herr B. wird aufgenommen, um eine angemessene Palliation zu gewährleisten, mithin eine gute Begleitung des Sterbeprozesses, eine Linderung auftretender Symptome und eine psychosoziale Unterstützung der Angehörigen.

Diese Indikation erfolgt unter Berücksichtigung der voraussichtlich nur noch kurzen Lebenszeit: Die Ausrichtung des Therapieziels gilt nun nicht mehr der medizinisch möglichen Lebensverlängerung des Sterbenskranken, sondern der palliativen Begleitung. Die Entscheidung wird im Gespräch zwischen den behandelnden Ärzten und den Mitarbeitenden des Hospizes fortwährend überprüft, während die Angehörigen intensiv begleitet werden.

Herr B. verstirbt nach zwölf Tagen Aufenthalt ruhig und friedlich im Beisein seiner Familie.



Beate Dirkschnieder

Position/Tätigkeit:
Dipl.-Sozialarbeiterin

Einrichtung/Bereich:
Stationäres Hospiz,
Haus Zuversicht

Expertenwissen:
Begleitung von Menschen
am Lebensende, Palliative
Care, Trauer, Ethik

» DIE ARBEIT DES ETHIKKOMITEES „ALTENHILFE UND PFLEGE NRW“

» Der medizinische Fortschritt beeinflusst zunehmend das eigene Leben und führt zu einem veränderten Umgang mit schwierigen Fragen am Lebensende. Natürliches Sterben, ein würdevoller Tod und lebenswertes Leben sind dabei Schlagwörter, die nicht nur in der Altenhilfe eine gesellschaftliche Relevanz erlangt haben. Grundsätzlich kann man sagen, dass die ethische Reflexion und Überprüfung des Handelns angesichts der Wertpluralität unserer Gesellschaft an Bedeutung gewonnen hat. Oder anders formuliert: **Das Fachwissen von Ärzteschaft und Pflegekräften reicht für die ethischen Diskurse um Gegensätze wie Leben und Sterben, Selbstbestimmung und Fürsorge, Individualismus und Paternalismus allein nicht mehr aus. Medizinisches und pflegerisches Handeln bedarf also einer moralischen und rechtlichen Rechtfertigung.**

Seit Jahren ist dies durch die Arbeit von Ethikkomitees und durch das Angebot von Ethikberatung zu einem festen Bestandteil und Qualitätsmerkmal in klinischen Einrichtungen geworden. Doch nicht nur im klinischen Kontext, sondern auch im Bereich von Alten- und Pflegeeinrichtungen treten zahlreiche, häufig sehr komplexe, ethische Fragestellungen auf. Allerdings unterliegen sie dort spezifischen Rahmenbedingungen. Zum Beispiel ist die Verweildauer von Menschen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe wesentlich länger und es findet dadurch ein intensiverer Kontakt zwischen Bewohnerschaft und Pflegepersonal statt. Nicht selten kommt es zu Situationen, in denen eine Bewohnerin oder ein Bewohner nicht mehr ausführlich nach den eigenen Wertvorstellungen befragt werden kann. Dann müssen sich die verschiedenen Akteure mit dem Entscheidungsträger verständigen, was in der Praxis zu unterschiedlichen Wahrnehmungen und Konflikten führen kann.



Um sich diesen ethischen Herausforderungen strukturiert widmen zu können, hat der Fachausschuss Altenhilfe bereits 2011 die Einrichtung von Ethikkomitees für den Bereich Altenhilfe und Pflege in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel beschlossen. Nach einer eineinhalb jährigen Projektplanung nahmen im Frühjahr 2013, parallel zu dem Ethikkomitee „Altenhilfe und Pflege NRW“, zwei weitere Komitees an den Standorten Berlin/Brandenburg und Niedersachsen ihre Arbeit auf. **Die Gremien sind Hierarchie übergreifend und interdisziplinär besetzt: interne und externe Mitglieder aus den Professionen und Bereichen Medizin, Theologie, Recht, Management, Pflege und Sozialdienst.**

Die Arbeitsweise und der Aufgabenbereich werden nachfolgend am Beispiel des Ethikkomitees „Altenhilfe und Pflege NRW“ kurz skizziert: Unser elfköpfiges Ethikkomitee tagt in der Regel einmal pro Quartal. Bei Bedarf können zu thematischen Schwerpunkten Gäste mit besonderer Expertise eingeladen werden. Von den Sitzungen werden schriftliche Protokolle angefertigt. Einzelfallentscheidungen werden aus Datenschutzgründen in anonymisierter Form protokolliert. Die ethischen Anfragen entstehen meist in den Einrichtungen und Diensten und werden unter Beteiligung der leitenden Mitarbeitenden (EL oder PDL) an das Komitee weitergeleitet. In den zurückliegenden zwei Jahren haben aber auch die Direktion Sarepta/Nazareth und der Vorstand der vBS Bethel das Gremium zwecks ethischer Reflexion, Bewertung und Empfehlung für sich nutzen können.

Der Aufgabenbereich des Komitees umfasst im Wesentlichen:

- Regelmäßige Bearbeitung ethischer Fragestellungen
- Erarbeitung von Handlungsempfehlungen
- Sammlung und Aufbereitung von ethischen Beratungsprozessen
- Unterstützung beim Aufbau und der Weiterentwicklung von ethischer Fachkompetenz in den Einrichtungen
- Information und Schulung



Die ursprüngliche Idee, das Komitee könne in besonderen Fällen die Moderation von Ethikgesprächen vor Ort übernehmen, erwies sich als schwierig. Auf Vorschlag des Komitees berief die Direktion Sarepta/Nazareth daraufhin weitere Personen in einen Moderatorenpool, der diese Aufgabe seit Herbst 2014 für den Stiftungsbereich Altenhilfe übernimmt. Zur Vorbereitung auf die Fallbesprechungen wird es individuelle Qualifizierungsmaßnahmen für die Ethik-Moderatorinnen und -Moderatoren geben.

Alle an das Komitee gerichteten Fragestellungen wurden angenommen und konnten bisher bearbeitet werden. Die ethischen Fallbesprechungen erfolgten prospektiv (zu einem aktuellen Fall) und retrospektiv (zu zwei zurückliegenden Fällen). **Unsere Ergebnisse oder Empfehlungen haben dabei aber nie eine bindende, sondern stets eine beratende Funktion.**

Dies erleben die Mitglieder des Komitees und ich ganz persönlich als Entlastung. So bleibt die Letztverantwortung bei den rechtlich handelnden Akteurinnen und Akteuren. In den Alltagsbezügen sind dies meist Medi-

zinerinnen und Mediziner, die gesetzliche Vertretung oder die leitende Führungskraft.

Die Zukunft wird also zeigen, inwieweit Ethikkomitees in Altenhilfe und Pflege dauerhaft bei der Bearbeitung der besonderen Entscheidungsproblematiken helfen können. Ich bin aber davon überzeugt, dass Ethikberatung schon jetzt einen wertvollen Beitrag zur moralischen Weiterentwicklung der Organisation leistet und so Einfluss nimmt auf die wachsende Kluft zwischen Gesellschaft und christlich-humanistischen Grundwerten der jeweiligen Träger.



Lars Kozian

Position/Tätigkeit:
Einrichtungsleitung,
Vorsitzender Ethikkomitee
Altenhilfe und Pflege NRW

Einrichtung/Bereich:
Stiftungsbereich Altenhilfe,
Haus ELIM, ELIM MeH

Expertenwissen:
Immaterielle Vorsorge-
regelungen, ethische
Entscheidungen in Grenz-
situationen des Lebens



➤ ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN
ZWISCHEN AUTONOMIE
UND ANGEWIESENHEIT

Nächstenliebe, Freiheit und Fürsorglichkeit

» Die Diakonie hat in den zurückliegenden Jahrzehnten einige Umbrüche erfahren und erlebt auch gegenwärtig eine Umbruchphase. Ebenso haben sich die Rahmenbedingungen diakonischen Handelns zum Teil dramatisch verändert. Stichwortartig mag der Hinweis auf den Wandel von der Barmherzigkeit zum Sozialmarkt genügen. Zu den Veränderungen, denen die Diakonie unterworfen ist, gehört auch die Abkehr von paternalistischen Modellen diakonischen Handelns, welche Nächstenliebe und Fürsorglichkeit in Bevormundung und Entmündigung umschlagen lassen. So hat die Autonomie oder das Recht auf Selbstbestimmung eine Aufwertung erfahren, das Selbstbestimmungsrecht von in der Diakonie betreuten und begleiteten Menschen ebenso wie auch dasjenige der Mitarbeitenden. Im Alltag kann die Inanspruchnahme der Autonomie jedoch zu Spannungen oder auch ernsthaften Konflikten führen.

Autonomie ist nicht ohne Freiheit zu denken. In der sozialen Arbeit und in der Diakonie ist neben Nächstenliebe und Fürsorglichkeit zwar viel von Gerechtigkeit die Rede, von sozialer Gerechtigkeit, Teilhabegerechtigkeit, Befähigungsgerechtigkeit und neuerdings auch von Inklusion. Nicht immer wird aber mit gleichem Nachdruck von der Freiheit gesprochen. Dabei ist doch Freiheit ein zentraler Begriff der biblischen Botschaft. Er steht im Mittelpunkt des Evangeliums von Jesus Christus, wie es Paulus bezeugt. Er schreibt in Galater 5,1: „Zur Freiheit hat euch Christus befreit!“ und in 2. Korinther 3,17: „Wo aber der Geist des Herrn ist, da ist Freiheit.“ Die Reformation hat die biblische Botschaft der Freiheit neu zur Geltung gebracht, und die evangelische Kirche, als deren Wesens- und Lebensäußerung sich doch die Diakonie versteht, begreift sich als Kirche der Freiheit. **So stellt sich doch die Frage, inwiefern sich die Diakonie und diakonische Einrichtungen nicht nur als Anwältinnen der Gerechtigkeit und der Nächstenliebe, sondern auch als Institutionen der Freiheit verstehen wollen.**

Thematisch wird das Freiheitsthema etwa in der Vision Bethels aufgegriffen, wenn von der Herausforderung Verschiedenheit die Rede ist. Dazu heißt es: „Lebensentwürfe und Biografien von Menschen in unserer Gesellschaft sind immer weniger geprägt von überkommenen Rollenmustern und Bindungen. Traditionelle Institutionen verlieren an Prägestärke und Bindefähigkeit. Auch Christin/Christ zu werden und zu sein, ist heute nicht mehr selbstverständ-

lich, die Gesellschaft säkularisiert zunehmend. Selbstbestimmung und individuelle Wahlentscheidungen werden zu bestimmenden biografischen Weichenstellern. Zugleich werden die Kulturen des Zusammenlebens ebenso wie die Formen und Inhalte von Religiosität immer vielfältiger. Dazu trägt bei, dass unsere Gesellschaft zunehmend geprägt ist durch Migrantinnen und Migranten mit sehr unterschiedlicher kultureller und religiöser Herkunft. Dies gilt mehr und mehr auch für die Menschen, die unsere Angebote in Anspruch nehmen sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.“ Hier taucht zwar der Begriff der Selbstbestimmung auf, aber eben nicht derjenige der Freiheit.

Die Freiheit wird auch an anderer Stelle zum Thema, wo die Nutzerinnen und Nutzer diakonischer Angebote und ihre Angehörigen als Kundinnen und Kunden auf dem durch Wettbewerb gekennzeichneten Dienstleistungsmarkt wahrgenommen werden. Freiheit ist die Freiheit des Marktes, auf dem Angebot und Nachfrage zueinander in Wettbewerb treten. Schließlich kommt das Freiheitsthema in der Vision Bethels der Sache nach auch noch dort zur Sprache, wo die Kunden- bzw. Nutzerorientierung folgendermaßen beschrieben wird: „Wir orientieren unsere Dienstleistungen an den Bedarfslagen und den persönlichen Vorstellungen der Menschen, die unsere Dienste in Anspruch nehmen. Wo gewünscht, unterstützen wir sie dabei, ihre Rechte und Pflichten als Bürgerinnen und Bürger umfassend wahrzunehmen.“

Die Herausforderung der Freiheit besteht für ein diakonisches Unternehmen wie Bethel nun gerade darin, dass in ihren Einrichtungen das Zusammenleben von Menschen mit all ihren Verschiedenheiten und Besonderheiten möglich sein soll. Bethels Motto lautet schließlich: „Gemeinschaft verwirklichen“. Wenn ich dafür plädiere, der Freiheit im Selbstverständnis der Diakonie auch theologisch einen größeren Stellenwert beizumessen, bedarf doch der Begriff der Freiheit zunächst einer näheren Klärung. Hierbei sind mir gerade die biblischen Impulse wichtig, ist doch Freiheit in biblischen Zusammenhängen eine kommunikative Freiheit. Die Bibel zeigt uns den Menschen als Freiheitswesen, das in der Gemeinschaft und in der Kommunikation mit Gott, seinen Mitmenschen und der gesamten Schöpfung steht. Er ist dieses Freiheitswesen, weil Gott selbst in Kommunikation mit ihm tritt und ihn zu solcher Kommunikation befreit und befähigt. Die kommunikative Freiheit aber verwirklicht sich im Spannungsfeld von Autonomie und Angewiesenheit, in der wechselseitigen Bezogenheit von Freiheit, Liebe und Verantwortung.

Wie können die durch die von Gott geschenkte Befreiung gewonnenen Handlungsräume freiheitlich genutzt werden, wenn sich diakonisches Handeln und das Leben in diakonischen Einrichtungen in einem sozialstaatlichen Rahmen abspielen, der zunehmend von marktwirtschaftlichen Bedingungen geprägt wird? Wie kann die Vision Bethels, Gemeinschaft zu verwirklichen, so mit Leben erfüllt werden, dass die Verwirklichung von Gemeinschaft für die in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel begleiteten und betreuten Menschen ebenso wie für die Mitarbeitenden als freiheitliches Geschehen erlebbar wird? **Wie kann die Gemeinschaft, die in Bethel verwirklicht werden soll, von allen als Freiheitsraum erlebt und ausgestaltet werden?**

Hier kann der Begriff der kommunikativen Freiheit weiterhelfen, der im Zentrum der Ethik des Theologen Wolfgang Huber steht. Während die Moderne nach der Aufklärung Freiheit in erster Linie als Recht deutet, das mit den Kategorien von Anspruch und Abgrenzung verbunden ist, bzw. als vom Menschen selbst gemachte und selbst hergestellte Freiheit, deutet Huber die menschliche Freiheit, welche im christlichen Glauben gründet, als Gabe, die nur im Zusammenleben mit anderen realisiert werden kann. Weil der Mensch nur durch die Liebe im anderen zu sich selbst kommen kann, gehören nach Huber nicht nur Freiheit und Liebe, sondern auch Freiheit und Gerechtigkeit sowie Freiheit und Verantwortung unlöslich zusammen.

Diakonische Ethik beschränkt sich nicht auf das Ethos der Nächstenliebe und auf die individualethische und personaethische Reflexion zwischenmenschlichen Handelns. **Sie ist auch eine Ethik der diakonischen Institutionen, welche zu prüfen hat, inwiefern diakonische Einrichtungen und Unternehmen dem Anspruch gerecht werden, Institutionen der Freiheit zu sein, die für die von ihnen begleiteten oder die in ihnen lebenden Menschen ebenso wie für die in ihnen Tätigen tatsächlich Freiheit im Geist des Evangeliums ermöglichen und zugleich die Würde und Ebenbildlichkeit der Menschen in ihrer Unverfügbarkeit achten.**

Alle Menschen, so heißt es in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, sind gleich an Würde und Rechten geboren. Vor Gott und vor dem weltlichen Gesetz sind alle Menschen gleich. In der Sprache der Bibel: Vor Gott gilt kein Ansehen der Person (Apostelgeschichte 10,34). Der neutestamentliche Jakobusbrief kritisiert daher scharf, wenn in einer Gemeinde Rangunterschiede gemacht und etwa reichen Gemeindegliedern größere Achtung als armen entgegengebracht wird (Jakobus 2,1–9). Sie alle sind Gottes Ebenbild. In säkularer Sprache ausgedrückt: Die Menschenwürde kommt einem Menschen zu, einfach weil er ein Mensch ist. Sie kann weder erworben noch verloren werden. Es handelt sich um eine angeborene und unverlierbare Würde.

Zum Kern der Menschenwürde wird das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung gerechnet. Wir sprechen auch von der Autonomie. Die Prinzipien der Patientenautonomie und des „informed consents“ beruhen auf dieser Grundannahme. Es besteht aber nicht unbedingt ein Gegensatz zwischen Autonomie und Angewiesenheit bzw. Abhängigkeit, wie sie in gewisser Weise jede Arzt-Patienten-Beziehung kennzeichnet. Überhaupt ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie, auch für einen erfolgreichen Pflegeprozess das Vorhandensein von Vertrauen. Vertrauen aber, so der Medizinethiker und Theologe Dietrich Rössler, ist akzeptierte Abhängigkeit. Die faktische Abhängigkeit des hilfsbedürftigen Menschen darf freilich nicht zur Entmündigung von Patientinnen und Patienten führen. Das Verhältnis etwa zwischen Arzt und Patient ist vielmehr so zu gestalten, dass die Selbstbestimmung dieses Patienten im Rahmen seiner akzeptierten Abhängigkeit gestärkt wird. Insoweit ist Patientenautonomie ein sinnvolles Prinzip heutiger Medizin- und Pflegeethik, auch wenn man sich am Begriff der Autonomie in diesem Zusammenhang stoßen mag.

Gegen die Abstraktion eines solipsistischen (selbstbezogenen) Autonomieverständnisses wendet sich das Konzept der relationalen Autonomie, das in der feministischen Ethik entwickelt worden ist. Der Mensch ist ein Beziehungswesen, wie besonders die Philosophie des dialogischen Personalismus bewusstgemacht hat. Diese Sicht des Menschen entspricht auch der biblischen Tradition. Das Konzept der relationalen Autonomie stimmt in der medizinischen und pflegerischen Praxis mit dem

Modell der partizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“) überein. Der Patient trifft in der Regel keine einsamen Entscheidungen, sondern er berät sich mit Menschen seines Vertrauens, mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt ebenso wie mit Angehörigen oder ihm sonst nahestehende Personen, vielleicht begleitet von psychologischem oder seelsorglichem Rat.

Einem abstrakten Begriff von Autonomie und Selbstbestimmung setzten Farideh Akashe-Böhme und ihr Mann Gernot Böhme den Gedanken der Souveränität entgegen: „Ein Mensch ist souverän, wenn er mit sich etwas geschehen lassen und Abhängigkeiten hinnehmen kann.“ Dieser Gedanke berührt sich mit wesentlichen Einsichten des christlichen Glaubens und seines Verständnisses von Menschenwürde, die auch Schwerstkranke und Menschen mit Behinderungen nicht verlieren können.

Zu bedenken ist auch, dass Angewiesenheit und Freiheit keineswegs eine Alternative sein müssen. Paradoxerweise kann nämlich die Leugnung von Hilfsbedürftigkeit zur Einschränkung der persönlichen Freiheit führen, ihre Anerkennung dagegen zu einem neuen Freiheitsgewinn. Beispiel Bewegungsfreiheit: Den Rollator oder Rollstuhl abzulehnen, bedeutet für Betroffene möglicherweise eine Einschränkung ihrer Mobilität. Anzuerkennen, dass man künftig auf einen Rollstuhl angewiesen ist, erhöht die Mobilität. Dieser Freiheitsgewinn ist freilich auch mit einer Verlusterfahrung und einem Abschiedsschmerz verbunden. Er setzt voraus, zu akzeptieren, dass bestimmte Maßnahmen der Rehabilitation, die darauf zielen, dass die Person wieder selbstständig gehen kann, erfolglos bleiben.

Ethische Probleme brechen auf, wenn Autonomie und Fürsorge zueinander in Spannung treten. Konkret stellt sich die Frage, welche Freiheiten man Bewohnerinnen und Bewohnern oder Patientinnen und Patienten lassen kann, ohne dass sie sich selbst oder Dritte gefährden oder gar schädigen, und wann unter Umständen sogar freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich sind. Dennoch: **Freiheit, verstanden als kommunikative Freiheit, bildet keinen Gegensatz zu Nächstenliebe und Fürsorglichkeit. Diese gehören vielmehr mit der Freiheit unlöslich zusammen.**

Die Achtung und die Stärkung der Selbstbestimmung, gerade von Menschen, die vielleicht nur eingeschränkt zu ihr fähig sind, ist geradezu ein Implikat der Fürsorge. Im Sinne der relationalen Autonomie ist Selbstbestimmung darauf angewiesen, durch andere gefördert, bisweilen auch gefordert zu werden. So tritt neben Freiheit und Liebe der Begriff der Verantwortung.

Christliche Ethik nach evangelischem Verständnis ist grundsätzlich als eine vom Geist der Liebe bestimmte Form der Verantwortungsethik zu verstehen. Die evangelische Sicht von Verantwortung hängt unmittelbar mit dem Glauben an die Rechtfertigung des Sünders allein durch den Glauben zusammen. Auf ihr beruht die Unterscheidung von Person und Werk, welche vom Zwang der Selbstrechtfertigung befreit – und gerade so zur Übernahme von Verantwortung befähigt. Die Wahrnehmung und Übernahme von Verantwortung geschieht nicht nur im Wissen darum, dass Menschen scheitern können, sondern auch im Vertrauen darauf, dass uns vergeben wird. Verantwortung ist nicht nur aus dem Geist der Liebe und der Freiheit zu übernehmen. Sie ist auch im Geist der Freiheit auszuüben, um gerade so dem Spannungsfeld von Autonomie und Angewiesenheit gerecht zu werden.⁴



Ulrich H. J. Körtner
O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h. c.

Position/Tätigkeit:
Vorstand des Instituts für Ethik und Recht und Professor für Systematische Theologie, Mitglied im Verwaltungsrat der v. Bodelschwingschen Stiftungen

Einrichtung/Bereich:
Universität Wien

Expertenwissen:
Medizin- und Pflegeethik, Theologie

4) Der Beitrag beruht auf meinem Vortrag, den ich im Rahmen der Tagung „Die Freiheit nehm (geb) ich mir (dir)!“ – Diakonie zwischen Autonomie und Angewiesenheit“, 28.–29.10.2014, in Bethel gehalten habe.

IMPRESSUM

© Bethel-Verlag, Bielefeld 2015
ISSN: 2364-0294, 2. Auflage 2018

Herausgeber:
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
V. i. S. d. P. Werner Arlabosse
Stiftungen Sarepta I Nazareth
Nazarethweg 5, 33617 Bielefeld
Telefon: (0) 521 144-2229
Telefax: (0) 521 144-2213
www.bethel-wissen.de

Redaktion:
Katrin Krohne-Klaus
redaktion@bethel-wissen.de

Produktion:
Diakon Martin Eickhoff-Drexel

Konzeption/Design/Prepress:
Gute Botschafter GmbH
www.gute-botschafter.de

Druck und Verarbeitung:
Haltrner Druckerei GbR, www.haltrnerdruckerei.de

Bildnachweise:
iStockphoto 21035195 © Pingwin (S. 1, 32)
iStockphoto 16812579 © 4x6 (S. 1, 32)
iStockphoto 20526614 © A-Digit (S. 2)
iStockphoto 39109888 © syntika (S. 3, 22, 26)
Photocase 471226 © jessili (S. 5)
iStockphoto 20107129 © A-Digit (S. 6)
Photocase 45569 © dixiland (S. 7)
iStockphoto 20193923 © jessicaphoto (S. 10)
Photocase 161863 © SirName (S. 12)
Photocase 172852 © Nora Philipp (S. 16)
iStockphoto 27040123 © Leontura (S. 17)
iStockphoto 20543222 © A-Digit (S. 18)
Photocase 207705 © naillaschwarz (S. 20)
iStockphoto 22025088 © HelgaMariah (S. 24)
iStockphoto 53805586 © KatarzynaBialasiewicz (S. 25)
Photocase 87556 © Jenzig71 (S. 27)
Photocase 176107 © Francesca Schellhaas (S. 28)
Diverse © Bethel/Stiftungen Sarepta I Nazareth

Entdecken Sie unser Fachthemenportal:

www.bethel-wissen.de

