

Willibald J. Stronegger | Kristin Attems [Hrsg.]

Das Lebensende zwischen Ökonomie und Ethik

2. Goldegger Dialogforum Mensch und Endlichkeit



Nomos

Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft

herausgegeben von

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Ass.-Prof. Dr. Hans-Walter Ruckenbauer

Band 7

Willibald J. Stronegger | Kristin Attems [Hrsg.]

Das Lebensende zwischen Ökonomie und Ethik

2. Goldegger Dialogforum Mensch und Endlichkeit



Nomos

Publiziert im Rahmen des Wirkfelds „lernen & leben“ der elisabethinen graz gmbh



die
elisabethinen
lernen & leben

NETZWERK
Lebensende

Dieses Werk ist im Rahmen des im Wissenstransferzentrum Süd angesiedelten Kooperationsprojekt „Netzwerk Lebensende“ entstanden und bildet auszugsweise das zweite Dialogforum der Tagungsreihe „Mensch und Endlichkeit“ ab

 NETZWERK
Lebensende

 WISSENS/
TRANSFER/
SÜD/

 LAND
SALZBURG
Sozial

 **UNI**
GRAZ

Gedruckt mir freundlicher Unterstützung durch

 WISSENS/
TRANSFER/
SÜD/


bmwf
Bundesministerium für
Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft

austria
wirtschafts
service


Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-5676-6 (Print)

ISBN 978-3-8452-9818-4 (ePDF)

1. Auflage 2019

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2019. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Die Versorgung im hohen Alter und am Lebensende scheint immer mehr von einer unternehmerischen Logik geprägt zu sein, deren Konzepte um ökonomische Leitbegriffe wie Effizienz, Kostenreduktion, Wettbewerb oder Ziel- und Ergebnisorientierung kreisen. Es vollzieht sich eine zunehmende Verwaltung und Bürokratisierung der letzten Lebensphase, in welcher ein beträchtlicher und wachsender Teil der Gesundheitsausgaben entsteht. So stellt sich die Frage, inwieweit die Ökonomie zur entscheidenden Kategorie geworden ist, unter deren Herrschaft das Maß von Würde und Sinn in allen Versorgungskontexten steht.

Welcher Raum für Sinn und Begegnung auf personaler Ebene bleibt in einem nach Effizienzkriterien durchorganisierten Lebensende, und wie stellt sich die Arbeitssituation des Gesundheitspersonals dar? Die kulturelle Antwort auf die existentielle Konfrontation des Menschen mit der Endlichkeit des Lebens und der je eigenen Endlichkeit kann nicht allein aus der optimierten Befriedigung aller messbaren Bedürfnisse durch effizient geplante Dienstleistungsangebote bestehen, so zurecht unbestritten die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung gerade auch am Lebensende heute ist. Dennoch steht das beständige Fortschreiten von Institutionalisierung, Technisierung und Ökonomisierung im Umgang mit Sterben und Tod in der Gefahr einer einseitigen Dominanz der „instrumentellen Vernunft“, die mitunter wenig Raum für die Individualität, Ganzheitlichkeit und Würde der Person gewährt.

Die menschenwürdige Gestaltung des letzten Lebensabschnitts erfordert angesichts der Einbettung des Lebensendes in vielfältige institutionelle Zusammenhänge und ihre jeweiligen Subsinnwelten einen wissenschaftlichen Dialog, der von der Offenheit gegenüber allen beteiligten Disziplinen und Fächern getragen ist. Unter dieser Zielsetzung wurde das *Interdisziplinäre Dialogforum Mensch und Endlichkeit* im Schloss Goldegg (Goldegg am See / Österreich) ins Leben gerufen. Das zweite Goldegger Dialogforum im September 2018 stellte sich die Aufgabe, die Versorgungssituation im hohen Alter und am Lebensende im Spannungsfeld von ökonomischen Rationalitäten und existentiellen Realitäten aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten und in einen vertiefenden Dialog zwischen aktueller Forschung und engagierter Praxis einzutreten. Der vorliegende Sammelband beinhaltet eine Zusammenstellung von ausgewählten Beiträgen, die

Vorwort

auf Präsentationen im Rahmen des zweiten *Dialogforums Mensch und Endlichkeit* beruhen.

Die Herausgeber bedanken sich an erster Stelle bei den Autorinnen und Autoren, die den thematischen Bogen der ökonomischen und ethischen Anforderungen am Lebensende im Rahmen der vorliegenden Publikation weit spannen und damit diesen Sammelband ermöglicht haben. Ein herzlicher Dank gebührt allen Mitgliedern und GesprächspartnerInnen des *Transdisziplinären Netzwerk Lebensende*, die an der Programmgestaltung des zweiten Dialogforums der Tagungsreihe *Mensch und Endlichkeit* mitgewirkt haben. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist für das Zustandekommen des Tagungsprogramms – welches in dieser Publikation auszugsweise abgebildet wird – grundlegend gewesen. Abschließend sei dem Wissenschaftstransferzentrum Süd (Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, Austria Wirtschaftsservice) für den finanziellen Beitrag an den Druckkosten gedankt.

W.J. Stronegger, K. Attems

Inhalt

Die epistemische Verwandlung des Menschen im naiven Zahlenrealismus von Ökonomie und Medizin. Von der Verzauberung der Welt durch die Magie der Indikatoren und Kennzahlen 9

Willibald J. Stronegger

Teil I Ethisch-existentielle Realitäten am Ende des Lebens

Mensch bleibt Mensch... und keine medizinische Restgröße 35
Franz Kübel

Die Kostbarkeit des Lebens empfinden können: Hoffnung und Lebenssinn bei älteren Patientinnen und Patienten.
Wahrnehmungen aus der Krankenhausseelsorge 53
Corinna Schmohl

Bedürfnisse und inneres Erleben Sterbender 77
Angelika Feichtner

Philosophisch sorgen. Was wir von Epikur für die Sorge in der Gegenwart lernen können 101
Patrick Schuchter

Teil II Ökonomische Rationalitäten in der Versorgung am Lebensende

Ökonomie als Service. Gesundheit für alle und das liebe Geld 135
Christian Lagger

Inhalt

Eine Sorge für das Ganze (Οικονομία): Welchen Beitrag Pflegende für eine organisationsethische Ausrichtung von Gesundheitseinrichtungen leisten – trotz moralischem Stress, Rollenkonflikten und ungeklärter Verantwortung <i>Stefan Dinges</i>	147
Integrierte Palliativversorgung von multimorbiden geriatrischen Patientinnen/Patienten – eine Kernkompetenz der Primärversorgung? <i>Christine Trischak, Gerald Gredinger, Claudia Lohr, Sylvia Reitter-Pfoertner</i>	167
Vermeidbare Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen. Problembeschreibung und Lösungsansätze <i>Olivia Kada</i>	175
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	185

Die epistemische Verwandlung des Menschen im naiven Zahlenrealismus von Ökonomie und Medizin. Von der Verzauberung der Welt durch die Magie der Indikatoren und Kennzahlen

Willibald J. Stronegger

„Denn wie jene Magie den Menschen bösen Mächten unterwirft und ihn zu ihrem Sklaven macht, so macht ihn diese zu deren Herrn und Meister. Jene kann schließlich weder die Bezeichnung ‚Kunst‘ noch die Bezeichnung ‚Wissenschaft‘ für sich in Anspruch nehmen, diese ist voll der erhabensten Mysterien, sie umgreift die tiefste Betrachtung der geheimsten Dinge und schließlich die Kenntnis der gesamten Natur.“
Pico della Mirandola: *Oratio de hominis dignitate*, 1496¹

„Die ‚Steuerung auf der Grundlage von Zahlen‘ basiert auf dem Glauben an die Realität der Objekte, die von den statistischen Kategorien erfasst werden sollen, und darauf, dass die Verfahren, die die Objekte vergleichbar machen und der Konstruktion der Kategorien zugrunde liegen, nicht mit reflektiert werden.“
Alain Supiot: *Der Geist von Philadelphia*, 2011²

„Der Glaube an die Vernunft-Kategorien ist die Ursache des Nihilismus, – wir haben den Wert der Welt an Kategorien gemessen, welche sich auf eine rein fingierte Welt beziehen.“
Friedrich Nietzsche: *Aus dem Nachlass der Achtzigerjahre*, 1884-1888³

Sowohl in der Medizin als auch in der Ökonomie beruht das entscheidungs- und handlungsleitende Wissen heute überwiegend auf Quantifizierungen von Ereignissen und Sachverhalten in Form von Kennzahlen und Indikatoren. Der Patient und sein Gesundheitszustand (oder seine „quality of life“) werden in Form der modernen medizinischen und psychologischen Diagnostik in ähnlicher Weise vermessen, wie eine Einrichtung oder ein Mitarbeiter des Gesundheitswesens einer qualitäts- und effizienzsichernden betriebswirtschaftlichen Vermessung (z. B. in Form der „key performance indicators“) unterworfen wird. Was ist das aber für ein Wissen

1 Von der Gönna 1997, S. 63.

2 Supiot 2011, S. 68.

3 Schlechta 1954, S. 677.

über Patienten, Mitarbeiter und Krankenhäuser, das in Form der Vermessung, also der wissenschaftlich-technischen Quantifizierung, erzeugt wird? Wo liegen die Möglichkeiten und Grenzen dieses Wissens der Laborparameterwerte, Scoringssysteme⁴, Benchmarkings, Kennzahlen und Indikatoren? Sind ein Patient, ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim heute in unserem Verständnis nicht schon (und dieses „schon“ bezieht sich mehr auf die Praxis als auf die Theorie) – epistemisch – identisch mit dem durch die Instrumente der Messung erzeugten Wissen über sie? Die große unhinterfragte Fokussierung der Praxis vom Wirtschaftsleben bis in die Medizin auf diese Quantifizierungsinstrumente und ihre zahlenverbürgte Objektivitäts- und Sicherheitsaffirmationen scheint dies nahezulegen. Jedoch bleiben die ideellen Grundlagen dieser modernen Zahlenrituale von den Akteuren unreflektiert und unverstanden.

Wie ein verbreitetes Lehrbuch über „Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler“ unterrichtet⁵, ist Messen formal gesehen „eine Zuordnung von Zahlen zu Objekten oder Ereignissen, sofern diese Zuordnung eine homomorphe Abbildung⁶ eines empirischen Relativs in ein numerisches Relativ ist“, oder konkreter: Eine Skala ist das geordnete Tripel (A, N, f) aus einem empirischen relationalen System A (Objekte, Ereignisse), dem numerischen Relativ N und der homomorphen Abbildung $f: A \rightarrow N$. Auf die Details dieser Definition, die dem Uneingeweihten wohl mehr wie Zaubersprüche erscheinen mögen, brauchen wir hier nicht eingehen. Es erscheint aber nachvollziehbar, dass eine zufriedenstellende Beantwortung obiger Fragen eher von Seiten der modernen „Magier“ der Zahlen und Daten⁷, d. h. Vertretern der mathematischen Statis-

4 Wie umfassend der Ausbau der datenbasierten Vermessungstechnologien vorangetrieben wird, illustriert u. a. das *Sozialkredit-System* der Volksrepublik China (<https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialkredit-System>).

5 Bortz & Döring, S. 65.

6 Die *homomorphe Abbildung* ist ein elementarer Begriff der Mathematik. G. Scheja/U. Storch definieren: „Seien M eine Menge mit einer Verknüpfung * und N eine Menge mit einer Verknüpfung °. Eine Abbildung $\phi: M \rightarrow N$ heißt ein *Homomorphismus* (oder eine *Homomorphie* oder eine *homomorphe Abbildung*) von $(M, *)$ in $(N, °)$, wenn für alle a,b aus M gilt: $\phi(a * b) = \phi(a) ° \phi(b)$ “ (Scheja & Storch, S. 160).

7 Naturwissenschaft und Magie sind nicht so verschieden, wie es die zeitgenössische Meinung nahelegt. In diesem Zusammenhang sei C.S. Lewis, der Professor für Literatur des Mittelalters und der Renaissance in Cambridge war, zitiert: „Es gab im Mittelalter sehr wenig Magie; das 16. und 17. Jahrhundert dagegen waren ihre Blütezeit [...]. Für die Magie so gut wie die angewandte Naturwissenschaft heißt das

tik, der Informatik oder der Wissensoziologie zu erwarten ist als von Medizin oder Pflegewissenschaft.

1. Historischer Exkurs: Ein Rittersaal als Reaktion auf die Wende zur Neuzeit

Zuerst zum ideellen Boden, auf dem die Praxis und Theorie des Vermessens stehen. Dieser entspricht in gewisser Weise – von den tieferliegenden Verwurzelungen in der hochmittelalterlichen Philosophie abgesehen – dem realen Boden, auf dem das Goldegger Dialogforum *Mensch und Endlichkeit* im Schloss Goldegg (Pongau/Land Salzburg) stattfindet: Der Vortragssaal dieser Veranstaltung befindet sich direkt über dem sogenannten Wappen- bzw. Rittersaal des Schlosses mit seiner einzigartigen künstlerischen Darstellung der Ordnung von Welt und Gesellschaft im *Sacrum Imperium Romanum*. Der Saal wurde im Jahre 1538 zur Zeit Kaiser Karls V. und seiner Frau Isabella von Portugal fertiggestellt, also zur Zeit des Übergangs vom Spätmittelalter zur Neuzeit zu Beginn des 16. Jahrhunderts: der Zeit von Vasco da Gama, Niccolò Machiavelli, Giovanni Pico della Mirandola, Erasmus von Rotterdam, Martin Luther, um nur einige prägende Persönlichkeiten zu nennen. Das inhaltliche Programm des Rittersaals steht aber auch in einem vielfältigeren inneren Zusammenhang mit dieser Wendezeit, als man auf den ersten Blick anzunehmen geneigt ist, denn bei diesem handelt es sich wohl um eine Art von persönlicher Reaktion auf den damaligen geistigen und gesellschaftlichen Umbruch in Form einer demonstrativen Bekräftigung der bestehenden Ordnung in künstlerischer Ausgestaltung. Wie kam es nun zur Entstehung des Rittersaals?

Luthers berühmte Denkschrift „Von der Freyheit eyniß Christen menschen“ erschien 1520 und wirkte – von Luther nicht beabsichtigt – auf den großen deutschen Bauernaufstand der Jahre 1524/25 und auf die Verfassung der „Zwölf Artikel“, einer Frühform verfassungsgebender Menschen- und Freiheitsrechte⁸. Auch dieses wohl eine Reaktion auf die sich unter

Problem, die Wirklichkeit den Wünschen der Menschen gefügig zu machen; die Lösung liegt in einer Technik. [...] Francis Bacon [...] verwirft die Magie, weil sie dabei versagt; aber sein Ziel ist dennoch das des Magiers“ (Lewis 2012, S. 78–79).

8 Zu beachten ist, dass die Bauern die Bibel als maßgebende normative Instanz auch für die weltlich-politische Ordnung forderten, ihre Gesellschaftsutopien daher eher Theokratien ähnelten denn modernen säkularen Staaten (vgl. die Ausführungen in Blickle 2006). Die fehlende klare Trennung religiösen und weltlichen Wissens bedeutet einen Wissens-Monismus, der leicht totalitären Strukturen den Weg bereitet. Vielleicht war dies einer der Gründe, weshalb Luther die Bauernaufstände

Bauern und Knappen verbreitende Auffassung, „dass kein Recht sei“, im Gleichschritt mit einem Vertrauensverlust in alle kirchlichen und weltlichen Institutionen⁹. Während der deutsche Bauernaufstand bis zum Herbst 1525 erfolgreich niedergeschlagen wurde, stand dem Fürsterzbistum Salzburg der „Aufruhr“ noch bevor. Der Tiroler Bauernsohn, gesellschaftliche Aufsteiger und zuletzt Bauernführer Michael Gaismair organisierte im Frühjahr 1526 einen Aufstand der Salzburger Knappen und Bauern, mit welchem er aber im Juli 1526 bei der Belagerung der südlich von Salzburg gelegenen Bezirksstadt Radstadt endgültig scheiterte. Die erfolgreiche Verteidigung der Stadt ist dem Kampf des fürsterzbischöflichen Pflegers Christof Graf gegen die Aufständischen geschuldet. Der Repräsentant der herrschenden reichsstädtischen Gesellschaftsordnung kämpfte – an Leib und Leben bedroht – gegen die Kräfte der „Unordnung“ und des Umsturzes. Er erhält 1527 als Belohnung für seine Dienste vom Salzburger Erzbischof Mathäus Lang die Burg Goldegg mit Pfleg- und Urbaramt und gibt in den Folgejahren die Errichtung des Rittersaals in Auftrag.

2. Nach der Wende um 1500: Natur als Geometrie wird die Basis des neuen Wissens

Mit dem künstlerischen Programm des Rittersaals stellt Christof Graf umfassend die Gesellschafts- und Wissensordnung des *Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation* dar, gleichsam gegen die Kräfte der Auflösung gerichtet eine Bekräftigung der alten vorneuzeitlichen Ordnung und ihrer Wissensgrundlagen: Auf der Decke illustrieren 144 Wappen das Quaternionenschema, das eine idealtypische gesellschaftlich-politische Ordnung des *Sacrum Imperium Romanum* symbolisiert, auf der Nordwand repräsentieren biblische Szenen die christliche Heilsordnung, auf der Südwand Szenen das weltlich-kulturelle und höfische Leben (Jagd, Musik, Kunst...), ergänzt

nicht unterstützte. Er war sich jedenfalls noch völlig klar darüber, dass die (metaphysisch begründete) christliche Moral und Caritas keineswegs als Grundlage für das Regieren eines Staates geeignet sind: „Darum ein ganzes Land oder die Welt mit dem Evangelio zu regieren sich unterwinden, das ist eben, als wenn ein Hirt in einen Stall zusammentäte Wölfe, Löwen, Adler, Schafe und ließe jegliches frei unter den anderen gehen [...]. Darum muss man diese beiden Regimenter mit Fleiß scheiden und beides bleiben lassen; eins, das fromm macht, das andere, das äußerlich Friede schafft und bösen Werken wehret; keins ist ohne das andere genug in der Welt“ (v. Gerlach, 1841, S. 30f).

9 Blickle 2006, S. 70.

um in der Renaissance vermehrt wiederbelebte römische und griechische Götter und Weisheitsfiguren als Repräsentanten des Wissens der Antike. Ist damit das gesamte Wissen der Epoche symbolisiert? Keineswegs, denn das bäuerliche und handwerkliche Wissen tritt kaum in Erscheinung, es hatte (wie die körperliche Arbeit) bis ins 16. Jahrhundert ein nur geringes gesellschaftliches Ansehen. Erst in der Renaissance mit ihrer Hinwendung zu Rationalität und irdischer Lebenswelt (zum „Buch der Natur“) beginnen sich naturwissenschaftlich-technisches Wissen und die modernen Wissensinstrumente in ersten Ansätzen (insbesondere durch Galileo Galilei) zu entwickeln. Es wird bis nach dem Westfälischen Frieden dauern, dass in den 1660er Jahren in England die „life table“ (dt. „Absterbeordnung“) erfunden wird, auf welcher die ersten Indikatoren für Bevölkerungsprozesse beruhen: die Sterberate (Mortalität) und die Lebenserwartung¹⁰.

Betrachtet man die sich im Goldegger Rittersaal manifestierende zeitgenössische „Ordnung des Wissens“, so ist eine deutliche räumliche Teilung in religiöses Wissen auf der Nord- und Westseite und in weltliches und Weisheitswissen auf der Süd- und Ostseite erkennbar. Die klare Scheidung zwischen religiösem und weltlich-säkularem Wissen ist keineswegs selbstverständlich (und wie man hier erkennt auch keine Errungenschaft der Aufklärung), sondern ein Spezifikum des Christentums, das in anderen Religionen und Gesellschaftsformen in dieser klaren Unterscheidung nicht zu finden ist. Diese Trennung war Ergebnis und Ursache zugleich für die Konflikte zwischen geistlicher und weltlicher Autorität im *Heiligen Römischen Reich*. Wie neuere Untersuchungen nahelegen, führte erst sie zu der historisch zwar konfliktträchtigen, aber dafür deutlichen Ausbildung der beiden eigenständigen gesellschaftlichen Machtsphären und somit zu einem Wissensdualismus im Gegensatz zu einem theokratischen (oder säkularen) Wissensmonismus¹¹.

Im 14. Jahrhundert deutet sich in der bildenden Kunst eine Änderung in der Wahrnehmung der Wirklichkeit an: das Aufkommen der Zentralperspektive in der italienischen Renaissance¹². Bildliche Darstellungen folgten bis ins Hochmittelalter der Bedeutungsperspektive, bei welcher die

10 Der Ursprung kann in das Jahr 1663 datiert werden, in dem der Mortalitätsbegriff und die „life table“ vom Engländer John Graunt in der Abhandlung „Natural and Political Observations upon the Bills of Mortality“ eingeführt wurden (Willcox 1938).

11 Vgl. die umfangreiche Studie von Martin Rhonheimer „Christentum und säkularer Staat: Geschichte – Gegenwart – Zukunft“ (Rhonheimer 2012).

12 Vgl. z. B. die Abhandlung von Leonhard Schmeiser „Die Erfindung der Zentralperspektive und die Entstehung der neuzeitlichen Wissenschaft“ (Schmeiser

exakte geometrische Anordnung der Objekte nebensächlich war, sondern sich aus inhaltlichen Sinnzusammenhängen ergab. Ein instruktives Dokument der raumzeitlichen Wahrnehmung vor dem Einsetzen der neuzeitlichen Geometrisierung der Weltwahrnehmung ist das berühmte Traktat zur Falkenjagd von Kaiser Friedrich II. (1194-1250) aus dem Jahre 1248: „Von der Kunst mit Vögeln zu jagen“. Zur Beschreibung der Bewegungsvorgänge in diesem hochmittelalterlichen Werk führt Ivan Illich aus:

„Das Buch ist reich an Wörtern, die die Schnelligkeit, Wendigkeit und Genauigkeit des Vogels fassen, aber niemals abstrahiert Friedrich eine allgemeine Vorstellung von Geschwindigkeit [...] Raum und Zeit (,hic et nunc‘) konnten nicht voneinander isoliert und in ein Verhältnis gestellt werden“. Und weiter: „Die Scheidung von Raum und Zeit beginnt mit Galileo und Kepler, und sie bringt eine Welt mit sich, die keine andere Seite hat [...]. In dieser Welt macht weder die Lebendigkeit der Natur noch der schöpferische Akt Gottes die Dinge zu dem, was sie sind. Dieses Geburtsrecht ist entzogen. Und die Dinge werden, was sie sind, aufgrund ihres genetischen Codes, wie wir heute sagen würden“¹³.

Friedrich II. hatte noch keine Wahrnehmung der Natur in den Konzepten der euklidischen Geometrie, wie sie sich in der erst 100 Jahre später in Südeuropa in Erscheinung tretenden Zentralperspektive ausdrückt. Es vergehen fast weitere 300 Jahre, bis die neuen Wahrnehmungskategorien von Galileo Galilei zu einer neuen Methode der wissenschaftlichen Wissensgewinnung formalisiert werden. Galilei schuf mit seinen Arbeiten die we-

2002). Es handelt sich, wie der Verlag den Inhalt zusammenfasst, um eine „Rekonstruktion des ‚Ursprungs der neuzeitlichen Wissenschaft aus dem Geist der Zentralperspektive‘. Schmeiser unterzieht Texte von ‚Gründerfiguren‘ der neuzeitlichen Wissenschaft – Leonardo da Vinci, Nikolaus Kopernikus, Johannes Kepler, René Descartes – einer erneuten Lektüre, mit erstaunlichem Ergebnis: Die Entstehung der für die spätere Naturwissenschaft seit dem 17. Jahrhundert charakteristischen Form der Forschung und des Diskurses verdankt sich der Reflexion auf die Bildlichkeit der Renaissance und die darin implizierte Verweisungsstruktur von Bildern. Als Angelpunkt der Arbeit fungiert eine Neubewertung der Erfindung der Zentralperspektive. Diese Erfahrung des Architekten, Ingenieurs und Archäologen Filippo Brunelleschi ist, so der Autor, nicht als Ereignis im Rahmen der Geschichte der Malerei zu verstehen, sondern als Antwort auf ein während des frühen 15. Jahrhunderts akutes Problem der Epistemologie oder, im Verständnis der Zeit: der Theologie“ (<https://www.fink.de/katalog/titel/978-3-7705-3682-5.html>).

13 Illich 2006, S. 163f.

sentliche Grundlage der modernen Naturwissenschaften als eines eigenständigen ausschließlich weltlichen Wissensbereichs¹⁴.

3. Wissen als Seinsverhältnis der Teilhabe am Sosein

Ist die Unterscheidung eigenständiger Wissensbereiche – wie jene zwischen weltlichem und geistlichem Wissen – nur oberflächlich-pragmatisch begründet, oder ist sie Folge einer tieferliegenden substantiellen Differenz? Um hier eine analytisch klare Einordnung vorzunehmen, muss eine zureichend aussagefähige Definition von *Wissen* vorliegen. Das Problem dabei ist: Alles was wir wissen ist Wissen. Wenn Wissen ganz allgemein gesehen jedes Produkt eines korrekten Erkenntnisprozesses beinhaltet, dann darf eine Definition nicht wieder auf solche Produkte Bezug nehmen, um nicht zirkulär zu sein. Max Scheler, einer der Begründer der modernen Wissenssoziologie¹⁵, hat eine ontologische Definition von Wissen gegeben, die selbst nicht schon Wissen oder „Bewusstsein“ (wie Urteil, Vorstellung, Folgern usw.) in sich schließt¹⁶:

14 Vgl. Galileo Galilei: 1638 erscheint in Leiden sein physikalisches Hauptwerk, die „Discorsi e Dimostrazioni Matematiche intorno a due nuove scienze“, welche den modernen Begriff der Geschwindigkeit grundlegen:

〔 $v = (\text{Raum})/(\text{Zeit}) = \lim_T (\Delta t \rightarrow 0)$ 〕 bzw. im zeitlichen Mittel die Ratio 〔 $\Delta \text{Raum}/\Delta t$ 〕.

Da Raum und Zeit in der neuen geometrischen Sichtweise isolierte (d. h. unabhängige) Elemente sind, folgt unmittelbar: unbegrenzte (unendliche) Geschwindigkeiten sind denkbar! Erst mit der Entwicklung der speziellen Relativitätstheorie aus den differentialgeometrischen Gleichungen der Elektrodynamik (Maxwell-Gleichungen) durch Albert Einstein wurde klar, dass die physikalische Geschwindigkeit begrenzt ist, da Raum und Zeit ein Ganzes bilden, dessen Spaltung in isoliert gedachte Elemente eine reine neuzeitliche (wenn auch sehr produktive) Fiktion war.

15 Die Entwicklung der Wissenssoziologie im 20. Jahrhundert folgte stärker dem Ansatz von Karl Mannheim, einem Zeitgenossen Schelers, als dem Scheler'schen Zugang. Wir sehen jedoch ebenso wie Srubar (Srubar 1980) in letzterem Ansatz, welcher stärker die anthropologischen Bedingungen einbezieht, eine fruchtbare wissenssoziologische Alternative.

16 Eine vom Wissenssoziologen Hubert Knoblauch (Knoblauch 2010, S. 360) im Anschluss an Alfred Schütz vorgeschlagene Definition des Wissens lautet: „Wissen ist ... der sozial gewordene Sinn“. Er definiert vorausgehend Sinn als „eine bestimmte Aktivität des Bewusstseins, die in der Bezugnahme besteht“. Diese Definition erscheint zirkulär zu sein.

„Wissen ist ein *Seinsverhältnis* – und zwar ein Seinsverhältnis, das die Seinsformen Ganzes und Teil voraussetzt. Es ist das Verhältnis des Teilhabens eines Seienden am *Sosein* eines anderen Seienden, durch das in diesem Soseienden keinerlei Veränderung mitgesetzt wird. Das ‚Ge-wusste‘ wird ‚Teil‘ dessen, der ‚weiß‘“¹⁷.

Diese Seinsbeziehung ist weder eine räumliche, noch eine zeitliche, noch eine kausale, wie Scheler ergänzt. Sie liegt folglich jenseits naturwissenschaftlich-physikalischer Kategorien. Im wissenden Seienden wird durch Akte seines Geistes ein solches Teilhaben möglich, „durch die ein Ding, oder besser: das *Sosein* – und nur das *Sosein* – irgendeines Seienden ein ‚ens intentionale‘ wird, im Unterschied vom bloßen *Dasein* (‘ens reale‘), das stets und notwendig außerhalb und jenseits der Wissensbezogenheit bleibt [...]. Dasselbe *Sosein* wird in den beiden Hauptaktklassen, die unseren Geist ausmachen, Anschauen und Denken, resp. Bilder-haben und Bedeutungen-haben, erfasst“. In Bezug auf das generelle Ziel von Wissen argumentiert Scheler, dass Wissen als ein Seinsverhältnis nicht wieder Wissen zum Ziel haben kann, sondern dem „Werden“ bzw. „Anderswerden“ dienen müsse. Das Auffinden „oberster Werdensziele“ erlaubt die Definition von irreduziblen „Wissensformen“, die der Ausbildung dieser Werdensziele dienen. Max Scheler unterscheidet auf dieser Grundlage drei basale Wissensformen:

1. *das „Beherrschungs- oder Leistungswissen“*, das der „praktischen Beherrschung und Umbildung der Welt“ nach menschlichen Bedürfnissen dient und „das der Pragmatismus sehr einseitig, ja ausschließlich im Auge hat – das ist das Wissen der positiven ‚Wissenschaft‘“¹⁸. „Jede Frage, die nicht durch mögliche Beobachtung und Messung im Verein mit mathematischer Schlussfolgerung zu entscheiden ist, ist keine Frage der positiven Wissenschaft“¹⁹. Alles derartige Wissen gehört den beiden weiteren Wissensformen an:
2. *das „Bildungswissen“*, durch das „das Sein und Sosein der geistigen Person [...] entfaltet“ wird, indem man „an der Totalität der Welt, wenigstens ihren strukturellen Wesenszügen nach, [...] Teilhabe zu gewinnen“ sucht. Der zu „oberst entscheidende“ Maßstab für dieses Wissen ist jener des „*Apriorischen* (Wesenhaften)“²⁰. Man denke hier an Sinnzusam-

17 Scheler 1960, S. 203.

18 A.a.O., S. 205.

19 A.a.O., S. 209.

20 Ebd.

menhänge sowie Einsichten in das Wesen des Menschen, wie sie nur das Märchen, das Drama, die Poesie oder der Mythos zum Ausdruck bringen.

3. das „*Erlösungswissen*“, mit welchem der „Personkern an dem *obersten Sein und Grunde der Dinge* selbst Teilhabe zu gewinnen sucht, resp. ihm solche Teilhabe durch den obersten Grund selbst zuteil wird“²¹. Es „kann nur ein Wissen sein um Dasein, Wesen und Wert des absolut Realen in allen Dingen, d. h. metaphysisches Wissen“²². Hierzu zählen existentielle Kernaussagen in religiösen Überlieferungen, wie z. B. im „*Tao-Te-King*“ von Laotse, oder dem Alten und Neuen Testament.

Scheler betont, dass keine dieser drei Wissensformen „die andere je ‚ersetzen‘ oder ‚vertreten‘“ könne. Dem muss eine ontologische Verschiedenheit der drei Werdensziele und damit Seinsverhältnisse zugrunde liegen. In unterschiedlichen Kulturen kann eine der Formen einseitig vorherrschen, so z. B. im alten China und in Griechenland das Bildungswissen, in der neuabendländischen Wissenskultur das Beherrschungswissen, das durch Positivismus und Pragmatismus zum „einzigen möglichen Wissen überhaupt“²³ wurde.

„Wo die eine Art die beiden anderen (oder nur die eine andere) so zurückdrängt, dass sie schließlich die Alleingeltung und -herrschaft beansprucht, da entsteht für die Einheit und Harmonie des gesamten kulturellen Daseins des Menschen und für die Einheit der leiblichen und geistigen Natur des Menschen stets ein schwerer Schaden“²⁴.

Der Rittersaal zeigt noch den das Abendland prägenden Wissensdualismus von Bildungswissen und christlichem Erlösungswissen. Beides, so Scheler, „trat im Laufe der Geschichte des Abendlands immer mehr in den Hintergrund“²⁵. Mit dem Beginn der Renaissance um 1500 beginnt in Europa ein unaufhaltsam voranschreitendes Wachstum des Beherrschungswissens, das bis zu dieser Zeit als handwerklich-bäuerliches Wissen der körperlich arbeitenden Berufe vergleichsweise weniger Ansehen hatte, wenngleich es auch im Mittelalter in diesem Bereich durchaus eine Dynamik mit wichtigen Innovationen gab.

21 A.a.O., S. 205.

22 A.a.O., S. 209.

23 A.a.O., S. 207.

24 A.a.O., S. 210.

25 A.a.O., S. 207.

Für die Wegbereiter des neuen Wissens in der Zeit um 1600 (insbesondere Hobbes, Bacon, Galilei, Descartes) besteht die Welt aus unabhängigen isolierten Elementen (z. B. Atomen), die nur (!) im erkennenden Subjekt verbunden werden, und was an diesen Elementen interessiert, ist nicht ihr „Wesen“, von dem „streng abzusehen ist“, sondern allein ihre räumliche (und zeitliche) Lage zueinander, also geometrische Relationen: Welt und Natur reduziert auf (analytische) Geometrie – das erfolgreiche Programm der neuzeitlichen Naturwissenschaft²⁶! Die neue Wesenslosigkeit und darin impliziert die Sinnlosigkeit des bis anhin gemäß der vorherrschenden Vorstellungen von Gott nach Sinn und Bedeutung geordneten Weltganzen schockiert die Gemüter jener Zeit: Der englische Dichter John Donne bringt 1611 das Empfinden im bekannten Gedicht „An anatomy of the world: The First Anniversary“ zum Ausdruck: „Eine neue Philosophie stellt alles in Zweifel / Das Feuerlement ist ganz erloschen / Die Sonne nun verloren / die Erde auch [...] Alles zerstückelt, ohne geistiges Band [...] und alles bloß Relation²⁷“.

Nach dem Westfälischen Frieden setzt ein Jahrhunderte andauernder gesellschaftlicher Transformationsprozess ein, in welchem sich das neue Be- herrschungswissen als maßgebende Wissensinstanz in die verschiedenen wissensbasierten Institutionen (Naturlehre, Politik, Verwaltung/Policey, Ökonomie, Medizin...) sukzessive ausdehnt und die beiden alten Wissens- formen verdrängt. Die Französische Revolution markiert das weitgehende Verschwinden des christlichen Heilswissens als gesellschaftswirksame Kraft. Das noch bis ins 19. Jahrhundert verbleibende humanistische Bildungswissen erodiert endgültig in der Zeit der beiden Weltkriege, sodass

-
- 26 Dass geometrische Axiome das methodische (und damit geistige) Apriori der Naturwissenschaften sind, ist ihren Vertretern zumeist nicht bewusst. Der Naturalismus als unreflektierte Metaphysik liegt dem naiven Wissenschaftsglauben zugrunde, d. h. der Überzeugung, die Realität bestehe nur aus natürlichen Dingen und diese seien durch die Naturwissenschaften ohne methodisches Apriori (somit ohne geistigen Input) beschreibbar. Die Methoden der Naturwissenschaften sind in ihrem Kern ritualisierte Geometrie. Die Unfähigkeit, die geometrische Brille abnehmen zu können, ist kein Beweis dafür, dass die Welt nur aus Geometrie besteht.
- 27 „And new philosophy calls all in doubt,/ The element of fire is quite put out,/ The sun is lost, and th'earth, and no man's wit/ Can well direct him where to look for it./ And freely men confess that this world's spent,/ When in the planets and the firmament/ They seek so many new; they see that this/ Is crumbled out again to his atomies./ 'Tis all in pieces, all coherence gone,/ All just supply, and all relation“. Quelle: <https://www.poetryfoundation.org/poems/44092/an-anatomy-of-the-world>.

nach 1945 das Beherrschungswissen als einzige Wissensform in Geltung und Wirkung bleibt und eine Epoche eines neuen Wissensmonismus begründet.²⁸

Mit der geometrisierten Sichtweise von Natur und Welt wurde der Grundstein zur Entwicklung der positiven exakten Wissenschaften gelegt, insbesondere in den physikalischen Feldtheorien. Wissen gründet ab diesem Zeitpunkt in „den Gesetzen der raumzeitlichen Koinzidenzen der Erscheinungen und ihrer zahlenbestimmten messbaren Quantität“²⁹, also im von Descartes begründeten Modell der *Analytischen Geometrie*. Nur dieses klar und deutlich erfassbare mathematisierte Wissen verspricht die gewünschte Sicherheit der Erkenntnis in einer Welt der Ambiguität und Kontingenz zu erreichen. Die Geometrisierung legt den Fokus des Erkenntnisinteresses auf die raumzeitlichen Relationen (und Lokalisierbarkeit) zwischen isoliert gedachten Elementen bzw. Objekten und auf ihre Quantifizierung, d. i. die homomorphe Abbildung dieser Relationen in Zahlenverhältnisse; ein methodischer Vorgang, der – wie von der eingangs zitierten Formaldefinition des Messvorgangs bekannt – eine Messung definiert. Das Beherrschungswissen konstituiert sich direkt oder indirekt abgeleitet immer aus Messvorgängen, von daher die große Bedeutung der Quantifizierung in allen modernen Wissensfeldern. Im Sinne des Seinsverhältnisses nach Max Scheler gedacht, konstituiert dieses Wissen eine Teilhabe am relationalen Sosein einer aus isolierten Entitäten (Elementen, Erscheinungen, Ereignissen) bestehenden raum-zeitlich ausgedehnt vorgestellten objektiven Wirklichkeit, der *res extensa* (ausgedehnten Substanz) René Descartes.

-
- 28 Wie von Max Scheler ausgeführt, kann keine der drei Grundwissensformen eine der anderen ersetzen. Bildungs- und Erlösungswissen können nicht auf das Beherrschungswissen der positiven Wissenschaften gegründet werden (Scheler 1960, S. 210). Dies zeigt sich u. a. in dem charakteristischen Problem intentionale Prozesse auf naturalistische Modelle zurückzuführen und in den Begründungsproblemen von Ethik und Recht innerhalb des modernen Wissensmonismus, sowie in der Leugnung der Existenz der Fragestellungen der anderen Wissensbereiche. Als Lösungen erscheinen nicht Wissensersatz, sondern Wissenssimulationen („Simulacren“) im gesellschaftlichen Diskurs.
- 29 Scheler 1960, S. 208.

4. Die Ökonomie der Konventionen: Eine Kritik des naiven Zahlenrealismus

Man könnte sich an dieser Stelle die Frage stellen, ob die „Teilhabe“ am relationalen Sosein isoliert gedachter Erscheinungen bzw. geometrischer Objekte tatsächlich ein ausreichendes Wissens- und Erkenntnismodell ist, um Welt und Wirklichkeit vollständig objektiv zu erfassen, wie der Anspruch des modernen wissenschaftlichen Weltbildes lautet, oder ob es sich beim modernen Wissensmonismus nicht um eine methodisch-ritualisierte „Teilhabeverweigerung“ an weiten Bereichen des Soseins handelt, möglicherweise als Folge einer psychischen Disposition, die man als Kontingenziertoleranz bezeichnen könnte. Geblendet von den zweifellos beeindruckenden technischen Errungenschaften in der Folge naturwissenschaftlicher Forschung und aus Unkenntnis der engen Funktionsweise und -logik positivistischer Forschungsmethodik (Quantifizierung, Inferenzstatistik), werden die Erkenntnismöglichkeiten moderner Wissenschaft erheblich überschätzt.

Seit einigen Jahren gewinnt in Frankreich und darüber hinaus ein alternativer Ansatz im Bereich der Wirtschaftssoziologie und Institutionenforschung unter dem Titel « L'économie des conventions » (kurz: EC) zunehmend an Beachtung. Es handelt sich bei der EC um „eine pragmatische Grundlagentheorie für die transdisziplinäre Analyse – nicht nur, aber wesentlich – ökonomischer Institutionen. Zugleich ist sie ein anwendungsbezogener Ansatz, der die empirische Analyse der ökonomischen Koordination und der darin erfolgenden Konstruktionen von Wertigkeiten ermöglicht“³⁰.

Unter dem für die EC zentralen Begriff der *Konvention* werden „empirische und normative Wertigkeitsordnungen, die ein kollektives Gut anvisieren und ein Wertesystem beinhalten“³¹ verstanden. Sie dienen in ihrer Eigenschaft als kollektive Logiken für Koordination und Evaluation als Ressourcen für Handlungen. In der angeführten Definition klingt bereits eine Stärke des Ansatzes an, nämlich die explizite Thematisierung von zumeist impliziten Wertungen, welche sich häufig hinter vorgeblicher (Schein-)Objektivität verbergen, wie z. B. bei der Konstruktion von Indikatormessinstrumenten. Der Ansatz der EC ist hier insofern von Interesse, als das Instrumentarium der Analyse der Konventionen der EC zur (Weiter-) Entwicklung einer *Sociology of Quantification* Anlass gab, in welcher die Rolle von *Konventionen* in den Prozessen der Quantifizierung und Ökonomisie-

30 Diaz-Bone 2018, S. 2.

31 A.a.O., S. 373.

rung in den Fokus der Analyse geriet³². Seit dem Erscheinen der umfassenden Studie „Die Politik der großen Zahlen. Eine Geschichte der statistischen Denkweise“ von Alain Desrosières³³ wurde deutlich, dass Quantifizierungen *Konventionen* (so z. B. über Kategorisierungen) voraussetzen und es insbesondere in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften keine „natürliche“ gegebenen Kategorien oder Maße gibt, sondern Messvorgänge implizit und explizit in soziale (und somit auch politische) Prozesse integriert sind und situationsabhängiger Interpretation bedürfen. Der Ansatz der EC führt in der Folge zu einer kritischen Positionierung „against too simple positivistic ideas of categorization and measurement in the social sciences“³⁴, also gegen einen naiven positivistischen Zahlenrealismus, in welchem statistische Zahlen als objektive *facts* verstanden werden. Der nächste Abschnitt illustriert anhand des politisch bedeutsamen *Active Ageing Index* diese Zusammenhänge.

5. Indikatoren – Interessen und Wertungen im Anschein der Objektivität

Ein gesellschaftlich immer einflussreicher werdendes Instrument der Messung (und zumeist Quantifizierung) sind sogenannte *Indikatoren*. Sie treten sowohl bezogen auf Kollektive auf, wie der *Human Development Index* (HDI) der Vereinten Nationen oder der *Active Ageing Index* (AAI) der Europäischen Union, oder auf einzelne Individuen bezogen, so z. B. bibliometrische Indikatoren wie der für einzelne Wissenschaftler berechnete individualisierte *Journal Impact Factor* (JIF). Eine aktuelle sozialwissenschaftliche Analyse der Indikatorengenerierung und -praxis definiert die Idee des Indikators als „a named collection of rank-ordered data that purports to represent the past or projected performance of different units generated through a process that simplifies raw data about a complex social phenomenon“ welche die Aufgabe hat, „to compare units so as to evaluate their performance by reference to one or more standards“³⁵. Diese Definition stellt die Verwendung von Indikatoren (für Leistungsvergleiche zwischen „units“) in den Mittelpunkt. Eine das formale wissenschaftliche Konzept des Indikators besser zum Ausdruck bringende Definition findet

32 Diaz-Bone & Didier 2016.

33 Desrosières 2005.

34 Diaz-Bone & Didier 2016, S. 16f.

35 Merry et al. 2015, S. 318.

sich in der deutschsprachigen Wikipedia (unter „Indikator – Sozialwissenschaften“):

„Der Begriff Indikator bezeichnet in den Sozialwissenschaften jede Messgröße zur Operationalisierung von theoretischen Begriffen. Indikatoren stellen innerhalb der empirischen Sozialforschung eine begrenzte Stichprobe aus der Menge derjenigen empirisch prüfbaren Sachverhalte dar, welche ein theoretischer Begriff durch seine Bedeutung abdeckt.“

Einem Indikator liegt also ein Begriff zugrunde, welcher sich in empirisch erfassbaren Sachverhalten spiegelt. Nehmen wir als charakteristisches Beispiel das aktuelle Thema des *Successful Ageing* und den als eine Operationalisierung zugehörigen *Active Ageing Index* (kurz: AAI), zu dessen Funktionsweise und theoriebasierten Grundlegung eine rezente unabhängige Studie vorliegt³⁶.

Die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) definiert *Active Ageing* als „the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age [...] it allows people to realize their potential for physical, social, and mental wellbeing throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities [...]“³⁷

Active Ageing ist dabei „primarily a policy concept“, welches den Begriff des *Successful Ageing* in den politischen Bereich überträgt³⁸. Um zwischen den Ländern der *Europäischen Union* das Ausmaß und den Fortschritt in der gesellschaftlichen Umsetzung der „active ageing policies“ zu monitoren und zu vergleichen, führte der *Rat der Europäischen Union* 2012, im *European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations*, den AAI als Instrument des *Social Investment Package* ein³⁹. Der AAI setzt sich derzeit aus insgesamt 22 Indikatoren aus vier inhaltlichen Themenfeldern zusammen (Beschäftigung und Arbeitsmarkt; gesellschaftliche Teilhabe; selbständiges, gesundes und sicheres Leben; Kapazitätenförderung und Schaffung eines Umfelds für aktives Altern) und wird für 28 Mitgliedsstaaten berechnet. Er wird von der *Europäischen Kommission* u. a. für folgende Aufgabenstellungen beworben:

36 Sao et al. 2017.

37 WHO 2002, S. 12.

38 Sao et al. 2017, S. 49.

39 A.a.O., S. 50.

„Ein lokaler oder regionaler AAI kann zur Fortschrittsmessung bei der Aktivierung des Potentials älterer Menschen hinsichtlich ihres Beitrags zu Wirtschaft und Gesellschaft herangezogen werden [...] Der AAI kann als Leitfaden für politische Entscheidungsprozesse auf unterschiedlichen Governance-Ebenen dienen.“⁴⁰

Inwieweit erfüllt nun der AAI die Operationalisierung des Active-Ageing-Konzepts und inwieweit erfüllt er die gestellten praktischen Zielsetzungen? Die Studie von Sao et al. endet diesbezüglich mit vernichtenden Schlussfolgerungen: „We also contend that the AAI is an under-theorized and narrowly conceptualized policy tool that incorporates a restrictive and restricting model of active ageing“, und ihr Urteil zum impliziten Altersmodell, dessen Umsetzung in den Ländern der EU mittels des AAI angestrebt wird, lautet:

„The model that the AAI represents proposes unrealistic and prescriptive goalposts to be achieved by older people and countries, neglecting the differences of individual capacities, resources and preferences, as well as the cultural diversity that exists in the EU und within each member state [...] the AAI does not offer clear guidance to policymakers and may even send misleading policy messages.“⁴¹

Wie ist die krasse Abweichung zwischen dem theoretischen und öffentlichen Anspruch einerseits und der tatsächlichen praktischen Funktionsweise des AAL andererseits zu erklären? Pauschalierend sei hier eine grundsätzliche Konklusion über den Einsatz globaler Indikatoren aus dem vor kurzem erschienenen Sammelband „The Quiet Power of Indicators. Measuring Governance, Corruption, and Role of Law“ von Sally E. Merry et al.⁴² angeführt: „Indicators strive to appear objective and neutral and they need to maintain that appearance to be credible. But they are in essence political creatures. Social and political processes determine their creation, use, and effects on policies and publics“⁴³.

Indikatoren sind die Instrumente der Normwendung und der Bewertung durch Vergleich (s. Rankings etc.), die durch ihre bloße Sichtbarmachung Konkurrenz und Wettbewerb stimulieren sollen, sowie Instrumente

40 Perek-Białas 2016 (<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=15852&langId=de.>).

41 Sao et al. 2017, S. 54.

42 Merry et al. 2015.

43 Nelken 2015, S. 318.

der Normalisierungsgesellschaft⁴⁴, die Kontrollierbarkeit durch Transparenz simulieren. Der Indikator ist im Unterschied zu einer bloßen Messgröße ein doppeltes Instrument: er liefert als Erkenntnisinstrument Beherrschungswissen im Scheler'schen Sinn und er dient zugleich als institutionalisiertes Instrument einer Regierungstechnologie, d. h. er ist Teil von Strategien der Governance politisch-gesellschaftlicher Akteure. Indikatoren als gouvernementale Instrumente dienen sowohl der klassischen Normierung von Verhalten und Prozessen als auch der Wettbewerbszeugung in den neoliberal organisierten Produktionssystemen von Gütern und Wissen⁴⁵.

6. Schlussfolgerungen – Die Magie der instrumentellen Vernunft und der Tod des Subjekts

Am Westende des Rittersaals in Schloss Goldegg befinden sich die Portraits des damaligen röm.-dt. Wahlkaisers Karl V. und seiner Gemahlin Isabella von Portugal. Unter der Regentschaft von Isabellas Vater, König Manuel I. dem Glücklichen, gelang die Entdeckung des Seewegs nach Indien (durch Vasco da Gama 1498) und stieg Portugal in der Folge zu einer reichen Weltmacht auf. An diese Zeit der Seefahrten und den Beginn der europäischen Expansion erinnert in Lissabon das 1960 errichtete Padrão dos Descobrimentos (deutsch: Denkmal der Entdeckungen) im Stadtteil Belém am Ufer des Flusses Tejo (Abb. 1).

44 Vgl. Foucaults Analytik der Macht und sein Konzept der Biopolitik, z. B. in Stronegger 2018.

45 Vgl. die Analysen von Ulrich Bröckling in: „Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform“ (Bröckling 2016).



Abb. 1: Padrão dos Descobrimentos in Lisboa, Portugal (©WJ Stronegger)

Es zeigt auf einer nach oben ansteigenden Rampe neben da Gama weitere 32 spätmittelalterliche Persönlichkeiten Portugals, wie in einer theophorischen Prozession voranschreitend in unendliche Weiten. An der Spitze Heinrich der Seefahrer, in seinen Händen gleichsam als liturgisches Schaugerät vor sich hertragend das Modell einer Caravelle: ein in dieser Zeit entwickelter Schiffstyp, der für die weiten Entdeckungsreisen unter schwierigen Windverhältnisse ein geeignetes Transportmittel war. Das Denkmal symbolisiert die nach außen und in die Weite strebende kulturelle und wirtschaftliche Expansion der europäischen Zivilisation und ihre zu diesem Zweck entwickelten Mittel und Instrumente. Wie eine Opfergabe trägt Heinrich das Instrument der Expansion vor sich in seinen Händen.

Die Instrumente der neuzeitlichen Vernunft als Opfergaben, ihre Verwendung Opferrituale? Welchen Göttern werden die modernen Opfergaben, die Instrumente der Quantifizierung und der Technik, dargebracht? Den Naturwesen und Göttern der Naturbeherrschung, die versprechen die Menschen zu « maîtres et possesseurs de la nature » zu machen, wie René

Descartes in seinem Werk « Discours de la Méthode »⁴⁶ von 1637 fordert? Sind die Naturgesetze die neuen Zaubersprüche, welche die Teilhabe an der Macht der Naturwesen und Naturkräfte verbürgen? Doch bevor sich der Mensch als Meister und Inhaber einer geometrisiert-mechanisierten Naturwirklichkeit verstand, lautete seine Bestimmung: „Erkenne dich selbst“, und Selbsterkenntnis bedeutete: « Connais ta portée, qui est limitée; sache que tu es un mortel, et non un dieu » – Erkenne deine Möglichkeiten, die beschränkt sind; bedenke, dass du ein Sterblicher bist und kein Gott⁴⁷. Im Jahre 1496, zwei Jahre vor der Entdeckung des Seeweges durch Vasco da Gama, lässt Pico della Mirandola in seiner berühmten „Oratio de hominis dignitate“, die gleichsam ein Manifest des Renaissancehumanismus ist, Gott zum Menschen sprechen: „Du wirst von allen Einschränkungen frei nach deinem eigenen freien Willen [...] dir selbst deine eigene Natur bestimmen“⁴⁸, und er ruft kurz darauf (in Abgrenzung zur „verwerflichen und widernatürlichen Magie“ der Zauberei) die „wahre“ Magie an, denn diese wende „die jedem Ding von der Natur verliehenen und ihre eigenen Zaubermittel an, die man ἴγγες⁴⁹ der Magier nennt, und holt die [...] im Schoße der Natur sowie in Gottes geheimen Kammern verborgenen Wunder hervor, als wäre sie selbst deren Schöpfer [...]“⁵⁰.

Selbstbestimmung vor Selbsterkenntnis, Naturbeherrschung mittels „Zaubermittel“, Grenzenlosigkeit und die Erfahrung der unendlichen Weite sind das innere Thema der Neuzeit. Die Natur wird als unendlich ausgedehnte Geometrie konzipiert, und zunehmend auf Geometrie und Zahlen reduziert. Indikatoren sind, wie wir gesehen haben, nicht nur neutrale („objektive“) Instrumente zur Bereitstellung von Beherrschungswissen als einer Teilhabe am geometrischen Sosein der Welt, sie sind auch Instrumente der Politik, d. h., Teil des politisch-gesellschaftlichen Diskurses und der gesellschaftlichen Wirklichkeitskonstruktion in Form von Wahrheitsinstitutionalisierungen und -diskursen. Ihre Funktion reicht über die vordergründige Aufgabe der Wissensgenerierung hinaus: Sie besteht in der Her-

46 Cousin 1824, 6. Teil, 2. Absatz.

47 Finkielkraut 2008, S. 258.

48 Von der Gönna 1997, S. 9.

49 Das Wort „iugges“ bezieht sich in der Wortwurzel auf das magische Instrument *Jynx*, das in Bewegung versetzt ein charakteristisches Geräusch erzeugt, sowie auch als Lynx-Dämon ein Wesen bezeichnet, das zwischen Göttern und Menschen vermittelt und durch das Instrument Lynx angerufen wurde (vgl. Wikipedia: „Die Lynx, auch Jynx, [altgriechisch Ἰγγές, Mehrzahl Iynges], ist ein magisches Werkzeug, eine Art Zauberkreisel der griechischen und der römischen Mythologie [...]. Die Lynx war aber auch als ‚Rad der Hekate‘ oder ‚Hekates Kreisel‘ bekannt“).

50 Von der Gönna 1997, S. 63f.

stellung der dem Beherrschungswissen eigentümlichen Wirklichkeit, die eine eigentümliche Form des „Lebens“ ist bzw. begründet. Es handelt sich um ein „leben machen“ (« faire vivre »⁵¹), das sich in der Machtausübung und Herrschaft über eine nur mehr „natürliche“ Natur und den nur mehr „natürlichen“ Menschen realisiert. Indikatoren sind dafür – gleichsam wie moderne Zaubersprüche – die magischen Instrumente, deren institutionell ritualisierte Implementierung gewünschte naturalistische Zustände der natürlichen und sozialen Welt hervorrufen sollen. Im Grunde eignet ihnen eine magische Funktion, durch welche die natürliche und soziale Welt transformiert werden soll, im Sinne einer immer gesteigerten Nutzung und Vernutzung des (geometrisierten und mithin toten) Weltmaterials für die Interessen und Bedürfnisse des (natürlichen) menschlichen Lebens: Sinnbildlich soll aus Eisen Gold werden, aus Steinen Brot. Eines Lebens jedoch, das sich mit jedem Schritt voran in der Naturalisierung einen Schritt weiter in das Innerste des Subjekts zurückzieht, bis hin zur Gleichsetzung von Leben mit dem Bewusstsein als seiner letzten Bastion und der vollständigen Identität des Subjekts mit der *res cogitans* (denkende Substanz, denkendes Ding) Descartes.

Wenn Indikatoren und andere Instrumente des Beherrschungswissens so effizient wären wie die Zaubersprüche in Goethes Ballade vom Zauberlehrling, wenn also einmal alle Steine zu Brot geworden wären, so wären alle denkbaren Bedürfnisse befriedigt⁵², alle Interessen⁵³ des Individuums erfüllt, dann wäre die maximale Lebenssteigerung erreicht: Stunde dann

51 Vgl. Foucaults Konzept der *Biomacht* bzw. *Biopolitik*, z. B. zusammengefasst in Stronegger 2018.

52 Vgl. Friedrich Tenbruck: „Wer heute in die Zeit schaut und die großen Ideen und Programme Revue passieren lässt, die die Menschen faszinieren, der entdeckt in ihnen bald eine Glückphilosophie, die sich in verschiedenen Nuancierungen durch die Planungsidealisten, durch die politischen Programme und durch die öffentliche Meinung hindurchzieht und nicht weniger in den Köpfen und Herzen der einzelnen lebendig ist. Überall hält man es für ausgemacht, dass sich das Glück des Menschen unbegrenzt vermehren ließe, wenn man ihm nur möglichst viele Wünsche erfüllen würde“ (Tenbruck 1972, S. 85f).

53 Die Vorstellung eines von Interessen, d. h. bewussten und auf die Zukunft bezogenen Präferenzen, geleiteten Individuums, das neben seinen Bewusstseinsinhalten noch einen ausgedehnten materiellen Körper besitzt, entspricht dem Descartes'schen Dualismus von *res cogitans* (denkende Substanz) und *res extensa* (ausgedehnte Substanz) von 1641. Michel Foucault spricht von einem Interessenssubjekt im Gegensatz zum Rechtssubjekt und gibt folgende Definition: „Dieses Prinzip einer individuellen, nicht weiter zurückführbaren und unübertragbaren Entscheidung, dieses Prinzip einer atomistischen Entscheidung, die unbedingt auf das Subjekt selbst bezogen wird, nennt man Interesse [...]. Wichtig ist, dass das Inter-

am Ende dieses Prozesses des Fortschritts « une sorte de grande vie mythique »⁵⁴(nach einer Formulierung Michel Foucaults)? Die maximale Entfaltung dieses Lebensbegriffs bestünde in der reinen Herrschaft der „magischen“ Instrumente: einer Herrschaft ohne Subjekt, da zuletzt auch der restlos (selbst)vermessene und transparente Mensch selbst zum restlos naturalisierten Objekt würde, epistemischer Bestandteil eines *internet of things* und seiner strukturellen Allgegenwart in Form des *pervasive- und ubiquitous computing*⁵⁵. Die neuzeitliche zentralperspektivische Welt, in deren geometrischem Brennpunkt das cartesianische Subjekt als Träger des Beherrschungswissens verortet ist, verschwände gemeinsam mit der epistemischen Verwandlung ebendieses Subjekts (in von Foucault entlehnten Worten) « comme à la limite de la mer un visage de sable »⁵⁶, aber...

„Man braucht sich nicht sonderlich über das Ende des Menschen aufzuregen; das ist nur ein Sonderfall oder, wenn Sie so wollen, eine der sichtbaren Formen eines sehr viel allgemeineren Absterbens. Damit meine ich nicht den Tod Gottes, sondern den Tod des Subjekts, des großgeschriebenen Subjekts, des Subjekts als Ursprung und Grundlage des Wissens, der Freiheit, der Sprache und der Geschichte.

Man kann sagen, dass die ganze abendländische Zivilisation auf dem Subjekt aufgebaut war, und die Philosophen haben nichts weiter getan als das festzustellen, indem sie alles Denken und jegliche Wahrheit auf das Bewusstsein, das Selbst, das Subjekt bezogen. In dem Donnergrollen, das uns heute erschüttert, muss man vielleicht die Geburt einer Welt erblicken, in der man wissen wird, dass das Subjekt nicht eins ist, sondern zerteilt; nicht souverän, sondern abhängig; nicht absoluter Ursprung, sondern beständig modifizierbare Funktion“⁵⁷

esse als eine Form des Willens erscheint, und zwar zum ersten Mal, als eine Form des Willens, die zugleich unmittelbar und absolut subjektiv ist“ (Foucault 2004, S. 374).

54 „[...] gleichsam ein mythisches Großes Leben“, eine aus dem Interview von M. Foucault mit J.-M. Palmier entnommene Phrase (Foucault 2001, S. 813).

55 Vgl. das *ubiquitaire computing* (auch allgegenwärtiges Rechnen oder Rechnerallgegenwart) als die Allgegenwärtigkeit der rechnergestützten Informationsverarbeitung, so z. B. im *internet of things* (https://de.wikipedia.org/wiki/Ubiquitous_computing) und auch die Überlegungen in Lewis 2012.

56 „[...] wie am Meeresufer ein Gesicht im Sand“ (Foucault 1966, S. 398).

57 « Il n'y a pas à s'émouvoir particulièrement de la fin de l'homme: elle n'est que le cas particulier, ou si vous voulez une des formes visibles d'un décès beaucoup plus général. Je n'entends pas par cela la mort de Dieu, mais celle du sujet, du Sujet majuscule, du sujet comme origine et fondement du Savoir, de la Liberté, du Langage et de l'Histoire. On peut dire que toute la civilisation occidentale a été assu-

Wie dem gealterten Faust am Ende seines Lebens bleibt hier nur die späte Einsicht, dass in der „rein fingierten Welt“ der Magie der Messinstrumente, Sensoren und Indikatoren alle Opfergaben vergebens waren, denn die „Kenntnis der gesamten Natur“ und die „Selbstbestimmung“ bleiben schließlich Fiktionen – sie bleiben ebenso fiktiv wie die Hoffnung auf eine Vergöttlichung des endlichen Subjekts durch seine Vermählung mit magischem Wissen. Im Düstern der Realitätsfinsternis, so Faust, sei es nicht der Mühe wert ein Mensch zu sein:

„Könnt' ich Magie von meinem Pfad entfernen,
Die Zaubersprüche ganz und gar verlernen,
Stünd' ich, Natur, vor dir ein Mann allein,
Da wär's der Mühe wert, ein Mensch zu sein.

Das war ich sonst, eh' ich's im Düstern suchte,
Mit Frevelwort mich und die Welt verfluchte.
Nun ist die Luft von solchem Spuk so voll,
Dass niemand weiß, wie er ihn meiden soll.“⁵⁸

Literatur

- Blickle, Peter: Der Bauernkrieg. Die Revolution des Gemeinen Mannes, München: C.H. Beck ³2006.
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, Heidelberg: Springer Medizin Verlag ⁴2006.
- Bröckling, Ulrich: Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt am Main: Suhrkamp ⁶2016.
- Cousin, Victor (Hrsg.): Oeuvres de Descartes. Band I. Discours de la méthode, Levraudt 1824, in: <http://www.gutenberg.org/files/13846/13846-h/13846-h.htm> [19.2.2019].

jettie, et les philosophes n'ont fait qu'en établir le constat, en référant toute pensée et toute vérité à la conscience, au Moi, au Sujet. Dans le grondement qui nous ébranle aujourd'hui, il faut peut-être reconnaître la naissance d'un monde où l'on saura que le sujet n'est pas un, mais scindé, non pas souverain, mais dépendant, non pas origine absolue, mais fonction sans cesse modifiable » (Foucault 2001, S. 816f).

58 Faust im Palast zur Mitternacht nach dem Erscheinen der vier grauen Weiber, die Mangel, Schuld, Sorge und Not heißen, im Angesicht seines bevorstehenden Todes (Trunz 1986, Zeilen 11404ff).

- Desrosières, Alain: Die Politik der großen Zahlen. Eine Geschichte der statistischen Denkweise, Berlin: Springer 2005.
- Diaz-Bone, Rainer: Die „Economie des conventions“. Grundlagen und Entwicklungen der neuen französischen Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden: Springer 2018.
- Lewis, Clive S: Die Abschaffung des Menschen, Einsiedeln: Johannes 72012.
- Finkielkraut, Alain: Nous autres, modernes, Paris: Gallimard 2008.
- Foucault, Michel: Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik. Vorlesungen am College de France 1978–1979, Frankfurt am Main: Suhrkamp 2004.
- Foucault, Michel: Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines, Paris: Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines », 1966.
- Foucault, Michel: La naissance d'un monde, in: Michel Foucault: Dits et Écrits, tome 1: 1954–1975. Paris: Gallimard 2001 [1969].
- von Gerlach, Otto (Hrsg.): Luthers Werke, Bd. 5, 46. Schrift von der weltlichen Ob rigkeit, Berlin: Eichler 1841.
- von der Gönna, Gerd (Hrsg.): Giovanni Pico della Mirandola: Oratio de hominis dignitate. Rede über die Würde des Menschen. Lateinisch/Deutsch, Stuttgart: Reclam 1997 [1496].
- Illich, Ivan: In den Flüssen nördlich der Zukunft. Letzte Gespräche über Religion und Gesellschaft mit David Cayley, München: C.H. Beck 2006.
- Knoblauch, Hubert: Wissensoziologie, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft 2010.
- Merry, Sally E/Davis, Kevin E/Kingsbury, Benedict (Eds.): The Quiet Power of Indicators. Measuring Governance, Corruption, and Role of Law, Cambridge: Cambridge University Press 2015.
- Nelken, David: Conclusion. Contesting global indicators, in: Merry, Sally E/Davis, Kevin E/Kingsbury, Benedict (Eds.): The Quiet Power of Indicators. Measuring Governance, Corruption, and Role of Law, Cambridge: Cambridge University Press 2015, S. 317–338.
- Perek-Białas, Jolanta: Der Index für aktives Altern auf lokaler Ebene. Syntheser ebericht, Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union 2016, in: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=15852&langId=de> [19.2.2019].
- Rhonheimer, Martin: Christentum und säkularer Staat. Geschichte – Gegenwart – Zukunft, Freiburg im Breisgau: Herder 32012.
- Sao, José J/Timonen, Virpi/Amado, Carla A/Santos, Sérgio P: A critique of the Active Ageing Index. Journal of Aging Studies, 40 (2017) S. 49–56.
- Scheja, Günter/Storch, Uwe: Lehrbuch der Algebra: Unter Einschluß der linearen Algebra. Teil 1, Stuttgart: Teubner 1980.
- Schlechta, Karl (Hrsg.): Friedrich Nietzsche. Aus dem Nachlass der Achtzigerjahre, in: Friedrich Nietzsche: Werke in drei Bänden. Band 3, München: Hanser 1954.
- Schmeiser, Leonhard: Die Erfindung der Zentralperspektive und die Entstehung der neuzeitlichen Wissenschaft, Paderborn: Wilhelm Fink 2002.
- Subar, Ilja: Max Scheler: Eine wissensoziologische Alternative, in: Stehr, N/Meja, V (Hrsg.): Wissensoziologie, Opladen: Westdeutscher Verlag 1980, S. 343–359.

Von der Verzauberung der Welt durch die Magie der Indikatoren und Kennzahlen

- Stronegger, Willibald: „Faire vivre“. Die Institutionalisierung des Lebens in der Moderne und der Tod, in: Stronegger, WJ; Attems, K (editors): Mensch und Endlichkeit. Die Institutionalisierung des Lebensendes zwischen Wissenschaft und Lebenswelt. Reihe Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft, Bd. 5. Baden-Baden: Nomos 2018, S. 23–53.
- Supiot, Alain: Der Geist von Philadelphia, Hamburg: Hamburger Ed. 2011.
- Tenbruck, Friedrich: Zur Kritik der planenden Vernunft, Freiburg/München: Alber 1972.
- Trunz, Erich (Hrsg.): Goethe. Faust. Der Tragödie erster und zweiter Teil. Urfraust, München: C.H. Beck 1986.
- WHO: Active ageing. A policy framework, Geneva: World Health Organisation 2002.
- Willcox, Walter: The Founder of Statistics. Review of the International Statistical Institute 5/4 (1938) 321–328.

Teil I
Ethisch-existentielle Realitäten
am Ende des Lebens

Mensch bleibt Mensch... und keine medizinische Restgröße

Franz Küberl

Alt werden ist nichts für Feiglinge
© Mae West¹

Stellen Sie sich einen alten Mann vor. Sein Lebtag hat er hart gearbeitet, aber nun im Alter ist er zur Last geworden. Er taugt nicht mehr am Feld und nicht mehr am Hof. Er braucht sehr viel Aufmerksamkeit und Hilfe. Er stört einfach. Sein Sohn ist sein Nachfolger und führt nun die Landwirtschaft. Eines Tages nimmt dieser eine Trage, setzt den alten Vater darauf und bringt ihn in den Wald. Er erklärt dem sehr alt gewordenen Mann, er möge doch bitte verstehen, welche Last er geworden sei. Die Enkelkinder brauchen seinen Raum, das Essen wird knapp und die Zeit fehlt, um sich um ihn zu kümmern. Es ist doch so viel zu tun am Hof. Er werde ihn daher im Wald absetzen und seinem Schicksal überlassen. Der Sohn setzt die Trage auf den Boden und lehnt den alten Mann an einen Baum im Dickicht des Waldes. Er verabschiedet sich, dreht sich um und geht. Da ruft ihm der Vater nach: „Sohn! Du hast die Trage vergessen. Nimm sie mit, denn deine Kinder werden sie einmal für Dich brauchen ...“

1. Ein kulturhistorischer Rückblick

Das ist heute nicht mehr denkbar, sagen wir! Und doch sind diese Zeiten auch in unseren Breiten noch nicht so lange her. Im Mühlviertel etwa hat sich für den vorsätzlichen Tod alter Menschen in der Natur der Begriff „ins Holz gehen“ erhalten, in der Steiermark zeugt der Spruch „Übergeben, nimmer leben“ – aus dem bäuerlichen Milieu stammend – vom möglichen harten Ende alter Menschen. Gott sei Dank hat sich der Umgang mit alten Menschen inzwischen verändert. Tatsächlich wird heute kein alter, hilfebedürftiger Mensch mehr im Wald ausgesetzt. Es gibt – durch die größte soziale Revolution aller Zeiten – ein Pensionssystem und insgesamt: Soziale Absicherung, die Krankenversicherung, Pflegegeld sowie auch mobile Dienste, Tageszentren und Pflegehäuser.

1 Mae West, zitiert nach „Der Spiegel“ 28/1999.

Der Verhaltenskodex des Vierten Gebotes reicht heute von der familiären Verantwortung bis auf die gesellschaftliche Ebene, und richtet sich an alle Jungen, egal, ob sie zu umsorgende Eltern haben oder nicht. Es kommen immer neu auftauchende Fragen hinzu, die eben zusätzlich gelöst werden müssen. Das ist der Unvollkommenheit unserer Welt geschuldet, das ist neuen Erkenntnissen geschuldet. Das ist dem geschuldet, dass das Gesicht der Alten uns unsere Zukunft widerspiegelt. Und auch die Frage beinhaltet, wie wir denn einmal gepflegt werden wollen, wie man mit uns, wenn wir vermehrt anderer bedürfen, um selber leben zu können, umgehen möge. Da ist gesellschaftliche Gestaltungsmöglichkeit gefragt. Wohl aber auch Angehörige, Nachbarn und Freunde. Und natürlich wir selbst. Und vielleicht geht es darum, wieder einmal Orientierung zu suchen, damit wir wissen, warum es sich auszahlt, all diese Debatten zu führen. Diese Debatten werden uns dann gelingen, wenn wir das Leben aufsuchen, mit all den Überraschungen, im positiven und schwierigen, die dieses zu bieten hat. Und dabei ist die Lebenswirklichkeit alter und pflegebedürftiger Menschen von ganz großer Bedeutung.

Wichtig scheint mir aber auch zu sein, dass wir in unserem Denken und Handeln eine Balance von der Gestalt der Zukunft unserer Gesellschaft haben: wir erleben eine altersfähige, sich nach Ruhe und Kontinuität sehrende Gesellschaft genauso, wie wir eine junge, dynamische Gesellschaft brauchen. Der Reiz des Zusammenlebens entsteht ja dadurch, dass Junge und Alte zugleich und miteinander Platz zum Leben und zur Entfaltung dieses Lebens haben. Die Bewältigungsstrategie muss daher eine doppelte sein: Eine altenfreundliche und eine kinder- und jungenfreundliche Gesellschaft – beides ist gemeinsam notwendig. Lust und List sind erforderlich, nicht zuletzt auch, um die Alltagskonflikte in den Griff zu bekommen.

Etwas, das in der Hektik des sorgenden Alltages manchesmal vergessen wird: Die alten Menschen sind Teil unseres kulturellen Gedächtnisses. Wir sind 1945 knapp der Hölle entronnen und innerhalb von zwei Generationen fast an den Himmel angestoßen. Dazwischen liegt wirtschaftliche Prosperität, von der wir heute profitieren. Demokratische Ordnung des Staatswesens, die Installierung der Partnerschaftlichkeit zwischen Mann und Frau, kulturelle Vielfalt und vieles mehr. Dies sind Grundlagen, die wir ganz selbstverständlich zur Kenntnis nehmen und auf denen wir heute aufbauen können. Die Generationen vor uns mussten dafür hart arbeiten und oft auch unter Einsatz ihres Lebens kämpfen. Das alte Gesetz, dass Junge nur überleben, wenn sie von den Alten das Wissen und die Fertigkeiten übermittelt bekommen, wurde durch die Schulpflicht, die industrielle und die informationstechnologische Revolution durchbrochen. Doch technisches Wissen reicht nicht aus, um das Leben zu bewältigen, um es

gut zu meistern. Es braucht auch das Wissen um soziale und kulturelle Revolution. Und die Bereitschaft, die Antworten der jeweiligen Generation auf die wichtigen Fragen des Lebens – Woher kommen wir? Wer sind wir? Wohin gehen wir? – zu hören.

Dieses „kulturelle Gedächtnis“ steht insbesondere auch im Umgang mit Begleitung, Betreuung und Pflege und wie wir diese organisieren, auf dem Prüfstand. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sogenannte kultursensible Pflege, Begleitung und Betreuung stark im Zunehmen ist. Biographische Arbeit, also die sehr genaue Erhebung und Nachskizzierung, wie ein Mensch bisher gelebt und sein Leben erlebt hat, trägt wesentlich dazu bei, Menschen als ganze Menschen zu begreifen. Viele Formen des Miteinanders, ob beim Erzählcafé, beim Gedächtnistraining, in der Ausstattung von Räumlichkeiten... sind in den vergangenen 15 Jahren entstanden. Und, alleine in den Pflegewohnhäusern (in der Caritas: PWH) gibt es tausende Einzelbiografien von Menschen, durchwegs sorgsam aufgezeichnet – ein noch nicht gehobener Schatz des kulturellen Gedächtnisses unserer Breiten.

2. Anforderungen heute

Was sind nun Anforderungen im Umgang mit gebrechlichen, kranken, beeinträchtigten und älteren Menschen? Menschenwürde ist nicht davon abhängig, was ein Mensch leisten kann und er ist auch dann wertvoll, wenn er nicht mehr jung und attraktiv ist, wenn er „vordergründig“ der Gesellschaft „keinen Nutzen mehr bringt“. Das ist das „Himmlische“ an uns Menschen. Ganz persönlich hat natürlich das Alter es schon an sich, dass vor allem die gesundheitlichen Burden zunehmen. Vieles wird mühsamer und der Körper spielt nicht mehr überall mit. Aber es muss ein Recht auf Gebrechlichkeit geben. Und so darf der Mensch auch im Alter keine medizinische Restgröße sein, sondern muss in seiner Fülle und Ganzheitlichkeit gesehen werden. Wichtig ist es, über all diese Anforderungen zu reflektieren, nachzudenken, miteinander zu reden. Persönlich und gesellschaftlich. Mir ist bewusst, dass in Spitäler, in PWH, in der Hauskrankenpflege sowohl in der Ausbildung wie auch in der Praxisbegleitung über viele dieser Fragen gesprochen wird. Bei Angehörigen gibt es zu wenig strukturelle Klarheit, wie mit diesen eminent wichtigen Anforderungen umgegangen werden kann.

2.1 Den Anspruch auf Lebensqualität sichern

Was ermöglicht Menschen mit Begleitungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf, ihr Leben entlang ihrer Gewohnheiten und Vorlieben zu gestalten? Was ermöglicht, Sinn im Leben zu erfahren und am Leben in Gemeinschaft teilzuhaben? Unser Qualitätsverständnis muss über rein technische und sicherheitsorientierte Standards hinausgehen. Wir müssen noch wesentlich mehr auf Lebensgestaltung, Beziehung und Begleitung achten, die zentrale Voraussetzung für die Erfüllung von basalen körperlichen bzw. funktionellen Bedürfnissen, wie Essen, Waschen, Ankleiden etc... sind. Dass viele PWH inzwischen zusätzlich zu den gesetzlichen Bestimmungen Pflegekonzepte haben, die die Lebensqualität der in diesen Häusern betreuten Personen berücksichtigen, ist ein guter Schritt. Aber in der Hauskrankenpflege, in der 24-Stunden-Betreuung, auch in Spitälern gibt es da enormen Nachholbedarf. Wir müssen dem entgegenwirken, dass sich gebrechliche, hilfsbedürftige Menschen als Belastungsfaktor empfinden könnten. Dann würde das Recht jedes einzelnen auf Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit missachtet, denn Menschsein hat nichts mit dem Perfectionismus der „Hochleistungsgesellschaft“ zu tun. Der Mensch gilt vor Gott immer als ganzer Mensch, vor und nach jeder Leistung, die er je erbringen könnte. Dieses ist eine Frage, die weit über Sorge für Ältere hinausgeht, weil sie Beeinträchtigung, die in vielen Formen auftreten kann, mit in den Blick nimmt. Zur Kenntnis nimmt, dass wir alles in den Blick nehmen müssen, was einen Menschen ausmacht: Sein Tun, seine Begabungen und Talente, seine Erfahrung, seine Lebensleistung, seine Familie, seine Freunde, seine Überzeugungen, seine Gläubigkeit, seine Lebensdellen. Und damit hilft, dass niemand, nein, niemand vorzeitig zum Sterben verurteilt wäre, weil sein Leben in Wirklichkeit für niemanden mehr da zu sein scheint. Es ist wichtig, einen Bergwiesenblick auf die Situation, Chancen, Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten auch alter Menschen zu legen. Und nicht einen Tunnelblick auf medizinische Restgrößen.

2.2 Mit Sorgen und Ängsten der Älteren behutsam umgehen

Ein Pflegefall zu werden und auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, will niemand. Die komplexe Situation, dass man anderen zur Last fallen könnte, spielt hier mit. Das korrespondiert mit dem Grundgefühl, dass es für die meisten von uns nicht leicht ist, Hilfe anderer anzunehmen. Die Vorstellung, alleine leben zu müssen und nicht mehr in der Lage zu sein, sich zu versorgen, bzw. die notwendigen Handgriffe (des Alltags) zu verrichten,

erzeugt panikartige Gefühle. Der Verlust des Lebenspartners, körperliche Leiden, Angst vor Vereinsamung, Angst vor einem Leben in einem Pflegeheim sind weitere Sorgen. Hier ist jeden Tag viel zu tun. Denn jeden Tag kommen Menschen in Pflegesituationen.

2.3 Von der Last, Hilfe anzunehmen

Hilfsbedürftigkeit wird zu oft in Wirklichkeit zu einem Zustand, der absolut unerwünscht ist. Persönlich und auch gesellschaftlich. Darüber wird nicht gerne gesprochen. Und jene, die davon betroffen sind leiden unter der mangelnden Aufmerksamkeit für ihre Bedürfnisse. Über die Motivation zu helfen wissen wir einiges, sie kann sogar in bestimmte Schichtungen eingeteilt werden: Doch über die Motivation, Hilfe anzunehmen wissen wir erstaunlich wenig. Vielleicht, weil es eine ungewohnte Perspektive ist und Hilfe annehmen gemeinhin als voraussetzungslos gilt. Menschen in helfenden Berufen wissen aber, dass das Hilfe annehmen häufig zu den schwierigsten Dingen gehört. Manches findet man in der Literatur, manches erfährt man, wenn man mit Angehörigen redet. Zum Beispiel die Angst davor, dass Helfende in die Intimität des Alltagsablaufes von Hilfebedürftigen eindringen. Aus diesen Gründen kann es zu Schamgefühlen kommen. Das beginnt beim Zugriff auf den Wäschekasten, geht über Tagesabläufe, bis hin zur Frage: Wer lässt sich schon gerne den Hintern waschen? – Und von wem? Es ist nicht für jeden Menschen leicht, sich auf andere zu verlassen. Es gibt Menschen, die helfen, wenn andere in Not sind. Gleichzeitig kümmern sie sich ganz allein um ihre eigenen Bedürfnisse oder vernachlässigen diese. Manche Menschen glauben, dass es ihrem Selbstbild eines unabhängigen Individuums nicht entspräche, wenn sie Hilfe annehmen. Es gibt auch Personen, die anderen nicht erlauben, ihnen zu helfen, weil sie bei anderen Menschen keine Schuldigkeiten aufbauen möchten. Daher wird Wohlwollen, Behutsamkeit und Ausdauer, damit Menschen diese Hilfsblockaden überwinden können, gefragt sein.

Mehrere Punkte sind also bedeutsam für das Annehmen von Hilfe: Sich im Gegenzug zur Hilfe erkenntlich zeigen können, etwas zurückgeben können ist Ausdruck des eigenen Werts und ist Ausdruck, dass ich noch etwas für die anderen beizutragen haben – eben nicht nur zur Last zu fallen. Also, ein Danke, eine Liebenswertigkeit, vielleicht auch ein Geschenk. Den Wunsch zu haben, dem mir helfenden Menschen auf gleicher Augenhöhe begegnen zu können und respektiert zu werden. Wir alle wollen letztlich nicht zu einer medizinischen Restgröße degradiert werden. Das Gefühl zu haben, dass ich für andere noch bedeutsam bin. Das lässt sich auch daran

festmachen, ob jemand zehn Minuten Zeit für ein Gespräch mit mir aufbringt. (Prof. Erwin Böhm²) Sie gestatten mir, darauf hinzuweisen, dass eine „Warm, satt, sauber“-Pflege einfach zu wenig ist und den Menschen nicht gerecht wird. Es wäre eine Ökonomisierung der Nächstenliebe. Und letztlich stellte sie eine Freiheitsberaubung dar, weil der Mensch zum Objekt einer Dienstleistung wird und nicht mehr als Subjekt mit seiner ganzen Biographie und Lebenserfahrung in Beziehung zu seinen Mitmenschen tritt.

2.4 An den Grenzen des Helfens

Ich persönlich lehne das Wort vom „hilflosen Helfer“ ab, den gibt es nicht. Wohl aber gibt es Grenzen des Helfens, die ich anerkennen muss. Diese Grenzen können in mir, meinen Fähigkeiten und Möglichkeiten liegen, aber auch in der Begrenztheit von Hilfsmöglichkeiten. Und. Natürlich. In der Begrenztheit des Lebens. Unserem Dauerbegleiter. Der Helfende muss also Formen finden, die Grenzen des Helfens benennbar zu machen. Wichtig ist mir auch, darauf hinzuweisen, dass ich als Helfender die Grenzen des Helfens „hinausschieben“ kann. (Durch Training, Wissenszuwachs, Forschung...) Das Buch „Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können“, herausgegeben von Andreas Heller, Katharina Heimerl, Stein Husebö (2007) gibt Aufschluss, was alte Menschen für ihre letzte Lebensphase wünschen und brauchen, ermutigt dazu, sie selbst zu befragen und das Thema Sterben und Tod anzusprechen. Dieses Buch steht stellvertretend für viele Initiativen, die täglich gesetzt, täglich erforscht werden, um die Fahnenstange der Grenzen des Helfens hinauszuschieben. Ein kleines praktisches Beispiel mag das noch unterstreichen: In einem Pflegeheim dankte mir einmal eine Bewohnerin, weil es einer Pflegerin gelungen war, durch pflegerische Methoden eine Wunde nach zehn Jahren und ungemein starken Schmerzen zu schließen. Die Pflegerin hatte bei einer Fortbildung eine neue Methode kennengelernt und angewandt.

2 Erwin Böhm, Österr. Pflegewissenschaftler und Begründer des Psychobiographischen Pflegemodells, z. B.: Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege, 1988.

2.5 Grauzone Familie

Begleitung, Betreuung und Pflege sind immer sehr familiennahe Aufgaben. Aufgaben, aus denen sich die Kultur eines Landes zusammenbuchstabiert. Die Familie ist das erste und für die meisten Menschen das wichtigste Bezugssystem in ihrem Leben. Sie gibt Zugehörigkeit, Geborgenheit, Zuwendung und Liebe. Daher ist es für viele Menschen selbstverständlich, ihre alten Familienmitglieder zu betreuen – sei es aus Liebe, Pflichtgefühl, gesellschaftlichen Erwartungen oder einem Mangel an Alternativen. Betroffene erleben die Pflege eines Familienmitgliedes als bereichernd. Menschliche Qualitäten wie Zuwendung, Geduld, Wärme geben führen aus ihrer Sicht zu „persönlichem Reichtum“. Es gibt aber eine enorme Spannweite. Vom Mann, der seine Mutter, die dement ist, sehr intensiv begleitet, bis zur Frau, die von ihren Eltern als Kind stark zurückgesetzt wurde, so dass sie sich nicht in der Lage sah, ihre Eltern zu pflegen. Außerdem sind pflegende Angehörige häufig einer sehr hohen physischen und psychischen Belastung ausgesetzt. Da gibt es das Gefühlskarussell (Ängste, Abgrenzungsprobleme, Schuldgefühle, große Dankbarkeit, Abhängigkeit...), das sich während der Pflege zu drehen beginnt. Generationenkonflikte besonderer Art können wach werden: wenn etwa die Eltern plötzlich wieder zu Kindern werden und die Kinder die Eltern ihrer Eltern sind. Und Eltern trotzdem über das Pflegeausmaß ihrer Nachgeborenen bestimmen wollen. Gerade das macht es aber so schwer, über heikle Angelegenheiten in den Familien zu sprechen, die im Zusammenhang mit Betreuung und Pflege zu klären sind, weil sie zu Problemzonen werden können. Da wird alles dafür getan, dass die Dinge gut laufen. Dabei auftretende Versagensängste und Überforderung werden dabei nicht angesprochen. Das behält man für sich, was nicht selten dazu führt, dass externe Hilfen nicht angenommen werden können. Mit wem sollte man auch darüber sprechen, ohne sich selbst und vielleicht den betreuungs- und pflegebedürftigen Angehörigen in ein schlechtes Licht zu rücken? Anders gesagt, auch Helfende lassen sich nicht immer gerne helfen.

Erschwerend kommt dazu, dass die Situation von Frauen in diesem Zusammenhang eine Art circulus vitiosus sein kann. Einerseits wird gesellschaftlich gerne erwartet, dass vor allem Frauen die Pflege und Betreuung älterer Angehöriger wahrnehmen – und sie werden dafür politisch gelobt. Es ist ja die gesellschaftlich billigere Variante. Andererseits wird aber von Frauen erwartet (sie wollen das logischerweise selbst auch), dass sie berufstätig sind, weil nur so eine Alterspension, von der sie leben könnten, entsteht. Da bleibt dann für Pflege wenig Platz. Wir Männer sind da außen vor. Im Zeitalter der Patchwork Familien kommen dann auch ungeklärte

Generations-Zuständigkeiten für Hilfeleistungen dazu. Traditionell gibt es klare Regeln, aber wie etwa die Rollenerwartung in Bezug auf Hilfe von geschiedenen Schwiegerkindern gehandhabt wird, dazu gibt es kein kulturelles Übereinkommen. Anknüpfungspunkte sind möglich, z. B. wenn ein Enkerl da ist, gibt es meist trotzdem Kontakt zu den ehemaligen Schwiegereltern in ihrer Rolle als Großeltern. Und nicht zuletzt gibt es in den Familien auch finanzielle Interessen. Da kann das Pflegegeld als Teil des Familieneinkommens gesehen werden, obwohl Zukauf von Pflegeleistungen vernünftig wäre. Das ist vielfach auch Thema bei den pflegebedürftigen Menschen, denn gerne möchte man möglichst viel vom aufgebauten Wohlstand an die eigenen Kinder weitergeben.

2.6 Das Drama Einsamkeit

Grundsätzlich haben es jene besser, die Angehörige haben, die sich um sie kümmern. Menschen, die unfreiwillig alleine sind, erleben nicht selten quälende Einsamkeit oder das Gefühl, verlassen zu sein. Denn: Kommunikation, Gemeinschaft, Anteilnahme am gemeinschaftlichen Leben und Austausch sind grundlegende menschliche Bedürfnisse. Um der Einsamkeit die Lieblichkeit zu nehmen: Einsamkeit bedeutet sehr oft Isolation. Und „Isolation“ ist Teil von Vernehmungs- und Folterstrategien von Staats-sicherheitsdiensten, egal in welchem Teil der Welt sie agieren. Mit hereinnehmen müssen wir hier auch Demenz, Parkinson, Multiple Sklerose, ALS und andere schwere Krankheiten mit großer Beeinträchtigung. Denken Sie aber auch an körperliche, seelische, psychiatrische Beeinträchtigungen. Da ist Einsamkeit dann schwere Zusatzlast. Sie wissen, es ist zentral, dass Schmerz sozial anerkannt wird, das ist ein Startpunkt von echtem Mitleid. Schmerzlinderung ist auch Wesenselement des christlichen Verständnisses vom Menschen. Sie geschieht durch Zuwendung. Dazu als Erinnerung die Ihnen sicher geläufige Erläuterung: Schmerz hat vier Grund-Dimensionen: die physische, psychische, soziale und spirituelle. Zwischenmenschliche Bedürfnisse und Sehnsüchte sind nur schwer abzudecken und stellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von professionellen Diensten vor große Herausforderungen.

Vielleicht sind wir ja gerade dabei, manche dieser Tabus zu knacken. In unserer Generation hat sich da einiges getan. Denken Sie an die Caritas, an Rotes Kreuz, an die Lebenshilfe, an Licht ins Dunkel, Steirer helfen Steirern... fast jeden Tag ist von einer Initiative zu lesen, dass für jemanden mit schwerem Schicksal etwas getan wird, eine OP bezahlt, ein digitales Assistenz-Gerät angekauft wird, um Handgriffe zu erleichtern. Ehrenamtli-

che Besuchs- und Entlastungsdienste, Begleitung von Einsamen nach Spitalsaufenthalt, und und und... Allen diesen Initiativen ist gemeinsam, dass sie Menschen in die Mitte holen, deren Angehörige stärken, viele einladen, mitzuhelfen, ein konkretes Schicksal besser zu bewältigen. (Übrigens, die Gottesdienstübertragungen im Radio, die vielen Telefonkontaktsendungen... leisten wichtige Beiträge). Wir werden auch strukturelle Verbesserungen bzw. Lösungen brauchen, z. B. Freiwillige Mitarbeit in Ambulanzen und Erstaufnahmazentren, (Rudolfstiftung in Wien ist das einzige Spital in Österreich, das systematisch Ehrenamtliche einsetzt – sogar auf der Homepage – zwar etwas versteckt, aber doch, zu finden.)

2.7 Die Existenz von Aggression und Gewalt

Ein weiteres Thema, über das nicht gerne gesprochen wird ist Gewalt. Häusliche Gewalt ist eine traurige Tatsache, insbesondere wenn sie gegenüber abhängigen Menschen ausgeübt wird. Wir wissen um häusliche Gewalt gegenüber Kindern, gegenüber Frauen aller Altersstufen. Aber – und das wollen wir offenbar noch weniger wahrhaben – es gibt auch aggressives und gewaltsames Verhalten gegenüber betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen. Generell kann man sagen, dass die Gefahr für aggressives Verhalten dort hoch ist, wo es ein Sorgedefizit gibt. Das Gefühl, mit der Aufgabe allein gelassen zu sein und schlichte Überforderung können bereits ausreichen. Aber ehrlich gesagt: Auch schlechte Beziehungen zwischen Familienmitgliedern werden nicht besser, wenn noch Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit dazu kommt. Aus der Gewaltforschung (Baberowski/Metzler 2012) wissen wir: Drohender Machtverlust ist ein entscheidender Ausgangspunkt persönlich ausgeübter Gewalt. Wir sollten daraus lernen, dass nicht nur jene Unterstützung brauchen, die hilfsbedürftig sind, sondern auch jene, die oft auf sich allein gestellt die Betreuung und Pflege leisten – Ehepartner, Kinder, Enkel und in zunehmender Anzahl auch Freunde und Nachbarn. Ich erinnere an die dramatische Tötung der Schwiegereltern durch den bis zur Tat aufopferungsvoll pflegenden Schwiegersohn in St. Magdalena bei Hartberg, 2008. Der Schwiegersohn galt im ganzen Ort als überaus hilfsbereit und freundlich.

Und auch politisch ist das Thema nicht beliebt. Hieße es doch, dass die Betreuung und Pflege zu Hause nicht immer die beste aller Möglichkeiten ist, sondern die Übersiedlung in ein Pflegehaus, in eine WG, in betreutes Wohnen vielleicht besser wäre. Aber, auch Pflegewohnhäuser müssen nicht der Himmel sein. Bei aller Großartigkeit kann es – wir wissen es aus Berichten der Volksanwaltschaft (Gottseidank, bei Pflegewohnhäusern gibt

es Kontrollen dieser Art!), wir wissen es von den Gerichtsaalseiten der Zeitungen. Auch hier gilt: drohender Machtverlust kann Gewalt auslösen. Übrigens: Immer dann, wenn es zu wenig Aufmerksamkeit für die zu Pflegenden gibt (zu arm, zu einsam), immer, wenn daraufhin die Aufmerksamkeit für die Pflegenden – und auch die Wertschätzung für sie – nicht da ist, kann es zu Sollbruchstellen kommen. Und Fehler können auch in Spitätern und Pflegewohnhäusern passieren.

2.8 *Der Umgang mit Tod und Sterben*

„Wie gerne leben Sie“ – diese simple Frage von Prof. Friedemann Nauck, Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen, an BewohnerInnen von PWH in Hessen, brachte die überraschende Antwort einer betagten Dame: „Danke, dass Sie mich das fragen...“. Natürlich bleibt der Tod immer mit einer gewissen Tabuisierung behaftet. Nicht, dass man heute nicht über das Sterben sprechen könnte, aber die Frage wie und wann wir sterben können und dürfen wird nicht klarer, sondern zunehmend unklar. Es geht um eine Abgrenzung eines würdigen „Sterben Dürfens“ von abzulehnender aktiver Sterbehilfe. Und um die Abgrenzung eines würdigen „Sterben Könnens“ vor dem Hintergrund ungemeiner Technisierung und ungemeinen Erfindungsgeistes der Medizin.

Die jüngsten Meldungen vom Medizinformatorium in Alpbach sind sehr nachdenklich machend. Das DNA-Screening (genauer: prädiktive und präsymptomatische Tests werden verwendet, um Genmutationen zu erkennen, die mit Störungen assoziiert sind, die nach der Geburt, oft später im Leben, auftreten), das hier vorgestellt wurde, also die quasi Vorausberechnbarkeit von künftigen lebensbedrohlichen Erkrankungen, haben schon den Keim in sich, dass die Sorge, dass der Mensch zur medizinischen Restgröße verkommen könnte, neu auftaucht.

Die Tabuisierung des Gedankens an den Tod erleben wir immer noch, obwohl es schon seit vielen Jahren eine beachtliche Hospizbewegung gibt. Aber es ist noch immer die Ausnahme, nicht die Regel. Ziel muss es daher sein, den Hospizgedanken zum Fundament im Umgang mit schwer kranken und sterbenden Menschen zu machen. Egal, ob im Spital, im Pflegeheim oder zu Hause. Wie es Christoph Student, Johann-Christoph Student, ein Pionier der deutschen Hospizbewegung, formulierte: der Hospizgedanke ist vielfältiger Ausdruck liebevoller-fürsorglicher Anteilnahme am leidenden, sterbenden und trauernden Menschen (Student et al. 2016). Al-

so: an der Hand eines Menschen sterben, nicht durch die Hand eines Menschen.

Ein Gedanke noch zur Hospizidee. Ich weiß schon, dass die Hospizmitarbeitenden überreligiös – im Sinne von überparteilich sein müssen. Trotzdem frage ich mich, ob nicht die Hospizbetreuung für einen gläubigen Menschen eine Art Sprungbrett in die ewige Wirklichkeit sein könnte. Und doch dürfen wir nicht vernachlässigen, dass gerade die andauernde Konfrontation von Medizinern, pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Tod und Sterben sehr belastend ist. (Denken Sie daran, dass es die Anästhesisten unter den Ärzten sind, die die höchste Selbstmordrate haben). Deshalb leiden sie ebenfalls darunter, wenn nicht über die Gefühle und Erfahrungen mit dem Tod offen gesprochen werden kann und sie den Eindruck bekommen, dass sie mit ihrer Belastung allein gelassen werden.

3. Entwicklungsaufgaben in Politik und Gesellschaft

Die Entscheidung, ob Menschen einmal in die Gefahr kommen könnten, zur medizinischen Restgröße zu werden, scheint relativ früh zu entstehen. Die Gesellschaft und ihre Politik gestalten die Rahmenbedingungen, die es für das individuelle Handeln gibt. Hier sagen uns die Gesundheitswissenschaften, dass die Lebensverhältnisse direkt und indirekt für mehr als die Hälfte des Gesundheitszustandes eines Menschen verantwortlich sind. Offensichtlich ist also die Art und Weise, wie unsere Gesellschaft gestaltet ist, ein ganz wesentliches Element. Es wäre vermessen, das alles hier und jetzt zu behandeln. Aber ein paar Worte zu einigen Punkten, die wir in der öffentlichen, politischen Debatte besprechen müssen. Zur Qualität der Pflege – ich habe das schon kurz angesprochen. Der Bundesgesetzgeber ist in diesem Zusammenhang merkwürdig zurückhaltend: Aber im Zielparagraphen des Pflegegeldgesetzes hat er etwas eingebaut: § 1. Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedürftige Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.

Das hat Konsequenzen: Nicht nur Pflege, Betreuung und Hilfe, sondern auch der Aspekt der Begleitung wird eine stärkere Rolle spielen müssen, wenn der Zielparagraph des Pflegegeldgesetzes in der ganzen Republik ernstgenommen wird. Das ist dann fundamental für das Wohlergehen von pflegebedürftigen Menschen. Egal, ob daheim, ob im betreuten Wohnen

oder im Pflegewohnhaus. Eine Bemerkung von Stein Husebø über Österreichs Umgang mit seinen Pflegebedürftigen sei hier am Beispiel mit dem Umgang mit Schmerz noch angefügt: Er beklagte bei einer Jubiläumstagung für die Onkologie in Graz, dass es in Österreich zu viele Medikamente für pflegebedürftige Menschen gebe und gleichzeitig zu wenig Beziehung zu ihnen existiere. Und zeigte zum Vergleich Schautafeln vom Personaleinsatz in der Altenpflege und den Medikamentenverbrauch in Norwegen und in Österreich. Das war vor drei Jahren, vielleicht hat sich inzwischen etwas geändert.

4. Die Strapaze der Suche nach guten Pflegekräften

Wir wissen, es braucht immer einen Hauch an Berufung in diesem Beruf. Aber, es ist auch die Gehaltsseite anzuschauen. Ziel wird wohl sein, dass die Metaller-Bezahlung und die Pflege-KV's deckungsgleich sind. Oder gibt es jemanden, der ernsthaft meint, dass das Ziehen von Blech besser bezahlt werden soll, als das sorgsame Umgehen mit Menschen, die anderer bedürfen, damit sie halbwegs gut leben können? Ebenso sollte nach dem Vorbild der Schweiz überlegt werden, ob nicht Pflege auch ein Lehrberuf sein könnte – liegt zum neuen Ausbildungssystem in Österreich etwas quer – aber vielleicht gibt es ja auch Spurwechsel. Die zweite anstehende Frage ist die der 24-Stunden-Betreuung. Wir wissen, dass tausende Menschen aus Zentraleuropa – auch wegen des noch vorhandenen Lohngefälles – bei uns mithelfen, dass Familien ihrer Pflegendenumsorgung überhaupt nachkommen können. Übrigens, bei Einführung der 24-Stunden-Betreuung mit den jetzt geringen Gehältern war ein Argument, dass sie ja für ihre Kinder die österreichische FBH bekämen. Quasi als Gehaltsbestandteil. Und außerdem seien die Betreuungspersonen ja Selbständige. Ein sehr schwankendes Argument... Nein, Ziel muss sein, dass die Bezahlung der 24-Stunden-Betreuung auf österreichisches Gehaltsniveau angehoben wird. Bevor es zu spät ist, und die Menschen aus Zentraleuropa zunehmend ausbleiben, weil Gehaltsniveaus sich auch angleichen können...

Ein Lückenschluss in der Hauskrankenpflege ist nötig: Es braucht leistbare und flexible Angebote für Betreuungen über vier Stunden täglich hinaus. Dies wäre eine wichtige Entlastung auch für Angehörige. Zudem brauchen wir eine einheitliche und fachlich korrekte Feststellung von Pflegebedarf in ganz Österreich. Die derzeitigen Erhebungen von Pflegebedarf haben keine gemeinsamen Standards – wenn Sie das auf das Gesundheitswesen umlegen täten, wüssten Sie zwar, dass es eine Krankheitswelle gibt, aber nicht, welche – z. B. Grippe. Drittens ist ein Ausgleich zum Wertver-

lust des Pflegegeldes dringend notwendig. Nicht nur ab Stufe vier, sondern auch für die ersten drei Stufen – hier befinden sich die meisten Menschen mit Demenz. Sie haben einen hohen Pflege- und Betreuungsbedarf, trotz körperlicher Fitness.

5. Zwei Worte zu den Pflegewohnhäusern

Es kommt immer wieder vor, dass Menschen in PWH von einer höheren auf eine niedrigere Pflegestufe eingestuft werden, weil sich ihre Verfassung zwischenzeitlich verbessert. Das wäre ein Anlass, über ein Bonussystem für Entwicklungen dieser Art nachzudenken. Ebenso ist m. E. zu überlegen, ob wir nicht auf Zukunft hin einen neuen Typus von Pflegeheimen brauchen: statt der ständig noch komplexer werdenden Spezialisierung vielleicht ein Zwiebelschalensystem – auch deswegen, weil die Zahl der Alleinstehenden eher zunehmen als abnehmen wird. Betreute Wohnformen – Altersheim – Pflegeheim-Krankenstation: könnten das die Zwiebelschalen des PWH der Zukunft sein? Vieles könnte gemeinsam gemacht werden, der Grad der individuellen Freiheit könnte besser gestaltet werden, trotzdem ein Gefühl von Heimat und Sicherheit erhalten bleiben. Auch die Fähigkeiten, Interessen und die Talente der Menschen könnten besser angesprochen werden. Eine sinnvolle Ergänzung zur Patientenverfügung wäre, auch die Frage nach dem, was ich will, zu stellen, nicht nur, was ich nicht will...

6. „Wie sollen wir tun?“ – Anmerkungen zur Ethik der HelferInnen

Natürlich brauchen Personen, die sich pflegebedürftiger Menschen annehmen, bestimmte Haltungen und Einstellungen, wenn sie diese gesellschaftszusammenhaltende Nächstenliebe ausüben. Aber viele dieser Haltungen und Einstellungen gelten auch für das politische Bewältigen dieser großen Aufgabe. Wir müssen auch das Phänomen der Armut im Krankenhaus mit bedenken. Dorothee Haart, Hamburger Krankenhausseelsorgerin, benennt in ihrem Buch „Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus“ drei Gruppen von Armen im Krankenhaus: alte, sterbende, chronisch kranke, psychisch kranke, komatöse oder anderweitig sprachlose Menschen – diese Gruppe werde immer größer, konstatiert Frau Haart. Menschen in wirtschaftlicher Armut sind die Schwächsten im System Krankenhaus. Auch bestimmte MitarbeiterInnengruppen sind gefährdet:

von Arbeitslosigkeit, von Outsourcing bzw. Lohndumping bedrohte MitarbeiterInnen.

Klaus Dörner hat 2003 einen Ärzteimperativ formuliert: „Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen (Empfänglichkeit, Zeit, Kraft, Manpower, Liebe, Aufmerksamkeit) immer beim jeweils Letzten beginnst, dort also, wo es sich – scheinbar – am wenigsten lohnt.“ Sie verstehen mich, wenn ich meine, dass dieser Anspruch für alle im Krankenhaus tätigen und mit Patienten zu tun habenden Menschen gelten soll. Aber natürlich auch in der Pflege – egal ob daheim oder in einem Heim. Mir ist schon bewusst, wir sind nicht im Himmel, sondern auf Erden – mit beiden Beinen. Aber der Anspruch von Dörner kann uns helfen, die beiden Spannungen der Erdgebundenheit und der Himmelsoffenheit ein wenig mehr zueinander finden zu lassen.

Es braucht ein Grundmaß an Vertrauen zwischen Pflegenden und zu Pflegenden. Ohne Bereitschaft zur „Vertrauensbildung“ gibt es keine Betreuung, gibt es keine Pflege, die menschliche Wärme und Zuneigung miteinschließt. Es braucht den Doppelpack von Herzhaftigkeit und Sachkenntnis. Damit Betreuung und Pflege mithelfen können, dass Menschen auch in beschwerlicher Zeit des Lebens gut aufgehoben sind. Die Menschen mögen, die ihnen anvertraut sind. Nur wenn Pflegekräfte das zustande bringen, sollen Sie in der Begleitung, Betreuung und Pflege tätig sein. Menschen sind nur in der Lage Hilfe anzunehmen wenn sie spüren, dass sie geschätzt werden. Das gilt als einer der zentralen Punkte der Medizin und sicher auch der Caritas. Es braucht auch Treue zum Hilfesuchenden: es geht darum, dem Hilfesuchenden im Wort zu stehen, nichts beschönigen, ihm die Wahrheit zumuten, gleichzeitig aber seine Ressourcen, seine Fähigkeiten, seine Talente, seine Charismen ansprechen, fördern, fordern, entwickeln helfen und bei der Hilfe auf seiner Seite stehen.

In helfenden Berufen ist wichtig, dass die Ausübenden Klarheit haben über die eigenen Motive des Helfens. Drei Impulse hat Bronislaw Geremek (1988) in seinem Standardwerk „Geschichte der Armut in Europa“ über all die Jahrhunderte als die zentralen Motive des Helfens benannt: Zunächst Helfen aus der Vorstellung gegenseitiger Solidarität heraus, also Hilfe aus prinzipieller Gegenseitigkeit, die auf einem Geben und Nehmen zwischen Menschen beruht. Zweitens die Hoffnung, dass die Hilfe dem eigenen Seelenheil dient: Es gibt Hilfe aus religiöser Überzeugung, bei der es für die Helfenden stark darum geht, vor Gott bestehen zu können (s. das Gleichnis vom Barmherzigen Samariter). Drittens ein Schenkungsverhältnis des Helfens: Dankbarkeit für Hilfe, Entlohnung des Helfers.) In jüngster Zeit wird von der Neurowissenschaft ein viertes Motiv des Helfens formuliert: Es gebe eine Extrapolition an Glücksgefühlen, wenn man anderen hilft:

Das „helpers-high“, ein euphorisches Hoch nach guter Tat. Sozusagen eine Chemie des Glücks. Es ist für alle Helfenden wichtig, um diese Motive zu wissen und sie gegebenenfalls wieder einmal zu reflektieren. Wobei mir wichtig ist, zu unterstreichen, dass mehrere Schichtungen, sozusagen Bündel von Hilfsmotiven zusammenkommen können. Speziell bei der Dankbarkeit ist es m. E. nach gut, sie annehmen zu können, sie aber nicht als Voraussetzung für weitere Hilfe zu erwarten.

Helfen setzt Empathie voraus: Einfühlungsvermögen, Nachempfinden, affektiver Zustand bei dem man ähnliches fühlt wie sein Gegenüber. Dennoch ist man sich bewusst, dass dieser Zustand nur durch das Beobachten des anderen ausgelöst wird. Wichtigster Punkt der Empathie ist, zwischen sich selbst und den anderen gut unterscheiden zu können: Das verbessert das Mitgefühl und ist stressmindernd. Helfen setzt ein richtiges Maß an Selbst- und Nächstenliebe voraus. Der liebe Gott hat alle Menschen gleichwertig gemacht. Nur wer sich selbst mag, kann auch andere mögen und damit auch anderen helfen. „Wer sich selbst nicht riechen kann, stinkt auch anderen“, formulierte es Bischof Kamphaus (2013). Helfer brauchen also eine „Wasserwaage“, damit sie diese Balance wahren können. Helfen ist immer aber auch ein Stück weit Machtausübung, im schlimmsten Fall sogar Demütigung und damit Entwürdigung. Prinzipiell ist das in Ordnung, es wäre ja dramatisch, wenn der Helfer genauso „hilflos“ wäre, wie die Person, der er zur Seite steht. Aber Machtausübung hat auch graue und schwarze Seiten.

Die Erfahrung zeigt, dass vor allem Personen, die von niemandem mehr beachtet, besucht, als wichtig erkannt werden, Opfer von Helfern werden können, die ihre Macht u. U. auch brutal einsetzen. (Ich erinnere an beide Mordserien von Lainz, jeweils waren Menschen die Opfer, um die sich niemand mehr kümmerte, ja auch die Pflegekräfte hatten kein Lob, keinen Zuspruch von irgendjemandem zu erwarten ...). In den Augen des Hilfe-suchenden ist der Helfer immer mächtig. Egal, ob Arzt/Ärztin oder 24-Stunden-BetreuerIn, das Schicksal des Hilfesuchenden liegt seiner Meinung nach beim Helfer.

Das gilt es immer sich bewusst zu halten und zu reflektieren. All diese Anforderungen und Beweggründe sind auf jeden Fall mit Zivilcourage zu mischen. Zivilcourage gemeint in der Weise, dass sich Helfende zugunsten benachteiligter Menschen einsetzen – auch wenn das Risiko von Benachteiligung für Sie selbst da wäre. Zivilcourage ist aber keine dumpfe Gefühlsausübung, sondern immer mit Klugheit gepaart.

7. Schlussbemerkung

Klar ist, die kluge, verantwortungsvolle Bewältigung der Fragen von Begleitung, Betreuung und Pflege ist ein Markstein für die Zukunftsfähigkeit unseres Landes, unserer Gesellschaft. Denn, Gott stempelt niemanden ab. Wenn wir darauf achten, wie viel Engagement, wie viel soziale Verantwortung, wie viel wir an menschlichem und materiellem Reichtum als Bausteine dieser Zukunftsfähigkeit zur Verfügung haben, braucht uns aber nicht bange zu sein. Dann wird niemand – real oder geistig – in den Wald getragen, weil man sich seiner/ihrer entledigen will. Das wünsche ich allen Menschen, die heute alt sind und auf die Hilfe ihrer Mitmenschen verwiesen sind. Das wünsche ich auch Ihnen und mir, denn es könnte auch bei uns die Situation eintreten, dass wir anderer bedürfen, um selber leben zu können. Albert Schweitzer hat ein wunderbares Wort über unser Tun gesagt. Ich weiß schon, man kann es naiv missverstehen, aber im Kern hat der große Menschenfreund recht:

„Der von der Ehrfurcht vor dem Leben erfüllte Wille zum Leben ist in der denkbar lebendigsten und stetigsten Weise für alle Arten von Fortschritten interessiert. Dabei besitzt er ein Maß, sie in der richtigen Weise zu bewerten, und vermag eine Gesinnung hervorzubringen, die sie alle miteinander in der zweckmäßigsten Weise zusammenwirken lässt.“
(Schweitzer 1923)

Literatur

- Baberowski, Jörg/Metzler, Gabriele: Gewalträume. Soziale Ordnungen im Ausnahmestand, Frankfurt/New York: Campus 2012.
- Böhm, Erwin: Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege, Bonn: Psychiatrie-Verlag 1988.
- Geremek, Bronislaw: Geschichte der Armut. Elend und Barmherzigkeit in Europa, München: Artemis 1988.
- Dörner, Klaus: Auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft, in: Impulse (2003).
- Haart, Dorothee: Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus, Münster: Echter 2007.
- Heller, Andreas/Heimerl, Katharina/Husebö, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag ³2007.
- Schweitzer, Albert: Kulturphilosophie. Verfall und Wiederaufbau der Kultur, München: C.H. Beck 1923.

Mensch bleibt Mensch... und keine medizinische Restgröße

Student, Johann C./Mühlum, Albert/Student, Ute: Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, Stuttgart: utb³2016.

Die Kostbarkeit des Lebens empfinden können: Hoffnung und Lebenssinn bei älteren Patientinnen und Patienten. Wahrnehmungen aus der Krankenhausseelsorge

Corinna Schmohl

Zusammenfassung

Dieser Beitrag befasst sich mit Wahrnehmungen und Überlegungen zur Situation alter Menschen im Krankenhaus, Fragen nach dem Sinn des Lebens, spirituellen und psychosozialen Bedürfnissen und der Rolle von Seelsorge und Spiritual Care in der Palliativversorgung.

Bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zeigt sich in den letzten Jahren ein deutlicher Zuwachs an Situationen, die in der Medizin als „hochkomplex-symptomlastig“ beschrieben werden. Diese Patientengruppe erhält inzwischen mehr und längere Therapien. Dadurch entsteht auch in der Palliativversorgung zunehmender Beratungsbedarf durch das Ethik-kommitee: „Wann dürfen wir aufhören?“

Insbesondere in der Palliativsituation leidet die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten an Schmerzen, Atemnot und anderen körperlichen Symptomen. Nicht selten bricht in solchen Lebenssituationen die Frage nach dem Warum, nach dem Sinn, nach Gott auf. Weder in den stationären und/oder ambulanten Teams noch in den betroffenen Familien ist es heute noch selbstverständlich, den Gemeindepfarrer, die Gemeindepfarrerin in solche Lebenslagen einzubeziehen. Teilweise haben die Kirchen in Deutschland inzwischen darauf reagiert und damit begonnen, Seelsorgestellen im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) einzurichten und auszubauen.

Unstrittig ist eine gute psycho-sozial-spirituelle Begleitung von Patienten, Patientinnen und Zugehörigen zentral. Bislang gibt es Initiativen einzelner Träger, aber keine allgemeingültigen, tragfähigen Konzepte, etwa für eine gute Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen in der Seelsorge.

Schlüsselwörter: Palliativversorgung, Seelsorge, Spiritualität, Spiritual Care, Sinn, Logotherapie, Viktor Frankl, Ethik

1. Wann sind wir alt?

Heute wissen wir: Wir *alle* müssen uns der existentiellen Frage stellen, wie und wovon wir einmal als alte und hochbetagte Menschen leben wollen. Was soll unser Leben dann prägen?

Die seit langem bekannte Tatsache des demographischen Wandels wird inzwischen auf wesentlich breiterer Ebene diskutiert als noch vor wenigen Jahren und wird derzeit in Deutschland vor allem verbunden mit Überlegungen an eine weitere Verschiebung des Ruhestandsalters vom 67. (ab dem Geburtsjahr 1964) auf das 70. Lebensjahr bzw. ein noch höheres Lebensalter.

Kaum bekannt und noch weniger in der Öffentlichkeit diskutiert dürfte sein, dass wir in Österreich und Deutschland unsere Jahre ab dem 65. Lebensjahr weitgehend in schlechter Gesundheit verbringen, wie Wallner in seinem Vortrag „Am Schluss wird abgerechnet: Ethische Überlegungen zur Gesundheitsökonomie am Beispiel des Lebensendes“ auf dem 2. interdisziplinären Dialogforum ausgeführt hat (2018).

Die Alten sind die heterogenste Bevölkerungsgruppe. Diejenigen Männer und Frauen, die *heute* alt sind, sind finanziell häufig deutlich besser gestellt, als es die Generationen vor ihnen waren bzw. voraussichtlich in Zukunft sein werden.

Gleichzeitig: Je älter die Menschen heute sind, desto geringer waren auch objektiv ihre realen Möglichkeiten, sich *rechtzeitig*, also im mittleren Lebensalter, mit ihrem eigenen Älterwerden auseinanderzusetzen – und wie wir alt werden, entscheidet sich relativ früh.

Im *hohen* Alter sind die verbliebenen Spielräume dann oft sehr begrenzt, die geistigen und körperlichen Kräfte bereits noch deutlicher reduziert.

Häufig wurde mit den Nächsten über die zentralen Dinge des Lebens wie Einstellungen, Haltungen, Werte, finanzielle Angelegenheiten, nie gesprochen, was bei *allen* Beteiligten zu großer Hilflosigkeit führen kann. Erst in den letzten Jahren wird in Deutschland die Folge der Kriegstraumata auch für die nachfolgenden Generationen auf zunehmend breiterer Ebene thematisiert, beschrieben, und anwachsend auch für eine breite Leserschaft literarisch bearbeitet (Hansen 2017).

Dieser Beitrag reflektiert insbesondere die Arbeit der Autorin mit onkologischen (Palliativ)patienten und (Palliativ)patientinnen und deren Angehörigen und Nahestehenden im stationären Kontext (Schmohl 2015 a-c; Dies. 2016; 2017; 2018 a-e; 2019 a-c), auf der derzeit weiterhin der Schwerpunkt meiner Tätigkeit als praktische Theologin, als wissenschaftlich tätige Seelsorgerin liegt.

2. Spiritualität und Religion im Alltag der stationären Palliativversorgung

Das Wichtigste zuerst: Spiritualität ist eine Dimension, die immer da ist. Sie äußert sich in dem, was für die je eigene Person zutiefst bedeutsam ist. Es geht dabei immer um Sinn und Beziehung. Es gibt immer neue Perspektiven. Gleichzeitig können viele Menschen in Europa (zumindest auf Anhieb) nicht so genau sagen, was sie spirituell brauchen; Religion und Spiritualität werden als etwas sehr Persönliches angesehen. Es geht darum, einer Dimension Resonanz zu geben, die wir nur begrenzt in Worte fassen können.

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebskrankung berücksichtigt dies und nennt in ihrer Schlüsselempfehlung 9.8 sogar ausdrücklich das gezielte Ansprechen von spirituellen Aspekten in der Krankheitsverarbeitung:

„Dem emotionalen Erleben und den spirituellen Bedürfnissen *sollen* ausreichend Raum gegeben werden. Beides *sollte* gezielt angesprochen werden, auch wenn der Patient es nicht zum Ausdruck bringt“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2015, 136).

Die in der Praxis gleichzeitig beobachtbare Scheu vieler Mitarbeitender in den Teams, Patienten und Patientinnen in spirituellen Fragen zu nahe zu treten, ist primär in der Tat gerade *kein* Zeichen mangelnder professioneller Kompetenz. Es kommt vielmehr gerade in spirituellen Fragen seitens *aller* Professionen entscheidend darauf an, mit Takt und Fingerspitzengefühl „insbesondere vulnerablen Menschen in der existentiellen Situation schwerer Krankheit nicht zu nahe zu treten“ (Karle 2018, 63), damit Patientinnen und Patienten sich tatsächlich ihrer Kraftquellen (Mayr et al. 2016; Schmohl 2017) bewusst werden können (Schmohl 2018a; Dies. 2018d; Dies. 2019a; Dies. 2019c).

Insbesondere im Alter werden spirituelle Fragen nicht selten (wieder) wichtiger, oder überhaupt zentral:

- Wo gehe ich hin – in diesem Leben und nach diesem Leben?
- Gibt es einen Wunsch, eine (noch) unerfüllte Hoffnung auf Versöhnung?
- Gab es Brüche, Abbrüche?
- Wie war mein Leben – habe ich es „gut“ gemacht?

Diese Fragen können neben den hier bereits beschriebenen Aspekten dazu führen, dass bei einem Klinikaufenthalt die Krankenhausfarrerin mit ins Spiel kommt.

Familie, Freunde und Freundinnen, Pflegekräfte sind oft die Ersten, an die sich die Erkrankten diesbezüglich wenden. Ärztinnen und Ärzte sind an diesem Punkt auch deshalb wichtig, weil sie von Patienten und Patientinnen in der Regel als diejenigen angesehen werden, bei denen alle Fäden zusammenlaufen, von denen sie erwarten, dass diese den Gesamtüberblick haben.

3. Alte Menschen als Patientinnen und Patienten im Krankenhaus

Wir alle sind uns bewusst: Die Begleitung der Patienten und Patientinnen in belastenden lebensgeschichtlichen Übergängen hat deutliche Lücken. Und: Im Krankenhaus wird über Zeit in der Regel als rein quantitative Größe verfügt.

Zu Recht hat Klessmann schon vor langem darauf aufmerksam gemacht, dass die nach außen formulierte Patientenorientierung zwangsläufig und als systemimmanente Tendenz in Widerspruch zur Binnenlogik eines (geschlossenen) Systems Krankenhaus gerät:

„Die Logik der naturwissenschaftlich ausgerichteten Institution ist geprägt vom Kausalprinzip: Physikalisch-chemische Vorgänge werden isoliert und objektiviert und auf die im jeweiligen Zusammenhang relevanten Faktoren reduziert, um sie zu analysieren und den Ursache-Wirkungszusammenhang erkennen zu können.“

Tendenziell läuft diese Logik auf eine Trennung von Person und Krankheit, von Person und Körperfunktionen hinaus. Der Befund und seine Konsequenzen stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit“ (Klessmann 2002, 3).

Insbesondere ältere Menschen brauchen daher *gerade* in einer Lage, in der ihnen als Patientinnen und Patienten die Rolle eines selbstverantwortlichen Subjekts teilweise genommen ist, die Möglichkeit, gehört und respektiert zu werden und selbst entscheiden zu können. Wenn sie den Eindruck haben, dass über sie verfügt wird, wenn sie sich als austauschbare Objekte behandelt erleben, stehen sie in der Gefahr, ihr Selbstwertgefühl zu verlieren (Klessmann 2002).

Gerade ältere Menschen halten in Situationen, in denen sie sich überfordert fühlen, häufig an den ihnen vertrauten Mustern und Abläufen fest. Sie weigern sich nicht selten standhaft Realitäten anzuerkennen, etwa das bevorstehende nahe Sterben der Ehefrau. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Gehirnleistung, die Denkfähigkeit, das Vermögen, sich

rasch auf neue Situationen einzustellen, reduziert und Hör- und/oder Sehvermögen bereits deutlich vermindert sind:

„Warum schaffen Sie es hier nicht, einen simplen Husten zu behandeln?“ „Sie muss einfach wieder mehr essen, dann wird das wieder.“ „Das muss gehen!“ „Sie muss wieder laufen können!“ (Schmohl 2018c).

4. Palliative Geriatrie

Insgesamt ändert sich das Bild der (Palliativ)patienten und (Palliativ)patientinnen mit dem Alter hin zu Menschen mit Demenzsyndromen und Problemen bei der Entscheidungsfindung und Kommunikation. Gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten schwanken die Verläufe ganz erheblich: Wann ist z. B. wirklich jener aussichtslose Zustand erreicht, für den in der Patientenverfügung ein Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen vorausverfügt wurde (Frohnhofer et al. 2014)?

4.1 Nicht nur Verständnis, sondern auch ein anderer Blickwinkel

Palliativ geschulte Menschen sehen Patienten und Patientinnen und die ihnen Nahestehenden anders an. Sie nehmen entsprechend auch andere, weitere Symptome wahr und fragen hierzu auch aktiv nach.

So entsteht in der Regel eine spürbar andere Atmosphäre als im sonstigen Klinikbetrieb. Die Betroffenen und ihre Zugehörigen erleben dadurch nicht allein Verständnis sondern insbesondere *auch* einen neuen Blickwinkel auf ihre Lebenssituation (vgl. auch LMU 2017).

In der Sprache der Patientinnen, Patienten und Nahestehenden (Originalzitate aus Seelsorgegesprächen der Autorin): „Endlich jemand, der nicht nur rein und raus rennt.“ „Endlich jemand, der sich zu mir ans Bett setzt, zuhört, nachfragt.“

Die Vorreiterrolle, die hier die Mitarbeitenden in der Palliativversorgung, vielfach zunächst lediglich auf befristeten Projektstellen, seit einigen Jahren übernommen haben, wird inzwischen über die individuelle Anerkennung der unmittelbar Betroffenen hinaus auch gesellschaftlich zunehmend gewürdigt. Gleichzeitig wird aber weiterhin nicht genügend gesehen, dass diese Personen vielfach in besonderer Weise nicht allein mit den traumatisiertesten und im höchsten Maße komplex und schwerst erkrankten Patienten einer Klinik konfrontiert sind sondern *auch* mit deren entsprechend mit betroffenen Angehörigen. Ein daraus resultierendes ständi-

ges „Zuviel“ führt häufig auch zu Spannungen in den Teams und zwischen den Berufsgruppen.

Im Umgang mit den Zugehörigen ist es wesentlich zu bedenken, dass die Erfahrung von *Sinnhaftigkeit* entscheidend den Ressourcenraum (auch) der Nahestehenden bestimmt, was letztlich wieder den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt. Dementsprechend ist es unerlässlich, gerade in diesem Kontext im Kontakt mit den Angehörigen zu bedenken (Gasper-Paetz 2014):

- Sind wir ein Team aus Nahestehenden und Pflegenden, Therapeuten und Therapeutinnen, Ärzten und Ärztinnen, Seelsorgenden?
- Haben wir Bedürfnisse und Erwartungen wirklich geklärt?
- Gehen wir im gleichen Tempo?
- Sprechen wir die gleiche Sprache?

4.2 Die verbleibenden Möglichkeiten angemessen einschätzen

Es ist wesentlich und zugleich hoch anspruchsvoll, die verbleibenden Möglichkeiten alter Menschen hier angemessen einzuschätzen (weiterführend Gratz et al. 2018; Thiesemann 2018; Advance Care Planning international 2018).

Nachdem eine schwere Erkrankung eingetreten ist, ist die Zugkraft der Behandlungsmechanismen in der Regel so wirkmächtig, dass es insbesondere für alte Menschen oft kaum mehr möglich ist, allein aus sich selbst heraus Ideen dafür zu entwickeln, was ein erfülltes Leben in der verbleibenden Lebenszeit noch ausmachen könnte.

Dennoch ist in der Krankheitssituation – oft in sehr kurzer Zeit – immer auch die Chance großer Reifungsprozesse gegeben. Insbesondere Zugehörige beginnen nicht selten, aufgrund der aktuell erlebten und erlittenen Erfahrungen in der Begleitung des Kranken oder mit der Krankheit der Patientin, ihre weiteren Lebensziele und Akzentuierungen neu zu strukturieren und andere Werte als bisher in den Mittelpunkt zu stellen; konkret: der Partnerin, dem Partner, den Kindern und/oder Enkeln endlich einmal klar zu sagen, wie sehr man diese liebt, eine Patientenverfügung zu verfassen etc.

4.3 Spürbare Veränderungen und ihre Folgen

Bei den Patientinnen und Patienten, die auf der Palliativeinheit aufgenommen werden, zeigt sich in den letzten Jahren ein deutlicher Zuwachs an Situationen, die in der Medizin als „hochkomplex-symptomlastig“ beschrieben werden. Diese Patienten erhalten inzwischen mehr und längere Therapien. Dadurch entsteht auch in der Palliativversorgung ein zunehmender Beratungsbedarf durch das Ethikkommittee bzw. palliative Fallbesprechungen: „Wann dürfen wir aufhören?“. Nicht selten bricht in solchen Lebenssituationen die Frage nach dem Warum, nach dem Sinn, nach Gott auf (Schmohl 2019a; Gratz et al. 2018).

Weder in den stationären und/oder ambulanten Teams noch in den betroffenen Familien ist es heute noch selbstverständlich, die Gemeindepfarrerin, den Gemeindepfarrer, in solche Lebenslagen einzubeziehen.

Insbesondere die katholische Kirche hat darauf reagiert, Seelsorgestellen im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) eingerichtet und verstetigt und baut diese weiter auf und aus (Kuhn-Flammsfeld et al. 2018).

5. Seelsorge, Logotherapie und Fragen nach dem Sinn des Lebens

5.1 Seelsorge

In Deutschland haben Patientinnen und Patienten das Recht, im Krankenhaus seelsorgliche Begleitung in Anspruch zu nehmen, werden aber andererseits vor religiösen Übergriffen oder Zwangsmaßnahmen geschützt (positive und negative Religionsfreiheit¹).

Die Begriffe „Seelsorge“ und „Spiritualität“ werden in soziologischen, psychologischen und theologischen Untersuchungen häufig parallel oder synonym gebraucht.

Außerdem werden angesichts des gesellschaftlichen Wandels Überlegungen zu den Möglichkeiten interkultureller Seelsorge, ethischer Seelsorge und gesellschaftlicher Seelsorge zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit eine immer wichtigere Rolle spielen (Schmohl 2015a; Dies. 2018c), wie der

1 Vgl. zur Rechtstellung: Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland GG Art. 4 Abs. 1 (Grundrecht auf freie Ausübung der Religion) und GG Art. 140 (Würde der Person) in Verbindung mit Art. 141 der Weimarer Reichsverfassung und GG Art. 19 Abs. 3.

zunehmende Bedarf und die wachsende Professionalisierung der Notfallseelsorge zeigen.

Insbesondere in Ausnahmesituationen, an den Grenzen des Lebens, wird sichtbar, was wir im Alltag in der Regel gerne verdrängen: Dass jeder Mensch sich irgendwann einen Reim auf dieses Leben machen muss: Wir alle werden im Verlauf unseres Lebens gezwungen sein, die existentiellen Grundfragen zu stellen, die wir gleichsam verkörpern; vor allem, wenn wir leiden müssen und uns dem Leid uns nahestehender Menschen ausgesetzt fühlen: Hier haben die Frage nach dem Anfang vor dem Anfang und die Frage nach dem Fortgang nach dem Ende, die Frage nach dem Sinn des Lebens zwischen Anfang und Ende ihren Ort, ebenso wie die Fragen nach der Bestimmung und der Menschlichkeit des Menschen (Schmohl 2019c; Dies. 2018b; Kurz 2012).

5.2 Logotherapie

Der Wiener Neurologe und Psychiater Viktor E. Frankl (1905-1997) hat das schon früh gesehen und mit der von ihm begründeten Psychologie der Logotherapie eine Theorie zum Umgang mit dem Leiden entwickelt.

Zentral ist hier der Gedanke, dass jeder Mensch seinem Wesen nach auf der Suche nach Sinn ist und existentielle Fragen zum Wesen des Menschseins dazugehören (Schmohl 2016).

Frankl schreibt in seinem Werk „Ärztliche Seelsorge“:

„Das Leiden, die Not gehört zum Leben dazu, wie das Schicksal und der Tod. Sie alle lassen sich vom Leben nicht abtrennen, ohne dessen Sinn nachgerade zu zerstören. Not und Tod, das Schicksal und das Leiden vom Leben abzulösen, hieße dem Leben die Gestalt, die Form nehmen. Erst unter den Hammerschlägen des Schicksals, in der Weißglut des Leidens an ihm, gewinnt das Leben Form und Gestalt. Das Schicksal, das ein Mensch erleidet, hat also erstens den Sinn, gestaltet zu werden – wo möglich –, und zweitens, getragen zu werden – wenn nötig. [...] Erst wenn der Mensch [...] wirklich außer Stande ist, das Schicksal zu gestalten, erst dann können Einstellungswerte verwirklicht werden, erst dann hat es einen Sinn, ‚sein Kreuz auf sich zu nehmen‘“ (Frankl 2005a, 162; vgl. Frankl 2005b, 51).

In der Tat ist es gerade in der Begleitung alter Menschen wesentlich, deutlich wahrzunehmen, dass es ein außerordentlicher *Unterschied* ist, ob je-

mand das Leben, weil es nur noch Leiden bedeutet, satt hat, oder ob sich eine Patientin, ein Patient, als „lebenssatt“ (vgl. Die Bibel, Genesis 25,8) empfindet unter dem Eindruck, die Fülle der Tage erreicht zu haben (Rosser 2012). Ruckenbauer (2018) hat auf diesem 2. interdisziplinären Dialog-forum anhand von Beispielen aus der Gegenwartsliteratur vorgetragen, wie Fragen und Themen der modernen Theologie inzwischen in der Philosophie, in der Germanistik aufgegriffen werden („... und sie starben alt und lebenssatt – Narrative der Endlichkeit und des guten Lebens“). Hier ist, diesen Gedanken verdankt die Autorin Steinmeier, bei aller Zurückhaltung gegenüber der Theologie in anderen Forschungsbereichen, inzwischen eine neue Suchbewegung zu beobachten (Sehgal 2016; Steinmeier 2018).

In schwierigen Krankheits- und Pflegesituationen erreichen Familiensysteme vielfach rasch die Grenzen ihrer Belastbarkeit, wie der Blick in die Gegenwartsliteratur ebenfalls eindrücklich spiegelt (Magnis 2017). Wenn Hilfestellungen in solchen Situationen vorenthalten werden, wird die im wahrsten Sinn des Wortes notwendige Auseinandersetzung aller Beteiligten mit der Frage, was ein erfülltes Leben ausmacht, bestenfalls nicht gefördert, im schlechtesten Fall nachgerade verunmöglicht (Schmohl 2018c).

5.3 „Verbogene“ Fragen nach dem Sinn des Lebens

Sehr häufig steht in Seelsorgegesprächen zunächst das ganz konkrete Leiden im Vordergrund. Eine gelingende Begleitung kann (Gerdes 1984; Ders. 1986) die Betroffenen in der Wahrnehmung unterstützen,

„[...] vielleicht den Raum des ‚Normalen‘, nicht aber den Raum des Menschlichen und des Lebendigen verlassen zu haben. Sondern im Gegenteil: Diesen Raum des Menschlichen und Lebendigen in seiner wahren Tiefe vielleicht jetzt erst überhaupt zu betreten“ (Gerdes 1984, 23).

Wir erkennen dieses Gelingen etwa daran, dass eine Patientin formulieren kann:

„Hier ist es ganz normal, dass ich ein Pflegebett brauche. Das tut mir so gut“, oder ein Patient sagt: „Hier ist es ganz normal, dass mir jemand beim Duschen hilft, und beim Laufen“ (Originalzitate aus Seelsorgegesprächen der Autorin).

Scheinbar beiläufige Bemerkungen, Andeutungen, Halbsätze können Indizien sein für spirituelle Nöte bzw. Bedürfnisse auf der Suche nach Sinn.

Patienten und Patientinnen wenden sich darin (nicht selten auch mehrfach) an mehrere Personen aus dem Team, zu denen sie Vertrauen haben und von denen sie dann auch eine persönliche Antwort oder Einschätzung erwarten (Originalzitate aus Seelsorgegesprächen der Autorin):

„Was denken Sie, wo gehen wir hin?“ „Was kommt nach dem großen Tor?“ „Was bleibt von mir zurück?“

Gerade die während pflegerischer Verrichtungen geführten Gespräche und Bemerkungen sind hier von besonderer Bedeutung; sie verdienen besondere Aufmerksamkeit (Schmohl 2015b; Rizza 2016).

6. *Spiritual Care und Spiritualität*

6.1 *Spiritual Care*

Lebensverändernde Erkrankungen können sich massiv auf Einstellungen und Werte von Menschen auswirken. Medizin und Psychologie haben die Bedeutung der Spiritualität in diesen Zusammenhängen mit den ihnen eigenen Instrumentarien erkannt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse in ihrer Definition von *Palliative Care* aufgenommen und bezeichnet dies religionsneutral als *Spiritual Care* (WHO Definition of Palliative Care 2002).

Der Leitgedanke „Spiritual Care“ kommt damit aus dem Gesundheitswesen selbst. Was Spiritualität im Gesundheitssystem ist, hängt von den jeweiligen biographischen Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure ab und vor allem davon, wie diese Erfahrungen im Rückblick rekonstruiert werden (Schmohl 2015b).

Für die Zukunft, darin ist sich die Autorin mit Frick einig, wird es für eine gelingende Begleitung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen wesentlich sein, „den Bereich des Spirituellen“ nicht länger „durch Delegation an Spezialisten für Seelsorge und Sinnsuche abzuspalten“ (Frick 2002, 45–46; vgl. Ders. 2012; 2017):

Gleichfalls zu Recht macht allerdings Renz darauf aufmerksam, dass Spiritualität alles andere als harmlos ist (Renz 2015; Dies. 2016). Es ist aus meiner Sicht plausibel, dass eine diesbezügliche Ahnung in uns allen vorhanden ist; dies könnte *ein* Aspekt der vielfach beobachtbaren Zurückhaltung anderer Teammitglieder hinsichtlich des Themas Spiritualität im Stationsalltag sein (Schmohl 2018c).

6.2 Spiritualität

6.2.1 Spiritualität als Ressource

Vermutlich dürfte die Mehrheit der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen primär daran interessiert sein, zu wissen, wie Spiritualität „funktioniert“ und „wirkt“. Dennoch ist es nicht unerheblich, sich darüber zu verständigen, was man unter Spiritualität verstehen möchte, wozu in den letzten Jahren eine Vielzahl von Ansätzen entwickelt wurde.

Es ist mittlerweile aus medizinischer Perspektive gut erforscht, dass Patienten und Patientinnen mit einer lebensbedrohlichen und/oder chronischen Erkrankung, die in der Regel auch bereits in einem höheren Lebensalter sind, ihre Spiritualität als Ressource im Umgang mit der Krankheitssituation ansehen und sich Unterstützung durch Seelsorge und Spiritual Care erwarten (Erichsen/Büssing 2013; Charta – Leitsatz 2 2010).

Die Autorin definiert Spiritualität als die lebendige Beziehung eines Menschen zu dem, was sein Leben trägt. Sie umfasst die Frage der Sinnfindung, der Identitätssuche, die Reflexion der existentiellen Lebensfragen, die Verbindung zu den Mitmenschen und zur Natur, (logotherapeutisch gesprochen:) „Wertefähigkeit“ und Offenheit für Transzendenz. Sie ist mit ganz persönlichen Erfahrungen und Fragen verbunden (Kriz 2011), geht aber nicht darin auf. Spiritualität als eine religiöse Form, die nur noch durch Authentizität als Form bestimmt werden kann (Frick 2009), ist aus ihrer Sicht keine hinreichende, sondern allenfalls vorläufige Auslegungsform menschlicher Existenz (Schmohl 2015a).

Spirituelle Begleitung am Lebensende kann heißen, mit den Patienten, den Patientinnen zu überlegen, welche *Hoffnungsbilder* sie möglicherweise in sich tragen – aus theologischer Sicht nicht nur im Hier und Jetzt, sondern auch über dieses Leben hinaus, z. B. (Schmohl 2015a):

- In welchen Horizont kann ich stellen, was sich in meinem Leben ereignet?
Aus christlicher Sicht:
 - Gibt es Schicksalsdeutungen in der Bibel, die mich ansprechen?
 - Gibt es im Leiden eine Gegenwart Gottes?

6.2.2 Trauer und Generativität: Jenseitsvorstellungen spielen eine wichtige Rolle

Die Schwere der Erkrankung und die damit verbundenen Konsequenzen beginnen Patienten, Patientinnen und Angehörige nicht selten erst durch

die ärztlichen Gespräche auf der Palliativstation wirklich zu begreifen (Schmohl 2016).

Unabhängig vom Lebensalter belastet Patientinnen und Patienten häufig das Empfinden, Lebensziele und Projekte unabgeschlossen zurücklassen zu müssen.

Daher kommt dem Thema der Generativität häufig eine besondere Rolle zu, besonders bei Paaren (Roser 2015; Schmohl 2016).

Die Jenseitsvorstellungen unserer Zeit, denen wir in der Sterbebegleitung begegnen, spielen hier eine wichtige Rolle und wirken sich auf die Situation des nahenden Todes aus.

Die Todes- und Jenseitsvorstellungen in den Religionen sind komplex und können Veränderungen unterliegen. Die überkommenen Lehren der Religionsgemeinschaften haben zwar ihren Status als individuelle Glaubensgewissheiten verloren, sie fungieren aber nach wie vor als Orientierungsraum einer Sehnsucht nach Transzendenz, einem Bedürfnis nach Verbundenheit über die Todesgrenze hinweg (Roser 2009).

Trauer betrifft nicht nur die Hinterbliebenen, sondern ebenso auch den Sterbenden – und zwar schon beim Betrauern des Verlusts der Gesundheit (Roser 2009; Schmohl 2018c).

6.2.3 Spiritualität als Abkürzung?

Mit Recht weist Heller darauf hin, dass Spiritualität Weg und Ergebnis eines lebenslangen Prozesses ist und nicht erst in den Phasen der Krankheit oder des Sterbens beginnt:

„Professionelle Sinnvermittlung wird zur Karikatur spiritueller Begleitung, wenn Sinn und Hoffnung wie Schmerzmittel verfügbar gemacht werden sollen. [...] In den religiösen Traditionen wird das ganze Leben als ein spiritueller Weg gesehen. Es gibt keine Abkürzungen. Der Vorgang des Alterns hat wohl ebenso viel mit dem vorangegangenen Leben zu tun, wie es vom Sterben behauptet wird. [...] Menschliches Leben bleibt immer ein Fragment, der Traum von der Ganzheit kann für die meisten Menschen eher als ein Lichtstreifen am Horizont erkannt werden. Für individuelle Integrität und Stabilität gibt es im menschlichen Leben keine Garantie“ (Heller 2014, 75–76).

7. Die Kostbarkeit des Lebens empfinden können

7.1 Was brauchen wir am Ende unserer Tage wirklich?

Kurz gesagt, in den Worten von Breitbart:

“Simply put, the challenge of life is to learn how to balance hope and despair, to learn how to live with the inevitability of death and suffering” (Breitbart 2005, 57).

Anders gesagt: Unstrittig ist eine gute psycho-sozial-spirituelle Begleitung von Patienten und Patientinnen und Zugehörigen zentral. Allerdings gibt es hierzu in Deutschland bislang lediglich Initiativen einzelner Träger, aber keine allgemeingültigen, tragfähigen Konzepte, etwa für eine gute Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen in der Seelsorge. Weiterhin werden allgemeine Krankenhäuser der häufigste Sterbeort bleiben. Weiterhin bleibt die Regelung einer allgemeinen Basisversorgung drängend. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Gesellschaft in diesem Bereich nicht unbegrenzt bereit sein wird, finanzielle Mittel, Zeit, Kraft, Energie, Engagement zur Verfügung zu stellen. Auf der Ebene der pflegerisch-medizinischen Versorgung dürfte es auch in Zukunft nicht mehr professionell in diesem Arbeitsfeld Tätige geben (Schmohl 2019a). Bereitschaft und Fähigkeit zur Pflege in den Familien nimmt im „alten“ Europa durch geringe Geburtenrate, Mobilität, Berufstätigkeit von Mann und Frau, Trennungen und Singlehaushalte ab (Schubert 2018, Folie 15). In Deutschland hat nur das Bundesland Nordrhein-Westfalen seit 2005 (noch vor der Einführung der SAPV) ein Rahmenprogramm durch freiwillige Leistungen der Krankenkassen etabliert. Hier sieht auch der Krankenhausplan bereits seit 2013 Palliativkompetenz als integralen Bestandteil der Versorgung vor (Schmohl 2019a). Die Leitung der Evangelischen Landeskirche in Württemberg hat im Sommer 2016 die „Fachgruppe Demografie und Alter“ eingesetzt und diese beauftragt, bis Ende 2017 eine Konzeption für die landeskirchliche Arbeit mit Älteren zu erstellen. Ziel ist u. a., dass Kirche und Diakonie mit profilierten Angeboten die Vielfalt und Heterogenität älterer Menschen und Fragen nach dem Sinn des Älterwerdens in Seelsorge, Bildung und im Öffnen von Engagement-Räumen aufnehmen (Schmohl 2018c; Evangelische Landeskirche in Württemberg und ihre Diakonie [für die Fachgruppe „Demografie und Alter“]: Grau et al. 2019).

7.2 Befunde aus Altenheimen und Krankenhäusern

Für nicht wenige alte Frauen und Männer bedeutet die Krankenhausaufnahme in der weiteren Konsequenz den Übertritt in eine Einrichtung des betreuten Wohnens oder eines Pflegeheims. Viele ältere Patienten, die stationär im Krankenhaus aufgenommen werden, leben bereits in einer dieser Wohnformen.

Die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse älterer Patienten und Patientinnen sind bislang wenig erforscht. Da es sich aber in größeren Teilen um einen sich überschneidenden Personenkreis handelt, sind die vorliegenden Ergebnisse auch für die Situation alter Menschen im Krankenhaus relevant.

Erichsen und Büssing haben in ihrer Untersuchung (2013) unter einer mehrheitlich *evangelisch* geprägten Heimbewohnerschaft gezeigt, dass die dort lebenden alten Menschen das private Gebet bevorzugten und *Männer* in dieser Untersuchungsgruppe die geringsten religiösen Bedürfnisse aufwiesen. Die meisten gaben kein spezifisches Interesse an einer geistlichen Begleitung durch Pfarrer oder Seelsorger an. Wichtig war ein hohes Bedürfnis der befragten Frauen und Männer, auf ihr Leben zurückzublicken, ihre Lebenserfahrungen an andere weiterzugeben und sich auf diese Weise mit den kommenden Generationen zu verbinden (Erichsen/Büssing 2013).

Im seitens des christlichen Glaubens vorherrschend *katholisch* geprägten Bayern kommen Man-Ging et al. 2015 zu dem Ergebnis, dass die religiösen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner hier die höchsten Werte erzielten. Auch in dieser Untersuchung war den Befragten das persönliche Gebet am wichtigsten, gefolgt vom Nachdenken über das bisherige Leben; die Zufriedenheit mit dem (individuellen) Lebenssinn stand außerdem in positiver Verbindung mit religiösen Bedürfnissen und Bedürfnissen nach innerem Frieden.

Diese Ergebnisse decken sich mit Studien aus den USA. Breitbart et al. konnten hier bereits 2004 zeigen, dass es prinzipiell jenseits der Symptomkontrolle in End-of-Life Care wesentlich ist, psychiatrische, psychosoziale, existentielle und spirituelle Aspekte in die Therapie mit einzubeziehen (Breitbart et al. 2004). Weitere Veröffentlichungen aus dem klinischen Setting von Breitbart/Poppito (2014a; 2014b) bestätigen, dass Sinn (“meaning”) und spirituelles Wohlergehen eine zentrale Rolle als Puffer gegen Depression, Hoffnungslosigkeit und dem Wunsch nach Beschleunigung des Sterbeprozesses spielen (Schmohl 2015a).

7.3 Die unterschätzte Bedeutung der Emotionen

Seelsorge heißt zunächst: Menschen (als Patienten, Patientinnen, Angehörige, Nahestehende, Mitglieder im Behandlungsteam) nicht allein zu lassen (Schmohl 2015a).

Im Kern geht es (Leget 2017) um die Fragen:

- Wer bin ich?
- Was brauche ich wirklich?
- Was mache ich mit dem Leiden?
- Wie kann ich mich verabschieden?
- Worauf darf ich hoffen?

Zeit, Mut und Fachkenntnisse um solche philosophisch-religiös-spirituellen Bedürfnisse zu erkennen und darauf eingehen zu können, sind auch in der Altenpflege weitaus nicht ausreichend vorhanden. Außerdem fällt es offensichtlich vielen Menschen schwer, die ggf. vorhandenen Gesprächsangebote aus diesem Themenkreis an- und wahrzunehmen (Büssing 2014; Man-Ging 2015).

Mit Sicherheit ist die Frage der konfessionellen Zugehörigkeit hier nicht unwesentlich. Meines Erachtens sind darüber hinaus aber vor allem tiefer liegende Gründe entscheidend zu berücksichtigen:

- Das Thema Religiosität wird als schambesetzt empfunden: Fechtner beschreibt die derzeitige Konstellation, wonach sich im deutschsprachigen Raum im Krankenhaus im Wesentlichen Menschen begegnen, die zwar in einer *distanzierten* Kirchlichkeit leben, aber gleichzeitig durchaus noch einen Bezug zum Christentum haben, als *verschämte Religiosität* und plädiert dafür, „die Intimität des Religiösen im Halbschatten zu belassen“ (Fechtner 2015, 177, zitiert nach Kunz 2017, 193).
- In diesem Zusammenhang ist auch die Ambivalenz der Körperscham von Bedeutung:
Der kranke und im Alter darüber hinaus zunehmend fragile *Körper* vermittelt den Betroffenen die Erfahrung eines „Sich-fremd-Werdens“ (Fechtner 2015, 157). Damit kommt die Körperscham als etwas Ambivalentes zu Bewusstsein. Dementsprechend ist ein Problembebewusstsein für die Erfahrung der unfreiwilligen Selbstenthüllung nicht nur im Blick auf die Tabuzonen der Körperpflege wichtig; ein Gespräch über existentielle Ängste ist gewissermaßen wie eine Intimpflege zu verstehen und zu behandeln (Kunz 2017).

- Es gibt eine Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis, sich zu öffnen und der gleichzeitigen Angst davor, sich einer anderen Person auch mit den schwachen Seiten zu offenbaren:
Es ist unbedingt erforderlich, in der Kommunikation mit kranken Menschen darauf zu achten, dass Patienten und Patientinnen sowohl Angst haben können, sich zu zeigen als auch gleichzeitig das Bedürfnis, sich zu öffnen (ebd.).
- Asymmetrie und Schamangst: Mit Recht weist Fechtner auf die Existenz einer *Schamangst* hin; nicht selten wird auch seitens der professionell in der Seelsorge bzw. in Spiritual Care Tätigen noch zu wenig gesehen, dass es durchaus auch Asymmetrien zwischen Seelsorgenden und Patienten, Patientinnen gibt; es ist damit zu rechnen, dass sich Menschen lieber verschließen, als sich einer Erfahrung, auf andere angewiesen zu sein, auszusetzen, von der sie erahnen, dass sie diese möglicherweise als beschämend erlebten könnten.
- Außerdem wird die Bedeutung der selbstbewertenden Emotionen unterschätzt:
Es kommt entscheidend darauf an, die Emotionen Scham und Schuld insgesamt nicht zu unterschätzen: Zu selbstbewertenden Emotionen im Alter gibt es kaum Studien, desgleichen nur wenig Wissen über Emotionsregulationsstrategien im Kontext der Pflegebedürftigkeit und des Lebensendes (Schroeder 2018 mit Verweis auf Henry et al. 2018; Orth et al. 2018).
Es kann auch eine Angst davor geben, dass der Seelsorger, die Seelsorgerin etwas an der eigenen Person entdecken könnte, wofür man sich schämen müsste (Fechtner 2015).

8. Schlussfolgerungen

- Menschen, die schwer krank sind, spüren oft sehr feinfühlig, mit wem sie es zu tun haben. Seelsorgende haben daher die Aufgabe, nicht nur zu verstehen, was die Patientin, der Patient sagen bzw. zeigen kann, sondern eben insbesondere zu spüren, was nicht gesagt werden kann. Entscheidend ist, ob die Seelsorgeperson eine „Vision“ ihres Gegenübers hat, ob es eine emotionale Resonanz gibt; diese hat eine dynamische Kraft, die sich wiederum auf die Selbstwahrnehmung des Patienten, der Patientin auswirkt. Die Ausstrahlung der Seelsorgeperson kann die Patienten „anstecken“, sie kann jene Resonanz in ihnen erzeugen, die Voraussetzung des Verstehens ist, wie wir aus der neurobiologischen Forschung wissen (Bauer 2006; Schmohl 2015a).

- In allen Schwierigkeiten kann es – durchaus wesentlich häufiger, als wir das aufgrund der objektiven Krankheitssituation erwarten würden – gelingen, dass Patienten, Patientinnen und ihre An- und Zughörigen in der Palliativsituation die Kostbarkeit des Lebens (wieder) wahrnehmen und empfinden können.
Im Idealfall können sich hier existentielle Begegnungen zweier oder auch mehrerer Menschen ereignen, aus der alle Beteiligten spürbar verändert hervorgehen.
- Insbesondere für alte Menschen ist es ausgesprochen ermutigend zu erleben, dass sie selbst in großer Schwäche mitunter noch sehr viel bewirken zu können, sowohl für sich selbst, als auch für ihre Angehörigen und ihre professionellen Gesprächspartner im Gesundheitssystem und in der Seelsorge (Schmohl 2015a).
- Im Sinne einer *wachstumsorientierten Seelsorge* (vgl. Kurz 2013) ist es im Gespräch zentral, vor allem das Gute, das gewesen ist (womöglich erst-mals) klar in den Blick zu nehmen. Insbesondere in der Generation der Kriegskinder kommt es häufig vor, dass Patientinnen und Patienten zunächst dem Empfinden Ausdruck geben, dass sie sich in ihrem Leben im Grunde nie wirklich lebendig und frei gefühlt haben:
 - „Ich musste immer funktionieren.“
 - „Ich hatte keine Träume.“
 - „Wir mussten immer sparen. So war es dann mein ganzes Leben lang, obwohl ich mir eigentlich etwas hätte gönnen können.“Dann ist es zum einen fundamental, der Klage und der Trauer genügend Raum und den Betroffenen die Chance zu geben, sich wirklich „auszuklagen“ und zum anderen wesentlich, wirkliche von gefühlter Schuld unterscheiden zu helfen, da Schuldgefühle, insbesondere solche gegenüber den eigenen Kindern, alte Männer und Frauen sehr belasten können (Schmohl 2018c):
 - Wo kann ich heute erkennen, dass ich andere an gelingendem Leben gehindert habe?
 - Wo ist jemand an mir schuldig geworden?
 - Worüber möchte ich (erstmals oder noch einmal) mit denen sprechen, die mir nahe sind?
 - Brauche ich dazu möglicherweise noch eine Hilfestellung oder Unterstützung von außen?
 - Kann ich annehmen, dass mein Leben endlich ist?

9. Bilanz

Entscheidend ist, darin ist sich die Autorin mit Wallner (2018) auf diesem 2. interdisziplinären Dialogforum einig, dass wir Mut haben, mit unserem Gegenüber über die Grundfragen der Existenz ins Gespräch kommen, und über die Tiefen des Lebens; uns in der Seele berühren zu lassen; Mut, jene Schätze zu heben, die auch den Alten selbst noch verborgen sind; Mut, den richtigen Augenblick zu erfühlen, zu erkennen – und vor allem: diesen handelnd zu ergreifen (Schmohl 2015a).

Literatur

- Advance Care Planning international (ACP-i), in: www.acp-i.org [26.7.2018].
- Bauer, Joachim: Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, München: Heyne 2006.
- Breitbart, William/Gibson, Christopher/Poppito, Shannon R./Berg, Amy: Psychotherapeutic Interventions at the End of Life. A Focus on Meaning and Spirituality, in: The Canadian Journal of Psychiatry 49/6 (2004) 366–372.
- Breitbart, William: Balancing life and death. Hope and despair, in: Palliative & Supportive Care 3/1 (2005) 57–58.
- Breitbart, William S./Poppito, Shannon: Meaning-Centered Group Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer. A Treatment Manual, Oxford/New York: Oxford University Press 2014a.
- Breitbart, William S./Poppito, Shannon: Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer. A Treatment Manual, Oxford/New York: Oxford University Press 2014b.
- Büssing, Arndt: Spiritual needs of those with chronic diseases, in: Michalos, Alex C. (Hg.): Encyclopedia of Quality of Life and Well-being Research, Dordrecht: Springer 2014, 6269–6274.
- Die Charta – Leitsatz 2: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, in: http://www.charta-zur-betreuung-sterbende.r.de/die-charta_leitsaetze_2.html [11.10.2018].
- Erichsen, Nora-Beata/Büssing, Arndt: Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/Nursing Homes. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2013, in: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/913247> [18.7.2018], 1–10.
- Evangelische Landeskirche in Württemberg und ihre Diakonie (für die Fachgruppe »Demografie und Alter«): Grau, Karin/Janus, Hans-Joachim/Kessler, Johannes/Peter, Dan/Beck, Joachim L./Botzenhardt, Joachim/Bröckel, Johannes/Haug, Richard/Hertel, Bettina/Reusch, Cornelia/Rückle, Joachim: „Eure Älteren werden Träume haben ...“ Konzeption ›Demografie und Alter‹, 2019.

- Fechtner, Kristian: Diskretes Christentum. Religion und Scham, Gütersloher Verlagshaus 2015.
- Frankl, Viktor E.: Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Zehn Thesen über die Person, Wien: Deuticke im Paul Zsolnay Verlag ¹¹2005a (Erstausgabe Wien: Deuticke 1946).
- Frankl, Viktor E.: Argumente für einen tragischen Optimismus. Festvortrag, gehalten auf dem 3. Weltkongreß für Logotherapie an der Universität Regensburg (16.–19. 6. 1983), in: Ders.: Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Bern: Huber ³2005b, 51–63.
- Frick, Eckhard: Glauben ist keine Wunderdroge. Hilft Spiritualität bei der Bewältigung schwerer Krankheit?, in: Herder Korrespondenz 56/1 (2002) 41–46.
- Frick, Eckhard: Spiritual Care und Analytische Psychologie, in: Jung-Journal. Forum für Analytische Psychologie und Lebenskultur 12/22 (2009) 61–64, <https://www.hfph.de/hochschule/lehrende/prof-dr-med-eckhard-frick-sj/originalarbeiten-nicht-peer-reviewed/spiritual-care-neues-wort.pdf> [30.8.2017].
- Frick, Eckhard: Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs, in: Spiritual Care 1/3 (2012) 68–73.
- Frick, Eckhard: Spiritual Care. How does it work?, in: Spiritual Care 6/2 (2017) 223–224.
- Frohnhofer, Helmut/Pianta, Tanja/Röhrig, Gabriele/Schulz, Rolf-Joachim: Palliativmedizin in der Geriatrie, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 15/6 (2014) 266–275.
- Gasper-Paetz, Andrea: »Es sind ja nicht nur die Patienten ...«. Besondere Beziehungen zu den Zugehörigen als Belastungsfaktor, in: Müller, Monika/Pfister, David (Hg.): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht ³2014, 101–111.
- Gratz, Margit/Schermann, Meike/ Roser, Traugott: Palliative Fallbesprechung etablieren. Ein Leitfaden für die Praxis, Stuttgart: Kohlhammer 2018 (=Umsorgen. Hospiz- und Palliativleitfaden).
- Gerdés, Nikolaus: Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung bei Krebspatienten. Referat auf der 2. Jahrestagung der »Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e. V.« in Bad Herrenalb, [1.–4.11.1984], 1–24, in: http://www.dapo-ev.de/fileadmin/templates/pdf/gerdes_sturz.pdf [30.8.2017]; ebenfalls in: Schmidt, Werner (Hg.): Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs, München: Kaiser 1986, 10–34.
- Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, Artikel 4/1, in: <http://www.gesetze-im-internet.de/gg/index.html> [25.10.2018].
- Hansen, Dörte: Altes Land, München: Penguin ⁸2017, Copyright © 2015 beim Albrecht Knaus Verlag in der Verlagsgruppe Random House GmbH.

Heller, Andreas: Das perimortale Omnikompetenzsyndrom. Anspruch als Belastungsfaktor, in: Müller, Monika/Pfister, David (Hg.): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht ³2014, 68–79.

Henry, Julie D./von Hippel, William/Nangle, Matthew R./Waters, Michele: Age and the experience of strong self-conscious emotion, in: Aging & Mental health, 22/4 (2018) 497–502.

Karle, Isolde: Chancen und Risiken differenter Systemlogiken im Krankenhaus. Perspektiven einer Kooperation von Seelsorge und Spiritual Care, in: Spiritual Care 7/1 (2018) 57–67.

Klessmann, Michael: Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus, Wuppertal 2002, 1–13, in: http://www.ekir.de/krankenhausseelsorge/Downloads/anhang_b.pdf [3.3.2011].

Kriz, Jürgen: Spiritualität in der Psychotherapie, in: Existenz und Logos 19/19 (2011) 8–17.

Kuhn-Flammensfeld, Norbert/Frick, Eckhard/Goudinoudis, Katja/Labitzke, Karoline/Bausewein, Claudia: Seelsorge in neuen Kontexten. Mitarbeit von kirchlichen Seelsorgenden in Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, in: Spiritual Care 7/2 (2018) 129–142.

Kunz, Ralph: Diskrete Spiritual Care. Zwischen Dokumentationspflicht und Seelsorgegeheimnis. Shame-sensitive spiritual care and pastoral secrecy, in: Spiritual Care 6/2 (2017) 191–196.

Kurz, Wolfram: „Begeisterung als religiöse Kraft.“ [Vortrag, gehalten im Bildungshaus Schloss Puchberg, Österreich, Juni 2012] 1–26, in: Institut für Logotherapie und Existenzanalyse Tübingen/Wien, <http://www.logotherapie.net/Vortrag%20Begeisterung%20als.pdf> [6.6.2018].

Kurz, Wolfram: Existentielle, wachstumsorientierte, schicksalsorientierte, berufsorientierte Seelsorge. Ein Seelsorgemodell, in: Kurz, Wolfram/ Sedlak, Franz (Hg.): Kompendium der Logotherapie und Existenzanalyse. Bewährte Grundlagen, neue Perspektiven. Kapitel 31, Tübingen: Verlag Lebenskunst ²2013, 416–428.

Leget, Carlo; foreword by George Fitchett: Art of living, art of dying. Spiritual Care for a good death, London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 2017.

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (Hg.): S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.1 – Mai 2015 (online), in: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OL1_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf [15.10.2018].

LMU, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin: Erfahrungen einer Patientin der Atemnot-Ambulanz München, Video, 24.1.2017, in: <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/de/ueber-uns/links-zu-reportagen-filmen/index.html> [8.10.2018].

Magnis, Esther Maria: Gott braucht dich nicht. Eine Bekehrung, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt ³2017 (=rororo 62436).

- Man-Ging, Carlos Ignacio/Uslucan, Jülyet Öven/Fegg, Martin/Frick, Eckhard/Büssing, Arndt: Reporting spiritual needs of older adults living in Bavarian residential and nursing homes, in: *Mental Health, Religion & Culture* 18/10 (2015) 1–13.
- Mayr, Beate/Elhardt, Eva/Riedner, Carola/Roser, Traugott/Frick, Eckhard/Paal, Pi-ret: Die Kluft zwischen eingeschätzten und tatsächlichen Fähigkeiten bei der Erhebung der spirituellen Anamnese. The gap between self-estimated and actual skills when performing the spiritual assessment, in: *Spiritual Care* 5/1 (2016) 9–16.
- Orth, Ulrich/Robins, Richard W./Soto, Christopher J.: Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 99/6 (2010) 1061–1071.
- Renz, Monika: Dying. A Transition, in: Anderson, K. (ed.): *End-of-Life Care: A Series*, New York: Columbia University Press 2015.
- Renz, Monika: Hinübergehen. Was beim Sterben geschieht. Annäherungen an letzte Wahrheiten unseres Lebens, Freiburg i. B.: Herder 2016.
- Rizza, Katharina: Pflege der Hoffnung, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 17/2 (2016) 72–75.
- Roser, Traugott: Mit dem Jenseits im Kontakt. Jenseitsvorstellungen in der Situation von Krankheit und Sterben, in: Schweizer, Friedrich (Hg.): *Kommunikation über Grenzen. Kongressband des XIII. Europäischen Kongresses für Theologie* 21.–25. September 2008 in Wien. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 2009 (= Veröffentlichungen der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Theologie Band 33), 689–709.
- Roser, Traugott: Lebenssättigung als Programm. Praktisch-theologische Überlegungen zu Seelsorge und Liturgie an der Grenze, in: *Zeitschrift für Theologie und Kirche* 109/3 (2012) 397–414.
- Roser, Traugott: Worship Wars over Liturgical Acts for Same-Sex Unions. A Narrative-Liturgical Perspective on a Controversial Subject, in: *Liturgy* 30/4 (2015) 44–52.
- Ruckenbauer, Hans-Walter: ... und sie starben alt und lebenssatt – Narrative der Endlichkeit und des guten Lebens, Vortrag, 2. Interdisziplinäres Dialogforum: Mensch und Endlichkeit. Das Lebensende im Spannungsfeld ökonomischer Rationalitäten und ethisch existentieller Realitäten, Netzwerk Lebensende, Medizinische Universität Graz und Karl-Franzens-Universität Graz, 26.–28.9.2018, 27.9.2018, Schloss Goldegg, Goldegg am See/Pongau, Österreich, Mitschrift der Autorin.
- Schmohl, Corinna: Onkologische Palliativpatienten im Krankenhaus. Seelsorgliche und psychotherapeutische Begleitung, Stuttgart: Kohlhammer 2015a (=Münchner Reihe Palliative Care).
- Schmohl, Corinna: Sinnsuche als Chance in Spiritual Care. Logotherapeutische Perspektiven für die Begleitung onkologischer Palliativpatienten im Krankenhaus, in: *Spiritual Care* 4/1 (2015b) 29–37, <https://doi.org/10.1515/spircare-2015-0007>.

Schmohl, Corinna: Sinnorientierung und Seelsorge. Perspektiven für die Begleitung onkologischer Palliativpatienten, in: Wege zum Menschen 67/4 (2015c) 358–370, <https://doi.org/10.13109/weme.2015.67.4.358>.

Schmohl, Corinna: Perspektiven. Hochzeit auf der Palliativstation. Vermächtnis über den Tod hinaus, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 17/5 (2016) 228–233, <https://doi.org/10.1055/s-0042-111295>.

Schmohl, Corinna: "You've done very well" („Das haben Sie sehr schön gemacht“). On courage and presence of mind in spiritual issues, in: Health and Social Care Chaplaincy (Special Issue on Case Studies) 5/2 (2017) 174–193, <https://doi.org/10.1558/hsc.34297>.

Schmohl, Corinna: Ich stelle mich immer als evangelische Pfarrerin vor – und dann passiert etwas. Blitzlichter zu Seelsorge und Spiritual Care, Religiosität und Konfessionalität, Teamentwicklung, Vielschichtigkeit und Scham in meinem Arbeitsalltag als Pfarrerin an einem Krankenhaus der Maximalversorgung, in: Spiritual Care 7/2 (2018a) 203–206, <https://doi.org/10.1515/spircare-2017-0095>.

Schmohl, Corinna: A knowledge of non-feasibility and mystery of life and a sense of coherence, Conference Presentation, 15th Consultation of the European Network of Health Care Chaplaincy (ENHCC), "Nurturing Spirituality in Healthcare Chaplaincy", Blankenberge, Belgium, 15 to 19 of June 2018 (2018b), in: <http://www.enhcc.eu/Blankenberge18/Blankenberge180618morning.pdf>; <http://www.enhcc.eu/Blankenberge18/Corinna%20Schmohl,%20A%20knowledge%20of%20non-feasibility%20and%20mystery%20of%20life%20and%20a%20sense%20of%20coherence.pdf>; <http://www.enhcc.eu/Blankenberge18/Corinna%20Schmohl,%20A%20knowledge%20of%20non-feasibility%20and%20mystery%20of%20life%20and%20a%20sense%20of%20coherence%20Presentation.pdf> [29.04.2019].

Schmohl, Corinna: „Lebenserfahrungen? Oh ja! Ich hatte ein reiches Leben!“ Hoffnung und Lebenssinn bei älteren Patienten. Wahrnehmungen und Reflexionen aus der Krankenhausseelsorge, in: Blonski, Harald (Hg.): Hoffnung im Alter. Eine interdisziplinäre Betrachtung, Frankfurt a. M.: Mabuse (2018c) 83–124.

Schmohl, Corinna: Spiritualität und Religion im multiprofessionellen Team. Die berechtigte Scheu, Patient*innen zu nahe zu treten (Posterpräsentation), Diskursive/informative Themen, 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 05.-8.9.2018, Bremen, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 19/05 (2018d) e31, <https://doi.org/10.1055/s-0038-1669300>.

Schmohl, Corinna: Sinn und Spiritualität in der Palliativversorgung. Wer braucht das? (Posterpräsentation, unveröffentlicht) 2. Interdisziplinäres Dialogforum Mensch und Endlichkeit. Das Lebensende im Spannungsfeld ökonomischer Rationalitäten und ethisch existentieller Realitäten, Netzwerk Lebensende, Medizinische Universität Graz und Karl-Franzens-Universität Graz, 26.-28.9.2018, Schloss Goldegg, Goldegg am See/Pongau, Österreich (2018e).

Schmohl, Corinna: Haken und Ösen. Spiritualität in der klinischen Palliativversorgung, Es lohnt sich, dranzubleiben, in: Wege zum Menschen 71/2 (2019a) 121–144, <https://doi.org/10.13109/weme.2019.71.2.121>.

- Schmohl, Corinna: Seelsorge in der Onkologie. Das Leben neu sehen, in: Roser, Traugott (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge, Gottingen: Vandenhoeck & Ruprecht (5^{2019b}) 176–187.
- Schmohl, Corinna: Akzeptieren, dass nicht alles machbar ist. Ideen zur Frage, wie wir in der Krankenhausseelsorge unsere Spiritualität entwickeln, pflegen, stärken können, in: Spiritual Care [online erschienen 01.05.2019] (2019c), <https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0045>.
- Schroeder, Johanna Marie: Scham- und Schulderleben am Lebensende. Eine qualitative Untersuchung zum emotionalen Erleben. Kongressvortrag (zugänglich nur für Kongressteilnehmer*innen). 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 5.-8.9.2018, Bremen, 6.9.2018, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/dgp2018/Schroeder_DO_1500_Focke-Wulf_Saal.pdf, Folien 1–27 [22.10.2018].
- Sehgal, Melanie: Eine situierte Metaphysik. Empirismus und Spekulation bei William James und Alfred North Whitehead, Konstanz: Konstanz University Press 2016.
- Steinmeier, Anne: „Von der Poesie der Seele“. Vortrag (unveröffentlicht), gehalten beim Jahrestreffen der Klinikseelsorgenden in Württemberg – interne Fortbildung, Auf der Suche nach der Seele, 24.-27.9.2018, 24.9.2018, Evangelische Akademie Bad Boll, Mitschrift der Autorin.
- Schubert, Barbara: Symptome und Bedürfnisse geriatrischer Palliativpatienten. Kongressvortrag (zugänglich nur für Kongressteilnehmer*innen). 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 5.-8.9.2018, Bremen, [7.9.2018], https://www.dgpalliativmedizin.de/images/dgp2018/Schubert_DO_1130_Hanse_Saal.pdf, Folien 1-27 [22.10.2018].
- Thiesemann, Rüdiger (Hg.): Mit älteren Menschen kommunizieren. Ein Praxisleitfaden für Gesundheitseinrichtungen, Stuttgart: Kohlhammer 2018.
- Wallner, Jürgen: Am Schluss wird abgerechnet. Ethische Überlegungen zur Gesundheitsökonomie am Beispiel des Lebensendes, Vortrag, 2. Interdisziplinäres Dialogforum Mensch und Endlichkeit. Das Lebensende im Spannungsfeld ökonomischer Rationalitäten und ethisch existentieller Realitäten, Netzwerk Lebensende, Medizinische Universität Graz und Karl-Franzens-Universität Graz, 26.-28.9.2018, 26.9.2018, Schloss Goldegg, Goldegg am See/Pongau, Österreich, Mitschrift der Autorin.
- WHO Definition of Palliative Care 2002, in: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [7.11.2018].

Bedürfnisse und inneres Erleben Sterbender

Angelika Feichtner

Zusammenfassung

Das Sterben fürchten viele Menschen mehr als den Tod. Es ist die Furcht vor einem langen Leiden, vor Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit in der Zeit des Sterbens. Der Wunsch nach einem unerwarteten und plötzlichen Versterben ist Ausdruck dieser Furcht, ebenso wie auch die Tendenz, den Sterbeprozess durch aktives Beenden abzukürzen. Das Wissen um die Bedeutung dieses Prozesses ist nahezu verloren gegangen. Das zeigt sich nicht nur im Wunsch nach einem raschen, am besten plötzlichen Versterben, sondern auch in der zunehmenden Tendenz Sterbende zu sedieren. Das macht deutlich, dass dem Prozess des Sterbens keine wesentliche Bedeutung mehr beigemessen wird, er soll möglichst kurz sein und nicht bewusst durchlebt werden müssen. Während wir bereits über detailliertes Wissen um die Vorgänge beim Zelltod verfügen, gilt das Geschehen im Sterbeprozess eines Menschen noch immer weitgehend als Mysterium. Selbst der Beginn dieses Prozesses ist nicht eindeutig zu erkennen. Das Sterben ist ein multidimensionaler Prozess, mit grundlegenden Veränderungen, nicht nur in körperlicher, sondern auch in sozialer, in psychischer und in spiritueller Hinsicht. Dabei scheinen sich die Veränderungsprozesse auf den verschiedenen Ebenen gegenseitig zu beeinflussen. Mit diesen Veränderungen wandeln sich auch die Bedürfnisse Sterbender und die Pflege in der Zeit des Sterbens kann nicht nach Routine und Standard erfolgen, sie muss sich ganz an den momentanen, individuellen Bedürfnissen der Patient*innen orientieren. Obwohl die Lösung aller bestehenden Bindungen zu den großen Herausforderungen im Sterbeprozess zählt, bedürfen sterbende Menschen einer sicheren, verlässlichen Bindung und Geborgenheit einer haltgebenden Umgebung. Ähnlich wie die Geburt, stellt auch das Sterben eine existentielle Krisensituation dar. An beiden Polen des Lebens befinden wir uns in völliger Angewiesenheit und Schutzbedürftigkeit. Es ist daher entscheidend, dass die Bedürfnisse sterbender Menschen wahrgenommen werden, auch wenn sie sich nicht mehr mitteilen können.

Schlüsselwörter: Sterbeprozess, Apoptose, Hirntod, terminale Unruhe, Geburt

Einleitung

Das, was im Sterben geschieht, hat die Menschen zu allen Zeiten und in allen Kulturen beschäftigt. Das Sterben hat gleichsam eine Außen- und eine Innenseite und während einige der Veränderungen im Sterbeprozess von außen wahrgenommen werden können, können andere, innere Entwicklungen nur vermutet werden. Im Wesentlichen entzieht sich der Prozess des Sterbens jeglicher Forschung und vieles wird ein Mysterium bleiben. Trotzdem soll im Folgenden eine Annäherung an den Sterbeprozess versucht werden. Dem, was im Sterben geschieht, kann ich mich über die Wahrnehmungen in der Pflege von sterbenden Menschen annähern und diese Beobachtungen mit Informationen aus alten Überlieferungen und aus der einschlägigen Fachliteratur ergänzen. Noch vor gut hundert Jahren starben die meisten Menschen an Infektionserkrankungen. Sie erlebten zu meist eine relativ kurze Krankheitsphase, einen eher kurzen Sterbeprozess und meist trat der Tod rasch ein. Damals hatten die Menschen weniger Angst vor dem Sterben, als vielmehr große Angst vor den beschworenen ewigen Höllenqualen. Mögliches Leiden im Sterben war dagegen fast bedeutungslos oder es wurde als Weg zur Läuterung betrachtet. Die Langlebigkeit, die wir heute kennen, gibt es erst seit der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts. Heute sind es zumeist Herz-Kreislauf-Erkrankungen, es sind degenerative Erkrankungen und Tumorerkrankungen, die dem Leben ein Ende setzen. Durch die enormen Fortschritte in der Medizin verwischt sich die Grenze zwischen Leben und Tod immer mehr und die Zeit des Sterbens wird zunehmend länger, zumindest erwecken die Beobachtungen in der Praxis diesen Eindruck. Heute fürchten wir uns weniger vor dem Tod, als vielmehr vor langem Leiden, vor Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit in der Zeit des Sterbens. Der Wunsch nach einem unerwarteten und plötzlichen Versterben ist Ausdruck dieser Furcht, wie auch die Tendenz, den Sterbeprozess durch ein aktives Beendigen abzukürzen. Das Wissen um die Bedeutung dieses Prozesses ist nahezu verloren gegangen. Das zeigt sich nicht nur im Wunsch nach einem raschen, am besten plötzlichen Versterben, sondern auch in der zunehmenden Tendenz Sterbende zu sedieren. Das Sterben, gleichsam im Schlaf, gilt als zweitbeste Option, als sanfte Variante des Unvermeidlichen. Das macht deutlich, dass dem Prozess des Sterbens keine wesentliche Bedeutung mehr beigegeben wird, er soll möglichst kurz sein und nicht bewusst durchlebt werden müssen. In verschiedenen Umfragen äußert die Mehrheit der Befragten den Wunsch, irgendwann plötzlich und unerwartet zu sterben. Die Chancen dafür stehen ungünstig, denn mehr als neunzig Prozent der Menschen sterben nach einer mehr oder weniger lange andauernden Erkrankung (Field

1997), meist verbunden mit Pflege- und Fürsorgebedürftigkeit. Es ist also davon auszugehen, dass das Sterben ein längerer Prozess ist, ein Prozess der durchlebt und gestaltet werden soll.

Kierkegaard zufolge bedeutet es nicht so viel, wie man geboren wurde, es hat aber unendlich viel zu bedeuten wie man stirbt¹ (zit. nach Hospizbewegung Varel 2013, 8). Dem ist entgegen zu halten, dass auch die Art des Geborenwerdens das Leben eines Menschen erheblich beeinflusst. Diese Erkenntnis hat bereits vor einigen Jahrzehnten dazu beigetragen, dass die Rahmenbedingungen für die Geburt kontinuierlich verbessert wurden. Der Sterbeprozess weist Ähnlichkeiten mit dem Prozess des Geborenwerdens auf und die Betrachtung der Analogien beider Prozesse kann dazu beitragen, mehr über das Sterben und über die Bedürfnisse sterbender Menschen zu erfahren.

1. Wann beginnt das Sterben?

Die Frage wann das Sterben beginnt, hat einen nahezu philosophischen Charakter, denn es ist meist sehr schwierig, diesen Beginn zu erkennen. Das Sterben ist ein höchst individueller Prozess, dessen Beginn sich, wenn überhaupt, meist nur retrospektiv definieren lässt. Abgesehen von plötzlichen Todesfällen, bedeutet Sterben eine langsame Abnahme der Lebensqualität, eine zunehmende Beeinträchtigung der elementaren körperlichen Lebensfunktionen und schließlich den Ausfall zuerst einzelner, dann aller Organe, schreibt Karussseit (1994, 156). Eine Beurteilung der Lebensqualität Sterbender aus der Außenperspektive erscheint jedoch problematisch, denn das Ausmaß der wahrgenommenen Lebensqualität kann stets nur von den Betreffenden adäquat beurteilt werden. Kellehear (2014, 264) definiert Sterben als die persönliche Erwartung und Annahme des Todes als unmittelbar bevorstehendes Ereignis und er meint damit das Bewusstsein, dass der Tod nicht mehr immanent, also irgendwann zu erwarten, sondern absehbar geworden ist und jederzeit eintreten kann.

„Rather for dying people death either is imminent or it is immanent that is the date may not be known but the person is aware that death may come anytime“ (Kellehear 2014, 9)

1 Das Zitat im Originaltext „Det betyr ikke meget hvordan man er født, men det har uendelig meget å si hvordan man dør“ wird Kierkegaard zugeschrieben, eine genaue Quellenangabe ist jedoch nicht verfügbar.

Das bedeutet, dass terminal kranke Patient*innen aufgrund dieser Gewissheit, mitunter schon längere Zeit, einen bedeutenden Teil ihres emotionalen und sozialen Verhaltens und ihrer Erfahrung dazu verwenden, ihre Einstellung zum Leben zu überdenken und sich auf ihren Tod vorbereiten. (Kellehear 2014, 8) Aus medizinischer Sicht beginnt das Sterben, wenn die elementaren Körperfunktionen unaufhaltsam versagen und keine medizinischen Maßnahmen dagegen mehr Erfolg versprechen. Der Begriff „Sterbender“ bezeichnet eine Person, die körperliche Zeichen eines rasch fortschreitenden Verfalls zeigt, deren Kräfte reduziert sind oder die schon nicht mehr bei Bewusstsein ist (Wittkowski 2008, 192). Der Sterbeprozess beginnt jedoch schon sehr viel früher, wie sich auch in verschiedenen Phasenmodellen abbildet.

Stadien der letzten Lebenszeit bzw. des Sterbens nach Nauck (2001) und Jonen-Thielemann (2011):

- Rehabilitationsphase: Monate bis Jahre – weitgehend normale Sozialkontakte, normales Leben möglich
- Präterminalphase: Wochen bis Monate – hier sind die Möglichkeiten des aktiven Lebens schon beträchtlich eingeschränkt
- Terminalphase: Tage bis Wochen – mit Bettlägerigkeit, meist Rückzug nach Innen oder auch mit Zeiten von Ruhelosigkeit
- Finalphase: letzte 72 Stunden – in dieser Phase liegt der Patient, die Patientin bereits im Sterben und das Bewusstsein ist nicht mehr auf die Außenwelt gerichtet (Feichtner 2018, 312).

Die Übergänge zwischen den einzelnen Phasen sind meist fließend, mitunter gibt es aber auch ganz plötzliche und rasche Veränderungen. Aufgrund des individuellen Charakters der Sterbeverläufe sind diese Phasen nicht als prototypisch zu verstehen, sondern vielmehr als Orientierung in der Betreuung schwerkranker und sterbender Patient*innen. Aber das Sterben eines Menschen beginnt nicht erst mit der Diagnose einer schweren unheilbaren Erkrankung, auch beginnt es nicht erst mit dem allmählichen Versagen körperlicher Funktionen, im Grunde befindet sich der Körper ein Leben lang im Sterbeprozess. Nicht nur, dass sich der Organismus von der Geburt an mit jedem Tag mehr dem Tod nähert, es finden auch auf der Zellebene permanent Sterbeprozesse durch Apoptose statt.

1.1 Apoptose

Die Apoptose, der programmierte Zelltod, ist ein natürlicher Mechanismus zur Selbstzerstörung der Zelle (Radošević 2018, 14). Dieses genetisch angelegte Programm sorgt dafür, dass Zellen, die keine Funktion mehr haben oder den Gesamtorganismus schädigen könnten, eliminiert werden. Ein besonders anschauliches Beispiel der Apoptose ist die Entwicklung der Hand beim Embryo. An den Händen eines Embryos, die zunächst wie kleine Paddel aussehen, sind die einzelnen Finger durch Häute miteinander verbunden. Erst durch Apoptose sterben die nicht mehr benötigten Zellen zwischen den Fingern ab und die Finger der Hand können sich entwickeln. Ausgelöst wird der physiologische Zelltod durch verschiedene externe und interne Faktoren, letztlich wird das Apoptose-Programm aber durch eine Kaskade chemischer Botenstoffe getriggert. Es ist durchaus vorstellbar, dass auch das Sterben eines Individuums durch derartige Botenstoffe initiiert wird.

2. Wann endet der Sterbeprozess?

Ebenso unklar wie der Beginn des Sterbeprozesses ist auch sein Ende. Klinisch wird das Ende des physischen Sterbens auf Basis naturwissenschaftlicher Theorien festgesetzt:

- Klinischer Tod – 3 Minuten nach Herz- und Atemstillstand. Der klinische Tod tritt ein, wenn Herzschlag und Atmung aussetzen, in dieser Phase ist jedoch eine Reanimation noch möglich. Bleiben Wiederbelebungsmaßnahmen aus oder schlagen sie fehl, erleidet das Gehirn durch die fehlende Durchblutung irreparable Schäden, sodass in Folge der Hirntod eintritt.
- Kortikaler Tod oder Teil-Hirntod
- Hirntod – nach der Definition der Harvard Medical School von 1968² gilt der Hirntod, die irreversibel erloschene Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, als Todeskriterium.

Der Hirntod als willkürliche Festlegung des Endes des Sterbeprozesses ist jedoch zu hinterfragen, denn wie Linke (1996, 93) schreibt: „Kann ein Mensch für tot angesehen werden, wenn 97 Prozent seiner Körperzellen

2 Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School, A definition of irreversible coma, 1968, 337–40.

noch funktionieren, aber nur drei Prozent, die sein Gehirn ausmachen, ausgefallen sind?“ Und wie Linke weiter dazu schreibt besteht kein Zweifel, dass wir es beim Hirntod noch mit einem lebenden Organismus zu tun haben. „[...] Es ist eine metaphorische Leistung, in solch einer Situation doch vom Tod des Gesamtorganismus reden zu wollen [...]“ (Linke 1996, 330). Biologisch betrachtet ist das Ende des Sterbeprozess nicht mit dem Hirntod gleichzusetzen. Auf der Zellebene laufen biologische Prozesse noch unterschiedlich lange ab, so dauert es noch bis zu zwei Stunden bis die Zellen der Lunge absterben.

Muskelzellen leben noch etwa acht Stunden unter hypoxischen Bedingungen weiter und Zellen des Magen-Darmtraktes bis zu 24 Stunden. Schweißdrüsen bleiben in der Supravitalzeit postmortal noch über dreißig Stunden aktiv und Spermien „überleben“ bis zu 83 Stunden (Pleschberger 2010, 37). Die Integrität verschiedener Zellen bleibt also auch nach dem systemischen Tod des Körpers erhalten, daher kann hier noch nicht vom Ende des Sterbeprozesses gesprochen werden. Auch der Hirntod kann nicht mit dem Eintritt des Gesamt-Todes gleichzusetzen sein, wie bereits erwähnt, er stellt vielmehr eine Stufe im Sterbeprozess dar und er ist damit noch nicht das Ende des Lebens. Das menschliche Leben beginnt schließlich auch nicht erst mit der vollen Funktionsfähigkeit des Gehirns und es endet dementsprechend auch nicht unmittelbar mit dem Ausfall dieses Organs. Gerlach hat schon 1969 festgestellt: „Die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem personalen Tod eines Menschen ist unzulässig, da sie in naturwissenschaftlich unzulänglicher Weise das Gehirn zum ‚Sitz der Seele‘ macht [...] der Hirntod ist ein Partialtod“ (Gerlach 1969, 734). Wird der Eintritt des Todes mit der Feststellung „Hirntod“ bestimmt, ist der Tod weniger ein physiologisches Ereignis, sondern vielmehr der Moment der endgültigen Feststellung. Damit wäre ein Mensch dann tot, wenn er als tot erklärt wird. Aber wann endet der Sterbeprozess, wenn nicht mit dem letzten Atemzug und dem Versagen cerebraler Funktionen? Es ist zu bezweifeln, dass der Sterbeprozess mit dem letzten Atemzug, mit Ende der Herzaktion oder mit dem Null-Linien-EEG bereits abgeschlossen ist. Würde die Todesdefinition bis auf die kleinste Zelle des Körpers ausgedehnt werden, dann müsste – aus biologischer Sicht – das Auftreten erster Fäulniszeichen als Endpunkt des Lebens gelten. Unter dieser Prämisse käme der in vielen Traditionen üblichen Aufbahrung Verstorbener über drei Tage eine weitere Bedeutung zu. Damit wird deutlich: es ist schwer zu erkennen, wann das Sterben beginnt und es ist auch nicht gesichert, wann der Prozess des Sterbens endet. Den Beginn des Sterbens zu erkennen erscheint weitgehend als eine Frage der Interpretation und der Wahrnehmung der Betreuenden. Dabei zeigt sich, dass die verschiedenen beteiligten Professionen, wie Me-

dizin, Pflege, Sozialarbeit und Psychologie unterschiedliche Sichtweisen dazu haben. Da Pflegepersonen in ständigem, sehr nahen Kontakt mit den Patient*innen sind, entwickeln sie eine besonders feine Wahrnehmung für Veränderungen die das Sterben ankündigen.

3. Rückzug nach innen

In der Pflege sterbender Menschen kann der begonnene Sterbeprozess mitunter an subtilen Veränderungen im Verhalten der Patient*innen zu erkennen sein, wie etwa einem verstärkten Rückzug des Patienten bzw. der Patientin nach innen. Oft ist bereits längere Zeit bevor körperliche Veränderungen das bevorstehende Sterben ankündigen eine auffallende Verlagerung der Interessen der Patient*innen zu beobachten. Es entsteht der Eindruck, als würden sich ihre Interessen von außen nach innen richten, so als würden sie sich auf innere Vorgänge konzentrieren. Damit verlieren die Patient*innen zunehmend das Interesse am äußeren Geschehen, gewohnte Verhaltensweisen ändern sich oft radikal und die Patient*innen wirken oft passiv. Aber zugleich ist diese Innenschau vermutlich ein höchst aktives Geschehen (Feichtner 2018). In ihrem 1971 erstmals erschienen Buch *Interviews mit Sterbenden* schreibt Kübler-Ross „Der Patient reagiert auf ein inneres Signalsystem, das ihm das Nahen seines Todes meldet“ (Kübler-Ross 2012, 288). Es ist durchaus vorstellbar, dass dieser Rückzug, ähnlich wie die Apoptose, durch bestimmte Botenstoffe ausgelöst wird, wenngleich es bislang keine Belege dafür gibt.

Die Patient*innen zeigen ein erhöhtes Ruhebedürfnis und ihre körperlichen Kräfte sind deutlich reduziert. Diese Phase scheint von der Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie geprägt zu sein und die Menschen sind sehr mit sich selbst beschäftigt. Der Rückzug terminal kranker Menschen vermittelt oft den Eindruck eines Ganz-bei-sich-Seins, oder wie Jaspers schreibt, eines „Fürsichselbstseins“ (Jaspers 2013, 6). Bei dieser Regression und scheinbaren Passivität scheint es sich um aktive innere Prozesse zu handeln und daher stellt dieser Rückzug einen schützenswerten Zustand dar, der nicht gestört werden sollte. Daher ist auch dafür zu sorgen, dass die Konzentration nach innen nicht durch Schmerzen, durch Atemnot oder durch andere belastende Symptome erschwert wird.

4. Verlust des Interesses am Essen und Trinken

Neben dem Rückzug ist auch der Verlust des Interesses am Essen und Trinken ein weiterer Hinweis auf den begonnenen Sterbeprozess. Zunächst nehmen die Patient*innen nur mehr einzelne Lieblingsspeisen zu sich, in weiterer Folge kommt es zu einem weitgehenden oder auch vollständigen Verzicht auf Essen und Trinken. In der letzten Lebensphase programmiert sich der gesamte Organismus gleichsam um, es geht nun nicht mehr um Aufbau und Erhaltung, sondern um Abbau. Botenstoffe stellen Hunger und Durst ab und in dieser katabolen Stoffwechsel Lage besteht meist ein umfassendes Gefühl der Sättigung. Die Verdauung ist eine anspruchsvolle Körperfunktion und die Nahrungsaufnahme kann daher auch eine erhebliche Belastung für den Organismus schwerkranker Patient*innen darstellen. Hinzu kommt, dass die Verdauung die erste Körperfunktion ist, die im Sterben versagt. Daher kann ein Zuviel an Nahrung in dieser Phase belastend für die Patient*innen sein und ihr Wohlbefinden wesentlich beeinträchtigen (Feichtner 2018). Eine forcierte oder künstliche Ernährung kann den Sterbeprozess möglicherweise stören und erschweren. Ähnliches gilt für die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit. Der Verlust der Fähigkeit zu trinken kann darauf hinweisen, dass der Sterbeprozess bereits fortgeschritten ist und eine künstliche Flüssigkeitsgabe bedarf daher einer sorgfältigen Indikationsstellung, um eine Belastung des sterbenden Menschen zu vermeiden. Zu bedenken ist auch, dass eine gewisse Dehydratation für Sterbende durchaus vorteilhaft sein kann (Bausewein 2004). Sie führt zu einer Elektrolyt-Verschiebung und zu einer vermehrten Ausschüttung von Endorphinen. Damit sind eine Erhöhung der Schmerzschwelle und oft auch ein erkennbar höheres Wohlbefinden verbunden. Die aufgrund des Flüssigkeitsmangels und auch durch Mundatmung auftretende Mundtrockenheit und mögliche Durstgefühle können durch eine intensive Mundpflege nach palliativpflegerischen Richtlinien fast immer wirksam gelindert werden.

5. Sterben als multidimensionaler Prozess

Sind schon der Beginn und das Ende des Sterbens nicht eindeutig, so sind die Erfahrungen und das Bewusstsein im Sterben noch weitaus schwieriger zu fassen. Aber es ist unbestritten, dass Sterben weit mehr als ein physisches Geschehen ist. Es ist ein Prozess auf verschiedenen Ebenen, mit grundlegenden Veränderungen auch in sozialer, in psychischer und in spiritueller Hinsicht. Dabei scheinen sich die Veränderungsprozesse in den

verschiedenen Ebenen gegenseitig zu beeinflussen, möglicherweise bedingen sie sich auch gegenseitig. In Anlehnung an das Konzept der bio-psycho-sozialen Gesamtheit (Egger 2005, 4) kann davon ausgegangen werden, dass der Sterbeprozess, aufgrund der vertikalen und horizontalen Vernetzung der Ebenen, in allen Dimensionen annähernd gleichzeitig abläuft.

5.1 Sterben als körperlicher Prozess

Zu den bekannten Merkmalen des begonnenen, unmittelbaren Sterbeprozesses zählen neben dem bereits erwähnten Rückzug und der Inappetenz auch eine zunehmende Schwäche und damit verbunden, Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit. Die bestehende katabole Stoffwechsellage begünstigt die Ausschüttung körpereigener Endorphine und sie sorgt damit für eine Reduktion von Schmerzen und für ein erhöhtes Wohlbefinden der Patient*innen. Daher benötigen sie in dieser Phase mitunter geringere Dosen an Schmerzmitteln als zuvor. Durch die Bewegungslosigkeit und die Unfähigkeit, die eigene Position zu verändern, verlieren Sterbende ihr Körpergefühl, die Grenzen ihres Körpers sind für sie kaum mehr wahrnehmbar. Auch Seh- und Hörvermögen schwinden zunehmend. Vielfach besteht jedoch eine erhöhte Licht-, Geräusch- und Geruchsempfindlichkeit und alle pflegerischen Maßnahmen müssen mit größter Behutsamkeit durchgeführt werden, da die Patient*innen in dieser Zeit sehr schreckhaft sind (Feichtner 2016, 149). In der Praxis ist zu beobachten, dass das Hören offenbar jener Sinn ist, der am längsten erhalten bleibt, wenngleich es den Sterbenden oft nicht mehr möglich ist, auf Fragen zu antworten. Obwohl eine verbale Kommunikation mit den Patient*innen in dieser Phase meist nur mehr eingeschränkt möglich ist, so reagieren sie doch auf Berührung und auf die Stimmen vertrauter Personen. Gelegentliches Stöhnen mancher Patient*innen in der Finalphase wird, besonders von den besorgten Angehörigen, meist als Schmerz- oder Leidensäußerung interpretiert, es könnte aber auch ein Versuch des Sterbenden sein, sich zu artikulieren. Und häufig handelt es sich dabei um ein sogenanntes Entlastungsstöhnen, das Ausdruck der inneren Anstrengung sein kann. Es ist daher wichtig, Schmerz oder auch Unbehagen als Auslöser des Stöhns auszuschließen und die anwesenden Angehörigen zu entlasten.

Manche der sterbenden Patient*innen haben ein gesteigertes Bedürfnis nach Hautkontakt, danach, an der Hand oder in den Armen gehalten zu werden, andere wiederum scheinen Berührung eher als unangenehm zu empfinden. Daher ist es wichtig, auf mögliche Signale der Ablehnung, etwa durch Mimik, durch Veränderungen in der Körperspannung oder Ver-

änderungen des Atmens zu achten. Im Verlauf des Sterbeprozesses werden die Schlafphasen länger und die fortschreitende Einschränkung der Organfunktionen betrifft allmählich auch das Gehirn, was zu einer zunehmenden Eintrübung des Bewusstseins führt. Diese Eintrübung ist jedoch meist nicht konstant, sondern von wechselnder Intensität. Neben Phasen wachen Bewusstseins befinden sich die Patient*innen häufig in einer Art Dämmerzustand, sie scheinen zu schlafen, reagieren aber deutlich auf Geräusche oder Gespräche in ihrem Umfeld. Wird die Gehirnfunktion weiter reduziert, scheinen die Patient*innen tief zu schlafen und sie sind nicht mehr aufweckbar. In den letzten 48 Stunden tritt bei etwa 75 Prozent der Sterbenden eine Eintrübung des Bewusstseins ein, in der letzten Stunde des Lebens sind mehr als neunzig Prozent der sterbenden Patient*innen nicht mehr bei Bewusstsein (Albrecht 2007). Im Zusammenhang mit dieser Bewusstseinseintrübung kann es zu einer geräuschvollen Atmung, der sogenannten terminalen Rasselatmung, kommen. Die Ursache für dieses rasselnde Atemgeräusch ist eine, oft nur geringe, Sekretansammlung im Rachen oder in den unteren Atemwegen. Aufgrund des bereits stark eingetrübten Bewusstseins besteht kein Husten- oder Schluckreflex mehr und die Patient*innen sind daher nicht mehr in der Lage, das Sekret abzuhsuten. Die Bewusstseinseintrübung führt aber auch dazu, dass die Kranken durch diese rasselnde Atmung nicht belastet zu sein scheinen. Der entspannte Gesichtsausdruck, ohne Stirnrunzeln oder Zeichen von Anstrengung, weist darauf hin. In der Finalphase kann die Atmung unregelmäßig und oberflächlich werden und die wichtigen Organe werden immer weniger mit Sauerstoff versorgt. Zwischen den einzelnen Atemzügen können lange Pausen entstehen und es kann eine sogenannte Schnappatmung auftreten, eine Atmung die durch einzelne schnappende Atemzüge gekennzeichnet ist. Aber schon einige Zeit bevor sich die Atmung erkennbar verändert, fällt eine reduzierte Durchblutung der Haut auf. Die marmorierte Hautverfärbung zeigt sich zuerst an den Extremitäten, es kommt zu bläulichen Verfärbungen an Händen und Füßen und die Haut fühlt sich kühl an. Nur wenige Patient*innen scheinen dieses Auskühlen als unangenehm wahrzunehmen, im Zweifel sollte aber von außen für Wärme gesorgt werden, zumal Wärme mit Geborgenheit verbunden wird. Das weitere Fortschreiten des Sterbeprozesses ist daran zu erkennen, dass der Blutdruck sinkt und der Puls sich verändert. Die Pulsfrequenz kann zunehmen und der Puls kann unregelmäßig, oder auch kaum wahrnehmbar sein. Durch die reduzierte Durchblutung und die erschlaffende Muskulatur verändern sich die Gesichtszüge des sterbenden Menschen, die Wangen sinken ein und die Haut um Mund und Nase wird sehr blass.

5.2 Sterben als sozialer Prozess

In der letzten Phase des Lebens sind die Menschen nicht nur biologisch bedroht, sondern die Bedrohung betrifft den ganzen Menschen in seiner bio-psycho-sozialen Existenz. Das Sterben ist damit nicht nur eine physische Realität, es ist vor allem auch ein sozialer Prozess. Mit der Diagnose „sterbend“ verändert sich alles – für die unmittelbar Betroffenen, für ihre An- und Zugehörigen und auch für die professionell Betreuenden. „Der soziale Prozess des Sterbens, der der eigentlichen, im engeren Sinne verstandenen, Sterbephase eines Menschen in der Regel lange voraus läuft, [...], ist als ein umfassender Ausgliederungsprozess zu kennzeichnen“, wie Schnell et al. (2014, 60) schreiben. Sterbende Menschen verlieren ihre soziale Rollenfunktion, ihre soziale Identität, und die meisten ihrer sozialen Kontakte. Sie erleiden damit eine Art von Entsozialisierung, denn mit dem Verlust sozialer Netzwerke ist eine Bedrohung der gesamten personalen und sozialen Identität verbunden. Sterben ist ein einsamer Prozess, ein Prozess der Vereinzelung, und es ist nur bedingt möglich, Menschen im Sterben zu „begleiten“. Dessen ungeachtet geschieht das Sterben immer auch im Rahmen von sozialen Bezügen. Obwohl nicht die Betreuenden, sondern vor allem der sterbende Mensch diesen Prozess gestaltet, so braucht er doch die fürsorgliche Unterstützung seines sozialen Umfeldes und der professionell Betreuenden. In der Zeit des Sterbens, angesichts des drohenden endgültigen Verlustes, sind die Patient*innen in besonderer Weise auf soziale Verbundenheit, auf Zuwendung und auf eine sichere Bindung angewiesen. Beim Bedürfnis nach Bindung handelt es sich um ein primäres und emotionales Bedürfnis, zugleich stehen Sterbende vor der großen Herausforderung, alle bestehenden Bindungen lösen zu müssen. Parallel zu dieser Aufgabe, gleichsam wie im Widerspruch, aktiviert der Sterbeprozess und die bevorstehende endgültige Trennungssituation das Bindungssystem der Betroffenen (Mauer et al. 2014, 76). Die drohende Trennung aus dem sicherheitsstiftenden Bezugssystem löst existenzielle Ängste aus, daher sind konstante, fürsorgliche und verlässliche Bindungs Personen in der Betreuung sterbender Patient*innen von größter Bedeutung, um ihnen in dieser belastenden Situation ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Nur das Erleben sicherheitgebender sozialer Nähe (Bindung) kann Vernichtungs- und Verlustängste beruhigen. Die Patient*innen brauchen daher die Schutzerfahrung, das Aufgehoben-Sein in einem haltgebenden Umfeld, wie Staudacher schreibt (2017, 571). Die therapeutische Kraft menschlicher Zuwendung wird auch in neurobiologischen Forschungen bestätigt. Das Erleben von Zuwendung, mitführender und emotionaler Resonanz löst im Organismus eine physiologische

Beruhigungsreaktion aus: Oxytocin wird freigesetzt. Es wirkt hemmend auf die erregten emotionsbezogenen Gehirngebiete – vor allem auf die Amygdala – das Stresshormon Cortisol wird deaktiviert und die Angstreaktionen klingen ab (East/Moberg 2014). Im schützenden Rahmen einer solchen mitmenschlichen Bindung als „Gewebe seelischer Sicherheit“ scheint das Annehmen des Sterbens möglich zu sein (Grossmann/Grossmann 2017, 662). Es ist jedoch ein Mythos, dass sterbende Menschen ständige Anwesenheit brauchen. Sie brauchen vielmehr beides: Präsenz und Nähe, aber auch Zeiten der Ruhe, der Distanz und des Alleinseins.

„Sterben bleibt, trotz aller Fürsorge und Betreuung, eine einsame Erfahrung mit der Wahrnehmung existenzieller Isolation. Diese Isolation wird jedoch nicht nur im Sterben erfahren, sie gehört zum Menschensein und sie besteht trotz höchst befriedigender Verbindungen zu anderen Menschen [...].“ (Yalom 2008, 269)

Es kann aber davon ausgegangen werden, dass Sterbende diese Isolation in besonderer Weise erfahren, weil sie ganz auf sich zurückgeworfen und auf innere Prozesse fokussiert sind. Diese Konzentration auf sich selbst bedingt eine gewisse Einsamkeit und nicht selten wollen Menschen in den letzten Stunden und Tagen alleine sein und manche wollen auch alleine sterben. Das Sterben ist ein höchst intimer Prozess, der möglichst nicht gestört werden sollte, da die Menschen intensiv mit inneren Vorgängen beschäftigt sind. Sie brauchen aber eine Umgebung, die ihnen Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann und sie brauchen Menschen, die nicht nur in der Lage sind, ihre körperlichen Bedürfnisse wahrzunehmen, sondern auch auf ihre sozialen, seelischen und spirituellen Nöte eingehen können.

5.3 Sterben als seelischer Prozess

Das Wissen über die intrapsychischen Vorgänge im Sterben ist begrenzt, aber verschiedene Äußerungen sterbender Menschen lassen darauf schließen, dass sie gleichsam eine psychosoziale Desintegration erfahren. Vor allem alte Menschen scheinen dieses psychische Sterben zu einem frühen Zeitpunkt zu erleben, wenn es keine haltgebenden sozialen Bindungen mehr gibt, oder auch, wenn sie sich als Last für andere wahrnehmen. Damit kommt das psychische Sterben einer Aufgabe des Lebenswillens gleich und der Rückzug erscheint oft wie selbst gewählt. Verschiedene Äußerungen von Patient*innen lassen vermuten, dass sterbende Menschen um ihren bevorstehenden Tod wissen. Es scheint sich dabei jedoch weniger um eine rationale Erkenntnis, sondern eher um ein inneres, implizites

Wissen zu handeln. Nach dem „Living-dying interval“ nach Pattison (1977) beginnt der Sterbeverlauf mit einer akuten psychischen Krise bereits mit der Information über eine todbringende Krankheit, aber auch durch die eigene Erkenntnis, sich unaufhaltsam dem Ende des Lebens zu nähern. Das Bewusstsein, dass das eigene Sterben bereits begonnen hat, führt meist zu einem Schock-Erlebnis. Im Anschluss an diesen Schock kommt es zu einer Phase in der verschiedene Ängste auftreten und bewältigt werden müssen: die Angst vor dem Unbekannten, Angst vor der drohenden Einsamkeit und die Angst vor dem Verlust aller sozialen Beziehungen, aber auch die Angst vor dem Verlust der Selbstkontrolle und die Angst vor dem Verlust der Identität (Waldrop/Kusmaul 2011). Es sind existentielle Ängste, die tiefe Angst vor der Auslöschung, die Angst vor der Vernichtung, die Angst, alles aufgeben zu müssen, die Vergangenheit, die Zukunft, letztlich alles aufgeben zu müssen, was den Menschen bedeutsam und wertvoll ist. Damit hat die Angst vor dem Sterben auch mit den nicht gelebten eigenen Möglichkeiten zu tun. Angesichts des Sterbens ist deutlich, dass es kein Später mehr gibt, dass Versäumtes und Unerledigtes meist unerledigt und unerfüllt bleiben wird. Diese Erkenntnis kann schmerzvoll sein und zu tiefer Verzweiflung führen. Existentielle Verzweiflung am Lebensende ist kein seltenes Phänomen und es ist davon auszugehen, dass die meisten terminal Erkrankten mehr oder weniger intensive und unterschiedlich lange Phasen dieser psycho-existentiellen Leid-Erfahrung durchmachen. Nach Reed (2013, 13) ist dieses Leiden gleichsam die Innenseite der Krankheit, ihre seelische Tiefendimension. Weiter weist sie darauf hin, dass eine lebensbedrohende Erkrankung das „Innerste Selbst“ eines Menschen verletzen kann. Sterbende sind daher oft auch seelisch verletzte, leidende Menschen. Van Hooft (1998) beschreibt die Erfahrung von Leid grundsätzlich als spirituelles Phänomen, eine Erfahrung die den Glauben und das Vertrauen ins Leben tief erschüttert. Bisherige spirituelle und religiöse Bindungen werden in Frage gestellt und alle Sicherheit und der Glauben an das Bisherige gehen verloren. Wenn schwer kranke und sterbende Menschen derart umfassenden Leiderfahrungen ausgesetzt sind, kann das alle bisher tragenden Strukturen zusammenbrechen lassen, es ist gleichsam ein emotionaler Zusammenbruch, eine Erfahrung von absoluter Einsamkeit und Machtlosigkeit. Leidende brauchen Menschen, die sich angesichts dieses Leidens nicht zurückziehen, sondern der Konfrontation mit dem Leid und mit dem leidenden Menschen standhalten und ihre Kraft zur Verfügung stellen (Cassel 1982). Sterbende müssen geschehen lassen, sie sind ohnmächtig, im tiefsten Sinne des Wortes, denn Sterben bedeutet den ultimativen Kontrollverlust und es ist damit auch eine Erfahrung vollständiger Ohnmacht. Diese Ohnmacht löst Angst aus, das Ausmaß der

Angst hängt jedoch nicht zuletzt auch von der Fähigkeit zur Hingabe ab. Hingabe bedeutet sich fallen lassen zu können. Eine Bedingung für das „Sich-Fallen-Lassen-Können“ ist Vertrauen. Es ist das Urvertrauen, das Vertrauen in Gott oder in eine andere, positive höhere Instanz. Hingabe erfordert Zulassen, Geschehen-Lassen, aber auch Einverständnis. Dieses Einverständnis unterscheidet sich von Resignation, es ist vielmehr ein Annehmen eines bereits spürbar begonnenen Prozesses. Wenn diese Akzeptanz gefunden wird, schwindet die Angst und ein Gefühl friedlicher Gelassenheit erfasst den Sterbenden (Groß/Halifax 1992, 197), wie es in der Praxis häufig zu beobachten ist. Die Krankheit zum Tode ist Verzweiflung, stellt Kierkegaard (2005, 37) fest, und auch er meint damit, dass terminale Erkrankungen immer mit mehr oder weniger intensiven Phasen von Angst und Verzweiflung verbunden sind. Damit sind Phasen tiefer Angst, absoluter Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, als integraler Bestandteil des Sterbeprozesses zu betrachten. Der Prozess des Sterbens ist jedoch dynamisch und es sind wechselnde Phasen von Angst und Verzweiflung, aber auch von Hoffnung, Gelassenheit, Akzeptanz und tiefer Ruhe zu beobachten. In der Pflege sterbender Patient*innen ist erkennbar, wie unterschiedlich Menschen mit ihren Ängsten im Zusammenhang mit dem Sterben umgehen. Oft scheint sich die Angst aufzulösen, wenn es dem Sterbenden gelungen ist, in dieses Geschehen einzuwilligen. Jaspers nennt es ein Anerkennen der Grenze, die unumgänglich geworden ist (Jaspers 2013). An dieser Grenze kann Transzendenz erfahren werden. Nicht nur die Beobachtungen in der Praxis, sondern auch verschiedene Studien zeigen, dass die Erfahrungen der Menschen im Sterbeprozess ihre bisher charakteristischen Haltungen, Vorahnungen und auch ihre Ängste verändern, hin zu tieferen, neuen Erfahrungen und neuer sozialer Nähe (Kellehear 2014, 13). Sterbende legen alle Masken und Oberflächlichkeiten des Alltags ab, wie Saunders (2006) es beschrieben hat, sie sind empfindsamer und offener. Es geschieht eine Konzentration auf das Wesentliche. Sterbende Menschen erleben ihre Gegenwart besonders intensiv und das Hier und Jetzt ist entscheidend. Daher ist eine bestmögliche Linderung auftretender Symptome und körperlicher Beschwerden ebenso wichtig, wie ein psycho-sozial-spiritueller und mitmenschlicher Beistand. Im fortgeschrittenen Sterbeprozess scheinen sich Zeitgrenzen aufzulösen und möglicherweise befinden sich Sterbende in einer Art Polychronos, einer Wahrnehmung, in der Zeit nicht als linear erlebt wird, sondern in der sich Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges vermischen. In Sequenzen werden Ereignisse aus der Vergangenheit häufig so präsent, als wären sie soeben erst geschehen. Oft werden auch Erinnerungen aus der Kindheit wieder gegenwärtig. Dieses Erinnern scheint jedoch nicht nur gedanklich zu erfolgen, es ist vielmehr ein erneutes inne-

res Erleben früherer Ereignisse und Gefühle. Besondere Würdigung gilt dem Mut, den manche Menschen aus ihrer Angst heraus entwickeln können und es ist oft sehr eindrucksvoll, wie sterbende Menschen nach ihrem eigenen Weg suchen, der veränderten Situation mit Furchtlosigkeit, Vertrautheit und Offenheit (Halifax 2011, 28) zu begegnen. „Die offene Auseinandersetzung erfordert Mut und dieser Mut wiederum schafft einen mentalen Raum der es ermöglicht, sich von der Angst zu distanzieren, einen sozialen und spirituellen Raum [...] der zu einer neuen Qualität der verbleibenden Lebenszeit führen kann“ (Kellehear 2014, 71).

6. Terminale Unruhe, luzide Träume und andere Sterbebett-Phänomene

Ein sehr häufig zu beobachtendes Symptom im unmittelbaren Sterbeprozess ist die terminale Unruhe. Sie wird mitunter auch als „Agitiertes Delirium“ im Sterbeprozess bezeichnet und sie weist klinisch auch Ähnlichkeiten mit einem Delir auf (White et al. 2007). Es sind viele mögliche Ursachen für eine terminale Unruhe bekannt, wie zum Beispiel cerebrale oder metabolische Veränderungen oder auch verschiedene Medikamente. Aber auch Atembeschwerden, unzureichend behandelte Schmerzen oder eine unbequeme Liegeposition können zu Unruhe bei Sterbenden führen. Es ist aber auch vorstellbar, dass die terminale Unruhe Ausdruck intrapsychischer Vorgänge ist, denn sie kann auch durch Angst ausgelöst oder verstärkt werden. Daher sollten Patient*innen in terminalen Unruhezuständen nicht alleine gelassen werden.

Wie sehr die terminale Unruhe mit einer veränderten Wahrnehmung oder mit Halluzinationen verbunden ist, ist nicht bekannt. Äußerungen von sterbenden Menschen in Phasen terminaler Unruhe legen aber die Vermutung nahe, dass diese Unruhe mit intensiven körperlichen Empfindungen einhergeht. Unruhe im Sterben ist jedoch nicht zwingend als Pathologie zu werten, möglicherweise hat sie auch eine klärende und ordnende Funktion. Damit könnten Phasen terminaler Unruhe für einen sterbenden Menschen möglicherweise auch notwendig und konstruktiv sein. In der Betreuung von unruhigen Patient*innen ist es entscheidend, dass für ein ruhiges Umfeld gesorgt wird. Die stille Präsenz vertrauter Personen erweist sich dabei als hilfreich und unterstützend für die Sterbenden und nicht in jedem Fall bedarf es einer medikamentösen Behandlung der Unruhe.

Luzide Träume, wie auch andere Träume, treten üblicherweise während der REM-Phase des Schlafes auf (La Berge et al. 1981). Sterbende scheinen lucide Träume jedoch nicht nur im Schlaf- sondern auch im Wachzustand zu erleben. Während gewöhnliche Träume auf einer reduzierten Aktivität

des dorso-lateralen präfrontalen Cortex basieren (Maquet et al. 2005), sind luzide Träume mit einer relativen Erhöhung der funktionalen und physiologischen Aktivität dieser Hirnstrukturen, ähnlich wie beim Wachzustand (Voss et al. 2009), verbunden. Daraus erklärt sich auch die Tatsache, dass die Erinnerung an luzide Träume wesentlich klarer ist als an andere Träume. Die Erfahrung eines luciden Traumes unterscheidet sich daher von anderen Traumzuständen, aber auch vom Wachzustand (Erlacher et al. 2014). Dies gilt in besonderer Weise für lucide Traumerfahrungen in der Zeit des Sterbens. Sterbende Menschen scheinen sich oft in einem Zwischenzustand, zwischen Wachsein und Schlaf, zu befinden und sie wechseln, oft ganz unvermittelt, die Bewusstseinsebenen. Luzide Träume werden manchmal Wochen vor Eintritt des Todes berichtet, am häufigsten treten sie aber wenige Tage oder Stunden vor dem Versterben ein. Auch Fenwick et al. (2011) beschreiben das gehäufte Auftreten dieser Phänomene innerhalb der letzten zwölf Stunden vor Eintritt des Todes. Da lucide Träume gehäuft in unmittelbarer Todesnähe auftreten, können sie auch als prognostische Indikatoren betrachtet werden (Fenwick/Brayne 2011). Die Inhalte dieser luciden Träume werden als real empfunden, zugleich scheinen die Träumenden um die Besonderheit dieser Erfahrung zu wissen. Es werden oft ganz außergewöhnliche, paradiesisch anmutende Orte beschrieben, Erfahrungen von Liebe, von Licht, von tiefem Frieden oder auch von sphärisch anmutenden Klängen. Die Patient*innen erklären häufig auch, dass ihre Sprache nicht ausreiche um das Erlebte zu schildern. Manche Patient*innen berichten von Begegnungen mit bereits verstorbenen Bezugspersonen. Diese durchaus als real erlebten Visitationen lösen oft tiefe Freude bei den sterbenden Menschen aus und sie scheinen bestehende Ängste vor dem Tod deutlich zu reduzieren. Diese Erfahrungen werden von den Sterbenden als äußerst bedeutungsvoll, tröstlich und entlastend erlebt und manchmal scheinen sie sogar ausgesprochen kathartisch zu wirken.

Das Wiedersehen von bereits verstorbenen Angehörigen scheint die Patient*innen auch spirituell auf den Tod vorzubereiten (Brayne et al 2006). Nach diesen Erfahrungen schwindet die Angst der Patient*innen und oft entsteht der Eindruck, dass sich eine friedliche Gelassenheit und tiefe innere Ruhe einstellt. Solche transpersonalen Erfahrungen Sterbender sind aus allen Kulturen bekannt und unabhängig vom kulturellen Kontext gleichen sich die Beschreibungen (Mazzarino-Willet 2010).

7. Sterben als spiritueller Prozess

Im Wissen um die deutlich befristete Zeit stellt sich sterbenden Menschen die Sinnfrage besonders drängend, sowohl im Lebensrückblick als auch in ihrer transzendierenden Dimension (Müller-Bush 2012, 194). Diese Rückschau scheint mit Transzendenz verbunden zu sein (Grof/Halifax 1992) und damit ist eine Erfahrungs- und Bewusstseinsebene angesprochen, die sich nicht in der materiell verfassten Welt erschöpft, sondern ihr zugrunde liegt und über sie hinaus weist (Heller/Heller 2009, 9). Auch Renz (2010, 69) weist in ihrer Definition von Spiritualität auf dieses „Bezogensein auf etwas Größeres“ hin. Spirituelle Erfahrungen lassen sich vom Ich her weder machen noch ansteuern und sie setzen eine grundsätzliche Offenheit auf ein „Mehr als Ich“ voraus, schreibt Renz. Borasio (2012, 89) definiert Spiritualität als die innere Einstellung, den inneren Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch der existentiellen Bedrohung zu begreifen versucht. Religionen können hierbei eine wesentliche Unterstützung bieten. In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, zwischen Religion und Spiritualität zu unterscheiden, denn nicht alle Menschen fühlen sich einem religiösen System zugehörig. Religion kann durchaus eine Form der Spiritualität darstellen, es ist aber davon auszugehen, dass Spiritualität zur menschlichen Grundausstattung gehört – auch bei Menschen die keiner Religion zugehörig sind. Jeder Mensch hat einen „inneren“ Geist, aus dem heraus er sein Leben entwirft und gestaltet – und damit auch spirituelle Ressourcen, die auch bei Krankheit und im Sterben aktiviert werden können (Weiher 2009, 22). Das innere spirituelle oder religiöse System gehört zu jenem Wertebereich, durch den sich Sterbende auch bei Wegfall vieler Identitätsstützen noch bei sich selbst und mit ihrem innersten Selbst in Verbindung fühlen (Weiher 2009). Angesichts der zahlreichen Abschiede und Verluste die sterbende Menschen erleiden, erscheint diese Hinwendung zum Innersten notwendig und vielleicht auch tragend zu sein. In Krisen und im Besonderen in der krisenhaften Zeit des Sterbens greifen Menschen auf Deutungsressourcen in Form innerer Bilder und spiritueller Erfahrungen zurück, die ohne ihr bewusstes Zutun spontan im Gehirn aktiviert werden, wie Weiher schreibt (Weiher 2009, 533). Solche Sinngebungen scheinen von der Evolution für die stressreiche Begegnung mit Sterben und mit Tod vorgesehen zu sein, stellt Weiher weiter fest. Spiritualität ist jedoch Weg und Ergebnis eines lebenslangen Prozesses, der nicht erst in der Phase des Sterbens beginnt (Heller/Heller 2009, 11), dem aber am Ende des Lebens besondere Bedeutung zukommt. Aber nicht die Begleitenden, sondern der sterbende Mensch gestaltet den Tod (Rest 2006,

24). Damit liegt es in der Verantwortung des sterbenden Menschen, sich mit dem auseinanderzusetzen, was ihm oder ihr wirklich wichtig ist, was dem eigenen Leben und Sterben Sinn gibt, was hält und trägt in der Erfahrung der Angst und Einsamkeit und hoffen lässt angesichts von Zweifel und Verzweiflung (Heller/Heller 2009, 9). Sterbende können ihr Leben offenbar in seiner Gesamtheit und trotzdem in jeder Einzelheit betrachten (Grof/Halifax 1992, 182). Für manche Menschen scheint es eine große Herausforderung zu sein, diese Lebensbilanz in versöhnlicher Weise anzunehmen und Sinn darin zu finden. Gelingt dies nicht, ist die spirituelle Not der Patient*innen meist auch von außen wahrnehmbar. Spirituelle Not stellt eine Krise im Sinne einer plötzlichen Veränderung dar, die unter anderem durch den Zusammenbruch der spirituellen Identität charakterisiert ist. Sie stellt die Werte und die Transzendenz, wie sie bis dahin erfahren wurden, in Frage und sie unterbricht jegliche Sinn-Suche. In der Konfrontation mit dem absehbar gewordenen Lebensende werden Gefühle ausgelöst und Denkprozesse angestoßen, die sich mit dem Danach, mit individuellen Jenseitsvorstellungen und vor allem mit der eigenen Vergänglichkeit verbunden sind. Auf der Ebene universaler Prinzipien sind Sterben und Tod Ausdruck der spirituellen innersten Essenz, sie sind Prozesse der Transformation und die bisherigen Bewältigungskonzepte erweisen sich oft als nicht ausreichend hilfreich. Bildhaft dargestellt geht es im Sterben darum, die seelisch-geistigen Bereiche vom materiellen Körper zu trennen. Diese Trennung vollzieht sich jedoch nicht in einem bestimmten Moment, sie ist immer ein mehr oder weniger langes prozesshaftes Geschehen. Im Leben ist diese transzendentale Erfahrung kaum zugänglich und sterbende Menschen müssen sich auf eine unbekannte Erfahrung vorbereiten, eine Erfahrung über die auch kein anderer, noch lebender Mensch verfügt. Die Veränderungen, die auf körperlicher Ebene im Sterbeprozess beobachtet werden können, lassen auf eine allmähliche, vielleicht auch auf eine stufenweise Ablösung schließen. Von den Patient*innen wird der Übergang vom Leben zum Tod häufig metaphorisch beschrieben, mit dem Gefühl des Fallens, mit einem Tunnel, als Reise oder auch als Überquerung einer Grenze. Von außen betrachtet scheinen die körperlichen Veränderungen im Vordergrund zu stehen, aber das Sterben ist vor allem ein spiritueller Prozess, der die Möglichkeit der Reifung und die Chance des persönlichen Wachstums in sich birgt. Es ist ein Prozess der Lösung aller Bindungen, der Hingabe und der Transformation.

8. Geburt und Sterben sind aus dem gleichen Stoff gemacht³

Wird der Blick etwas geweitet, sind die zahlreichen Analogien zwischen Geburt und Sterben unübersehbar und eine eingehende Betrachtung des Geburtsgeschehens kann auch zu einem besseren Verständnis des Sterbeprozesses beitragen. Beim Versuch, die Geburt aus der Perspektive des Kindes zu betrachten wird deutlich, dass es sich dabei nicht nur um ein schmerzvolles und äußerst bedrohliches Geschehen handelt, sondern auch um einen „todesähnlichen“ Übergang in bisher Unbekanntes. In der Grenzsituation der Geburt, wie auch in der des Sterbens, geschieht Transformation und auch in ihrer Erlebnisqualität auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene weisen beide Prozesse große Ähnlichkeiten auf.

In körperlicher Hinsicht sind die Bedürfnisse Sterbender und Neugeborener ähnlich. An beiden Polen des Lebens besteht eine ungeheure Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit und zu keinem anderen Zeitpunkt des Lebens befinden sich die Menschen in größerer Angewiesenheit. Dabei ist bemerkenswert, dass dieses Angewiesen-Sein am Lebensanfang – anders als beim Sterben – als selbstverständlich gilt. Die Hilfsbedürftigkeit ist nicht negativ konnotiert und sie bewirkt Zuwendung und Fürsorgeverhalten bei anderen Menschen. Das Sterben kann – wie auch die Geburt – lang und schleppend, oder auch unerwartet rasch verlaufen. Und beide Prozesse können ruhig und allmählich, oder aber chaotisch und von Unruhe geprägt, ablaufen. Der Verlauf und die Dauer der Geburt und ebenso auch des Sterbens sagen jedoch nichts darüber aus, ob das Geschehen als leichter oder schwieriger erlebt wird. In der Finalphase des Sterbens sinkt der Sauerstoffspiegel im Blut und der CO₂-Spiegel steigt, was letztlich zu einem Verlust des Bewusstseins führt. Auch während der Austreibungsphase der Geburt fällt der Sauerstoffspiegel des Kindes dramatisch ab und das CO₂ steigt an. Das bedeutet, dass das Kind die besonders beschwerliche Passage nicht „bewusst“ erlebt. Während der Geburt und auch beim Sterben können Situationen auftreten, die medizinischer Interventionen bedürfen, zugleich ist jedoch sorgsam darauf zu achten, dass der Prozess durch diese Maßnahmen nicht gestört oder erschwert wird.

Auf der sozialen Ebene geht es vor allem um Bindungen. In Zeiten großer Unsicherheit und Bedrohung, wie beim Geburts- und Sterbeprozess, stellt eine zuverlässige Bindung die sichere Basis für die Bewältigung dar. Während es bei der Geburt um „Bonding“ geht, darum die Bindung zwi-

³ Allende, Paula, 2002, 487.

schen Kind und Eltern zu etablieren, geht es beim Sterben um „Dividing“, um das Lösen bestehender Bindungen durch einen individuellen, allmählichen Abschied (Cardinal 2009, 16). Die Geburt, wie auch das Sterben, stellt eine existentielle Krisensituation dar. Bei beiden Prozessen laufen biologische Programme ab, die wir erst allmählich beginnen zu verstehen bzw. wiederentdecken (Borasio 2013, 51). Es ist vorstellbar, dass beide Prozesse vom Stammhirn gesteuert und durch spezifische Botenstoffe initiiert werden. An beiden Polen des Lebens geht es um das Geschehen-Lassen, um das Einlassen auf gänzlich Unbekanntes und Bedrohliches. So wohl das Sterben wie auch die Geburt sind von Ängsten und enormen Anstrengungen geprägt. Wie bei der Geburt sind auch beim Sterben die herrschenden Rahmenbedingungen bedeutsam. Es braucht eine ruhige, Geborgenheit und Sicherheit vermittelnde Umgebung. Ähnlich wie das Wissen, das Können und die Haltung einer Hebamme das Erleben einer Geburt beeinflussen, so beeinflussen das Wissen und das Können und die Haltung der professionell Betreuenden auch den Sterbeprozess. Zu den wichtigsten Aufgaben der Hebamme gehört es, gute Rahmenbedingungen für die Geburt zu schaffen und diese Bedingungen ähneln jenen, die auch sterbende Menschen brauchen.

In psychischer Hinsicht stellt die Bewältigung auftretender Ängste und schwieriger Phasen eine besondere Herausforderung dar. Das gilt gleichermaßen für die Geburt wie auch für das Sterben.

„[...] auch zur Zeit der Geburt entstehen große Ängste. Die Frau hat Angst. Das wissen wir alle. Das Kind hat Angst. Auch das begreifen wir allmählich. Auf beiden Seiten ist viel Angst. All unsere naturwissenschaftliche Erkenntnis kann daran nichts ändern. Geburt und Tod bleiben Geheimnisse“ (Leboyer 2008, 16).

Bei der Betrachtung der Analogien auf spiritueller Ebene fällt auf, dass die Ankunft und auch der Abschied als wesentliche Wandlungsschritte im Leben gelten, die in allen Traditionen von „Rites de passage“ (Übergangsriten) begleitet sind. Dabei wird deutlich, dass diese Riten in verschiedenen Kulturen ähnlich sind und stets in einem Dreischritt erfolgen: in der Ablösung, der Umwandlung und der Wiederangliederung (Van Genepp et al. 2001). Im Sterben werden irdische Grenzen überschritten und es findet ein Wechsel in eine andere Dimension statt. Ähnliches mag auch für das Geborenwerden gelten. „Die innere Verwandlung [der Geburt] ist so tief greifend, dass sie wie ein Tod ist.“ (Cardinal 2009, 56)

Die Geburt ist unsere Ankunft aus einer unbekannten Dimension und das Sterben ist die Abreise in eine ebenso unbekannte Dimension. Und das was wir Geburt nennen, ist nichts als die andere Seite des Todes. Ein ande-

rer Name für denselben Vorgang, vom entgegengesetzten Standpunkt aus gesehen – so wie wir dieselbe Tür als Eingang und als Ausgang bezeichnen, je nachdem, ob wir sie von außen oder vom Inneren eines Raumes aus betrachten (Tibetisches Sprichwort).

9. Schlussbemerkung

Die häufige Verwendung von Worten wie „es scheint“, „möglicherweise“ und „es ist vorstellbar“ in diesem Text ist darauf zurückzuführen, dass es nur wenige gesicherte Erkenntnisse zum inneren Erleben Sterbender gibt. Und während das Wissen um die Bedürfnisse Neugeborener in den letzten Jahrzehnten zu deutlichen Verbesserungen in der Betreuung während und nach der Geburt geführt hat, ist das Wissen um die Bedürfnisse sterbender Menschen noch relativ wenig verbreitet. Es bedarf daher noch weiterer Forschung und der Bereitschaft von Sterbenden zu lernen.

Literatur

- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death. A Definition of irreversible Coma, in: JAMA 205/6 (1968) 337–40.
- Albrecht, Elisabeth: Der Sterbevorgang, in: Bausewein, Claudia/Roller, Susanne/Voltz, Raymond (Hrsg): Leitfaden Palliativmedizin, München, Jena: Urban & Fischer 2007, 499–500.
- Allende, Isabel: Paula, Frankfurt am Main: Suhrkamp 2002.
- Bausewein, Claudia/Albrecht, Elisabeth (Hrsg): Leitfaden Palliativmedizin, München: Urban & Fischer 2004.
- Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, München: C.H. Beck 2012.
- Brayne, Sue/Farnham, Chris/Fenwick, Peter: Deathbed Phenomena and their Effect on a Palliative Care Team. A Pilot Study, in: American Journal of Hospice and Palliative Care 23 (2006) 17–24.
- Cardinal, Claudia Weil wir sterblich sind. Eine Anleitung für den Umgang mit der Endlichkeit, München: Knaur-Taschenbuch 2009.
- Cassel, Eric J.: The Nature of Suffering and the Goals of Medicine, in: New England Journal of Medicine 306 (1982) 639–45.
- East, Michelle/Moberg, Kerstin Uvnas: The Oxytocin Factor. Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing, in: British Journal of Midwifery 22/12 (2014) 905–905.

- Egger, Josef W.: Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit, in: Psychologische Medizin 16/2 (2005) 3–12.
- Erlacher, Daniel/Schädlich, Melanie/Stumbrys, Tadas/Schredl, Michael: Time for Actions in Lucid Dreams. Effects of Task Modality, Length, and Complexity, in: Frontiers in Psychology 4 (2013) 2–2.
- Feichtner Angelika: Palliativpflege für Pflege- und andere Gesundheitsberufe, Wien: Facultas ⁵2018.
- Feichtner, Angelika: Palliativpflege in der Praxis. Wissen und Anwendungen, Wien: Facultas ¹2016.
- Fenwick, Peter/Brayne, Sue: End-of-life Experiences. Reaching Out for Compassion, Communication, and Connection-Meaning of Deathbed Visions and Coincidences, in: American Journal of Hospice and Palliative Medicine 28/1 (2011) 7–15.
- Field, Marilyn J./Cassel, Christine K. (Hrsg): Approaching Death. Improving Care at the End of Life, in: Washington D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press 1997, 437–437.
- Gerlach, Joachim: Gehirntod und totaler Tod, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 111 (1969) 732–736.
- Grof, Stanislav/Halifax, Joan: Die Begegnung mit dem Tod, Stuttgart: Klett-Cotta ¹1992.
- Grossmann, Karin/Grossmann, Klaus E.: Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit, Stuttgart: Klett-Cotta ⁷2017.
- Halifax, Joan: Im Sterben dem Leben begegnen. Mut und Mitgefühl im Angesicht des Todes, Bielefeld: Theseus-Verlag ¹2011.
- Heller, Birgit/Heller, Andreas: Spiritualität und Spiritual Care, in: Spiritualität und Spiritual Care 1/1 (2009) 9–11.
- Hospizbewegung Varel (Hrsg): Diagnose „unheilbar“ – was jetzt? in: Wegweiser zur Hospiz- und Palliativversorgung für Varel, die Friesische Wehde und Jade (2013) 1–26.
- Jaspers, Karl: Philosophische Weltorientierung, Berlin: Springer Berlin 2013.
- Jonen-Thielemann, Ingeborg: Terminalphase, in: Aulbert, Eberhard (Hrsg)/Nauck, Friedemann (Hrsg)/Radbruch, Lukas (Hrsg): Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer ³2011 989–1005.
- Karusseit, Karl-Heinz: Konfrontation der Sozialpädagogik mit Sterben und Tod. Entwurf eines sozialpädagogisch verantworteten Umgangs mit tödlich Erkrankten und Sterbenden, Frankfurt am Main usw.: Peter Lang 1994.
- Kellehear, Allan: The inner Life of the dying Person, New York: Columbia University Press 2014.
- Kellehear, Allan/Pogonet, Vadim/Mindruta-Stratan, Rodica/Gorelco, Viktor: Deathbed Visions from the Republic of Moldova. A Content Analysis of Family Observations, in: OMEGA – Journal of Death and Dying 64/4 (2012) 303–17.

- Kierkegaard, Søren: Die Krankheit zum Tode. Furcht und Zittern. Die Wiederholung. Der Begriff der Angst, München: Deutscher Taschenbuch Verlag 2005.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden. Was Menschen bewegt, Stuttgart: Kreuz ⁴2012.
- La Berge, Stephen P./Nagel, Lynn E./Dement, William C./Zarcone, Vincent P.: Lucid Dreaming Verified by Volitional Communication during Rem Sleep, in: Perceptual and Motor Skills 52/3 (1981) 727–733.
- Leboyer, Frédéric (Hg.): Das Fest der Geburt. Neufassung der 1982 erschienenen Erstausgabe, München: Kösel 2008.
- Linke, Detlef B.: Hirnverpflanzung. Die erste Unsterblichkeit auf Erden, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (Rororo science) 1996.
- Maquet, Pierre/Ruby, Perrine/Maudoux, Audrey/Albouy, Geneviève/ Sterpenich,Virgine/ Dang-Vu, Thanh/Boly, Melanie/Perrin, Fabien/Peigneux, Phillippe/Laureys, Steven: Human Cognition during REM Sleep and the Activity Profile within frontal and parietal Cortices. A Reappraisal of functional Neuroimaging data, in: Progress in brain research 150 (2005) 219–27.
- Mauer, Marie C./Petersen, Yvonne/Loetz, Cécile/Frick, Eckhard: Trennungunsicherheit am Lebensende. Spirituelle und bindungstheoretische Perspektiven, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 15/2 (2014) 70–7.
- Mazzarino-Willet, April: Deathbed Phenomena. Its Role in Peaceful Death and Terminal Restlessness, in: American Journal of Hospice and Palliative Medicine 27/2 (2010) 127–33.
- Müller-Busch, H. Christof: Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens, Berlin: Suhrkamp ¹2012.
- Nauck, Friedemann: Symptomkontrolle in der Terminalphase, in: Schmerz 15 (2001) 362–9.
- Pattison, E./Mansell, M.: The Experience of Dying, Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall 1977.
- Prescher, Andreas: Naturwissenschaftliche Bemerkungen zum Sterbeprozess und zur Thanatologie, in: Rosentreter, Michael/Groß, Dominik/Kaiser, Stefanie (Hrsg.): Sterbeprozesse. Annäherungen an den Tod, Kassel: Kassel Univ. Press 2010 37–37.
- Radosevich, James A. (Hrsg.): Apoptosis and beyond. The many Ways Cells die, Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell 2018.
- Reed, Fay Carol/Staudacher, Diana (Hrsg.): Pflegekonzept Leiden. Leiden erkennen, lindern und verhindern, Bern: Huber ¹2013.
- Renz, Monika: Grenzerfahrung Gott. Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit, Freiburg im Breisgau: Kreuz-Verlag 2010.
- Rest, Franco: Sterbebeistand, Sterbegleitung, Sterbegeleit. Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich, Stuttgart: Kohlhammer ⁵2006.
- Rosentreter, Michael/Groß, Dominik/Kaiser, Stefanie (Hrsg.): Sterbeprozesse. Annäherungen an den Tod, Kassel: Kassel Univ. Press 2010.

- Saunders, Cicely: Selected Writings 1958-2004, Oxford: Oxford University Press 2005.
- Schnell, Martin W./Schneider, Werner/Kolbe, Harald (Hg.): Sterbewelten. Eine Ethnographie, Wiesbaden: Springer VS 2014.
- Staudacher, Diana: Sterben in einer „haltenden“ Umgebung, Wege zu einem erfahrungsnahen Verständnis von End of Life Care, in: Abt-Zegelin, Angelika/Arndt, Maria Benedicta/Baer, David/Müller-Mundt, Gabriele/Schärer-Santschi, Erika/Staudacher, Diana/Monteverde, Settimio/Steffen-Bürgi, Barbara/Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, Bern: Hogrefe ³2017 571–571.
- Van Hooft, Stan: The Meanings of Suffering, in: Hastings Center Report 28/5 (1998) 13–9.
- Voss, Ursula/Holzmann, Romain/Tuin, Inka/Hobson, Allan J.: Lucid Dreaming. A state of Consciousness with Features of both Waking and non-lucid Dreaming, in: Sleep 32/9 (2009) 1191–200.
- Waldrop, Deborah P./Kusmaul, Nancy: The Living-Dying Interval in Nursing Home-Based End-of-Life Care. Family Caregivers' Experiences, in: Journal of Gerontological Social Work 54/8 (2011) 768–87.
- Weiher, Erhard: Spirituelle Ressourcen der Patienten erschließen, in: Jahresheft Praxis Palliative Care 1/1 (2009) 22.
- White, Claire/McCann, Mary Ann/Jackson, Neil: First Do No Harm... Terminal Restlessness or Drug-Induced Delirium, in: Journal of Palliative Medicine 10/2 (2007) 345–51.
- Wittkowski, Joachim/Schröder, Christina (Hrsg.): Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008.
- Van Gennep, Arnold/Vizedom, Monika B./Caffee, Gabrielle L./Kimball, Solon T.: The Rites of Passage, Chicago: University of Chicago Press 2001.
- Yalom, Irvin D.: In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet, München: btb ²2008.

Philosophisch sorgen. Was wir von Epikur für die Sorge in der Gegenwart lernen können

Patrick Schuchter

Zusammenfassung

Was heißt „philosophisch“ sorgen? Warum überhaupt philosophisch sorgen? Aus welcher ethischen Quelle schöpft die Sorge angesichts der Spannungsfelder in der Gegenwart? Diese Fragen stehen im Hintergrund des Beitrags. Die Sorge wird am Beispiel der Krankenpflege veranschaulicht.

Nach Charles Taylor ist eine „Quelle der Moral“ nicht einfach eine bloße Theorie oder abstrakte Konzeption des menschlichen Selbst, seiner sozialen Praktiken und gesellschaftlichen Organisationsweisen. Eine Quelle der Moral ist vielmehr eine Achtung gebietende und Leidenschaft entfaltende Erinnerung und Orientierung eines Ur- oder Vor-Bildes für eine wesentliche menschliche und soziale Praktik. Historisch war die Krankenpflege Gegenstand von zwei großen ethischen Quellen: der christlichen „Caritas“, welche die Sorge für andere als den wahren Gottesdienst auffasst, und von „Care“ als angeblich natürliche Aufgabe, Bestimmung und besondere Befähigung von Frauen im Rahmen der Arbeitsteilung der Geschlechter.

Der Kerngedanke, der im Vortrag entfaltet, befragt und zur Diskussion gestellt werden soll, lautet: Die antike (stoisch-epikureische) Ethik kann ebenfalls als eine bedeutsame ethische Quelle aufgefasst werden, um die „Kunst der Sorge“ – zu verstehen, zu motivieren und zu gestalten. Mit Rückgriff auf die empirische Ethik der Krankenpflege, soll die Bedeutung einer solchermaßen „philosophischen Sorge“ für die Praxis und im Kontext der Spannungsfelder zwischen ökonomisch-bürokratischen Imperativen und der existenziellen Logik des Helfens und Sich-Kümmerns ausgelotet werden.

Einleitung

Der Kerngedanke, der im folgenden Beitrag entfaltet, befragt und zur Diskussion gestellt werden soll, lautet: Die antike (epikureische) Ethik kann als eine bedeutsame *ethische Quelle* aufgefasst werden, um die *Kunst der Sorge* in der Gegenwart zu verstehen, zu motivieren und zu gestalten.

ge zu verstehen, zu motivieren und zu gestalten. Das soll hier mit Rückgriff auf die empirische Pflegeethik (vgl. v. a. Wettreck 2001) und auf eine Studie mit ehrenamtlichen Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeitern (Schuchter et al. 2018) illustriert werden. Dieser Rückgang in die antike Ethik erlaubt es uns, von einer *philosophischen Sorge* zu sprechen. Was hieße aber „philosophisch“ sorgen? Warum überhaupt philosophisch sorgen? Was ist das? Und: Brauchen wir das?

Wie kann man nur, mag man sich fragen, in einer Zeit, in der der Mensch zur Ware der Gesundheitsökonomie zu werden scheint, in der die bürokratischen Kontrollsysteme sich immer dichter um die Sorge-Arbeit schnüren, sich einen Ausflug in die philosophische Antike leisten? Müssten Handlungs- und Empörungsdruck nicht zu groß für solcherlei „philhellenistische“ Anwendungen sein?

Aber vielleicht ist es gerade hilfreich – hier und generell –, die Herausforderungen der Gegenwart nicht innerhalb eines allzu engen und allzu pragmatisch ausgerichteten Horizonts zu artikulieren. Manchmal lohnt es sich, einen größeren hermeneutischen Umweg zu gehen, um eine frische Unmittelbarkeit zu den gegenwärtigen Angelegenheiten zu erobern. Was sind die geistigen, moralischen, motivatorischen Grundlagen der Sorge in der Gegenwart? Dies ist übrigens nicht nur eine Frage an einen spezifischen Bereich unserer Gesellschaft. Es ist eine Frage für und an unsere Gesellschaft selbst, denn Sorge-Arbeit, lange unsichtbar gemacht im häuslichen Bereich, ist in ihrer gesellschaftlichen Bedeutung nicht angemessen anerkannt und organisiert.

1. Unbehagen an der Moderne

In seiner berühmt gewordenen Gesellschaftsdiagnose hat der kanadische Philosoph Charles Taylor unter anderem zweierlei „Unbehagen an der Moderne“ (Taylor 2014) festgestellt. Diese beziehen sich auf Errungenschaften moderner Gesellschaften, die stets davon bedroht sind, in ihre problematischen Kehrseiten abzugleiten. Neben dem modernen „Individualismus“ nennt Taylor insbesondere die „Vorherrschaft der instrumentellen Vernunft“.

Die *Errungenschaft* des Individualismus besteht im Schutz der individuellen Autonomie vor jeglicher (religiöser, politischer, medizinischer) Bevormundung, in der Wahrung der Freiheit des einzelnen Menschen, den eigenen Sinn zu suchen und das Leben gemäß dem eigenen Lebensgefühl und den eigenen Werten und Vorstellungen führen zu können.

Die *Abgleitung* des Individualismus, die uns Unbehagen machen kann oder sollte, sieht Taylor a) im *Verlust substantieller Beziehungen im öffentlichen Raum*.

chen (kommunalen) Leben bei gleichzeitiger Übersteigerung des autonomen Ichs oder der Intimität in Paarbeziehung und Familie, also in einer modernen Form der Isolation des Selbst und Isolation der Kernfamilie, b) in der Verkürzung des Autonomiegedanken auf Selbstverwirklichung im Sinne eines Anspruchs auf Umsetzung der eigenen Wünsche und Vorstellungen. In all dem sieht er eine Hauptgefahr des Individualismus im Verzicht darauf, die eigenen Interessen, Vorstellungen, Wünsche und Befürchtungen im Horizont tiefer, letzter Fragen, angesichts unserer historisch tradierten moralisch-geistigen Quellen und in Auseinandersetzungen mit anderen und den Perspektiven anderer zu stellen. Aus der Perspektive der Care-Ethik müssen wir hinzufügen, dass der Individualismus das Menschenbild verkürzt. Der Norm- und Ideal-Mensch ist der rationale Entscheider, männlich, westlich, weiß, geschäftsfähig und geschäftstüchtig. Die Lebensphasen und Situationen von Vulnerabilität, Abhängigkeit und potentieller sozialer Exklusion bleiben dabei außerhalb des Selbstbildes des autonomen Individuums – sie sind nicht anders denk- und fühlbar denn als Kränkung, Demütigung, Beschämung des „gesunden“ und „gelungenen“ Lebens.

Die Errungenschaft der instrumentellen (wissenschaftlichen, technischen, ökonomischen) Vernunft besteht seit den ersten Gedanken der Aufklärung darin, dass sie die Menschheit im Prinzip in die Lage versetzt hat, der Natur nicht mehr ausgeliefert zu sein, sondern in sie eingreifen zu können, um „die Lage der Menschheit zu verbessern“ (Francis Bacon, zit. in Taylor 2014, 116). Dazu müssen die Natur (auch die menschlich leibhafte und soziale Natur) und die Gesellschaft zum neutralen Gegenstand gemacht werden, ihre gesetzmäßigen Funktionszusammenhänge müssen begriffen werden, damit sie verändert werden können durch Technik bzw. gemäß den Gesetzen der Marktwirtschaft. Der aufgeklärte Mensch ist beispielsweise nicht mehr Opfer von Krankheiten, sondern kann sie mit den Mitteln moderner Medizin aktiv bekämpfen.

Die Abgleitungen sehen wir nach Taylor und so oder so wohlbekannt in den „unkontrollierten Auswüchsen der instrumentellen Vernunft“, etwa in den ökologischen Folgen der sogenannten „Beherrschung“ der Natur oder einer „Medizin, die den Patienten als Person außer Acht lässt“ (ebd. 118) oder in den ökologischen Folgen der Natur-„Beherrschung“. Das Absehen von der Person in der modernen Medizin ist dabei aber gerade keine Schwäche, sondern das Geheimnis ihrer Stärke. Effektivität und Effizienz modernder Gesundheits-Organisationen und -Professionen beruhen gerade darauf, dass sie allgemeine Regeln und Schemata des Handelns auf den Körper anwenden. Das Unbehagen stellt sich ein, sobald die instrumentelle Logik auf soziale, psychische, existentielle und spirituelle Prozesse übergreift.

Interessanterweise sieht Taylor – exemplarisch auf das Feld von Medizin und Pflege verweisend – eine Lösung für diese unbehaglichen Ambivalenzen der Moderne in einer „Ethik der Fürsorge“, durch die die „Technik begrenzt“ werden könne: „[...] das technisch, kalkulierende Denken sollte als seltene und bewundernswerte Leistung eines Wesens gelten, das im Medium einer ganz anderen Denkweise [nämlich einer Ethik der Sorge, ethics of care] lebt.“ (ebd. 119) Ähnliches können wir von einer möglichen Rahmung des Individualismus sagen: der Individualismus sollte als eine bewundernswerte Leistung eines Wesens und einer Gesellschaft gelten, die im Medium einer ganz anderen Denkweise lebt, nämlich im Modus der Anerkennung von *Relationalität* und von *Vulnerabilität*. Die Heroismen eines autonomen Ichs sind nicht das Andere, sondern ein Produkt der Verwiesenheit und des Empfangens des eigenen Lebens von anderen Menschen; das autonome Ich ist keine unverwundbare Burg, sondern im gesellschaftlichen Austausch, durch „Care“ geschützte und gestützte verwundbare Freiheit. Aus welcher Quelle der Moral speist sich nun aber eine solche „Ethik der Sorge“ – und was heißt das praktisch?

2. Die Quellen der Moral

Frei orientiert an Charles Taylor (2012) ist eine „Quelle der Moral“ nicht einfach eine bloße Theorie oder abstrakte Konzeption des menschlichen Selbst, seiner sozialen Praktiken und gesellschaftlichen Organisationsweisen. Eine Quelle der Moral ist vielmehr *eine Achtung gebietende und Leidenschaft entfaltende Erinnerung und Orientierung eines Ur- oder Vor-Bildes für eine wesentliche menschliche und soziale Praktik*.

Eine Quelle der Moral umfasst also: a) Erinnerung, Gedächtnis, Andenken; b) die Erinnerung dieser Quelle begründet Struktur und Logik einer wesentlichen menschlichen Praxis und drückt diese aus; c) diese Praktik ist solchermaßen *wesentlich*, dass sie mit dem Sinn der menschlichen Existenz zu tun hat. Sie ist nicht nur eine Praxis unter vielen, sondern zudem die symbolische Vergegenwärtigung dessen, was man alteuropäisch „die Wahrheit“ oder das „Gute“, gar „das Schöne“ nennt; d) diese Quelle berührt und erinnert die tiefsten Motivationen des Menschen und seinen existenziellen Standpunkt, e) weshalb eine Quelle der Moral auch eine Lebensform und eine Organisation des Sozialen begründet.

2.1 Die Quellen des Pflege-Ethos

Grob schematisiert und illustriert an der pflegerischen Sorge kann folgendes gesagt werden:

Historisch war die Krankenpflege Gegenstand von zwei großen ethischen Quellen: der christlichen „*Caritas*“, welche die Sorge für andere als den wahren Gottesdienst auffasst, und von „*Care*“ als angeblich natürliche Aufgabe, Bestimmung und besondere Befähigung von Frauen im Rahmen der Arbeitsteilung der Geschlechter.

Was die christliche Caritas betrifft, hat Silvia Käppeli, die Schweizer Pflegewissenschaftlerin, in ihrer historischen Studie „Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft“ minutiös und feingliedrig gezeigt, wie das „jüdisch-christliche Motiv vom mitleidenden Gott“ als Ur- und Vorbild in Haltung und Praxis für Pflegepersonen fungiert. Das religiöse Modell der Fürsorge bedeutet, in der Nachfolge Jesu Christi „bis hin zur Selbstopferung Nächstenliebe zu praktizieren“ (Käppeli 2004, 150). Zahlreiche Vorbilder frühchristlicher Gastfreundschaft und Barmherzigkeit wurden organisatorisch in die evangelische Mutterhausdiakonie oder die katholische Ordenskrankenpflege übersetzt. Käppeli zeigt außerdem, wie sich auch nach dem modernen Paradigmenwechsel hin zur Professionalisierung, Verwissenschaftlichung von Pflege im Kontext moderner Dienstleistungsorganisationen dieses Motiv in den Caring-Diskurs in den Pflegewissenschaften übersetzt.

Die zweite Quelle für diesen selben „Caring-Diskurs“ ist natürlich begründet in der traditionellen Rollenteilung zwischen Mann und Frau, in der Zuweisung von Care-Arbeit und der Zuschreibung von Care-Eigenschaften an Frauen, die ihrerseits in die – sich darüber hinaus entwickelnde, aber dennoch – für die Pflege so bedeutsame Care-Ethik eingeflossen sind (Schnabl 2005, Garrau/Le Goff 2010, Kohlen/Kumbruck 2008, Tronto 2015, Brugère 2017). Im „Care-Manifest“ heißt es zusammengefasst:

„Die Organisation von Care-Aufgaben spiegelt jedoch noch ihre historische Entstehung im 19. Jahrhundert. Care wurde ...“

- Frauen zugewiesen,
- abgewertet als ihre scheinbar natürliche Aufgabe,
- unsichtbar gemacht im privaten Raum der Familie oder
- unterfinanziert und semi-professionalisiert im sozialen Bereich organisiert.“
(Care-Manifest)

Lakonisch kommt das ideologische Ergebnis dieser Arbeitsteilung und Hierarchisierung der Geschlechter und ihrer angeblichen „Geschlechtscha-

raktere“ in den Worten eines sehr unmittelbaren Arztes um 1900 herum namens Pfeil Schneider, Krankenhaus Schönebeck zur „natürlichen“ Bestimmung der Geschlechter auf den Punkt:

„Der Mann ist Egoist und er soll es sein. Er hat sein eigenes Ich, seine Individualität scharf auszuprägen und zu behaupten. Die Frau ist dazu bestimmt, mit ihrer Person zurückzutreten, sich selbst zu vergessen, sich aufzuopfern für andere; ihr allein gebührt dafür auch die Palme der Selbstlosigkeit.“ (Pfeil Schneider, Arzt im Krankenhaus Schönebeck um 1900, zitiert in Schweikardt 2008, 182)

In beiden Fällen – Caritas und Care – ist die Pflege von Kranken und anderen Sorge-Tätigkeiten nicht eine Praxis neben anderen. Sie ist die Erfüllung des Wesens des Menschseins, der wahre Gottesdienst in einem Fall, die Erfüllung des wahren Frauseins im anderen. Die „Hingabe“ in Haltung und sozialer Organisation ist – idealtypisch gesprochen – in beiden Fällen „total“, insofern soziale Rolle und Person sowie auch Lebens- und Arbeitsort identisch sind: idealtypisch in der katholischen Ordenspflege als Nonne und in der Lebensform der Frau im Haushalt.

Organisatorisch und moralisch vollzog die Pflege im 19. Jahrhundert einen paradigmatischen Wandel – gewissermaßen von der Berufung zum Beruf und (ansatz- und schrittweise) von der unbezahlten häuslichen Sorge zur – zumindest auch – bezahlten Dienstleistung auf der Basis einer Berufsausbildung. Angesichts dieses Umbruchs (in unterschiedlichen Geschwindigkeiten) greift wiederum die Taylor’sche Gedankenfigur vom Unbehagen einer ansonsten als Errungenschaft geltenden Entwicklung – und dies nicht nur in der Retrospektive, sondern bereits für die Zeitgenossen, Beobachter und Protagonisten dieses Wandels.

2.2 Die „alte Teilnahme“ in der modernen Dienstleistungsgesellschaft?

Rudolf Virchow – der berühmte Pathologe und Sozialmediziner, war bestrebt, die Krankenpflege nach dem Vorbild Florence Nightingales in die Moderne zu übersetzen, sie zu professionalisieren, zu verwissenschaftlichen, sie nicht rein an Hingabe und Menschenliebe, sondern an Effektivität und Effizienz zu messen und zu orientieren – alles in allem die Pflege zu „verbürgerlichen“, einen bezahlten Dienstleistungsberuf daraus zu machen. Er hat in einer kleinen Rede in Berlin im Jahre 1866 hellsichtig die damit verbundene Krise der Quellen der Moral in Bezug auf die Krankenpflege gespürt – und eine wesentliche Frage gestellt, vor der wir letztlich immer noch stehen:

„Aber an die vollbrachte Leistung schließt sich bei dem Krankenpfleger, wenigstens im Hospitale, sofort der Anspruch auf neue Leistung. Ein Kranker liegt neben dem anderen; scheidet der eine, so tritt ein anderer an seine Stelle. Von Tag zu Tag, von Woche zu Woche, von Jahr zu Jahr, immer wieder dieselbe Arbeit, nur immer an neuen Personen. Das ermüdet den Pflegern die Gewohnheit, leiden zu sehen, schwächt den Eifer und das Pflichtgefühl. Es bedarf besonderer Reize, um die alte Teilnahme wach zu erhalten. Woher soll sie entnommen werden? Von der Religion? Von der Aussicht auf äußerer Lohn? Wir stehen hier an dem schwierigen Punkte, an welchem sich die Wege der kirchlichen und der bürgerlichen Krankenpflege scheiden, und gestehen wir es, in welchem eine ganz befriedigende Lösung noch nicht gefunden ist.“ (Rudolf Virchow, Über Hospitäler und Lazarette, zitiert in Schweikardt 2008, 78)

Die Virchow'sche Frage ist: Wie können wir die „alte Teilnahme“ unter Bedingungen der Moderne, unter der Regentschaft der instrumentellen Vernunft und der Einbettung pflegerischer Sorge in den Organisations- und Sinnzusammenhang der Erwerbsarbeit und des Berufslebens (vgl. Wettreck 2001, 174) dennoch lebendig halten? Nicht Gebet, Haltung, Hingabe zählen, sondern Effektivität und Effizienz der erbrachten Leistung; nicht die unbezahlte und unbezahlbare Hingabe der „guten Mutter“ (die nichts als Mutter ist und auch nichts wissen muss, dafür aber lieben und dienen) wird gefordert, sondern ein in einer Ausbildung erworbenes Wissen, das zur Ausübung eines (wenn auch mäßig) bezahlten Berufs führt.

Wie können wir also einerseits diese Qualitäten (die femininen und die spirituellen) in ihrer ethischen Stärke und Kraft „retten“, aber andererseits auch ihre *Rationalität* entschlüsseln und sie weder rein „naturalisieren“ und sie in die Stummheit des Privaten jenseits der öffentlichen Angelegenheiten einsperren noch sie rein „spiritualisieren“ in einer nicht minder schweigenden Demut und Transzendenz der Sorge, die letztlich nicht von dieser Welt ist.

Wie aber sollen wir als Gesellschaft *aus der Sache selbst* (des Helfens, der Sorge) *rational lernen*, wenn tief und kaum bewusst ins historische Gedächtnis eingeschrieben ist, dass die Qualitäten und Logiken der Sorge allein Frucht schweigend-dienender Demut sind, geschenkt und verliehen von der Natur oder dem Glaubensgehorsam?

Es geht dabei nicht um die Konkurrenz von Ideologien oder spirituellen Einstellungen. Sondern es geht darum, *aus der Erfahrung und der Logik der Sorge selbst* die Qualitäten von Care und Caritas a) zu verstehen und b) diese unter den Bedingungen moderner Organisationen und Dienstleistungs-

berufen zu wahren, zu kultivieren, zu organisieren und (modifiziert) weiter zu tragen.

Welche Eigenschaften sind das, ein wenig zugespitzt und auf den Punkt gebracht? Die Erbschaft der religiösen Sorge könnten wir die *Transzendenz des Sorgens* nennen. In seiner empirischen Pflegeethik schreibt Rainer Wettreck an die religiöse Tradition erinnernd: „Das dienende, demütige Sich-Einlassen auf das Erleben und Leiden von Kranken wird [zu einem spirituellen] Erkenntnis- und Heilsweg“. In einem gewissen Sinn gilt auch heute noch, dass die Fürsorge zu einer „Teilnahme an einer anderen Sicht der Dinge, die als tiefer, wahrer und legitimer als das Alltagsleben der gesunden Gesellschaft angesehen wird“ führt (Wettreck 2001, 170). Als Frage formuliert: Gibt es ein transzendentes, spirituelles Moment der Sorge? An welchem Punkt kann dieses transzendentale Moment ausgemacht werden?

Was die Erbschaft (der ideologischen Konstruktion) des „weiblichen Geschlechtscharakters“ betrifft, hat Herbert Marcuse in der Tradition der kritischen Theorie die Utopie einer „androgynen Gesellschaft“ (Marcuse 2002) entworfen – einer Gesellschaft, in der Mann und Frau nicht nur gleichberechtigt leben und die typischen gender-spezifischen Zuschreibungen und praktischen Zuweisungen von Orten und Aufgaben „aufgehoben“ sind, sondern einer Gesellschaft, in der die ins Private und den Haushalt verbannte Sorge-Arbeit von Frauen mit den entsprechenden Tugenden, der entsprechenden Klugheit (*phronesis*) und Organisation des gesamten Lebens „zu gesellschaftlichen Qualitäten werden [bestimmend in der Gesellschaft als ganzer]“ – als Antithese zum ökonomischen Leistungsprinzip, der Herrschaft funktionaler Rationalität und kompetitiver Aggression. „Wenn“, so weiter Marcuse, „die feministischen Qualitäten [also Care-Qualitäten, die er als „kreative Rezeptivität“ beschreibt] in die Infrastruktur der Gesellschaft als ganze eingehen, hören sie auf spezifisch feminine zu sein“ (Marcuse 2002, 417 und 419). Wiederum als Frage formuliert: Welche gesellschaftliche Lebens- und Lernform ist es aber, die dazu führen kann, dass Care-Qualitäten zu gesellschaftlichen Qualitäten werden?

Man mag nun, wenn hier Epikur ins Spiel gebracht werden soll, fragen: Warum sollte der Vertreter einer letztlich sehr männlich geprägten Philosophietradition geeignet sein, spezifisch weibliche Erfahrungs- und Wissenswelten zu erschließen? Warum sollte ausgerechnet einer der frühen Begründer des Hedonismus und des Lust-Kalküls einer exzessiv gewordenen ökonomischen Rationalität, die nicht zuletzt auf utilitaristische Prämissen beruht, etwas entgegensetzen können? Warum sollte einer, von dem die Aussagen überliefert sind, er spucke auf Religion und Tugend, gerade dafür herhalten, diese Qualitäten in der Pflege zu rekonstruieren? Warum sollte alles in allem einer der Hauptvertreter, wie Michel Foucault sagen

würde: des „Goldenen Zeitalter der Sorge um *sich*“ uns die Schlüssel für die *Sorge um andere* Hand geben? Warum sollte der Philosoph, der den Beginn der Freundschaft im Vertrag und ihren Sinn im Nutzen sieht, uns über die Sorge-Beziehung, die zumindest etwas mehr Hingabe verlangt, belehren können?

Abgesehen davon, dass hier historisch viel auf Missverständnissen beruht, lässt sich an einigen Punkten doch ausmachen, welche fruchtbaren Impulse von der philosophischen, insbesondere der antik-philosophischen Tradition ausgehen für die Sorgekunst in der Gegenwart. Diese können ein „philosophisches Sorgen“ begründen. Konkret sind es die epikureischen Vorstellungen Begriffe von: Lust, Freundschaft und des spezifischen Paradigmas des Philosophierens selbst, die eine inspirierende Spur legen.

3. Der Lustbegriff Epikurs – Sinn und Ziel der Sorge

Epikur versteht unter „Lust“ bekanntlich gerade ja keine exquisiten Genüsse, herausstechende sinnliche Erlebnisse oder sinnlich-seelische Höchstzustände, sondern definiert sie negativ als *Abwesenheit von Schmerz* (sowohl des Körpers als auch der Seele). Frei von Schmerz sind wir, wenn unsere elementaren Bedürfnisse befriedigt werden.

„Die Stimme des Fleisches: Nicht hungrern, keinen Durst haben, nicht frieren“, lautet eine Sentenz Epikurs, denn wer dies besitzt, könne „sogar Zeus die Glückseligkeit streitig machen“ (VS 33). Warum aber kann Epikur die Befriedigung dieser elementaren Bedürfnisse, die wir für gewöhnlich als Voraussetzungen oder Minimalbedingungen für ein *gutes* Leben ansehen, zu göttlicher Lust hochstilisieren?

Der zentrale Gedanke in der Lehre von der „zuständlichen“ Lust (im Gegensatz zur kinetischen) ist: Wir müssen nämlich nach Epikur Lust nicht durch ein Streben und ein Tun erst erreichen, sondern wir leben *immer schon* in der Lust, die Lust, auf die Epikur hinweisen will, ist die Wirklichkeit, in der wir je schon existieren. Wir müssen Lust nicht herstellen, sondern lernen, die immer gegenwärtige Lust wahrzunehmen – und diese sei die höchste und menschlichste Lust. Epikur meint damit *die Lust, am Leben zu sein*.

Pierre Hadot (1999) weist darauf hin, dass Epikur hier vermutlich einen Gedanken von Aristoteles aus der Nikomachischen Ethik aufgreift. Das, was Epikur Lust nennt, ist in den Worten Aristoteles erreicht,

„wenn der Sehende sich des Sehens, der Hörende sich des Hörens, der Gehende sich des Gehens bewusst ist und wenn es bei den anderen

Funktionen in gleicher Weise eine Empfindung davon gibt, dass wir die Funktion ausüben, so dass uns also eine Empfindung des Empfindungsvorgangs und ein Denken des Denkvorgangs gegeben ist, und wenn die Tatsache des Empfindens oder Denkens uns auch *die Tatsache unseres Daseins vermittelt.*“ (NE IX, 1170b1)

Um im Existenzgefühl zu leben, sind zwei Dinge wichtig, die weniger über eine herstellende Anstrengung als über negativ, reduktiven Weg erreicht werden. Es ist notwendig a), die stärksten Schmerzen und Leiden aufzuheben oder zu lindern und b) die Befriedigung unserer Bedürfnisse *auf ein Minimum zu reduzieren*, damit das Gefühl der reinen Existenz all unser Tun und Erfahren begleiten kann und nicht von leerem Begehrten und übertriebenen Fantasien und Befürchtungen, die Lärm und Struktur der Gesellschaft erzeugen, verdeckt wird.

„Dank an die glückliche Natur, weil sie das Notwendige leicht zugänglich und das schwer Zugängliche nicht notwendig gemacht hat.“ (F 90)

Der Schlüssel zur Lebenskunst Epikurs ist nicht die *meditatio mortis*, wie bei den Stoikern oder auch bei Heidegger, sondern die Meditation der Dankbarkeit für die Existenz, eine Ethik der, wenn man so will, Geburtlichkeit, nicht der Sterblichkeit. Auf das Entwerfen des Seins-zum-Tode antwortet die Erinnerung an das Empfangen des Lebens. Das Sein wird weniger in der Angst als vielmehr in der Vertrautheit mit dem Sein offenbart.

3.1 Sorge: Erhalten des Lebens und Offenbarung des Lebens

Die entscheidende (epikureische) Beobachtung für uns ist die folgende: der Akt der Sorge und des Pflegens (der Sorge um sich oder andere) hat, wie das Leben, zwei Ebenen, von denen die eine ständig Gefahr läuft, vergessen und verschleiert zu werden (vor allem unter der Herrschaft der instrumentellen Vernunft). Man kann die eine Ebene die Ebene des *instrumentellen Handelns* nennen mit der Betonung des Nutzens im gewöhnlichen Sinn – instrumentell ist der Zusammenhang eines „um-zu“: Wir essen, um zu leben, wir schlafen, um zu regenerieren, wir schützen uns vor Kälte, damit der Körper den Stoffwechsel aufrecht erhalten kann usw. Die Akte der Sorge und des Pflegens zielen darauf ab, *das Leben zu erhalten und zu reparieren* (gemäß der berühmten Definition von Tronto/Fisher, vgl. Tronto 2015, 3f.)

Gleichzeitig ist die Beziehung des Lebens zum Leben nicht nur eine instrumentelle, nicht nur eine des „um-zu“, sondern der Stoff des Lebens

selbst besteht aus Essen, Schlafen, Sich-Wärmen, sich dabei zu fühlen, wie wir tun, wahrnehmen, denken. Wie Emmanuel Lévinas meint, sind die Dinge stets mehr als das strikt Notwendige, sie sind die Gnade des Lebens.

„Die nackte Tatsache des Lebens ist niemals nackt. Das Leben ist nicht nackter Seinswille [...]. Das Leben ist Liebe des Lebens, Beziehung zu Inhalten, die nicht mein Sein sind, sondern teurer als mein Sein: denken, essen, schlafen, lesen, arbeiten, sich an der Sonne wärmen.“ (Emmanuel Lévinas, zit. in Gondek/Tengelyi 2011, 127)

Sorgen, Pflegen ist dann aber mehr als nur „das Leben erhalten“, mehr als „Bedürfnisse zu befriedigen“. Pflegen und Sorgen ist *Offenbarung* des Lebens – in der Form der Lust an den elementaren Empfindungen.

Das Ziel der Sorge/Pflege ist nur auf einer Ebene die Befriedigung von Bedürfnissen und das Lindern von Gesundheitsproblemen, auf einer zweiten Ebene ist Sorge um die elementaren Lebensregungen die Entdeckung und die Dankbarkeit für das *Dass* der Existenz, für die Teilhabe am Sein.

Für die Ethik der Sorge und der Pflege ist das eine nicht unbedeutende Perspektive, denn gerade in der Erfahrung des Krankseins, im Stoßen an die Grenzen der Endlichkeit, angesichts des Sterbens, generell in der „Grenzsituation“, kann das Existenzgefühl wiederentdeckt werden. Die Lust zu existieren, die dem gesunden Menschen verborgen bleibt, kann sich gerade in der Reduktion der Kapazitäten zu handeln und zu sein offenbaren.

Ist es nicht manchmal eine Erfahrung in schwerer Krankheit, dass beispielsweise ein paar Meter (vom Bett zur Toilette) endlich wieder einmal ohne Atemnot bewältigen zu können, uns die Tatsache des Atmens selbst in einer solch lustvollen und befreienden Weise zu vermitteln vermag, dass wir dafür dankbar sind – während in gesunden Tagen wir die Tatsache des Atmens selbst in unseren Aktivitäten überspringen? Oder kommen uns beispielsweise nicht nach einem langen Aufenthalt im Krankenbett, im sterilen Weiß des Krankenhauses, der schwankungslosen Belüftung durch Klimaanlagen, die erste frische Luft, der erste Sonnenstrahl und das erste Zwitschern der Vögel vor wie das Paradies selbst? Sind nicht nach einer langen und schweren Krankheit des Darms, ja auch nur nach einem etwas ordentlicheren Durchfall oder einer kleinen Lebensmittelvergiftung der erste wohlgeformte Stuhlgang und die vertrauten Bewegungen und Geräusche des Darms so etwas wie die Gnade selbst? Oder der Geschmack von einem Stückchen Brot mit Butter nach einer langen Nahrungskarenz ein Festmahl von einer anderen Ordnung, an die kein gewöhnliches Festmahl heranreichen kann?

Nennen wir diese zweite Ebene der Sorgekunst und des Lebens die *symbolische* (wobei die symbolische Dimension der Sorge je nach Vorliebe mit philosophischen, spirituellen, religiösen, ethischen, esoterischen Begriffen und Vorstellungen gefüllt wird). „Symbol“ soll hier im ganz einfachen Sinn des Begriffs verstanden werden, dass etwas konkret Sichtbares (Ding, Aktivität, eine Erfahrung, ein Sein-in-der Welt) auf etwas verweist, das universeller und weniger sicht-, fühl- und greifbarer (und dennoch in einem gewissen Sinn bedeutsamer und „wirklicher“) ist: die Sichtbarkeit der Welt, das Existenzgefühl, das Staunen, die Teilhabe am Sein, das Sein-der-Welt selbst. Vielleicht so ähnlich, wie ein Kunstwerk natürlich etwas Konkretes repräsentiert, ein Lebensfragment, aber uns gleichzeitig die Tiefe des Lebens insgesamt spüren lässt, in seiner universellen Tragweite. Dies verweist uns in die Sphären der Religion und der Kunst.

3.2 Staunen, Dankbarkeit und Schönheit – das epikureische Lebensgefühl

Die Einstellung des Existenzgefühls: also letztlich dazu, dass etwas existiert und nicht vielmehr nicht(s), ist das *Staunen*. „Wer staunt, ist [...] vom Faktum des Seins, d. i. davon ergriffen, dass solches überhaupt möglich ist – dass sich etwas überhaupt zeigt, und in der Weise zeigt [...]. Was staunen lässt, ist dieses ‚es gibt‘“ (Pöltner 2008, 253)

Günter Pöltner zeigt in einer kleinen Phänomenologie des Staunens (als ethisch-ästhetischem Gefühl), wie das Lebensgefühl aus dem Staunen heraus als elementare Erfahrung von Schönheit verstanden werden kann: „In der Schönheit kommt das Sosein und Dass-sein eines Seienden zum Vorschein, das staunenerregende Faktum seines Seins tritt hervor. ‚Schön‘ ist der Name für eine Sache im Wie ihres Offenbarseins“ (Pöltner 2008, 237). Die Erfahrung von Schönheit, das Staunen im Existenzgefühl beglückt und bereichert, weil das angeblich Selbstverständliche zunächst als Unverständliches und schließlich „als Gabe“ (ebd., 247) erfahren wird.

Wir können von einem Vorrang des *Dass* über das *Was* sprechen, wobei wir in der Regel, beschäftigt mit den zu besorgenden Washeiten des Lebens in der Welt, die pure Dassheit des In-der-Welt-Seins selbst je-schon übersprungen oder vergessen haben.

Das epikureische Lebensgefühl besteht darin, sich auch im Widrigen immer wieder mit dem bloßen Sein des Lebens und der Dinge zu verbinden und zu verbünden. So lange ein Hauch Leben in uns steckt, gibt es diese Verbindung. Die Elemente des Existenzgefühls sind das Staunen, Dankbarkeit, Bejahung, Seinsvertrauen und eine Erfahrung von elementarer Schönheit.

Robert Spaemann hat es klar gesehen: Epikur macht aus der Dankbarkeit für das Leben-Dürfen und dem Staunen eine philosophische Lebenslehre (Spaemann 2014, 177). Aber dieses Staunen ist in der Struktur der Erfahrung der Anfang von: „Religion“:

Ziel und Logik der *instrumentellen Vernunft* ist „Kontingenzbeseitigung, Zurückführung des Unbekannten aufs Bekannte, des Neuen aufs Alte, der Tatsachen auf Gesetze und elementare Tatsachen. Staunen ist für sie nur der Anfang eines Prozesses der Trivialisierung. Religion hingegen [hören wir: Spiritualität oder die symbolische Dimension] ist Enttrivialisierung, Steigerung der Kontingenzerfahrung, Aktivierung des Staunens, sogar mit Bezug auf das Selbstverständliche [...]. Weckung des Sinns für das ‚Wunderbare‘, für das ‚Geheimnis‘“ (Spaemann 2014, 109f.).

Im spirituellen Staunen wird das „Leben-Dürfen [...] dankbar erfahren. Epikur hat eine Kunstlehre daraus gemacht“ (Spaemann 2014, 177).

4. Sorgekunst – die Vielschichtigkeit pflegerischen Handelns

Im Bereich der Krankenpflege kann man die Koexistenz und die Verschränkung der Sorge als Antwort auf Bedürfnisse einerseits und als symbolische Erfahrung andererseits gar nicht genug betonen. Alles hängt davon ab, auf beiden Ebenen (der instrumentellen, der symbolischen) *im selben Akt* wahrzunehmen und zu handeln.

Machen wir das an einem konkreten Beispiel fest. Denken wir an die Situation, in der jemand seine Ausscheidungen im Bett verrichten muss. Ich befnde mich in einem Zustand, in dem ich nie sein wollte: krank, abhängig, nackt. Ich muss mich an den intimsten Stellen des Körpers berühren lassen, meinen Stuhlgang im Beisein eines anderen Menschen verrichten. Das ist kränkend, potenziell demütigend. Aber hier geschieht etwas Erstaunliches. Der Sorgekunst von Pflegepersonen (und -teams) gelingt es – gar nicht so selten, was noch erstaunlicher ist –, solche Situationen „zu drehen“: mit pragmatischer Natürlichkeit, etwas Humor, dem Versuch, „den Ton zu treffen“, zur Person Zugang zu finden und dergleichen.

Das sind *keine anderen* Tätigkeiten als das Unterstützen und das Hantieren mit dem Duschstuhl, sondern es sind Gesten *bei* diesem Hantieren und das ganze *Wie* des Hantierens.

Dieses irgendwie auch alltägliche Phänomen verdient unsere ganze theoretische Aufmerksamkeit. Die Kunst der Pflege und der Sorge besteht bestimmt in einer sehr konkreten Hilfe, aber auch im Ermöglichen und

im Teilen einer Erfahrung mit einer symbolischen (spirituellen, ethischen, philosophischen) Qualität: nämlich in der *Erhebung über das Leiden* – ohne dass übrigens diese Leiden einfach verschwinden würde.

Das tiefere Ziel der Sorge ist es nicht nur, zu heilen und Gesundheitsprobleme zu bearbeiten, sondern zu *trösten*. Für die Pflege gilt das, was der Soziologe Arthur W. Frank von der Medizin sagt: dass nämlich die ursprüngliche Idee der Medizin es war, „mehr“ als nur Medizin zu sein. Die Idee der Pflege beinhaltet „mehr“ als nur Pflege. Was heißt dieses „Mehr“? Trost heißt nicht, dass das Leiden verschwindet, aber es heißt, dass das Leiden *am Leiden* verschwindet oder gelindert wird.

Das Entscheidende ist aber, dass uns die epikureische Reflexion zur symbolischen Dimension in der Sorge öffnet: Es gibt – gleichzeitig – den instrumentellen Akt, das Hantieren mit der Bettpfanne beispielsweise, aber es gibt auch den symbolischen Akt, dass die schwache und abhängige Person trotz allem erhobenen Hauptes existieren kann. In der instrumentellen Dimension werden die Vitalfunktionen erhalten, in der symbolischen erignet sich eine philosophische Lernerfahrung (in Wahrheit für beide Personen), etwa dass die Abhängigkeit und Angewiesenheit nicht das Gegenteil von Würde und Teilhabe an der Familie der Menschen sind; dass die Krankheit nicht das Gegenteil von Lust und Dankbarkeit für die Existenz ist, nicht dazu verdammt, das Leben gegen sich selbst zu richten. Pflege, als wahrhafte Sorge eröffnet die Möglichkeit einer neuen Selbstschätzung, einen transzendorrenden Einblick in das, was Leben heißt.

Jeglicher Akt der Sorge ist, sozusagen, *doppelt kodiert*. Die instrumentellen Verrichtungen sind in all dem übrigens oft schon übergegangen in die leibliche und einverlebte Routine der Pflegeperson. Ja, am Zenit der Pflegekunst könnte sogar gesagt werden, dass all diese einzelnen Pflegehandlungen nur Vehikel sind für den symbolischen Sinn des Trostes, der Würdigung, der Erhebung über das Leiden, die Offenbarung des In-der-Welt-Seins im Staunen vor den Lebensprozessen.

4.1 Die Existenzlust als Antwort auf Leiden und Schmerzen

Für Epikur ist übrigens die Lust an den elementaren Lebensempfindungen, also das Vermögen, die Lust am Leben zu sein und die Dankbarkeit dafür, das Trost- und Heilmittel gegen Schmerz, Angst und Wirrnisse der Seele schlechthin. Gegen zweierlei Verdeckungs- oder Zerstörungsformen ringt die philosophische Lebenskunst: einerseits gegen die *Verdeckung* und *leere Variation*, also die Hypertrophie der Bedürfnisse, des Begehrrens, der Glücksvorstellungen in materiellem Reichtum, hinsichtlich Ruhm und

Ehre, übertriebener Genussansprüche; andererseits gegen die *Minderung* des Daseins im Leiden, in Krankheit und Schmerz, in der Furcht vor dem Tod und in der Gewalt, die der Mensch vom Menschen erfährt.

Im Kontext von Krankheit und Leiden ist nun das Ziel der Sorge nicht einfach die Reparatur des Lebens, um dann wieder diese oder jene willkürlichen Ziele in der Welt verfolgen zu können, etwa für die Erwerbsarbeit wieder hergestellt zu sein, sondern das Ziel der Sorge ist es, das Schmerzende, das Leiden, das Demütigende und Kränkende gerade so weit aufzuheben, dass das Existenzgefühl, die Lust am Dasein empfunden werden kann.

Das heißt zunächst in Bezug auf körperlichen Schmerz, dass die schlimmsten körperlichen Schmerzen aufgehoben werden müssen für eine Freilegung der Lust (etwa mit medizinischen und pflegerischen Maßnahmen). Für Epikur war darüber hinaus die positive Lust in den einen Teilen des „Fleisches“ auch ein Mittel zur Kompensierung des Schmerzenden in anderen Teilen des „Fleisches“. So lange wir leben, überwiege die Lust im Körper bzw. die wahrnehmbaren Lustmöglichkeiten. Die Daseinslust nimmt weiter – auf der Ebene des psychischen Leidens – die *Angst* (vor dem Tod, den Göttern, der Zukunft) durch die Dankbarkeit für das Dasein und die Vertrautheit mit dem Leben. Eine freundschaftliche und nicht rein instrumentell orientierte Pflege oder Sorge hebt schließlich – auf der Ebene des sozialen Leidens – die Demütigung oder Kränkung der Angewiesenheit und der Schwäche auf. Nach Margalit (2012) gehören zur Erfahrung der Demütigung a) die Verletzung der Selbstachtung, also der Hass und die Zerstörung des Ichs, der eigenen Identität, b) das Gefühl des Ausgestoßenseins aus der „Familie der Menschen“, also die Zerstörung des sozialen Bandes und Vereinzelung des Ausgestoßenen, c) der Verlust der Kontrolle über das eigene Leben. Eine freundschaftliche, nicht rein instrumentell orientierte Sorge vermittelt in zahlreichen kleinen Gesten und fast wie beiläufig, dass trotz Krankheit, Abhängigkeit, Kontrollverlust und Beschädigung *die Person gesehen* wird in ihrer Individualität – und so der oder die Kranke *trotz und in allem* Lust und Dankbarkeit verspüren kann, ein Ich, sein eigenes Ich, zu sein – und so die Seele sich nicht gegen sich selbst richten muss, sich hassen, sich abhandenkommt, verzweifelt. An die Stelle der Demütigung und des Gefühls ausgeschlossen zu sein, tritt die Dankbarkeit für das reine Gefühl „Mensch unter Menschen“ zu sein; in all dem wird eine Art der „Kontrolle“ erfahren, die gerade nicht der Macht und der Anspannung des Ichs entspringt, sondern der Gelassenheit, der Vertrautheit mit den Dingen und der Erfahrung, dass ich die Kontrolle über mein eigenes Leben nicht alleine leisten muss. Wie bereits erwähnt, öffnet diese Lebenskunst des Staunens die Tore zu dem, was religiöse Erfahrung genannt

werden kann – und antwortet so auf den spirituellen Schmerz des Menschen.

4.2 Reduktion der Sorgekunst in Bürokratisierung, Technisierung, Ökonomisierung

Was in der Pflegedokumentation jedoch von alldem übrigbleibt ist ein Strich für den Stuhlgang. Das ist die Tragik: Die betriebswirtschaftlichen und pflegerischen Verwaltungs- und Kommunikationssysteme, egal welche: der Dokumentation, der Pflegeplanung, der Qualitätssteuerung, der Personalberechnung, der Zertifizierung, ja sogar die Gewohnheiten bezüglich dessen, was dominant bei Dienstübergaben usw. im Team mitgeteilt und besprochen wird – all das reduziert Pflege rein auf den instrumentellen Aspekt. Die Sorge ist damit in das technisch-ökonomische Paradigma von Planung und Kontrolle einer *effizienten* und *effektiven* Pflege eingefädelt. Eine noch tragischere Tragik besteht darin, dass die Pflegenden selbst in der Regel keine Sprache, vielleicht nicht einmal ein deutliches Bewusstsein von der Bedeutung der unsichtbaren, „informellen“ Aspekte ihres eigenen Tuns haben und nicht in der Lage sind, die Vielschichtigkeit der Sorge zu artikulieren, zu verteidigen, einzufordern. Im schlechtesten Falle werden sogar Gefühle, persönliche Erlebnisse, Fragen nach tieferen Bedeutungen – all das, was *Sorge-Wissen* und entsprechende Autorität begründen könnten – im Zuge einer historisch eingebütteten Selbstabwertung als „Gequassel“, Mangel an „Abgebrühtheit“, gar Mangel an „Professionalität“ abgetan.

In der *Ökonomisierung* ist der Reduktionismus von Sorge also augenscheinlich. Auch augenscheinlich ist dieser in der *Technisierung* von Sorge. Dabei ginge es gar nicht darum Ökonomie und Technik per se zu verdammen, die Kritik zugunsten einer umfassenden Sorge (in existenzieller Tiefe und sozialer Komplexität) bekommt so stets rasch den Anstrich eines rückwärtsgewandten Konservativismus. Aber es ist offensichtlich, dass *Ökonomen* und *Techniker*, die Planungsinstrumente und Roboter entwerfen, in der Regel kein komplexes Bild von Sorge haben oder haben müssen (auch beispielsweise nicht von der Situation pflegender Angehöriger oder von den echten Lebensempfindungen und Bedürfnissen alter Menschen – es reichen grob-schematische und klischeehafte Bilder, um einen Leistungskatalog oder Roboter und so weiter zu entwickeln, wofür erhebliche finanzielle Mittel aus Forschung und Industrie bereitgestellt werden).

Umgekehrt sind Pflegende aufgrund ihrer schwachen sozialen Stellung stets gezwungen, sich Logik und Praxis bürokratischer Dokumentations-

systeme und der letzten Produkte von Digitalisierung und Technisierung anzueignen, wodurch Eigensinn und Wissen ihrer Lebens- und Berufserfahrung verdeckt und zurückgedrängt werden (wobei diese ohnehin schon für die Pflegenden selbst schwer sicht- und artikulierbar sind). Sie werden laufend damit beschäftigt, das eigene Tun und Denken zu *Algorithmisieren* – ein subtiler, aber effektiver Machtmechanismus, den kaum jemand als solchen wahrnimmt. Was in Sorge-Welten geschieht ist ein Musterfall dessen, was bei Habermas „Kolonialisierung der Lebenswelt“ (Habermas 1995, 229–294) bezeichnet wird. Die Frage ist: Wie können wir ökonomische und technische Innovationen tatsächlich als Errungenschaften feiern? Eben erst dann, wenn sie nicht die Binnenlogik der Sorge (existenzielle Dimension, Beziehungskunst, soziale Verwobenheit, transzendierende Erfahrungen, Lebenswissen der Betroffenen und der Helfenden, Verallgemeinerung von Care-Qualitäten über Geschlechtszuordnungen hinaus usw.) zerstören, sondern dazu beitragen, diese zu schützen und zu bewahren, wenn sie als Errungenschaften eines erstaunlichen Wesens genutzt werden, das im Medium einer ganz anderen Lebensform lebt ...

In der *Care-Ökonomie* sind Versuche unternommen worden, die einseitig instrumentelle Konzeptualisierung von Sorge, wie sie in der dominanten und wirksamen Betriebswirtschaft im Gesundheitssektor herrschen, aufzudecken und Ansätze angemessener Konzepte dafür zu entwerfen (vgl. Madörin 2014, Jochimsen 2003). Bei Jochimsen (2003) heißt es etwa, dass eine „erfolgreiche Sorgesituation“ aus drei Komponenten bestehe: einer Arbeitskomponente, einer Ressourcenkomponente und einer Motivationskomponente (die vielleicht auch besser Beziehungskomponente heißt, um den relationalen Charakter von Sorge anzuzeigen, oder eben die symbolische Dimension von Sorge). In Systemen der Einzelleistungsverrechnung ist zum einen die Ressourcen- und Strukturgestaltung den Pflegenden in der Regel völlig entzogen (Gegenbewegung: das Buurtzorg-Modell, vgl. Leichsenring 2015), zum anderen bleibt die Beziehungskomponente und symbolische Dimension der Sorge gewissermaßen der persönlichen psychologischen Disposition überlassen oder jener der Kultur des Teams. Die „gute Sorge“ nährt sich noch in konfuser Weise von den normativen Überbleibseln der Caritas und der weiblichen Sorgewelten – wenngleich diese Bezüge natürlich in der Regel unbewusst sind und nicht explizit gemacht werden. Diese Herkunft des Care-Ethos bewirkt nicht nur, dass Pflege und Sorge generell eher schlecht bezahlt, durch Freiwilligkeit alimentiert werden, dass die Pflege sich nicht verteidigen kann und das auch nicht wagt. Sondern es bewirkt außerdem, dass die symbolische Dimension durch Naturalisierung und Spiritualisierung verdeckt und verschleiert bleibt. Das verhindert zu sehen und anzugehen, dass die Sorgekunst in ihrer ganzen

Tiefe gelernt, organisiert, kultiviert werden kann, dass es eine *Rationalität* der Sorge gibt und eine „aufgeklärte“ Form der „alten Teilnahme“, um Virchow zu zitieren (zit. in Schweikardt 2008, 78).

Wie sähe diese Praxis aus? Hier gibt uns der Epikureismus einen zweiten Hinweis.

5. Freundschaft nach Epikur – die Sorgebeziehung

In seiner Philosophie der Freundschaft hält Epikur ebenfalls die Dialektik zwischen instrumentellem Aspekt, der den Nutzen des Anderen Menschen für sich betont, und dem symbolischen Aspekt, der die erstaunliche Selbstzweckhaftigkeit des anderen Menschen sieht, durch. Auf der einen Seite stehen Formulierungen, wonach der blanke Nutzen und die Vertragsförmigkeit freundschaftlicher Beziehungen betont werden, auf der anderen heißt es aber auch, der weise Mensch lebe für Freundschaft, er opfere sich sogar für den anderen Menschen auf. Das wurde oft als Widerspruch im Konzept aufgefasst (L. Marcuse, 1972, vgl. Schuchter 2017). Dabei zeichnet Epikur einfach ein realistisches und gleichzeitig tiefgründiges Bild unserer menschlichen (freundschaftlichen) Beziehungen in ihrer Vielschichtigkeit und ihren dialektischen Verwicklungen.

5.1 Andenkend sorgen

Auch in den zwischenmenschlichen Beziehungen gilt nun der kategorische Imperativ epikureischer Lebenskunst, den wir ungefähr so ausdrücken können: *Das Staunen (Existenzgefühl, Lust am Dass der Dinge) muss all unser Tun und Leiden begleiten können* – also auch unsere Beziehungen. Auch angesichts von Freundschaft und von Beziehungen stellt Epikur, ganz in Kohärenz zur Grundidee seiner Philosophie, die Qualität des Dass über die Qualitäten von konkreten Was-Heiten. Damit wird aber *das Staunen* zum zentralen ethischen Gefühl, das die Verbindung und Brücke zum anderen Menschen knüpft – nicht andere Gefühle wie z. B. das Mitleiden oder Mitgefühl; nicht eine eher kognitive Empathie.

Was heißt das? Die zentrale Intuition können wir in einer kleinen Sennenz Epikurs – pars pro toto – finden, da heißt es:

„Wir wollen mit unseren Freunden mitempfinden, nicht indem wir jammern, sondern indem wir für sie andenkend-sorgen.“ (VS 66, Hervorhebung und Modifikation der Übersetzung P. Schuchter.)

Der Ausdruck „andenkend-sorgen“ ist der Schlüssel für unsere Frage, aber gleichzeitig auch eine Kombination von Divergenzen in den verschiedenen Übersetzungen. Während die einen die Stelle in dem Sinne übersetzen, dass wir uns um unsere Freunde „kümmern“ oder „sorgen“ sollen, bezieht sich u. a. Rist (1980) auf dieselbe Stelle, deutet und übersetzt aber anders, wenn er schreibt, das Mit-Gefühl für unsere Freunde in Not sei am besten ausgedrückt nicht durch Klagen, sondern durch Denken (*reflection*). Die Wurzel dieses Übersetzungs-Glückfalls ist das Verb *phrontizein*, das in beide Bedeutungsfelder weist. Zum einen heißt es, darauf bedacht sein, etwas bedenken, auf etwas sinnen. Über den gemeinsamen Stamm *phren* ist das Verb verwandt mit der *phronesis*, der praktischen Weisheit, Klugheit. Zum anderen heißt es eben auch: für etwas Sorge tragen, sich kümmern. Das griechische Denken – und Epikur hier ganz explizit – sieht einen engen Zusammenhang der Sorge mit dem Denken und der Weisheit.

Wir können also einerseits – mit Akzent auf das Sich-Kümmern – an die verschiedenen Weisen denken, wie Freunde und Freundinnen einander unterstützen, füreinander da sind, sich mit Gütern und Hilfeleistungen versorgen, Sicherheit verschaffen. Andererseits reagieren wir, wenn eine Freundin in Not ist, mit denkender Sorge und zwar in Form eines Denkens, das uns die Andere angelegen sein lässt, indem sie Eingang in unser Gedächtnis findet.

Wieder hilft der Rückgriff auf Aristoteles, die Grundgedanken Epikurs zu vertiefen. Im Anschluss an die Stelle, wo Aristoteles epikureisch *avant la lettre* von der Selbstempfindung des Lebens spricht, äußert er einen zutiefst hermeneutischen Gedanken, wonach *wir leichter den anderen als uns selbst und leichter dessen Handlungen ins volle Bewusstsein heben können als die eigenen* (1169b 29ff.).

Das hieße so viel wie: Der Selbstgenuss des Lebens ist angewiesen auf den Umweg der Selbsterkenntnis über Anteilnahme und das Betrachten des Lebens des anderen Menschen. Die Seele müsse in eine andere Seele blicken, um sich selbst zu erkennen, lässt Platon Sokrates im *Alkibiades* (133b) sagen. Die Seele muss eine andere Seele betrachten, um sich selbst vollendet lustvoll empfinden zu können, müssen wir dementsprechend mit Epikur sagen.

Die höchste Form von Lust – und das heißt epikureisch stets: Abwesenheit von Schmerz und Unruhe der Seele – wäre also nur dann erreichbar, wenn wir das lustvolle Tätigsein von Freunden und Freundinnen betrachten können, also die Abwesenheit von Schmerz in ihrem Körper und das Freisein von Unruhe in ihrer Seele. Erst die Sorge für andere, für deren Lust, für die Aufhebung des Schmerzenden, vollendet die eigene Lust und Selbstempfindung.

5.2 Gabe und Gegen-Gabe in der Sorge-Beziehung

Das Existenzgefühl vollendet sich in der Fürsorge. Gerade der *leidende* Anderen vermittelt mir das Bewusstsein von dem, was es heißt, am Leben zu sein und das Leben zu empfinden. Die Leidenden und Sterbenden werden in diesem Sinn zu den Lehrmeisterinnen der Lebenden – eine in der Hospizliteratur seit Elisabeth Kübler-Ross weit verbreitete Einsicht (vgl. Heller et al. 2013 und Begemann 2006). Ganz analog – wenn auch ohne Bezug zu Epikur – sieht es etwa Paul Ricoeur, der die Bewegung der Fürsorge ebenfalls nicht in asymmetrischer Einsinnigkeit beendet sieht, sondern erst im Ringen um Gleichheit in einer Situation anfänglicher Asymmetrie oder Ungleichheit (vgl. Ricoeur 2005, 234).

„Denn vom leidenden Anderen geht ein Geben aus, das eben nicht mehr aus seinem Vermögen zu handeln und zu existieren schöpft. [...] Ein an die Verletzlichkeit seiner Sterblichkeit erinnertes Selbst kann von der Schwachheit des Freundes mehr empfangen, als es ihm gibt, indem es aus seinen eigenen Kraftreserven schöpft.“ (Ricoeur 2005, 232f.)

Die Fürsorge wäre also begleitet von einer unbezahlbaren existenziellen Gegengabe, die nicht der Logik der Berechnung und des Tausches unterliegt. Die Bedeutung dieser Logik des personalen Gabe-Tausches kann für die Praxis von Pflege und Sterbebegleitung eigentlich nicht überschätzt werden. Epikurs Freundschaftsverständnis öffnet den Weg zum Verständnis dieser doppelbödigen Beziehung in der Sorge um andere. Wenn die instrumentelle Dimension asymmetrisch ist (und deshalb als reine Dienstleistung organisiert werden kann), so ist also die symbolische Dimension – in einem bestimmten Sinn – reziprok.

Dafür muss aber eine Pflegeperson bereit sein, sich *erstaunen* zu lassen, sich zu denken geben zu lassen (also, wie es auch heißt, „mit leeren Händen“ ins Zimmer gehen). Damit es diese Bewegung des symbolischen Tauschs geben kann, muss die pflegende Person sich riskieren. Die empirische Pflegeethik zeigt, wie Pflegepersonen auf der Höhe der Sorgekunst die rein professionelle Einstellung in eine existenzielle transformieren (Wettreck 2001). Was investiert, was *gibt* die Krankenpflegerin? Es sind zunächst Gaben in dem einigermaßen präzisen Wortsinn, dass diese weder im Dienstvertrag noch in den guten Sitten festgeschrieben und deshalb sozial erwartet werden könnten. Dennoch ist die Sorgekunst weder vollständig noch befriedigend ohne diese Gaben. Die Sorge-Praxis ist von diesem unlösablen Widerspruch in der Moderne geprägt, dass die *persönliche Investition*

tition notwendiger Teil des Care-Ethos ist, aber niemals im Dienstleistungsparadigma Gegenstand sozialer Erwartung werden könnte.

Was geben Krankenschwestern oder Krankenpfleger? Sie geben nicht dieses oder jenes, sondern *sie geben sich selbst über das Vehikel von etwas* (Dienst, Geste). Aber das sind keine ethischen Heroismen, sondern es geht um etwas durch und durch Epikureisches, also Schlichtes: der Pfleger oder die Krankenschwester gibt die Normalität des täglichen Lebens, verzichtet auf den professionellen Tonfall, erläutert die Prozeduren vielleicht etwas genauer, teilt Erinnerungen, erzählt von den Kindern und vom Urlaub, fragt danach ... Die empirische Pflegeethik spricht vom „*little extra*“ (Arman/Rehnsfeldt 2007), von der „Alltäglichkeit als geteilter Menschlichkeit“ (B. Taylor 2010, 93) oder auch von „*going the extra mile*“ (Fosbinder 1994) – in Summe alles Zeichen, dass der andere Mensch in seiner Individualität irgendwie gesehen wird. Zeichen, die, damit sie funktionieren, diskret bleiben müssen (aber dennoch oder gerade deswegen Aufwand bedeuten).

Jeder „*health professional*“, der die Unmittelbarkeit von (phänomenologischer) Erfahrung nicht unter einer Schicht von Professionalität, operativer Hektik, verdinglichender Fachsprache zugedeckt hat (oder dazu unter dem Druck der Bedingungen gezwungen wurde), kennt das Gefühl – oder hätte zumindest Zugang dazu – des Erstaunens als eine Bewegtheit der Seele in „Begegnung in der Grenzsituation“. Das kleine, oft kaum merkliche Durchatmen vor dem Öffnen und jenes nach dem Schließen der Türe zum Patientenzimmer ist oft so ein philosophischer Moment (Staunen: *thaumazein*). Die Kurzformel für die philosophische Anteilnahme am anderen Menschen in der philosophischen Sorge lautet: *Wer oder was mich erstaunt, gibt mir zu denken*, er oder es gibt sich als ein Geheimnis und Mysterium, das ich andenkend bewahren will und darüber nachdenken – ohne dass der Geheimnischarakter verloren ginge.

6. Die Gaben der Sterbenden: der symbolische Tausch in der ehrenamtlichen Hospizarbeit

Es ist das Besondere ehrenamtlicher Begleitung, dass hier die Sorge in ihrer beinahe rein symbolischen Substanz zum Vorschein kommt. Die instrumentelle Interaktion geht oft gegen Null und lässt die Beziehung selbst (Schenken von Zeit, Gehör, Gegenwart, Aufmerksamkeit, „Da-Sein“ ...) zum Vorschein kommen. In der Pflege dominiert oft umgekehrt – unter dem Druck der Bedingungen und des Notwendigen – die Arbeit im „Instrumentellen“ und der symbolische Sinn der Beziehung bleibt oft impli-

zit, unsichtbar, vermittelt über konkrete Tätigkeiten wie Ankleiden, Blutabnehmen usw. oder geht ganz unter.

Eine Bestätigung oder Illustration des symbolischen Gabentausches konnten wir kürzlich aus eigener empirischer Forschung lernen (Schuchter et al. 2018). Wir wollten die Erfahrungen und die daraus resultierenden Einsichten für die Lebenskunst von ehrenamtlichen HospizmitarbeiterInnen erforschen. Dafür sammelten wir rund 280 Geschichten von ehrenamtlichen HospizmitarbeiterInnen und erzählten und diskutierten einige davon in 14 Gruppengesprächen.

Es fällt dabei unter anderem auf, dass Aussagen zu Geben und Empfangen (wie „beschenkt werden“ oder „Zeit schenken“ u. dgl.) breiten Raum einnehmen. Auf den Charakter des Beschenktwerdens verweist auch – das keineswegs floskelhafte und immer wieder auftauchende – Wörtchen „dürfen“: Ich *durfte* begleiten, ich *durfte* wiederkommen, ich *durfte* teilhaben am Leben des anderen Menschen usw. Darin steckt der Versuch, sich behutsam anzunähern, sich selbst nicht zu wichtig zu nehmen. Diese Gesten und diese Haltung im Herantasten an den anderen Menschen, nehmen die Autorität auch des leidenden Menschen über sein eigenes Leben ernst – oder dienen dazu, diese in Geltung zu setzen. So gedacht wäre umgekehrt das *Zulassen*, dass andere mir nahekommen, an meiner Geschichte teilhaben, an allem, was mir intim und wichtig ist, kein rein passives Geschehen. Wir sollten nicht übersehen, wie viel an Aktivität und Souveränität, „Arbeit“ an sich selbst, an den eigenen Gefühlen und der eigenen Einstellung steckt, um Hilfe annehmen, sich *öffnen* zu können. Dieser Moment, dass der Sterbende sich öffnet gegenüber dem gerade noch unbekannten Menschen, ist das Geschenk der Sterbenden. Diese Offenheit wird als Gabe erlebt.

6.1 Wie Beziehung gestiftet wird

Der kanadische Soziologe Jacques Godbout hat umfassend – empirisch und theoretisch – zur Gabe geforscht (Godbout 1995, Godbout 2004). Er nennt einige Charakteristika, die jeglicher Gabe innewohnen – egal ob dieser Gaben-„tausch“ als Kula-Ritual unter den BewohnerInnen der Trobriand-Inseln für das soziale Band sorgt, oder ob es sich um Weihnachtsgeschenke, eine Essenseinladung, eine Erbschaft, eine Organspende oder eben um ehrenamtliches Engagement handelt.

Die Gabe ist nicht primär Gabe *von etwas* (Ding, Dienstleistung, Sprechakt), sondern Gabe *von sich* oder eines Teils von sich, wofür das Etwas ein Vehikel ist. Diese Gabe von sich stiftet Beziehung. An den einfachen Bei-

spielen lässt es sich schön sehen: Werde ich auf ein Getränk eingeladen, nehme ich nicht primär dieses dann zu mir, sondern vor allem die Einladung des anderen an und knüpfe so ein freundschaftliches oder kollegiales Band.

Was geben die Ehrenamtlichen? Zeit, heißt es. Auch „Einfach-da-sein“, also Präsenz (Im Französischen heißt „présent“ sowohl „gegenwärtig/anwesend“ als auch „Geschenk“). Auch das lässt sich flotter hören als verstehen – auch diese Gabe verstehen wir nur, wenn wir sehen, wieviel Investition von sich im hospizsprichwörtlichen „Einfach-da-Sein“ enthalten ist.

Die Gabe stiftet also Beziehung. Man könnte die vielen Gesten des Herantastens der Ehrenamtlichen, die vielen kommunikativen Signale und „Duldungen“ im Aufbau der Beziehung durch die Ehrenamtlichen als *opening gifts* deuten, die angenommen oder abgelehnt werden können. Eine Gabe nun anzunehmen, ist alles andere als einfach, kein trivialer und schon gar kein passiver Akt. Denn die Gabe kann unangemessen sein. Sie könnte schädlich sein, ein vergiftetes Geschenk (englisch „*the gift*“ – ähnliche Ambivalenz: *hospis, hostis*). Man denke etwa an einen Mitarbeiter, der ein Geschenk seines Chefs nicht annehmen will.

Betroffene, denen Hilfe angeboten wird, kommen oft in eine ähnliche Situation. Sie wollen zum Beispiel in Ruhe gelassen werden – wagen es aber nicht die Hilfe-Gabe abzulehnen; sie wollen Nähe – aber nicht von dieser Person (weil die „Chemie“ fühlbar nicht stimmt ...). Das Annehmen der „*opening gifts*“ hat Folgen – es entsteht eine Bindung, der „Exit“ ist nicht mehr einfach. Nicht zuletzt deshalb sind Ehrenamtliche fortlaufend bestrebt zu vermitteln, dass es in Ordnung ist, wenn sie wieder „verschickt“ werden. Die Gabe entfaltet eine seltsame, unauflösliche Mischung aus Freiheit und Zwang. Diese „Schwebe“ der Gabe darf nicht verwechselt werden mit der *reinen Freiheit* der philosophischen Moral mit christlichen Wurzeln, wonach die Gabe ursprünglich und gänzlich absichtslos aus sich heraus rollen muss; gleichzeitig darf dieser „freie Zwang“ auch nicht verwechselt werden mit dem Zwang der Gegenseitigkeit, mit der man „rechnen“ darf im Sinne vertraglicher Beziehungen.

Empfange ich, so spüre ich den Drang, meinerseits zu geben. Werde ich auf ein Getränk eingeladen, so möchte ich meinerseits einmal einladen. Der feine Unterschied, der sich am einfachen Beispiel sehen lässt, hat es nun aber in sich: Ich möchte nämlich *nicht zurückgeben*, sondern *meinerseits zum Einladenden* werden. Deshalb handelt es sich um kein „Zurück“-Geben, sondern um eine „Gegen-Gabe“, die genauso ursprünglich Geschenk ist, ohne erwarten zu können, das etwas zurückkommt. Ein unmittelbares und direktes Zurückgeben fiele hingegen eher in die Kategorie der Aufwandsentschädigung – das schafft Klarheit, aber beendet auch die (an-

gebotene Qualität der) Beziehung. Das tun wir, wenn wir diese Beziehung nicht wollen: „Ich habe meine Schuldigkeit getan ...“ Wir sehen dieses Abschließen oder eröffnende Fortführen des Gebens und Empfangens auch in der ehrenamtlichen Beziehung am Werk. Ein abschließendes Zurückgeben könnte zum Beispiel in einem höflichen Austausch ohne Tiefe sein – es wird *spürbar*, darauf verweisen Ehrenamtliche immer wieder („*in die Bedürfnisse hineinhorchen*“), dass jemand die Gegenwart eines anderen, wohlmeinenden Menschen nicht will.

Der Gabekreislauf geht aber weiter, wenn der Betroffene „sich öffnet“ – und es kann kein Zweifel bestehen, dass die Ehrenamtlichen die Teilhabe am Leben des anderen Menschen als Geschenk erfahren (siehe oben). Die Gabe (so etwa die kommunikativen *opening gifts* der Ehrenamtlichen) zielt also nicht auf ein Zurückgeben, sondern darauf, den anderen in die Lage und die Freiheit zu versetzen, ob er oder sie selbst Gebender, Einladender werden will – und dafür braucht es nicht immer Worte, es ist spürbar. Die ehrenamtliche Arbeit *gibt* den Betroffenen Souveränität und Freiheit (zurück).

Das Paradox ist, dass die Beziehung dabei und das Vertrauen nicht durch eine Form von schnell vermittelter Sicherheit und Klarheit entstehen, sondern eigentlich (zunächst) durch Erhöhung der *Unsicherheit*, in der Eröffnung eines Freiheitsraumes, in der sich der jeweils andere immer wieder als *großzügig* erweisen kann. (Auch muss die Gabe nicht unbedingt auf den Geber zurücklaufen, sondern wird zur Weiter-Gabe: Ich habe so viel empfangen – von anderen, der Gesellschaft, vom Leben generell – ich möchte etwas und diese besonderen Erfahrungen weitergeben).

Schließlich verweise nach Godbout und gründe das Geben und Empfangen nicht bloß flach-horizontal in den sozialen Beziehungen zwischen Menschen, sondern auf die *Ur-Gabe des Lebens*. Jegliche Gabe stehe in der Schuld der Geburt, erinnere und feiere, erweise Dankbarkeit für die Gabe des Lebens. Marcel Hénaff (referiert in Godbout 2004) hat in wunderbarer Weise darauf hingewiesen, dass die Praxis vieler Völker, den Göttern zu danken (in Ritualen, in „Opfern“) immer von außen falsch und reduktionistisch verstanden wurde – als ginge es darum, die Götter gnädig zu stimmen, sie gefügig zu machen, als wurzle der Dank in der Furcht vor den Göttern oder in magischen Vorstellungen, um Macht über die Dinge zu gewinnen. Dagegen seien Dank (als Gegen-Gabe für die Gabe des Lebens) und Dankbarkeit vielmehr der Versuch, einigermaßen eine „Antwort auf Niveau des Empfangenen“ zu geben.

An dieser Stelle kann darauf verwiesen werden, welch enorme Rolle „Dankbarkeit“ für ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeit in den Geschichten und Gesprächen einnimmt. Die Dankbarkeit ist eine

spirituelle Empfindung und Haltung, der es darum geht, für die Erfahrung von der Ur-Gabe des Lebens und der Teilhabe an den „Mysterien des Da-seins“ zu danken: *einem vorgängigen Überschuss ohne Äquivalent*. Ist es ein Zufall, dass eine zentrale Lebenseinsicht aus der Erfahrung der Sterbebegleitung immer wieder wiederholt wurde – nicht in Kenntnis des geistesgeschichtlichen Bezugs, aber exakt in dieser Formel: „Carpe Diem!“? Damit ist eben nicht gemeint, das Leben mit Erlebnissen vollzustopfen, damit am Schluss die Bilanz passt. Es ist vielmehr die Dankbarkeit gemeint, den Tag und das Licht der Welt erblickt zu haben.

6.2 Die Gaben der Sterbenden: heilige Momente und Größe der Person

Was sind konkreter die Gaben der Sterbenden? Es sind hier im Wesentlichen zwei Kategorien von Geschenken, die eine Rolle spielen: Es ist die Erfahrung von „heiligen Momenten“ und etwas, das wir zusammenfassend vielleicht die „Bewunderung der Größe der Person“ nennen können.

In der Begleitung Sterbender werden bisweilen die Grenzen immanent er Erfahrung gesprengt. Dies ereignet sich offenbar in Glücksfällen in der Begegnung zwischen Begleiter und Begleitetem – und dieses Ereignis wird als „Geschenk“ erfahren. Dabei ist es außerdem spannend zu sehen, in welcher Sprache diese Erfahrung ausgedrückt wird. So heißt es etwa: „*In der Hospizarbeit wurden mir ‚heilige Momente‘ geschenkt. Ich darf ein großes Geheimnis berühren. Niemand auf der Welt könnte mir diesen inneren Reichtum in Geld oder ähnlichem bezahlen. Sterbende zu begleiten ist ein großer Segen für mein Leben.*“ Oder: „*Ich konnte zu ihr reden, sprach behutsam ein Gebet und es ging eine solche Ruhe von ihr aus und auf mich über. Es erschloss sich eine Dimension des Hinübergehens, der Erlösung, die mich mit dieser fremden Frau verband. Ich glaube, sie konnte erlöst und schmerzfrei gehen. Sie starb am nächsten Tag. Ich war tief beeindruckt und bin es bis heute.*“ Und: „*Die Begleitung erwärmt mir das Herz. Ich empfinde es als Ehre, am Lebensende eines Menschen dabei sein zu dürfen. Ebenso wie es eine Ehre ist, am Lebensanfang dabei sein zu dürfen.*“

Es scheint, dass dieses spirituelle Empfinden in einer pluralistischen und säkularen Moderne dabei verzichten kann, konkrete Bilder des Jenseits zu „imaginieren“. Es bleibt völlig offen, ob das Geschenk des heiligen Moments auf ein quasi-zukünftiges Jenseits verweist oder auf das *nunc stans* der Mystik. Es bleibt offen, ob dieses Gnadengeschenk einen „Geber“ (Gott) am Werk sieht oder nicht. Jedenfalls gibt es eine Transzendenz der Sorge: in der Erfahrung für die Dankbarkeit der Existenz, in der Erfahrung von heiligen Momenten in der Begegnung mit dem anderen Menschen.

Die zweite Kategorie der Gaben der Sterbenden verweist auf die andenkende Sorge Epikurs. Karl Jaspers hat einmal geschrieben: „[Menschliche] Größe ist da, wo wir in Ehrfurcht und Hellsicht spüren, wodurch wir selber besser werden.“ (Jaspers 2007, 30) Das trifft vielleicht ganz gut den Kern und die Vielfalt der hier gemeinten Erfahrungen. Diese äußern sich in Ausdrücken, wie: „Sie hat mich geprägt“, „Sie hat mir imponiert“; „mich hat beeindruckt wie...“; „mir hat seine Haltung immer und bis zuletzt imponiert“; „ich bewunderte sie“; „diese Geschichte ist ein Geschenk für mich“; „ich war tief beeindruckt und bin es bis heute.“

Was hier als Gabe erfahren wird, ist die Begegnung mit dem anderen Menschen selbst – und in der Folge die Erinnerung an ihn oder sie, an diese Geschichte. „Ich denke noch oft an sie“, heißt es beispielsweise. Aber warum eigentlich genau? Manchmal ist dieses An-Denken schlicht und einfach „ohne Warum“ und es wird einfach um eines Menschen willen in freier, nicht auf anderes reduzierbarer Sympathie gedacht: „Wir haben uns beide richtig gerngehabt. Wenn ich an sie denke, spüre ich, dass sich mein Gesicht aufhellt und ich lächele. Ich denke noch gern und oft an sie.“

Manchmal rückt aber auch der konkrete Mensch aus der Erinnerung in den Hintergrund und es geht fast mehr um das, was von ihm oder von ihr „gelernt“ werden konnte, also eher um die Auseinandersetzung mit dem Sterben, der Endlichkeit, den eigenen Ängsten. Dieser konkrete Mensch wird dann fast eher zum Beispiel für die Eigenschaften, Ereignisse, „Tugenden“ am Lebensende, *von* denen diese Geschichte erzählt. Meistens dürfte es sich einfach um eine Mischung handeln – und das Auseinanderdividieren von Person und den Erkenntnissen aus der Geschichte ist der nachträglichen Erinnerung oder der Analyse geschuldet.

In den Geschichten der ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen finden sich häufig Ausdrücke wie: „Sie hat mich geprägt...“, „Ich habe viel gelernt von...“ – das sagt so viel wie: *Das Geschenk der Begegnung hat mich verändert*, die Erinnerung an diesen Menschen orientiert mich neu und tiefer. Die Lust an der Existenz geht den Umweg über das Betrachten des Lebens anderer. Die Seele muss in eine andere Seele blicken ...

7. Welche Praxis folgt daraus?

Die spezifisch-epikureische Weise der „Teilnahme“, wie Virchow das nennt, ist es, *das Andenken an die Patienten zu wahren*. An dieser Stelle müssen wir uns nur dessen bewusst bleiben, dass im hellenistischen Paradigma die Philosophie *als Übung* verstanden wird (Hadot 2005, Foucault 2009, Sellars 2009), nicht zuletzt als eine Übung des Gedächtnisses, wobei die Fantasie

und die Affekte angesprochen werden müssen, um dem Leben eine Form zu geben. Die bloßen Argumentationen sind ein viel zu schwaches und zaghafte Mittel hierfür. Nicht das *im Papier* gespeicherte Wissen (die blanke theoretische Lehre in Form von Philosophie-Wissenschaft) ist das Ziel philosophischer Bewegtheit, sondern das *einverleibte Wissen*, das in Handlungen, Gefühlen, Wahrnehmungsmustern und expressiven Akten gespeicherte Wissen (*phronesis*).

7.1 Sich zu denken geben lassen

Natürlich ist es nicht unsere Aufgabe, im Sinne des Schöpfens aus einer philosophischen Quelle der Moral für die Sorgekunst, uns an Epikur ständig zu erinnern oder ihn anzubeten, wie manche seine Anhänger und Anhängerinnen das in der Antike vielleicht gemacht haben, sondern es ist unsere Übung, uns an unsere „Freunde“ zu erinnern, für sie andenkend zu sorgen. Oder in analoger Weise als professionell Sorgende: andenkend für unsere Patienten und Patientinnen zu sorgen, ihr Gedächtnis zu wahren.

In einem hermeneutischen Verständnis (Schuchter 2016, Grondin 2009, Gadamer 2010) heißt das, sich zu denken geben zu lassen, sich *vom Leben des Anderen befragen, ja sich hinterfragen* zu lassen. Das bedeutet, einen zweifachen Anspruch in sich gelten zu lassen: nämlich dass mich etwas am Freund und seinem Leben *erstaunt* und eine *wirkliche Frage* für mich wird zum einen; zum anderen, dass die Geschichte des Freunden als eine *mögliche Antwort* auf diese Frage *Geltung* beansprucht und so zum „*Beispiel*“ wird.

Ganz praktisch gewandte Fragen könnten sein: Welche Erinnerung, Episode mit dem Freund ist mir im Gedächtnis geblieben, interessiert und beschäftigt mich weiter? Was *erstaunt* mich daran? Welche *Frage* wirft diese Erinnerung an den Freund für mich auf? Wer und wie ist er, wer und wie bin ich, kann ich sein wollen? Was ist seine, was meine Antwort, Haltung oder Praxis in Bezug auf diese oder jene existenzielle Angelegenheit?

7.2 Strukturen für das philosophische Gespräch

Die Fragen allein genügen freilich nicht – die Herausforderung ist, Wege zu finden, wie die *phronesis* als *andenkende Sorge kollektiv* werden kann. Dafür braucht es eine *kommunikative Infrastruktur für das philosophische Gespräch* in den Settings der Sorge, in und zwischen Organisationen, in Netz-

werken, in Nachbarschaften usw. Auch eine Idee, wie das daraus resultierende Wissen geteilt, weitergegeben werden kann.

Das setzt voraus, dass eine Organisation, ein Netzwerk, eine „Community“ die Ressourcen bereit stellt, dass alle Beteiligten die Gelegenheit haben, einander abseits der Rollen und der pragmatischen Routinen, als Menschen zu begegnen, ihre Geschichten auszutauschen, sich gegenseitig in Staunen zu versetzen, über Gabe und Gegengabe von Geschichten Beziehung zu knüpfen. Es braucht also eine Infrastruktur, einen organisierten und gestalteten Ort für die in diesem Sinne philosophische Kommunikation und Begegnung.

Das impliziert eine doppelte Herausforderung. Nämlich einerseits die existenzielle Kommunikation nicht aus der formalen Kommunikation in die private zu verbannen; andererseits die Reflexion und Kommunikation nicht dermaßen zu formalisieren, dass sie wiederum zu einer Angelegenheit einer „Reflexionselite“ und spezialisierten ExpertInnen wird. Es könnte vernünftig sein, philosophische Fragen und Geschichten über die erlebte Erfahrung in *bereits existierende* Gesprächskontexte zu inkorporieren – mit ganz einfachen Mitteln. Das schnelle Argument, wonach für all das keine Zeit sei und überhaupt zu viel koste, kann und muss hinterfragt werden.

Nehmen wir zum Beispiel die Dienstübergabe im Krankenhaus. Dort müssten nicht nur instrumentelle Aspekte besprochen werden, sondern es ist möglich, unaufwändig und wiederkehrend Geschichten einzubauen und Gefühle zu reflektieren. Nicht für einen „therapeutischen“ Zweck, sondern im Sinne eines kulturbildenden Erkenntnisgewinns (für das Team, die Organisation). Das verlangt nicht notwendigerweise viel zusätzliche Zeit – setzt aber eine Organisationskultur voraus, die Erzählen und das Ausdrücken von Gefühlen nicht von vornherein entwertet.

8. Konklusion: an die Quellen der Moral

Sorgen und Pflegen sind mehr als nur eine Antwort auf Bedürfnisse, Schmerz und Gesundheitsprobleme. Aus einer epikureischen Perspektive enthält das „Erhalten und Reparieren des Lebens“ die Weisheit und das Wissen des Lebens. Wo *in Kontakt zu sein* mit der Quelle der Moral für die christliche Caritas bedeutet, Gebet und demütigen Dienst zu praktizieren, für das feminin konnotierte Care dies – in letzter Zusitzung – bedeutet, schlicht und einfach Frau zu sein, so schöpft der Epikureer oder die Epikureerin aus der Quelle der Moral, indem er/sie sich *vom anderen Menschen zu denken geben lässt und aus der Sorge für andere die Dankbarkeit und das Gefühl*

für die Existenz empfängt. Wenn der Kern der sozialen Organisation und der Lebensform der Caritas das Ehrenamt ist, jene des weiblichen Carings die Arbeitsteilung der Geschlechter (bzw. die Konstruktion des Privathaushalts und der damit verbundenen Tätigkeiten), so sind die Lebensform und der Kern der sozialen Organisation der epikureischen Sorge die kollegial-freundschaftliche philosophierende Lebens- und Arbeitsgemeinschaft, in der die beteiligten Personen einander Gehör schenken, Geschichten teilen und sich gegenseitig zu denken geben. Das kann durchaus in modernen Organisationen, in Netzwerken und generell in sozialen Systemen organisiert werden.

Dadurch a) werden spirituelle Qualitäten bzw. die Transzendenz der Sorge in Reinform der Erfahrung, ohne vorauselnde Determinierung durch konfessionell gebundene Denkfiguren, erleb- und besprechbar; b) die sogenannten feministischen Care-Qualitäten werden ein Stück weit – als Anteilnahme an den Geschichten anderer, aber vor allem als spezifische Form von *Sorge-Wissen* – geteilt. Die Stummheit sorgenden Dienens bricht aus der Einhegung in die schweigende Häuslichkeit und die bloß individuell-charakterliche Tugendhaftigkeit aus, um kulturbildendes Wissen in Kreisen kleiner, aber erweiterbarer Kollektive zu werden. *Zuhören, Erzählen* und *das Entwickeln von Gedanken* werden als politisches Alltagshandeln in der Logik des Gabentausches organisiert.

Literatur

- Aristoteles (NE): Nikomachische Ethik. Übersetzung und Nachwort von Franz Dirlmeier, Stuttgart: Reclam 1983.
- Arman, Maria/Rehnsfeldt, Arne: The “Little Extra” that alleviates suffering, in: *Nursing Ethics* 14/3 (2007) 372–386.
- Begemann, Verena: Hospiz. Lehr- und Lernort des Lebens, Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Bourgault, Sophie: Attentive Listening and Care in a Neoliberal Era. Weilian Insights for Hurred Times, in: *Etica & Politica / Ethics & Politics* XVIII/30 (2016) 311–339.
- Bourgault, Sophie: Prolegomena to a caring bureaucracy, in: *European Journal of Women’s Studies* (2016a) 1–16.
- Brugère, Fabienne: Léthique du care. Collection. Que sais-je?, Paris: PUF 2017.
- Care-Manifest: Von der Care-Krise zur Care-Gerechtigkeit, in: <http://care-macht-me.hr.com/> [4.5.2018].

- Foucault, Michel: Hermeneutik des Subjekts. Vorlesungen am Collège de France (1981/82). Aus dem Französischen von Ulrike Bokelmann, Frankfurt am Main: Suhrkamp (stw 1935) 2009.
- Gadamer, Hans-Georg: Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Gesammelte Werke. Band 1, Tübingen: Mohr Siebeck (1960) 2010.
- Garrau, Maire/ Le Goff, Alice: Care, justice et dépendance. Introduction aux Théories du Care, Paris: PUF 2010.
- Fosbinder, Donna: Patient perceptions of nursing care. An emerging theory of interpersonal competence, in: Journal of Advanced Nursing 20/6 (1994) 1085–1093.
- Godbout, T. Jacques: L'Esprit du don. En collaboration avec Alain Caillé, Montréal: Edition du Boréal 1995.
- Godbout, T. Jacques: De la continuité du don, in: Revue du MAUSS 1/23 (2004) 224–241.
- Gondek, Hans-Dieter/Tengelyi, László: Neue Phänomenologie in Frankreich, Berlin: Suhrkamp 2011.
- Grondin, Jean: Hermeneutik. Aus dem Französischen übersetzt von Ulrike Blech, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (utb) 2009.
- Hadot, Pierre: Wege zur Weisheit oder Was lehrt uns die antike Philosophie? Aus dem Französischen von Heiko Pollmeier, Berlin: Eichborn 1999.
- Hadot, Pierre: Philosophie als Lebensform. Antike und moderne Exerzitien der Weisheit. Aus dem Französischen von Ilsetraut Hadot und Christiane Marsch, Frankfurt am Main: Fischer 2005.
- Heller, Andreas/Pleschberger, Sabine/Fink, Michaela/Gronemeyer, Reimer: Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Mit einem Beitrag von Klaus Müller, Ludwigsburg: Hospiz Verlag 2012.
- Hossenfelder, Malte: Epikur. München: Beck 1998.
- Jaspers, Karl: Die großen Philosophen, München/Zürich: Piper 2007.
- Jochimsen, Maren A.: Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science, Berlin: Springer 2003.
- Käppeli, Silvia: Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege, Bern: Huber 2004.
- Kohlen, Helen/Kumbrick, Christel: Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis, Literaturstudie (2008) Artec-paper Nr. 151 [Online]. Artec-Forschungszentrum Nachhaltigkeit. Bremen, in: http://www.artec.uni-bremen.de/files/ppers/paper_151.pdf [8.3.2012].
- Krautz, Hans-Wolfgang: Nachwort, in: Hans-Wolfgang Krautz (Hrsg.): Epikur. Briefe, Sprüche, Werkfragmente, Stuttgart: Reclam 2000, 143–172.
- Leichsenring, Kai: Buurtzorg Nederland. Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege, in: ProCare 20/08 (2015) 20–24, DOI: 10.1007/s00735-015-0548-9 [1.12.2018].

Philosophisch sorgen. Was wir von Epikur für die Sorge in der Gegenwart lernen können

- Madörin, Mascha: Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Erkundungen aus der Sicht der Pflege (2014), in: https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/%C3%BCber_uns/studie-mad%C3%B6rin-%C3%BCkonomisierung-ge-sundheitswesen-version-215-zhaw-gesundheit.pdf [29.11.2018].
- Marcuse, Ludwig: Philosophie des Glücks. Von Hiob bis Freud, Zürich: Diogenes 1972.
- Marcuse, Herbert: Marxismus und Feminismus, in: Doyé, Sabine/Heinz, Marion/Kuster, Federike (Hrsg.): Philosophische Geschlechtertheorien, Stuttgart: Reclam 2002, 409–421.
- Margalit, Avishai: Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Aus dem Englischen von Gunnar Schmidt und Anne Vonderstein, Berlin: Suhrkamp 2012.
- Platon: Sämtliche Werke. Bände 1 – 4. Übersetzung Friedrich Schleiermacher. Hg. V. Ursula Wolf, Hamburg: Rowohlt 2009-2011.
- Pöltner, Günter: Philosophische Ästhetik, Stuttgart: Kohlhammer 2008.
- Praetorius, Ina (2015): Wirtschaft ist Care. Oder: Die Wiederentdeckung des Selbstverständlichen. Herausgegeben von der Heinrich Böll Stiftung. Schriften zu Wirtschaft und Soziales. Band 16, Berlin.
- Ricoeur, Paul: Das Selbst als ein Anderer. Aus dem Französischen von Jean Greisch in Zusammenarbeit mit Thomas Bedorf und Birgit Schaaff, München: Wilhelm Fink ²2005.
- Rist, John M.: Epicurus on Friendship, in: Classical Philology 75/2 (1980) 121–129.
- Schnabl, Christa: Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialethischen Theorie der Fürsorge, Freiburg/Wien: Herder 2005.
- Schuchter, Patrick: Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen. Eine Praktische Philosophie der Sorge, Bielefeld: transcript 2016.
- Schuchter, Patrick: 12. Epikur: Die Lust an der Freundschaft, in: Walser, Angelika (Hg.): „Freundschaft“ im interdisziplinären Dialog. Perspektiven aus Philosophie, Theologie, Sozialwissenschaften und Gender Studies. Salzburger Theologische Studien 59, Innsbruck: Tyrolia Verlag 2017, 27–44.
- Schuchter, Patrick/Fink, Michaela/Gronemeyer, Reimer/Heller, Andreas: Die Kunst der Begleitung. Was die Gesellschaft von der ehrenamtlichen Hospizarbeit wissen sollte, Esslingen: der hospiz Verlag 2018.
- Schweikardt, Christoph: Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. Und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik, München: Meidenbauer 2008.
- Sellars, John: The Art of Living. The Stoics on the Nature and Function of Philosophy, London: Bristol Classical Press 2009.
- Spaemann, Robert: Das unsterbliche Gerücht. Die Frage nach Gott und die Täuschungen der Moderne, Stuttgart: Klett-Cotta ⁷2014.
- Taylor, Beverley: Reflective Practice for Health Care Professionals. A Practical Guide, New York: Open University Press ³2010.

- Taylor, Charles: Die Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität, Frankfurt am Main: Suhrkamp ⁸2012.
- Taylor, Charles: Das Unbehagen an der Moderne, Frankfurt am Main: Suhrkamp 2014.
- Tronto, Joan: Creating caring institutions. Politics, plurality, and purpose, in: Ethics and social welfare 4 (2010) 158–71.
- Tronto, Joan: Who Cares? How to Reshape a Democratic Politics, Ithaca NY: Cornell University Press 2015.
- Turner, Hilton J.: Epicurus and Friendship, in: The Classical Journal 42/6 (1947) 351–355.
- Weiss, Michael Noah (Ed.): The Socratic Handbook. Dialogue Methods for Philosophical Practice, Vienna: LIT 2015.
- Wettreck, Rainer: „Am Bett ist alles anders“. Perspektiven professioneller Pflegeethik, Münster: LIT 2001.
- Horn, Christoph/Rapp, Christof (Hg.): Wörterbuch der antiken Philosophie, München: Beck ²2008.

Teil II
Ökonomische Rationalitäten
in der Versorgung am Lebensende

Ökonomie als Service. Gesundheit für alle und das liebe Geld

Christian Lagger

„Ein guter Arzt ist nicht ein perfekter Leistungserbringer, sondern ein guter Arzt ist eine mitfühlende Helferpersönlichkeit. Das zentrale Prinzip ärztlicher Persönlichkeit besteht darin, dass das oberste Gebot allen Handelns das Wohl des Patienten ist. Dieses Gebot hat über allem zu stehen, auch über persönliche Vorteile des Arztes selbst. Und dieses Gebot muss das Selbstverständliche bleiben. Eine Medizin, die den ökonomischen Anreizen mehr folgt, als den ärztlichen Selbstverständlichkeiten, eine solche Medizin wird auf Dauer ihre Seele verkaufen. Daher muss die Medizin darauf achten, dass sie zwar dem Gebot der Wirtschaftlichkeit treu bleibt, aber dabei sich dazu bekennt, eine soziale Praxis zu sein und kein Dienstleistungsunternehmen [...]. Die größte Hilfe, die ein kranker Mensch von der Medizin erwarten kann, ist am Ende die Menschenliebe, die den Arzt umströmt und leitet. Daher sollte man alles tun, dass diese Menschenliebe nicht auf ein verzichtbares Sahnehäubchen ein auf Funktionalität ausgerichteten modernen Medizin herabgestuft wird, sondern dass neu ins Bewusstsein gebracht wird, dass ohne diese sich verschenkende Menschenliebe auch die bestfunktionierende Medizin nicht wirklich eine humane Medizin sein kann.“
Karl-Heinz Tscheliessnigg, Vortrag in Loipersdorf, 2014¹

1. Grundsätzliches

In allen relevanten Umfragen ist das Thema Gesundheit in der Prioritäten-skala der Menschen unserer westlichen Welt ganz oben. Es gibt neben den Themen Familie, Partnerschaft und Freundschaft wohl kaum ein Thema, das jeden so zentral und existentiell angeht wie – die Gesundheit. Alles, was mit Gesundheitsversorgung zu tun hat, ist niemandem ganz egal. Jede-r meint hier – und das zu Recht – Betroffene/-r zu sein. Deshalb ist jede Diskussion zur Veränderung oder Reform des Gesundheitssystems und der bestehenden Versorgungsstrukturen gesellschaftlich so brisant. Mit dem Thema Gesundheit können Wahlen gewonnen oder verloren werden. Der politischen Funktionalisierung wird leider in diesem Themenfeld all-

¹ Vorstandsvorsitzender Univ.-Prof. Dr. Karl-Heinz Tscheliessnigg, KaGes, Vortrag in Loipersdorf, 15.1.2014.

zu oft der Vorrang gegenüber einer nüchternen Sachdiskussion gegeben. Das kann man bedauern, es ist aber als Faktum zur Kenntnis zu nehmen, womit echte Reformbemühungen im Bereich Gesundheit besonders transparente und sachrational verstehbare Argumentations- und Kommunikationsstrategien brauchen. Die Bedingungen sind ja für solche Vorgänge auch nicht ganz schlecht. Noch immer gibt es in Österreich den breiten Konsens, dass die Schaffung von für alle zugängliche geeignete Strukturen im Bereich Bildung, Soziales und eben auch Gesundheit parteiübergreifend außer Streit zu stellen sind.²

Ein wichtiger Treiber der Reformbewegungen ist auch die Kostenentwicklung, die im Rahmen des staatlichen Budgets gedämpft werden muss. In Österreich umfassen die öffentlichen Gesundheitsausgaben 10 bis 12 Prozent des BIP. Es werden zur Steuerung der Kosten deshalb oft sogenannte Kostendämpfungspfade festgelegt. Im Jahre 2013 zum Beispiel wurde beschlossen, dass in Österreich hinkünftig die Gesundheitsausgaben nicht mehr als 3,6 Prozent jährlich steigen.

Entscheidend für positive Reformergebnisse wird sein, ob es gelingt, die wesentlichen Bereiche und Schnittstellen des Gesundheitswesens zu einer integrativen Gesundheitsversorgung, deren Ziel eine abgestimmte und abgestufte Versorgung sein muss, zusammenzuführen. Für Patienten sollte eine qualitätsvolle Behandlungskontinuität ohne Doppelgleisigkeiten und unnötige Wartezeiten geschaffen werden (Disease und Case Management-Programme; Lean Management-Programme bei Gesundheitsdienstleistern; ELGA).

Zukünftig wird neben der kurativen Gesundheitsversorgung auch die Gesundheitsförderung und Prävention ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungsplanung sein. Die Wirksamkeit von Reformen wird auch davon abhängen, ob Entscheiderstrukturen (Finanzierer des Systems: Bund, Länder, Sozialversicherung) gut funktionieren und die kommunikative Einbindung der Betroffenen (Ärzte, Spitalsträger usw.) weiter professiona-

2 Hingewiesen sei, dass gerade in den genannten Handlungsfeldern auch kirchliche Orden seit Jahrhunderten tätig sind. Krankenfürsorge gehört zu den herausragenden christlichen Grundaufgaben. Jesus fordert seine Jünger auf: „Heilt die Kranken und verkündet das Evangelium!“ (Lk 10,9). Ordensspitäler zeichnen sich durch qualitätsvolle medizinische und pflegerische Kompetenz und ökonomisch-wirtschaftliche Effizienz aus. Sie leisten damit einen wertvollen Beitrag in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Wesentlich für Ordensspitäler ist in Pflege und Medizin das christliche Menschenbild: Der Mensch als Person und leib-seelisch-geistig-soziale Ganzheit, ausgestattet mit unbedingter und zu schützender Würde von der Zeugung bis zum natürlichen Tod.

lisiert wird. In diesen Bereichen wird zum Teil auch schon der bei jüngsten Österreichischen Gesundheitsreformen geforderte Gedanke des „best-point-of-service“ umgesetzt. Es geht darum die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort zum optimalen Zeitpunkt mit der optimalen Qualität zu erbringen.

2. Die Rolle der Ökonomie im Gesundheitsbereich

In allen Reformüberlegungen geht es auch um die ökonomische Steuerung der Prozesse im Gesundheitswesen. Was hat die Ökonomie im Bereich der Gesundheitsdienstleistung zu tun? Eigentlich nichts. Und: Eigentlich doch alles. *Eigentlich nichts:* weil im Österreichischen Solidarmodell³ von Gesundheit möglichst allen Bürgern und Bürgerinnen unabhängig von Rasse, Geschlecht, Religion, gesellschaftlichen Rang und finanziellen Status möglichst die jeweils am Stand der Zeit beste Medizin zukommen sollte. *Eigentlich alles:* es gibt nicht endlose Ressourcen nie und nirgends. Und diese begrenzten Ressourcen sollten möglichst vielen für medizinische Präventionsmaßnahmen und Heilungsvorgänge zur Verfügung stehen. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, braucht es wirtschaftlichen Sachverstand und kluges ökonomisches Handeln. In diesem Sinn ist Ökonomie im Kontext des Solidarmodells von Gesundheit immer primär Service: Letztlich Dienst am Menschen. Sie ist fokussierte Hilfe für gute Patienten-orientierte medizinische Versorgung. Mehr nicht und nie weniger. Eine in diesem Sinne gelebte Ökonomie ist damit Teil eines umfassend ethischen Handelns der Gesamtgesellschaft.

„Eine ökonomische Betrachtung des Gesundheitssektors ist nicht unethisch, im Gegenteil, sie ist notwendig, um sicherzustellen, dass mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen ein möglichst hoher Gesundheitsstatus der Bevölkerung erreicht wird. Alles andere wäre Verschwendug und unethisch, weil die Mittel an anderer Stelle eingesetzt zu einer besseren Zielerreichung führen würden.“⁴

Ökonomisches Handeln ist ja dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unterworfen, das darin besteht, aus minimalem Input ein bestimmtes Output (Minimumsprinzip) und aus einem gegebenen Input einen maximalen Output

3 Zur Geschichte des österreichischen Gesundheitssystems siehe: Hofmarcher/Herta, Gesundheitssysteme im Wandel, 2006, S. 16 ff.

4 Hajen et al., Gesundheitsökonomie. Strukturen-Methoden-Praxis, 2010, S. 18.

zu erreichen (Maximumprinzip).⁵ Sparsamkeit ist nach dem großen Sozialethiker katholischer Herkunft Johannes Messner die erste und vornehmste volkswirtschaftliche Tugend. Es ist dies auch bezogen auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung die Haltung eines reflektiert sparsamen Umgangs mit Ressourcen und Gütern und der Versuch, sie möglichst optimal einzusetzen. Es geht dabei nie nur um rein ökonomische Kosten-Nutzen-Rechnungen, sondern auch um Abwägungen im Blick auf Patienten und ihre Bedürfnisse. Ein treuhänderischer Umgang mit Ressourcen (z. B. mit Steuergeldern) sowie die Ausrichtung auf ein solidarisches Gesundheitswesen impliziert immer auch die ethische Dimension.

Heute wird leider allzu rasch das Schreckengespenst der Ökonomisierung des Gesundheitswesens an die Wand gemalt und dabei aber vergessen, dass wir für die vorhandenen Ressourcen und den Umgang damit Verantwortung haben- und zwar alle Beteiligten einer Gesellschaft und in den Strukturen. Auch das Individuum ist verantwortlich für seinen Lebensstil und für die gesundheitlichen Risiken welche dieser zur Folge hat. In den Schulen wird diesbezüglich schon viel an Aufklärungsarbeit geleistet und trotzdem wäre mehr an Bildung zu Gesundheitsthemen nötig. Die Politik ist zur Schaffung von Rahmenbedingungen gefordert, wenn es um Prävention und Gesundheitsförderung bezogen auf die Bevölkerung geht. Hier gibt es zwar schon Schritte in die richtige Richtung (Betriebliche Gesundheitsförderung etc.), die derzeitigen gesetzlichen und steuerrechtlichen Rahmenbedingungen bleiben aber bezogen auf dieses Handlungsfeld immer noch optimierbar. Wir dürfen auch den Blick vor dem Zusammenhang von Armut und deren negative Auswirkung auf die Gesundheit der Betroffenen nicht verschließen. Welche sozialpolitischen Maßnahmen sind hier hilfreich? Dieser und ähnlichen Fragen sollte man nicht ausweichen wollen.

Bezogen auf die Diskussion einer angesichts von vermutet geringer werdenden Mittel entstehenden Zwei-Klassen-Medizin seien einige Anmerkungen erlaubt. Es wird ja so argumentiert, dass es Patienten gibt, die sich eine Privatversicherung leisten können oder als Selbstzahler (derzeit sind das insgesamt 12 bis 15 Prozent der Bevölkerung) auftreten und deshalb im Bereich der ärztlichen Versorgung kurzfristigere Termine bekommen und bessere Behandlungen als finanziell schlechter ausgestattete Menschen. Dies wird nicht selten mit dem Hinweis auf die zunehmende Ökonomisierung der Medizin begleitend umschrieben. Die Möglichkeit, zu einem Wahlarzt zu gehen und sich in einem Sanatorium operieren zu las-

⁵ Vgl. Holzmann, Wirtschaftsethik, 2019, S. 18.

sen, ist Teil unseres Gesundheitssystems. Dies mag besonders relevant sein bei operativen Eingriffen mit auf Grund von Engpässen langen Wartezeiten (Orthopädie, Augenheilkunde...). Im Blick auf das Solidarmodell von Gesundheit in Österreich kann gesagt werden, dass es die Zwei-Klassen-Medizin *systemisch* als umfassende Realität unseres Gesundheitssystems de facto aber so nicht gibt. Das gilt besonders für die Akutversorgung und für die durch öffentliche Mittel finanzierte Versorgungsstrukturen (Krankenhäuser etc.). In Österreich gibt es breiten Konsens darüber, dass in mit öffentlichen Mitteln finanzierten öffentlichen und privatgemeinnützigen Krankenanstalten (Landesspitäler, Ordensspitäler etc.) es bei Wartelisten keine Vorreihung von Patienten mit Privatversicherungen oder von Selbstzahlern geben darf. Allen ist die gemäß Diagnose geforderte Therapie zu ermöglichen. Das ist der österreichische Solidargedanke. Gerade damit dieses bewährte und sozial ausgewogene Modell von Gesundheit auch weiterhin stark bleibt, ist eine qualitätsvolle ökonomische Steuerung notwendig. Hier gibt es auch in Österreich noch Verbesserungspotential. Ein paar unvollständige Gedanken zu darauf bezogenen allseits ohnedies bekannten Diskussionspunkten dürfen hier benannt werden:

- Integrierte Versorgungsmodelle

Damit gemeint sind Modelle abgestufter und abgestimmter Versorgung in medizinisch inhaltlicher und ablaufspezifischer struktureller Hinsicht. Es geht darum, dass niedergelassene, ambulante und stationäre Einrichtungen zum Wohle des Patienten im Sinne einer gesamthaften Behandlungsplanung intensiv zusammenarbeiten. Damit könnten auch teure Doppeluntersuchungen und unnötige Wartezeiten vermieden werden. Besonders bei chronischen Patienten würden sich dadurch menschliches Leid und Kosten deutlich vermindern lassen. Jedenfalls hat eine Patienten-orientierte integrierte Versorgung sowohl auf medizinische Qualität als auch auf die Wirtschaftlichkeit positive Auswirkungen. Hier gibt es in Österreich, wo traditioneller Weise das Gesundheitssystem stark in Sektoren aufgeteilt ist, noch einige Gestaltungsmöglichkeiten.⁶ Ein Bereich, wo integrierte Versorgung schon recht gut funktioniert, bezieht sich auf die Palliativ- und Hospizbetreuung. Anbei ein Schaubild dazu (Abb. 1):

6 Vgl. Laimböck, Die Zukunft des Österreichischen Gesundheitssystems, 2009, bes. S. 32–44.

Hospiz- und Palliativversorgung				
	Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Einrichtung/ Dienstleister	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akut- bereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ- konsiliardienste	Palliativ- stationen
Langzeit- bereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familien- bereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)- Arzteschaft, mobile Dienste, Therapeutin- nen/Therapeuten ...	„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle	Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	Tageshospize

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004

Abb. 1. Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

- Trägervielfalt besonders im Krankenhausbereich

Eine Studie des IHS (Institut für höhere Studien, Wien) hat kürzlich herausgearbeitet, welche medizinische und ökonomische Bedeutung der Vielfalt von Spitalträgern in Europa und auch in Österreich zukommt.⁷ Dabei wurde festgestellt, dass eine Trägervielfalt unter mehreren Aspekten wünschenswert ist. Zum einen fördert eine Wettbewerbssituation die Chance von den Besten lernen zu können. Weiters wird dadurch eine Dynamik zu mehr Leistungsfähigkeit bzw. Effizienz und Qualität in ökonomischer und medizinisch-pflegerischer Hinsicht ausgelöst und befeuert. Wichtig dabei ist Transparenz bezogen auf Leistungs- und Qualitätsdaten. Eine für alle auf gleiche Weise geregelte kostendeckende Finanzierung stellt eine we-

⁷ Czypionka/Riedel, Die Bedeutung der Spitalträgerschaft in Gesundheitssystemen, 2019.

sentliche Bedingung fairen Wettbewerbs zum Wohle der Patienten dar. Um Patientenpräferenzen gerecht werden zu können und Anreize für einen gesunden Qualitäts-Wettbewerb zu schaffen, sollte die Trägervielfalt im gemeinnützigen öffentlich finanzierten österreichischen Gesundheitswesen im Krankenanstaltengesetz des Bundes (KAG) in Abstimmung mit den Ländern verankert werden. Bei Erfüllung der Effizienz- und Qualitätskriterien müsste eigentlich die Gleichbehandlung von öffentlichen und privatgemeinnützigen Trägern durch den politischen Auftraggeber normativer Standard sein. Die Fähigkeit der Patienten sich im Gesundheitssystem zu orientieren kann durch Publikation überprüfbaren Leistungs- und Qualitätsdaten gestärkt werden. Die informierte Wahlfreiheit der Patienten könnte zudem zu einem wesentlichen Faktor der Weiterentwicklung bezogen auf ein ökonomisch leistbares Gesundheitssystem werden. Da Österreich zu einem der reguliertesten Systeme Europas zählt, wäre eine gesetzlich verankerte und dadurch möglichst unkomplizierte auch finanzielle Förderung von medizinisch-pflegerischen Innovationen besonders auch im Krankenhausbereich für den Patientennutzen sinnvoll. Die in einer marktwirtschaftlich orientierten Ökonomie tiefverankerte Idee des freien Wettbewerbs kann bezogen auf das Gemeinwohl einer Gesellschaft auch für das Gesundheitssystem belebend sein. Die Fragen zur Sozialen Arbeit von Christian Dopheide seien auch unserem Nachdenken über die Zukunft eines leistbaren Gesundheitssystems in solidarischer Perspektive aufgetragen:

„Warum bloß stemmen sich so viele mit allen Kräften gegen diese unvermeidlichen und in Wahrheit begrüßenswerten Prozesse einer dynamischen Entwicklung sowohl der Bildungslandschaft als auch der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, welche freilich unter Marktregeln stattfinden sollte, die diesen Branchen auch angemessen sind? Warum fürchten die einen, dass Soziale Arbeit zu teuer wird? Warum fürchten die anderen, dass Soziale Arbeit, kommt sie auf den Markt, Schaden nimmt an ihrer Seele?“⁸

8 Dopheide, Zur Digitalisierung des Sozialen, 2017, S. 181. Siehe auch: Lügen, Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt, in: Oswald et al., Krankenhaus-Managementlehre, 2017, S. 47–59.

- Patientennutzen und die Bearbeitung von Verschwendungen in Krankenanstalten

Ziel eines Krankenhauses ist die möglichst umfassend optimierte Versorgung von Patienten. Dieses Ziel der für den Patienten erlebbaren Wertschöpfung wird leider nicht immer erreicht: Lange Wartezeiten schon am Telefon, dann im Krankenhaus, immer unterschiedliche Ansprechpersonen, mögliche Mehrfachuntersuchungen und auch unnötige nicht erfolgreiche Therapien, unangenehme Erlebnisse mit gestressten und vielleicht unfreundlichen Mitarbeitenden, stickige Zimmer, schlechtes Essen... In all diesen Bereichen gibt und gäbe es viel zu tun.

„Im Laufe eines Jahrzehntelangen Organisationslebens aber häuft sich ein gewaltiger Berg an kulturellem, persönlichem, organisationalem und finanziellem Ballast an, der Organisationen weit entfernt von dem, was sie einmal im Kern ausgemacht hat. Es entwickeln sich Verhaltensroutinen, Egoismen, Ungereimtheiten, Unpassendes. Es entstehen interne Märkte, die es, sind sie einmal existent, kontinuierliche zu bedienen gilt, die jedoch wenig mit Patienten zu tun haben.“⁹

Diese eigenständig und redundant gewordenen Prozesse immer wieder zu evaluieren und anzupassen, ist Teil der ökonomischen Sorgfaltspflicht. Dabei können die Prinzipien des Lean Management hilfreich sein.¹⁰ Es geht darum, die Prozesse in einem Unternehmen vor Ort, wo sie gelebt werden, zu sichten und mit den Betroffenen darüber zu diskutieren, wie diese stärker auf den Patientennutzen hin orientiert werden könnten. Dabei gilt es systemisch vorzugehen mit dem Blick auf das Ganze, denn einfach nur einzelne Prozesse zu verändern oder gar abzustellen, ohne das Wissen zu haben, wie alles miteinander zusammenhängt und welche Folgen einzelne Schritte für das Ganze des Krankenhausablaufes haben könnten, ist fahrlässig. Die Betroffenen dabei auch mit ihrem Knowhow und ihrer Lösungskompetenz mit einzubeziehen, ist Zeichen eines umsichtigen und zielorientierten Vorgehens.

Insgesamt gibt es viele Arten möglicher Verschwendungen im Krankenhaus (sinnlose Wartezeiten von Patienten und Personal, unnötige Überproduktion, zu lange Wege, umsonst getätigte Transporte, zu umfangreiche

9 Gottschalk, Die Un-Ethik der Verschwendungen, in: Hellmann, Markenzeichen Ethik! Führung durch Ethik und Identität, 2015, S. 211.

10 Ebd., 215.

Bestände von Materialien und Medikamenten, ...). Hier gilt es in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess diese zu identifizieren, nach Lösungen zu suchen und diese auch umzusetzen.¹¹

Gute Medizin funktioniert heute nur mehr in Teams. Die fortschreitende Spezialisierung, der steigende Erkenntnisgewinn in medizinischer Forschung und die vielen innovativen Möglichkeiten der Medizintechnik erfordern für einen optimalen Patientennutzen das Zusammenwirken vieler. Ein hervorragendes Beispiel auch von interdisziplinärer Zusammenarbeit gibt multiperspektivische Versorgung von Palliativpatienten (Medizin, Pflege, Psychotherapie, Seelsorge, Sozialarbeit, Physiotherapie etc.). In Krankenhäusern haben sich diesbezüglich auch abteilungsübergreifende Formen der Zusammenarbeit bewährt. Es geht nicht mehr darum, dass ein Patient einer Abteilung gehört, sondern alle Abteilungen sollten zum Wohle des Patienten zusammenwirken. Auch die qualitätsorientierte Kooperation von Krankenhäusern wird in Zukunft in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu einem wichtigen Standardvorgang im Gesundheitssystem werden.

Längst nicht alle Themen, die auch von ökonomischer Relevanz im Gesundheitswesen sind, konnten hier ausführlich diskutiert werden (Preisgestaltung bei pharmazeutischen oder medizintechnischen Produkten; Vorteile von Einkaufsgemeinschaften, Angemessenheit von Kosten bezogen auf medizinische Leistungen...). Es sollte lediglich klar werden, dass Ökonomie und ökonomisches Handeln im Bereich eines solidarischen Gesundheitssystems nie Selbstzweck sein können, sondern als sinnvolle Steuerungsfunktionen zur Sicherung und Leistbarkeit Patienten-orientierter Medizin beitragen. Ökonomie als Service eben.

3. Schlussbemerkungen: Ökonomie und Ethik

Ökonomie beschäftigt sich mit dem bestmöglichen Einsatz von begrenzten Ressourcen. Das kann im Blick auf die Humanmedizin mit nicht geringen Spannungen einhergehen, die fundamental auch ethisch virulent sind. Die Allokationsethik fragt nach den Kriterien einer gerechten Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang wird von Rationalisierung und Rationierung differenzierend gesprochen.

Rationalisierung meint den optimalen Einsatz der vorhandenen Mittel. Es gibt nicht mehr Ressourcen, aber durch Optimierung und Straffung der

11 Ebd., 217–219.

Prozesse und Abläufe im Krankenhaus wird versucht, diese Mittel besser anzuwenden und mit dem quantitativ gleichen Personal mehr Patienten zu versorgen. Dauerfrage ist, wie verhindert werden kann, dass durch das schnellere Durchschleusen der Patienten nicht medizinisch-pflegerische Qualität auf der Strecke bleibt.

Das ethisch brisantere Thema ist die Frage der Rationierung. Unter Rationierung versteht man die Zuteilung knapper und begrenzter Gesundheitsgüter unter Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot. Es wird von einer direkten Rationierung gesprochen, wenn bestimmte Gruppen, z. B. alte Menschen, von bestimmten Leistungen ausgeschlossen werden. Eine sogenannte indirekte Rationierung liegt dann vor, wenn bestimmte Leistungen beschränkt oder nicht ausgeweitet werden.¹² Die Gefährdungen, die Rationierungen mit sich bringen sind evident. Das Solidarmodell von Gesundheit, das die Versorgung aller, auch einkommensschwacher Patienten sichern soll, scheint damit einem Kosten-Nutzen Kalkül ausgesetzt zu werden: Genau dann, wenn Medizin nicht mehr für alle Menschen, nicht mehr für alle Lebensalter und alle Krankheitsbilder zur Verfügung gestellt wird. Andererseits sind wir damit konfrontiert, dass gerade der Medizinische Fortschritt diese Situation mitbewirkt: Menschen werden immer älter, was wiederum zu einer medizinischen Bedarfsexplosion führt. Deshalb sei nochmals darauf hingewiesen, dass im Blick auf zukünftige erfolgreiche Medizinentwicklung und demographischen Wandel ein gediegenes ökonomisches Handeln bezogen auf das Gesundheitssystem hilfreich ist, um Medizin für alle nachhaltig zu sichern. Darin zeigt sich nochmals die auch medizinethische Relevanz von Ökonomie.¹³ Es geht substantiell darum, dem Arzt den ökonomischen Rücken frei zu halten, damit medizinische Entscheidungen zuerst und zuletzt im Blick auf die Not, die Erkrankung und das Gesamtwohl des Menschen getroffen werden. Das heißt nicht, dass der Arzt, die Kostenfrage ignorieren soll, aber es geht um die Frage der Priorisierung.

„Primäres Ziel ärztlichen Handelns ist das Wohl des anvertrauten Patienten. [...] Dieses Ziel hat den Vorrang vor allen ökonomischen Kosten-Nutzen-Rechnungen, der sich mit dem Hinweis auf die Menschenwürde, welche den Schutz von Leib und Leben beinhaltet und das Nicht-Schadens-Prinzip begründen lässt.“¹⁴

12 Siehe dazu: Pöltner, Grundkurs Medizin-Ethik, 2002, S. 289–291.

13 Zsifkovits, Medizinethik mit Herz und Vernunft, 2004, S. 19.

14 Ebd., S. 298. Siehe dazu auch: Marckmann/Strech, Auswirkungen der DRG-Ver-gütung auf ärztliche Entscheidungen, 2009, S. 15–26, S. 24ff.

Ordensspitäler gelten in Österreich als wirtschaftlich im Sinne der Effizienz und gleichzeitig als besonders Patienten-nah, was sich daran zeigt, dass bei Patientenumfragen der Wert Zuwendung für Ordensspitäler immer sehr hoch angesetzt wird. Beides entspringt einer grundlegend christlichen Ethik, nämlich mit den Ressourcen schonend umzugehen im Sinne der Nachhaltigkeit und gleichzeitig am bedürftigen Menschen ausgerichtet zu sein. Im Sinne der Gemeinnützigkeit haben alle Ressourcen dem anvertrauten bedürftigen Menschen bestmöglich zu dienen. Deshalb bringen sich Verantwortungsträger der Ordensspitäler aktiv in die Gestaltung von Allokationsvorgängen und darauf bezogener Leitlinien ein und beteiligen sich an sachpolitischen Diskussionen zu Fragen einer qualitätsvollen menschennahen Medizin unter den Bedingungen einer ethisch verantwortbaren Ökonomie.

Literatur

- Czypionka, Thomas/Riedel, Monika: Die Bedeutung der Spitalsträgerschaft in Gesundheitssystemen. Research Report, Institut für höhere Studien (IHS): Wien 2019.
- Dopheide, Christian, Zur Digitalisierung des Sozialen. Ethische und ökonomische Reflexionen, Baden-Baden: Nomos 2017.
- Gottschalk, Jörg: Die Un-Ethik der Verschwendung, in: Hellmann, Georg (Hg.): Markenzeichen Ethik! Führung durch Ethik und Identität. Ethikmanagement und Ethikführung in konfessionell geführten Krankenhäusern, Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH 2015, 211.
- Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald: Gesundheitsökonomie. Strukturen-Methoden-Praxis, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2010.
- Hofmarcher, Maria M./Rack, Herta M.: Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich, European Observatory on Health Systems and Policies, Berlin 2006.
- Holzmann, Robert: Wirtschaftsethik, Wiesbaden: Springer Gabler 2019.
- Laimböck, Max: Die Zukunft des Österreichischen Gesundheitssystems. Wettbewerbsorientierte Patientenversorgung im internationalen Vergleich, Wien/New York: Springer 2009.
- Lüngen, Markus: Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt, in: Oswald, Julia/Schmidt-Rettig, Barbara/Eichhorn, Siegfried: Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2017, 47–59.
- Marckmann, Georg/Strech, Daniel: Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen. Eine ethische Analyse, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009) 15–26.
- Pöltner, Günther: Grundkurs Medizin-Ethik, Wien: Facultas UTB 2002.

Christian Lagger

Tschellessnigg, Karl-Heinz: Vortrag in Loipersdorf, 15.1.2014.

Zsifkovits, Valentin: Medizinethik mit Herz und Vernunft, Münster: LITVerlag 2004.

Eine Sorge für das Ganze (Οἰκονομία): Welchen Beitrag Pflegende für eine organisationsethische Ausrichtung von Gesundheitseinrichtungen leisten – trotz moralischem Stress, Rollenkonflikten und ungeklärter Verantwortung

Stefan Dinges

Die Pflegeberufe sind einer der zentralen Pfeiler der Gesundheitsversorgung. Im Folgenden wird aus (pflege-)ethischer Perspektive, insbesondere aus einem organisationsethischen Ansatz heraus beleuchtet, wie Pflegende einen angemessenen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten (können) – ohne in permanenter Überlastung, ‚moralischem Stress‘ oder Burn-out zu agieren. Neben der Frage nach adäquaten Verantwortungsrollen, die in anderen Gesundheitssystem schon etabliert sind, wird auch nach den systemischen und (pflege- und gesundheits-)ethischen Rahmenbedingungen gefragt. Hier folgt der Vorschlag, die vier bioethischen Prinzipien, die im Krankenhaus dominieren, um die menschenrechtsorientierten Prinzipien der Würde und Solidarität zu erweitern. Darüber gilt es, die Frage nach dem Rechten und dem Guten in der Versorgung von Individuen wie auch in der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen auf einer organisationsethischen Ebene mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Dies mündet in einem neuen Verständnis einer Ökonomie, nämlich einer neuen interprofessionellen Sorge für das Ganze von Behandlungs- und Versorgungsprozessen im Gesundheits- und Pflegesystem.

1. *Den Pflegenden (und auch anderen Gesundheitsberufen) geht die Luft aus – das Phänomen des ‚moralischen Stresses‘*

Die Schlagzeilen der Gesundheitsberichterstattung¹ im Frühjahr und Sommer 2018: Gesperrte Stationen und Betten in vielen Krankenhäusern in

1 DGIIN (16.3.2018), Pflegemangel in Intensivmedizin führt zu Versorgungsgapseien: Die Auswertung zeigte, dass in den letzten Monaten auf rund dreiviertel der deutschen Intensivstationen Betten gesperrt werden mussten und diese somit nicht für eine Belegung zur Verfügung standen. In 22 Prozent der Fälle mussten sogar täglich Betten gesperrt werden. Von den Sperrungen waren meist zwei oder drei

Deutschland und Österreich. Nicht wegen Ärztemangels, sondern wegen fehlender pflegerischer Nachbetreuung und Ressourcen im Wochenbett, auf der Intensivstation und in überwachten Betten (IMC). Auf der anderen Seite: lange Wartelisten für geplante Operationen – wie lässt sich das mit ökonomischer Steuerung und Verantwortung im Gesundheitswesen zusammendenken?

Schon länger schlägt auch im Gesundheitswesen ein Trend durch, der sich in vielen Unternehmen breitmacht und in der Organisationsberatungsliteratur reflektiert wird: Management liegt im Trend, aber Führung wird vermisst; ökonomische Kennziffern werden zur alles beherrschenden Idee. Besser ist wohl von monetären Kennzahlen zu sprechen. Eine wirkliche Ökonomie im Sinne einer ganzheitlichen Steuerung, einer „Regelung für ein ganzes Haus“ (= gr. Οὐκο-νόμια), für eine gesamte Einrichtung oder eine Einheit baut ja keinesfalls nur auf monetären Aspekten und Kosten auf. Ein ganzheitlicher Blick auf Gesundheitsversorgung wird alle Kosten berücksichtigen, die geldwerten Aspekte ebenso wie Kosten in ganz unterschiedlichen Dimensionen: emotionale, soziale, aber auch volkswirtschaftliche Kosten von Krankheit und Gesundheit bzw. auch der Gesundheitsversorgung. Und Ökonomie braucht Führung und Systemsteuerung – nicht nur Management, insbesondere im Bereich der Pflegeversorgung².

In der aktuellen Literatur der Gesundheitsberufe wird seit einiger Zeit – neben den Stichworten Pflegemangel bzw. Pflegenotstand – das Phänomen des ‚moral distress³ / ‚moralischen Stresses⁴ beschrieben, der insbesondere aus dem Bereich der Pflege berichtet wird – wohl aber ebenso Ärzte und andere Gesundheitsberufe betrifft: Ihnen geht die Luft aus⁵. Und sie nehmen es persönlich: MitarbeiterInnen zeigen Stresssymptome, die im Einzelfall sogar bis zu posttraumatischen Belastungsstörungen (z. B. als Folge von fixierenden Pflegemaßnahmen oder nicht im Konsens getroffene Therapieentscheidungen in multiprofessionellen Teams) gehen⁶.

Betten betroffen. „Als Gründe für die Bettensperrung gaben knapp die Hälfte der Befragten (43,8 Prozent) den Mangel an Pflegepersonal an, rund ein Fünftel (18,8 Prozent) einen kombinierten Mangel an Ärzten und Pflegenden.“

- 2 So der Präsident der österreichischen Ärztekammer in einem Blog: Szekeres (5.6.2018), Herausforderung Pflege Hausverstand gegen Pflegenotstand.
- 3 Zuerst bei: Jameton, Nursing Practice, 1984; Corley, Nurse moral distress, 2002; Corley et al. Nurse moral distress and ethical work environment, 2005.
- 4 Dinges, Ethikberatung als Prävention von moralischem Stress, 2017.
- 5 Zum Bild der Atemlosigkeit vgl.: Fuchs, Gibt es auch „spirituelle Dyspnoe“? 2005, 21; Dinges, Dem Lebensatem Raum schaffen, 2014.
- 6 Schäfer et al., Ethische Reflexion von Pflegenden im Akutbereich, 2015.

Ausgangspunkt ist jedoch nicht eine ungenügende Fachlichkeit oder eine Überforderung durch eine Pflegesituation, sondern eine Aufmerksamkeit, Sensibilität und Kompetenz für kritische Versorgungssituationen: „Pflegende erheben den berechtigten Anspruch, ihre Zweifel an der ethischen Angemessenheit von Diagnostik und Therapie... im multiprofessionellen Diskurs auszudrücken.“⁷

Allerdings fehlen vielerorts noch die Strukturen, Räume und Zeit für eine systematische und strukturierte ethische Reflexion im interdisziplinären und interprofessionellen Kontext. In der Folge reagieren MitarbeiterInnen in den Gesundheitssystemen mit ‚moralischem Stress‘ auf unhaltbare und nicht reflektierte Versorgungssituationen.

Moral und Stress sind eine brisante Mischung, die einander eskalieren lassen – wenn es dafür keine Aufmerksamkeit und keine professionellen Bearbeitungsformen gibt.

- Wie lässt sich Stress im beruflichen Kontext verstehen und beschreiben? Stress⁸ ist eine Reaktion auf Wahrnehmungen oder Erfahrungen, z. B. durch eine Aussage, eine Situation, aber auch ein Setting, das intra- oder interpersonal Wert- und Zielkonflikte auslöst, die akut nicht reflektiert und bearbeitet werden. Stress löst eine Eigendynamik im Fühlen, Denken und Wollen aus. Eine solche ungelöste Situation kann schon aktuell Wahrnehmung und Verhalten beeinflussen; treten diese Konflikte chronifiziert auf, zeigen sich oft auch körperliche oder emotionale Auswirkungen.
- Der Verweis auf die Moral zielt – ebenso wie eine Stressreaktion – auf eine subjektiv gedeutete Werteverletzung im beruflichen Kontext; es wird gegen einen Wert der persönlichen Moral verstossen, z. B. im Spannungsfeld ‚Leben erhalten‘ vs. ‚Sterben zulassen‘. Damit wird die eigene professionelle Wertebasis in Frage gestellt. Fehlen Regeln und Räume, um dem Werteverstoß zu thematisieren, kann ein solcher Wertkonflikt von Anderen, die z. B. eine Behandlungssituation anders interpretieren und keinen Werteverstoß darin sehen, implizit oder explizit als Vorwurf gesehen werden.
- Moralischer Stress ist dann einerseits Ausdruck einer existentiellen Betroffenheit und kann anderseits Rückzug oder Abgrenzung auslösen – die anderen teilen ja nicht die eigene Einschätzung bzw. das eigene Werturteil.

7 Schäfer et al., Ethische Reflexion von Pflegenden im Akutbereich, 2015, 321.

8 Glasl, Konfliktmanagement, 2017, 40; vgl. Dinges, 2017, 78.

1.1 Die individuelle moralische Sensitivität für die kollektive Bearbeitung von Wert- und Zielkonflikte nutzen

Jene MitarbeiterInnen im moralischen Stress übernehmen persönlich Verantwortung für Situationen, die eigentlich im Behandlungssetting auf Team- oder Organisationsebene zu besprechen und zu bearbeiten wären. Gleichzeitig legen sie auch eine moralische Aufmerksamkeit an den Tag, die nicht nur als Empfindlichkeit, sondern auch als Kompetenz – unter anderen Rahmenbedingungen – zu verstehen wäre. Die Herausforderung besteht also darin, die moralische Kompetenz einzelner kollektiv zu nutzen und abzusichern.

Hier einige Beispiele von Werteverstöße im Kontext von Pflege und Versorgung:

- Negatives ethisches Klima (z. B. Regeln im OP: „Schnauze und Harken halten“; im Intensivkontext: „Bei uns stirbt man nicht“ oder „da können wir noch etwas machen“)
- Anordnung nutzloser (Pflege-)Tätigkeiten (z. B. Absaugen in der terminalen Phase)
- Personalnotstand
- Zeitknappheit
- Ungerechtigkeit (Verstoß gegen Menschenrechte, Missachten der Autonomie)
- Ungleichbehandlung
- Mangelnde Kontinuität am Patienten
- Absicherungsmedizin/-pflege

Mitunter weisen auf den ersten Blick nicht erklärbare Auswirkungen auf die Werteverstöße und den moralischen Stress hin:

- Arbeitsunzufriedenheit, wo zuvor Engagement vorhanden war
- Burn-out und Krankenstände
- Überlegungen, den Beruf zu verlassen
- Emotionen: Zorn, Frustration, Sorge, Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Scham, Verlegenheit, Trauer, Schuldgefühle, Verlust von Selbstwert
- Depression
- Körperliche Symptome
- Alpträume, Rückzug

Hier ein Hinweis, wie mit Werteverstößen oder Wertkonflikten in der Pflege und in der Gesundheitsversorgung umgegangen werden kann, nämlich

indem übergeordnete bzw. gemeinsame Werte erinnert und aktualisiert werden, für die Verantwortung zu übernehmen sind:

- das *Wohlergehen der PatientInnen oder BewohnerInnen*
- das *Wohlergehen und die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen* mit Blick und Bezug auf den Organisationszweck und die Organisationsziele
- eine *gerechte Verteilung von Lasten u. Belastungen* zwischen den Personen, Teams Berufen im Gesundheitssystem
- ein gesellschaftliches Klima, in dem eine *grundsätzliche Bereitschaft* besteht, *zu helfen* und Menschen *in Krisen Halt zu geben*

Wie lässt sich ‚moralischer Stress‘ ethisch nutzbar machen und als eine sensitive Kompetenz im Arbeitsalltag einsetzen? In konkreten Handlungssituationen sind grundsätzlich mehrere Handlungsoptionen möglich, die nicht immer gesehen werden. Es gilt den Hinweischarakter des ‚moralischen Stresses‘ zu deuten und die folgenden Aspekte im Berufsalltag verantwortlich aufzunehmen und zu klären.

1.2 Die unterschätzte und missachtete Rolle von Emotionen

Insbesondere nach Entscheidung bzw. oft auch Nicht-Entscheidung, können Gefühle und Unsicherheiten auftauchen als Ausdruck von ‚moralischem Stress‘ einhergehend mit moralischem Unbehagen. Dahinter stehen unterschiedliche, handlungsleitende Wertvorstellungen über normative Orientierungspunkte und über unterschiedliches Verständnis, Rollen und Beteiligungen von Gesundheitsberufen. Der in einer Behandlungssituation individuelle Konflikt entsteht dadurch, dass eine der möglichen Handlungen ergriffen werden muss, jedoch keine der zur Auswahl stehenden Handlungsoptionen alle moralischen Ansprüche der Beteiligten erfüllt.

Die Vermeidung oder Bearbeitung von ‚moralischem Stress‘ braucht einen Umgang mit Emotionen: Ethische Konflikte zeigen sich für die Beteiligten und Betroffenen vielfach in negativen Gefühlen, die als ein Indikator für diese komplexen Entscheidungserfordernisse⁹ verstanden werden können. Hier gilt es aufzuzeigen und zu nutzen, dass Emotionen auch auf (noch) übersehene Bedürfnisse und bestehende Konflikte verweisen – sowohl auf Seiten der zu Pflegenden und Angehörigen, als auch auf Seiten der involvierten Gesundheitsberufe. Der oft gehörte Wunsch „jetzt lassen

⁹ Riedel/Lehmeyer, Einführung von ethischen Fallbesprechungen, 2016.

wir die Emotionen einmal beiseite“ ist so nicht nur nicht hilfreich, er ist nicht zu verwirklichen: Die Emotionen sind ja da. In diesem Sinn ist das Äußern und Aufnehmen von Emotionen eine weitere Kompetenz und Ressource in komplexen Behandlungs- und Entscheidungssituationen. Emotionalität verweist auch auf subjektive, existentielle Betroffenheit und eine besondere Art des Involviertsein in Behandlungssituationen und -entscheidungen. In ihrer Subjektivität haben die vorfindbaren Emotionen keinen Erkenntnischarakter an sich (eine Situation, die eine Person in Ärger zurücklässt, bringt einen anderen in Wut und lässt eine dritte Person nur müde lächeln...); sie haben einen starken Hinweischarakter für Handlungsbedarfe: Über Rollenklärung und angemessene Beteiligung können hier wichtige Perspektiven und Informationen für die anstehende Entscheidung gewonnen werden.¹⁰ Emotionen können auch ein Achtsamkeitssignal sein, z. B. auf Vulnerabilitäten und Asymmetrien in Behandlungs- und Betreuungssituationen.

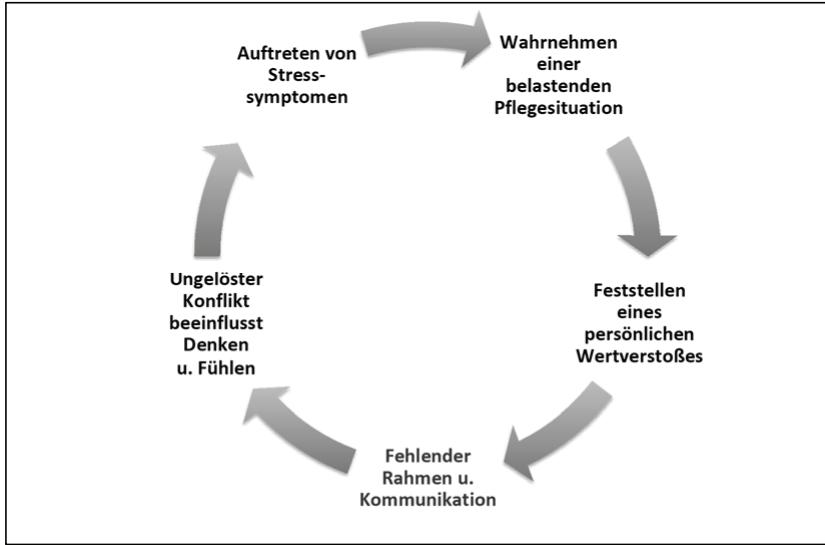


Abb. 1: Belastungszirkel angesichts anhaltender ungelöster Versorgungs- und Entscheidungssituationen (eigene Darstellung)

10 Rabe, Strukturierte Falldiskussion anhand eines Reflexionsmodells, 2005.

2. Angemessene Verantwortung für die Pflege in einer integrierten Versorgung

Die Pflegeberufe tragen eine wesentliche Mitverantwortung für eine gelingende Sorge im Ganzen von Care-Prozessen, die nicht ausreichend genutzt und gelebt wird. Die Rollengestaltung zwischen Pflege und Medizin nutzt noch zu selten die gewachsene Kompetenz und das Wissen in der Kontinuität der Care-Prozesse durch die Pflegenden; ebenso hinkt die angemessene Beteiligung der Pflege an Behandlungs- und Versorgungsentscheidung den Möglichkeiten hinterher. Auch in der Kommunikation mit den Angehörigen und anderen Mitgliedern der involvierten interprofessionellen Teams liegen Chance und Aufgaben für die Pflegeberufe brach. Herausforderungen, Ansatzpunkte und Chancen, allerdings auch die Gefahr von moralischen Stress lassen sich an den folgenden drei exemplarischen Praxisbeispielen¹¹ aus der eigenen Beratungspraxis zeigen.

2.1 Drei Praxisvignetten in unterschiedlichen Settings des Gesundheitswesens

Erstes Szenario im Setting ambulanter Pflege:¹²

Eine Pflegefachkraft betreut eine Patientin mit Heimbeatmung; der Pflegedienst übernimmt die Betreuung in den Nachtstunden, um die pflegenden Eltern zu entlasten. Die 42jährige Tochter ist nach einem Sturz vor drei Jahren in einem vegetativen Status; die anfänglichen Verbesserungen im Allgemeinzustand der Patientin lassen sich aktuell nicht mehr erreichen. Wiederholt bemerkte die Pflegekraft plötzliche Verschlechterungen. Sie ist sich nicht im Klaren, ob dies auf die Betreuung der Eltern untertags zurückzuführen ist oder auf andere KollegInnen in den Nachtdiensten. Die Pflegedokumentation gibt darüber keine Auskunft. Bei den jetzt aufgetretenen Verschlechterungen musste immer wieder auf eine Klinikneiweisung zurückgegriffen werden. Nicht nur diese Krankenhausaufenthalte wurden zunehmend für die Patientin und ihre betreuenden Eltern zu einer erheblichen Belastung (Alter der Eltern 69/72 Jahre). Für die Pflegekraft stellt sich die Frage, ob und wie in diesem Setting gut weiter versorgt werden kann. Im entsendenden Pflegedienst sieht die Pflegedienstleitung keinen Handlungsbedarf.

11 Praxisbeispiele aus eigener Beratungspraxis, anonymisiert und verfremdet.

12 Diese Vignette habe ich kürzlich schon verwendet in: Dinges, Pflegeethische Reflexionen in Organisationen, 2018, 200.

Zweites Szenario im Setting stationärer Altenpflege:

Ein zu Beginn des Heimaufenthaltes noch sehr aktiver Bewohner (87 Jahre) wird in den letzten drei Monaten zusehends apathischer, klagt über Müdigkeit, wirkt verwirrt und zieht sich von den meisten Aktivitäten. Aufgrund mehrerer Vorerkrankungen (Herzinfarkt, Diabetes, Bluthochdruck) haben Hausarzt und konsultierte Fachärzte aktuell elf Medikamente verschrieben. Als ein Pflegehelfer über ein Wochenende die Medikamentengabe vergessen hatte, besserte sich der Zustand des Bewohners verblüffend; mit der Wiederaufnahme der regelmäßigen Medikamentengabe kehrt die Apathie zurück. Sowohl die Stationsleitung wie auch die Tochter, die die Betreuung inne hat, sehen keinen Anlass, „hier den Ärzten ins Handwerk zu pfuschen“.

Drittes Szenario im Setting stationärer Akutversorgung:

Auf einer onkologischen Station äußern Pflegende mitunter Bedenken, wenn es um die Fortführung von Chemotherapien im dritten und vierten Zyklus geht. Sie kritisieren, dass die behandelnden Ärzte die PatientInnen nicht ausreichend aufklären und mit den Prognosen zu optimistisch sind – was in der Folge öfters zu Nachfragen und Gesprächsbedarf nach der Visite bzw. im Nachdienst führt. Den Pflegenden wird signalisiert, dass die Visite nicht der Ort ist, diese Bedenken, aber auch ihre Perspektiven einzubringen. Gemeinsame Übergaben und interdisziplinäre Tumorboards oder eine gemeinsame Frühbesprechung sind medizinisch fokussiert. Die Diagnosegespräche finden in der Regel als Vier-Ohren-Gespräche ohne die Pflege statt.

Die Praxisvignetten zeigen den Bedarf von Rollenklärung, Führungs- und Mitverantwortungsübernahme im Konkreten und im Strukturellen und in der Folge auch die Notwendigkeit und Weiterentwicklung einer integrierten und integrativen Pflege und Pflegeethik. In der Praxis kann vom vorhandenen Pflegeethos in der Tradition fürsorglicher Arbeit ausgegangen werden. Eine wichtige Qualität pflegerischer Versorgung ist die Kontinuität der Betreuung und Versorgung; gleichzeitig ist die Herausforderung aus der fürsorglichen und nur zuarbeitenden Berufsrolle zu einer neuen Berufskultur mit angemessener Verantwortung im interprofessionellen Team in den hierarchisch geprägten Organisationen des Gesundheitswesens.

2.2 Konstruktive und destruktive Seiten des Pflegeethos

In der Vergangenheit lässt sich in Deutschland und Österreich in Anteilen ein destruktives Pflegeethos erinnern, das auf Überlastung, ungelösten

Wert- und Zielkonflikten und fehlender Mitverantwortung nicht nur mit individuellem ‚moralischen Stress‘ reagiert, sondern auch kollektiver Infra-gestellung des pflegerischen Selbstbildes¹³ und Abwertung des Pflegeberu-fes. Auf die ausstehende Wertschätzung von außen folgte eine mangelnde Selbstwertschätzung. Der Beruf, der sich primär um Andere sorgen sollte, ließ nicht selten die eigene Selbstfürsorge missen. Im Hinblick auf eine neue selbstbewusste Berufskultur kann den Pflegeberufen im Verweis auf die Engpässe und Stationsschließungen des vergangenen Sommers nur zu-gerufen werden: „Alle Betten stehen still, wenn Euer starker Job es will!“ Es wird den deutschsprachigen, solidarisch finanzierten Gesundheitswesen nur guttun, wenn die ausdifferenzierten Pflegeberufe endlich selbstbe-wusst an Knotenpunkten der Gesundheitsversorgung positioniert sind. Wie ein solches Selbstbewusstsein und entsprechende Rollengestaltung gelingen kann, haben die Pflegereformen in der Schweiz mit der ‚höheren Fachausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege (Höfa)‘¹⁴ gezeigt. Dass Selbstbewusstsein und Wertschätzung sich auch in einer entsprechenden Remunierung ausdrücken muss, sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Trotzdem lassen sich für das Gesundheitssystem noch Einsparpo-tentiale gegenüber der teuren Ärztezentrierung in Deutschland und Öster-reich vermuten.

2.3 *Im Spannungsfeld zwischen Recht und Gut*

Ein letzter Aspekt, der ‚moralischen Stress‘ reduzieren, Entscheidungskom-petenz stärken und die ethische Reflexion fokussieren helfen kann, ist der Umgang mit dem Spannungsfeld zwischen Recht/richtig und Gut/best-möglichen: In vielen Behandlungs- und Versorgungssituationen wird um das Gute gerungen; oft genug wird zeitgleich nicht ausreichend darauf geachtet, das (fachlich) Richtige und rechtlich Zustehende zu tun. Dies wird ins-besondere von den Pflegeberufen wahrgenommen, die auf Situationen re-agieren, „in den man intuitiv oder explizit weiß, was richtig ist / wie recht/richtig zu handeln wäre – aber institutionelle Grenzen, Zwänge, Ignoranz einem daran hindern“¹⁵ Wie sehr ‚moralischer Stress‘ auch hausgemacht und von einem zu großen moralischen Selbstbewusstsein verursacht sein

13 DBfK, Pflegealltag, 2009.

14 SBK, Höhere Fachausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege Stufe 1 (Höfa 1).

15 Jameton, Nursing Practice, 1984, 6 (eigene Übersetzung).

kann, zeigt die folgende Bemerkung: „[...] Wenn die Pflegeperson weiß, was für die PatientInnen am besten ist, dies aber im Widerspruch zu dem steht, was die Organisation, Familie, Gesellschaft – und mitunter die PatientInnen selbst verlangen“¹⁶. Hier schwingt ein ausreichendes Maß an moralischem Paternalismus mit, vermutlich Stressinduzierend.

Wie wirken sich unterschiedliche ethischen Ansätze förderlich bzw. hinderlich auf Entscheidungs- und Versorgungssituationen aus? J. Wallner hat mit seiner Ethikmatrix¹⁷ eine gute Orientierungshilfe entwickelt: Auf drei Ebenen (Individuum – Organisation – Gesellschaft) werden drei ethische Themen bzw. Fragen gegenübergestellt: 1. Das Rechte – im Sinne einer Sollensethik: Zu was bin ich/sind wir verpflichtet, was ist das Rechte, das Richtige, das geschuldet ist? 2. Das Gute – was ist für wen das Gute, das hier angestrebt wird? Aus wessen Perspektive begründet sich dieses Gute und welche Absichten und Anliegen sind damit verbunden? Und wer hat Macht und Möglichkeiten, dies auch um- bzw. durchzusetzen? 3. Das Subjekt, der Blick auf das Ganze – welche Tugenden und Haltung sind gefragt und werden angeboten? Welche Sichtweisen von Welt und Menschen zeichnen sich ab; welche Kulturen sind prägend? Und welche Aspekte und Dimensionen kommen zu kurz oder fallen ganz unter den Tisch?

Ebene Akteur	das <i>Rechte</i> (Sollensethik)	das <i>Gute</i> (Strebensethik)	das <i>Ganze</i> (phil. Grundlage)
<i>Individuum</i> => Individualethik	Prinzipien, Maximen, Regeln	Persönliche Werte	Menschenbilder
<i>Organisation</i> => Organisationsethik	Interne Regelwerke	Organisationale Werte	Organisationskultur
<i>Gesellschaft</i> => Sozialethik	Rechtsordnung	Gesellschaftliche Werte	Gesellschaftskonzepte

Abb. 2: Ethikmatrix nach Jürgen Wallner 2018, 45 (eigene Darstellung)

16 Corley, Nurse Moral Distress, 2002, 636 (eigene Übersetzung).

17 Wallner, Rechtsethik in der Medizin, 2018, 45.

Die Ethikmatrix ist eine Hilfe, die herausfordernden Themen und Aufgaben in der pflegerischen Versorgung (a) zu verorten, (b) auf innere Zusammenhänge zu achten und (c) Perspektiven einer Integration zu versuchen: ‚Moralischer Stress‘ entsteht, wenn Individuen Themen und Konflikte von Behandlung und Versorgung auf der Ebene individueller Moral und Ethik bearbeiten. Darüber hilft die Matrix, die Frage nach der Verantwortung und den anstehenden Entscheidungen zu stellen – im Sinne von Aufgaben und Zuständigkeiten:

- Gerade im ambulanten Setting, in dem Pflegende oft allein vorort sind, braucht es Klarheit über das interne Regelwerk und gemeinsam tragende Werte bzw. Welt- und Menschenbilder; z. B. können sie hier einen wichtigen Halt, aber auch eine wechselseitige Versicherung über gute Arbeit geben.
- In den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe ist die Pflege die Leitprofession, die anwaltschaftlich für die BewohnerInnen dafür sorgt, dass Unter- und Überversorgung vermieden wird; sie werden quasi zu Lotsen für den Bedarf an Medizin – in Abwägung zu Werten und Zielen der BewohnerInnen.
- Immer noch gibt es Krankenhäuser, die die Pflegenden nur als Erfullungsgehilfen „medizinischer Eminenz“ verstehen; ein solches Selbstverständnis ist kränkend, teuer und fehleranfällig- und weit entfernt am propagierten Ideal interprofessioneller Zusammenarbeit.

3. Konzepte einer würde-basierten und solidarischen Versorgung am Lebensende

Eine Anregung für ein Weiterdenken bzw. für einen geweiteten Blick lässt sich in den Überlegungen von Chris Gasmans (2013)¹⁸ finden. Er plädiert für einen Ansatz für Pflege und Pflegeethik insbesondere im Kontext des Lebensendes, den er „dignity-enhanced“ benennt und die zuvor beschriebenen Aufgaben und Verantwortungen für die Pflege operationalisiert und konkretisiert.

18 Gasmans, Dignity-enhancing nursing care, 2013, 142–149.

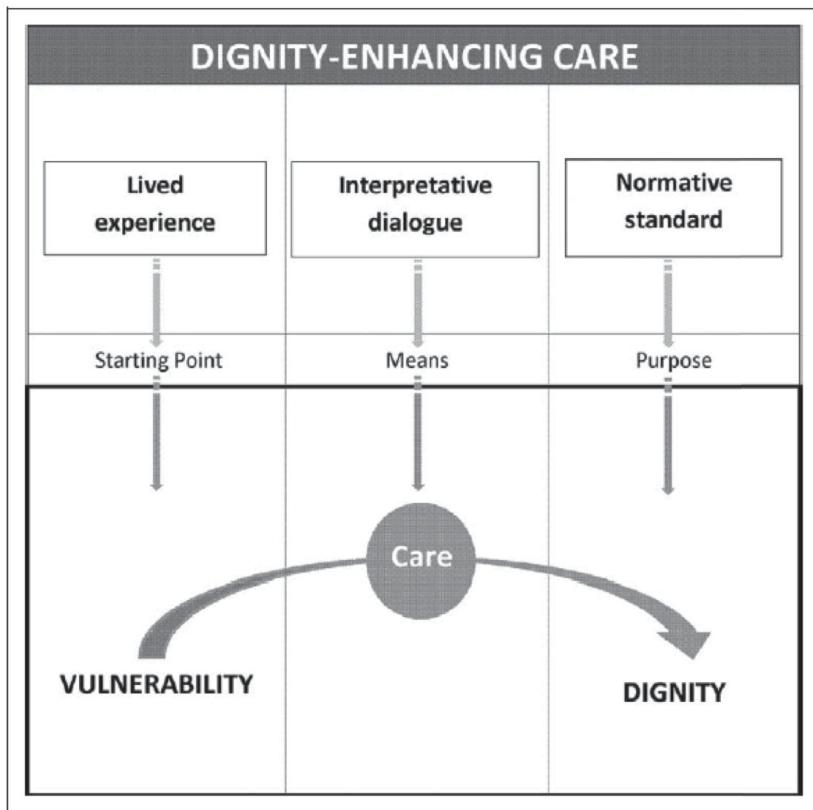


Abb. 3: Würde-basierte Versorgungsentscheidungen im Kontext vulnerabler PatientInnen als ein interpretativer Dialog (Gastmans, 2013, 145)

Er greift in seinem Konzept Perspektiven und Werte auf, die nicht dem Prinzip der Autonomie und der Medizin unterworfen sind und die in der Versorgung am Lebensende hierzu zusätzliche Kriterien und Aspekte thematisiert: Es geht um die Fragen von ‚Gebrechlichkeit‘ (frailty), ‚Vulnerabilität‘

tät¹⁹ und ‚Demenz‘ in Verbindung mit ‚Würde‘²⁰, ‚Freiheit/Autonomie‘²¹ und der Dimension der Menschenrechte. Chris Gastmans synthetisiert diese Themen zu einer ethischen Rahmung für eine „dignity-enhancing“ Pflege und Pflegeethik²². Für ihn besteht eine wesentliche Erweiterung darin, dass der bioethische Vier-Prinzipien-Ansatz, der mit seiner Autonomie-Betonung so für die Pflege und für eine angemessene Pflegeethik nicht hilfreich ist, auf grundlegendere Würde-Konzeption ausgedehnt wird. Ausgehend von einem konkreten Erfahrungsbezug („lived experiences“) in Bezug auf Pflegen und gepflegt werden und das Spannungsfeld von Vulnerabilität und Würde, braucht es einen „interpretative dialogue“, um zu tragenen Normativitäten („normative standard“) für den Pflegeprozess zu kommen.²³ Ein solcher Normen generierende Zugang berücksichtigt konzeptuell und vorrangig die Sicht und die Situation von Betroffenen.

Im Bild gesprochen entsteht dadurch ein Reflexions- bzw. Entscheidungsraum, der Pflegenden ermöglicht, ihr fachliches Wissen und ihre zusätzliche Aufmerksamkeit und Sorge für Themen wie Qualität, Sicherheit und Ethik in Betreuungs- und Versorgungsprozessen in Gesundheitseinrichtungen und im Gesundheitswesen besser handlungsrelevant werden zu lassen.

Pflegeethische Reflexion²⁴ lässt sich nicht installieren wie ein neues Dokumentationssystem oder eine neue Pflegemaßnahme. Sie ist kein triviales Instrument, das sich „einfach“ anwenden lässt. Ethische Reflexionen sind grundsätzlich ergebnisoffen und lassen sich nur schwer steuern – insbesondere in Bezug auf die Organisationen und ihre Teams. Pflegeethik zu organisieren und zu implementieren, betrifft wesentlich die Organisationskultur von Teams und Einrichtungen bzw. immer wieder die private Kultur von PatientInnen, BewohnerInnen und KlientInnen und deren Angehörigen. Pflegeethik nimmt somit Komplexität in Versorgungs- und Betreuungskontexten in den Blick, deren Berücksichtigung wesentlich mitentscheidet über Erfolg und Misserfolg. Was hier Erfolg und was hier Misserfolg ist, ist eben nicht nur abhängig von fachlich guten Versorgungsent-scheidungen, sondern viel mehr inwieweit es gelingt, als Team, in unter-

19 Birnbacher, Vulnerabilität und Patientenautonomie, 2012.

20 Klie, Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, 2005.

21 Kunz/Ruegger, Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin, 2018; Dörner, Autonomie am Lebensende, 2005; Streeck, Selbstbestimmung als Element der Vorstellung vom guten Tod, 2014.

22 Gastmans, 2013, 142.

23 Gastmans, Dignity-enhancing nursing care, 2013, 144.

24 Vgl. Dinges, 2018, 200; hier überarbeitet und gekürzt.

schiedlichen Teams, Einrichtungen und ambulanten Diensten, sich in Beziehung zu setzen zu den individuellen Vorstellungen von PatientInnen oder BewohnerInnen vom Gelingen (und oftmals auch vom Abschluss) ihres Lebens.

Der organisationsethische Blickwinkel hat eine Grenze oder mitunter auch einen blinden Fleck im Hinblick auf den virulenten gesellschaftlichen Rahmen. Hier werden direkt oder indirekt verhandelt, welche Werte handlungsleitend sind und welche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Barbara Prainsack und Alena Buyx fordern hier den Begriff der Solidarität im Sinne eines kollektiven Commitments und als geteilte Praxis zu aktualisieren:

„Nach unserem Verständnis besteht Solidarität in ihrem Kern in Praktiken, welche die Bereitschaft wiederspiegeln, Kosten in Kauf zu nehmen, um anderen zu helfen. Die Bereitschaft zur Kostenübernahme basiert dabei regelmäßig auf dem Erkennen von Gemeinsamkeiten mit einer anderen Person, oder anderen Personen, in mindestens einer im gegebenen Kontext relevanten Hinsicht. Mit ‚Kosten‘ sind hier nicht nur finanzielle Kosten, sondern auch soziale, emotionale oder anderweitige Zuwendungen gemeint.“²⁵

Aus der Sicht dieser Definition ist naheliegend endlich eine gesellschaftliche Diskussion zu beginnen, über den Stellenwert von Pflege als solidarische Praxis einer humanen Gesellschaft und einer entsprechenden Werteschätzung und Finanzierung der Pflegeberufe, bzw. von Rahmenbedingungen, die nicht in Überlastung, ‚moralischem Stress‘ und Ausbeutung enden.

4. Organisation von Verantwortung in einer neuen Sorge für das Ganze

In den deutschsprachigen Gesundheitssystemen wird der Blick aufs Ganze eher fragmentiert wahrgenommen und lässt sich eigentlich weder fachlich, ökonomisch und auch nicht ethisch gut begründen. Vielleicht begünstigt auch die vorherrschende Prinzipienethik (Beauchamp/Childress) und den damit verbundenen „clinical pragmatism“ eine Fragmentierung oder verstellt den Blick aufs Ganze.

Das griechische Wort „oikonomia“ lässt sich mit „Verantwortung für das Haus“ übersetzen. Ausgehend von diesem ursprünglichen Wert und Prin-

25 Prainsack/Buyx, Das Solidaritätsprinzip, 2016, 82.

zip ist der Blick auf Funktions- und Sinnzusammenhänge für das Gesundheitswesen nicht von einer romantischen Relecture motiviert; der ursprüngliche Wortsinn ist Anregung und Neuorientierung für notwendige Verantwortungsübernahme und Leitungsrollen in Versorgungskontexten in der letzten Lebensphase. Auch liegt im Ursprung keine Lösung – war doch die Sorge für das Haus an die Rolle des Familienvaters gebunden – eher ein Hinweis auf hinderliche Stereotypen in Geschlechter- und Berufsrollen und die damit verbundenen Machtverhältnisse. Ethikarbeit in Gesundheitseinrichtungen und konkrete organisationsbezogene Wertearbeit sind zwei Bausteine einer neuen, gemeinsamen Sorge für das Ganze im Gesundheitswesen.

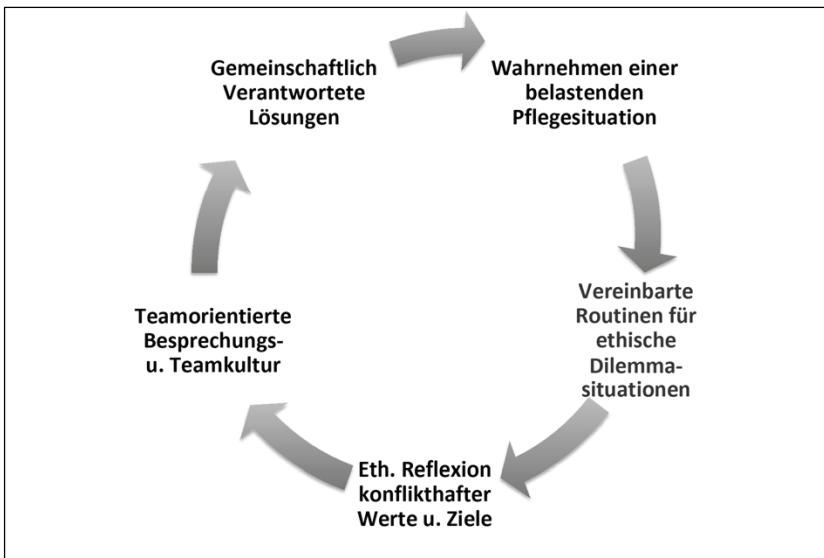


Abb. 4: Strukturierter Umgang mit belastenden Versorgungs- und Entscheidungssituationen (eigene Darstellung)

4.1 Ethikberatung in Gesundheitseinrichtungen

Gerade im Krankenhaus als Expertenorganisation mit vielen Spezialisierungen, mit PatientInnen, die sich nicht oder nur eingeschränkt äußern können, mit einer hierarchischen Verantwortungsorganisation und in chronischer Zeitknappheit, scheint Kommunikation im Sinne eines Diskurses umso wichtiger zu sein. Die Ansätze Klinischer Ethikberatung haben in ihren Prinzipien und in den unterschiedlichen Strukturmodellen zu einer ethischen Fallbesprechung diese Bedingungen bzw. Voraussetzungen gut aufgenommen. Allerdings gibt es noch viele Akuteinrichtungen, in denen es keine Strukturen expliziter ethischer Reflexion gibt. Mitunter starten die Pflegeberufe und schaffen sich eigene Reflexionsräume, in denen pflegeethische Prinzipien umgesetzt werden, z. B. als erweiterte pflegerische Fallbesprechungen oder als Pflegevisite. In anderen Krankenhäusern leiten inzwischen Pflegepersonen Klinische Ethikkomitees oder organisieren interprofessionelle Palliativbesprechungen. Kulturentwicklung im Krankenhaus wird nicht ohne die Beteiligung der Pflege und eine pflegeethische Perspektive gelingen. Gleichzeitig sind längst schon die Ansätze für eine diskurs- und prozessorientierte transdisziplinäre und interprofessionelle Ethik der Gesundheitsberufe und Gesundheitseinrichtungen gelegt und an vielen Orten wenigstens punktuell umgesetzt.

4.2 Nachhaltige Wert(e)-Arbeit in Teams und Organisationen des Gesundheitswesens

In den vergangenen 10 – 15 Jahren waren in vielen Unternehmen und Einrichtungen – nicht nur im Gesundheitswesen die Auseinandersetzung mit einer werteorientierten bzw. wertebasierten Unternehmenskultur, ein Bestandteil von MitarbeiterInnen- und Kundenbindung und eben auch ein Baustein, die eigenen Unternehmensziele zu konkretisieren und zu erreichen. Hier einige Erkenntnisse von vertiefenden Analysen, die im Rahmen der europäischen Wertstudie 2010 im Bereich von Profit- und Non-Profit-Organisationen durchgeführt wurden²⁶. Das dort entwickelte Analyseinstrument war zugleich Grundlage für weitere Beratungs- und Entwicklungsprojekten²⁷, die im Rahmen von Gesundheitseinrichtungen durchge-

26 Dinges et al., Konstruktive Wertearbeit und Wertemanagement in Organisationen, 2010.

27 Dinges, 2014.

führt wurden. Und als ein weiterer Baustein für die wirksame Implementierung pflegeethischer Reflexionen ist eine partizipative ‚Wertearbeit‘ als Mitgestaltung von Organisationskultur eine wichtige übergreifende Perspektive:

- Unternehmenskultur bewahrheitet sich im Kontext konkreter Praxis, d. h. sie berücksichtigt die stattfindende Pflegepraxis;
- Sie legt vornehmlich Wert auf faktische Kooperation – hier ist die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen, aber auch mit den anderen Gesundheitsberufen ein Dauerthema und Herausforderung. Gerade diese Erkenntnis würde ein Engagement für eine werteorientierte Unternehmenskultur in Gesundheitseinrichtungen mit den folgenden Elementen begründen;
- Vertrauensvolle Kooperation ist höher wertzuschätzen als ein theoretischer Konsens in Bezug auf Organisationswerte;
- Es braucht nicht eine völlige Deckungsgleiche zwischen den persönlichen und organisationalen Werten; es ist – mit einer ausreichenden Vertrauensbasis – auch ein gewisser Dissens auszuhalten;
- Die Wertearbeit kommt allen MitarbeiterInnen zugute und ist auf einen gemeinsamen langfristigen Unternehmenserfolg ausgerichtet;
- Die Sorge um die Werte ist wesentlich Führungsaufgabe, was in der Folge mit Wertemanagement (Wertearbeit in Führungsverantwortung) zu benennen ist;
- Wertemanagement basiert somit auf nachvollziehbaren Führungsentscheidungen und braucht die Akzeptanz von Seiten der MitarbeiterInnen.

Die geforderte ethische Entscheidungsfindung kann aufgrund der Komplexität der beeinflussenden Faktoren und tangierten Dimensionen weder alleine noch rein pragmatisch und lösungsorientiert erfolgen. Auf der anderen Seite lassen sich aus einer solchen Entscheidungs- und Lösungsfindung keine grundsätzlichen Regelhaftigkeiten für zukünftige Entscheidungen und Lösungen ableiten; eine neue Situation braucht – insbesondere in Bezug auf die Wertanalyse – einen neuerlichen Anlauf der Verständigung und Klärung.

So ist ethische Entscheidungsfindung (heraus-)fordernd und bedarf der Struktur, spezifischer Kompetenzen und Voraussetzungen. Es „bedarf einer Haltung der Verantwortung“, des wechselseitigen Verstehens und einer professionellen berufsethischen Orientierung. Neben der notwendigen Sensibilität und professionellen Kompetenz ethische Fragestellungen, ethische Konflikte und damit die Bezugspunkte ethischer Reflexion als solche zu erkennen und zu identifizieren und neben der Fähigkeit ethische Kon-

flikte als solche zu benennen, sind alle Gesundheitsberufe aufgefordert, sich regelmäßig in Prozesse ethischer Entscheidungsfindung einzubringen. Ziel der gemeinsamen Entscheidungsfindung ist es, mit den in der Situation Beteiligten und Betroffenen zu einer ethisch begründeten, ethisch verantwortbaren, retrospektiv nachvollziehbaren Entscheidung zu gelangen, die im Anschluss mitgetragen und im Behandlungsprozess umgesetzt wird. Erfolgen Prozesse der ethischen Entscheidungsfindung strukturiert und regelmäßig, so können diese die Versorgungsqualität verbessern, die Zufriedenheit aller Beteiligten steigern und moralischen Distress im Team langfristig reduzieren. Aufgrund der Komplexität von pflegeberuflichen Handlungssituationen, aufgrund der Vulnerabilität der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen aber auch aufgrund der Heterogenität gesellschaftlicher und professioneller Wertvorstellungen, ist die strukturierte und begründete ethische Entscheidungsfindung und der hierfür notwendige, inhärente interprofessionelle Diskurs ein wichtiges Element professionellen Pflegehandelns.

So könnten die drei Praxisvignetten in erweiterte und zugleich naheliegende Rollen (als organisationale Konkretisierungen/Rollenklärungen) weiterentwickelt werden:

- Im Krankenhaus ist nicht nur eine Mitverantwortung für den Handlungsprozess zu stärken, sondern auch z. B. eine *Ko-Leitungsrolle* auf den Stationen zu etablieren, die aufmerksam auf Kontinuität und Begründung von Behandlungentscheidungen ist;
- In den Einrichtungen der Altenhilfe ist „Pflege“ als *Leitdisziplin/Leitprofession* zu gestalten – viele Dilemmata entstehen durch Abwesenheit der Medizin (z. B. in der Nacht und am Wochenende) oder Notarzt-Logiken in kritischen Entscheidungssituationen;
- In vielen ambulanten Settings organisieren Pflegende (manchmal Hand in Hand, manchmal in Konkurrenz zur Sozialarbeit) Versorgungs- und Betreuungsprozesse und halten diese sektorübergreifend – im Sinne eines *Case-Managements* – am Laufen.

Literatur

Birnbacher, Dieter: Vulnerabilität und Patientenautonomie. Anmerkungen aus medizinethischer Sicht, in: Medizinrecht 30/9 (2012) 560–565.

Corley Mary C.: Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda, in: Nursing Ethics, 9/6, (2002) 636–650.

- Corley, M.C./Minick, P./Elswick, R.K., Jacobs, M.: Nurse moral distress and ethical work environment, *Nursing Ethics* 12/4 (2005) 381–390.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Wie schaut es im Pflegealltag wirklich aus? Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09, Berlin: DBfK-Bundesverband 2009.
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) 16.3.2018: Pflegemangel in Intensivmedizin führt zu Versorgungsgängen, in: <https://www.dgiin.de/allgemeines/pressemitteilungen/pm-leser/pflegemangel-in-intensivmedizin-fuehrt-zu-versorgungsgaessen.html> [20.2.2019]
- Dinges, Stefan: Pflegeethik organisieren und implementieren, in: Riedel, Annette/Linde, Anne-Christin (Hrsg.): Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene, Berlin: Springer 2018, 199–203.
- Dinges, Stefan: Ethikberatung als Prävention von moralischem Stress im Bereich von Pflege- und Gesundheitsberufen, in: Eisele Colombine (Hrsg.): Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen, Wien: Facultas 2017, 76–90.
- Dinges, Stefan: Dem Lebensatem Raum schaffen. Strukturelle und organisationale Verankerung von unterstützender Spiritualität am Lebensende, in: Feinendegen, Norbert/Höver, Gerhard/Schaeffer, Andrea/Westerhorstmann (Hg.): Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis, Würzburg: Königshausen und Neumann-Verlag 2014, 471–508.
- Dinges, Stefan/Gnirs, Dominik/Hamacher-Zuba, Ursula: Konstruktive Wertearbeit und Wertemanagement in Organisationen, in: Institut für Praktische Theologie (Hg.): Die Wertewelt der Österreicher/innen. Vertiefung. Das Wesen der Werte, ihre Weiterentwicklung in Österreich und Models of Good Practice in der Wertentwicklung. Zweiter Bericht zur Europäischen Wertestudie 2008 (Forschungsdokumentation) Wien 2010, 131–183.
- Dörner, Klaus: Autonomie am Lebensende, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 6/4 (2005) 109–111.
- Fuchs, Claude: Gibt es auch „spirituelle Dyspnoe“? in: *Palliative-ch* 4 (2005) 21–23.
- Gastmans, Chris: Dignity-enhancing nursing care. A foundational ethical framework, in: *Nursing ethics* 20/2 (2013) 142–149.
- Glasl, Friedrich: Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Berater und Beraterinnen, Stuttgart: Freies Geistesleben ¹¹2017.
- Jameton, Andrew: Nursing Practice. The Ethical Issues, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1984.
- Klie, Thomas: Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgekultur, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38/4 (2005) 268–272.
- Kunz, Roland/Ruegger, H.: Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin, in: Schweizerische Ärztezeitung (2018) 156–158.

Rabe Marianne: Strukturierte Falldiskussion anhand eines Reflexionsmodells, in: Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg.): Für alle Fälle... Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik, Hannover: Brigitte Kunz Verlag 2005, 131–144.

Riedel Annette, Lehmeyer Sonja: Einführung von ethischen Fallbesprechungen. Ein Konzept für die Pflegepraxis, Lage: Jacobs Verlag 2016.

Schäfer, Ursi B./Ulrich, Anja/Meyer-Zehnder, Barbara/Frei, Irena A.: Ethische Reflexion von Pflegenden im Akutbereich. Eine Thematische Analyse, Pflege 28/8 (2015) 321–327.

Schweizer Berufsverband für Pflegefrauen und Pflegemänner (SBK): Höhere Fachausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege Stufe 1 (Höfa 1), <https://www.sbk.ch/bildung/reglementierung-sbk/hoefa-1.html> [24.2.2019].

Streeck Nina: Selbstbestimmung als Element der Vorstellung vom guten Tod, in: Bioethica Forum 7 (2014) 136–138.

Szekeres, Thomas: Herausforderung Pflege Hausverständ gegen Pflegenotstand, (5.6.2018), in: <https://pflege-professionell.at/at-herausforderung-pflege-hausverständ-gegen-pflegenotstand> [20.2.2018].

Wallner, Jürgen: Rechtsethik in der Medizin (= Schriftenreihe Recht der Medizin 41), Wien: Manz 2018, 45.

Integrierte Palliativversorgung von multimorbidem geriatrischen Patientinnen/Patienten – eine Kernkompetenz der Primärversorgung?

Christine Trischak, Gerald Gredinger, Claudia Lohr, Sylvia Reitter-Pfoertner

1. Multimorbidität als Phänomen der (Über-)Alterung

Die österreichische Bevölkerung ist aktuell durch ein zunehmendes Wachstum gekennzeichnet: Der Anteil der älteren und alten Personengruppe (ab 65 Jahren) nimmt aufgrund der steigenden Lebenserwartung stetig zu; der Anteil der jungen bzw. erwerbstätigen Population stagniert. Bis 2050 kann gemäß Statistik Austria davon ausgegangen werden, dass die Gruppe der ab 65-Jährigen um etwa 1 Million Menschen zunimmt. Der prozentual gesehen größte Anstieg findet sich dabei in der Gruppe der über 80-Jährigen – diese Gruppe wächst bis ins Jahr 2050 um 150 Prozent. (StatA 2017) Diese Alterung der Bevölkerung stellt (auch) das österreichische Gesundheits- und Sozialwesen vor große Herausforderungen. Denn mit dem Alter nimmt auch die Anzahl der chronischen Erkrankungen zu, d. h. die Prävalenz von Multimorbidität, dem gleichzeitigen Vorliegen von zumindest zwei chronischen Erkrankungen, steigt. (Dodel 2014) Dies belegt auch eine Analyse von Abrechnungsdaten der österreichischen Krankenversicherungsträger aus dem Jahr 2013, anhand derer gezeigt werden konnte, dass österreichweit etwa zwei Drittel der Personen ab 65 Jahren von zumindest zwei chronischen Erkrankungen gleichzeitig betroffen sind; in der Gruppe der ab 85-Jährigen waren es sogar über 80 Prozent. (CCIV 2016)

2. Multimorbidität im Alter – Beeinträchtigung der Funktionalität

Multimorbidität im Alter bedeutet mehr als nur das gleichzeitige Vorliegen mehrerer einzelner Erkrankungen – hinzu kommen nämlich altersbedingte funktionelle Störungen als häufige und oftmals anhaltende Begleiterscheinungen, sodass sich Einzelerkrankungen nicht nur aufsummieren, sondern sich vielmehr in synergetischer Weise verstärken bzw. mit altersphysiologischen Einschränkungen von Körperfunktionen in Wechselwirkung treten können. (Valderas et al. 2009) V. a. bei Wechselwirkungen zwis-

schen Erkrankungen kommt es oftmals zu Unsicherheiten in der Diagnose (zusätzlicher) Erkrankungen (vgl. erschwerte Zuordnung von Symptomen zu einzelnen Erkrankungen bzw. Abgrenzung von alterstypischen Beschwerden), aber auch zu Behandlungskonflikten (vgl. Evidenz-basierte klinische Leitlinien für einzelne Diagnosen vs. Widersprüchlichkeiten, Wechselwirkungen, Übertherapien bei paralleler Anwendung von Leitlinien für mehrere Diagnosen [Zielkonflikte]). Das bedeutet, dass es im Kontext Multimorbidität im Alter eine ganzheitliche Betrachtung der Betroffenen braucht – im Sinne einer holistischen Betrachtung von Auswirkungen der einzelnen Erkrankungen bzw. altersbedingter Störungen auf die Selbstständigkeit und die Lebensqualität des Einzelnen. (Püllen/Amadori 2014)

Multimorbidität, damit einhergehende bzw. zusammenhängende Diagnoseunsicherheiten bzw. Behandlungskonflikte, führt oftmals zu einer vermehrten Inanspruchnahme stationärer Leistungen sowie ambulanter Einrichtungen, wodurch erhebliche Kosten induziert werden. (Luijks et al. 2012) Um hier gegensteuern zu können, braucht es eine Stärkung auf Ebene der Primärversorgung im Sinne einer effizienten Patientinnen-/Patienten-zentrierten Versorgung. (Kaufmann 2013)

3. Die Rolle der Primärversorgung

Stärkung der Primärversorgung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Hausärztinnen/-ärzte als erste (Wohnort-nahe) Anlaufstelle in der Versorgung gefordert sind. (Beyer et al. 2007) Ihnen kommt eine zentrale Rolle in der Betreuung von älteren und alten Menschen mit Multimorbidität zu. Diese Perspektive wird auch im aktuellen Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2017) eingenommen, wo die Versorgung geriatrischer Patientinnen/Patienten auf hausärztlicher Ebene verortet ist. Im ÖSG 2017 wird sogar noch vertiefend dazu ein multidimensionales geriatrisches Assessment als wichtiges Tool zur Verbesserung des Managements von älteren Patientinnen/Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen genannt. (GÖG 2017) Das bedeutet, dass es auf dieser Versorgungstufe, d. h. bei den Hausärztinnen/-ärzten, auch entsprechende Kompetenzen zur Betreuung dieser Patientinnen-/Patientengruppe braucht. Hier ist eine geriatrische (Zusatz-)Qualifikation ebenso vonnöten wie eine palliativmedizinische – schließlich leiden Menschen mit Multimorbidität oftmals auch gleichzeitig an mehreren tödlich verlaufenden Erkrankungen, wodurch auch ein hoher palliativer Versorgungsbedarf bestehen kann. Entsprechend definiert auch die Ärzteausbildungsordnung 2015 als wesentliche Ziele der allgemeinärztlichen Ausbildung den „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrun-

Integrierte Palliativversorgung von multimorbidem geriatrischen Patientinnen/Patienten

gen und Fertigkeiten“ u. a. der Geriatrie und palliativmedizinischen Versorgung. (RIS 2015)

Wenn geriatrische Patientinnen/Patienten nicht nur von Multimorbidity betroffen sind, sondern zudem ein komplexer Versorgungsbedarf hinzukommt – d. h. zusätzlich sozioökonomische, mentale/kognitive Faktoren oder Medikations- bzw. Polypharmazie-assoziierte Probleme aggravierend hinzukommen – ist die Umsetzung einer integrierten Versorgung eine absolute Notwendigkeit. (CCIV 2016) Unter integrierter Versorgung ist in diesem Zusammenhang eine „patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und nach standardisierten Behandlungskonzepten ausgerichtete Versorgung“ zu verstehen. (CCIV o. D.) Auch der deutsche Sachverständigenrat empfiehlt die Änderung des traditionellen Systems, welches ein Anbieter- und Sektor-orientiertes ist, in Richtung eines Populations-orientierten, Sektoren-übergreifenden Miteinanders (siehe Abbildung 1). (SVR 2009)

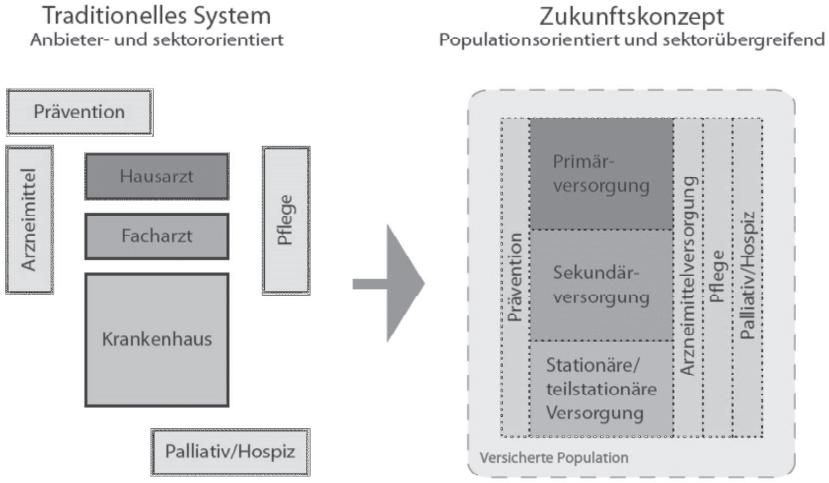


Abb. 1: Traditionelles vs. Zukunfts-Konzept (SVR 2009)

Auch das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ greift Aspekte der integrierten Versorgung auf und definiert die Primärversorgung als „direkt zugängliche erste Kontaktstelle, die den Versorgungsprozess koordinieren soll und eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleistet“. (BMG 2014)

4. Integrierte Versorgung in der hausärztlichen Praxis

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV), eine Einrichtung der österreichischen Krankenversicherungsträger, wurde auf dieser Basis im Jahr 2015 damit beauftragt, ein umsetzungstaugliches Versorgungsmodell für multimorbide, geriatrische Patientinnen/Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf (Zielgruppe) für die Primärversorgung in Österreich zu erarbeiten. Dieses Modell baut auf den aktuellen Gegebenheiten und Strukturen im niedergelassenen Bereich auf und definiert – analog zum „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ – ein zentrales Versorgungsteam (bestehend aus Hausärztin/-arzt, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) und ggf. einer/einem Case Managerin/Manager), das die (Koordination der) kontinuierliche(n) Betreuung multimorbider geriatrischer Patientinnen/Patienten übernimmt. Bei Aufnahme in dieses Versorgungsmodell ist ein geriatrisches Assessment vorgesehen, das im weiteren Verlauf regelmäßig – d. h. zumindest einmal jährlich bzw. anlassbezogen (z. B. nach stationärem Aufenthalt oder bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes) auch in kürzeren Zeitabständen – wiederholt wird (Re-Assessment). Die Betreuung im Modell sieht zumindest vierteljährlich (anlassbezogen auch öfter) eine gemeinsame Visite der Patientin/des Patienten durch das zentrale Versorgungsteam vor. Das bedeutet, dass zumindest alle drei Monate eine Person des zentralen Versorgungsteams die Patientin/den Patienten sieht und die Patientin/der Patient dann auch gemeinsam im Team besprochen wird. Zumindest einmal pro Jahr (anlassbezogen auch öfter) erfolgt im Modell eine Besprechung der Patientin/des Patienten im erweiterten Versorgungsteam, dem alle Gesundheitsberufe, die in der Therapie bzw. Betreuung eine Rolle spielen, angehören (Fallkonferenz). Im Modell ist ein Versorgungsplan vorgesehen, der die wichtigsten Informationen zur Person beinhaltet, die Ergebnisse des (der) (Re-)Assessments abbildet, gemeinsam/gemeinschaftlich festgelegte Ziele definiert und einen entsprechenden Maßnahmenplan vorgibt. (CCIV 2016) Im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung enthält der Versorgungsplan auch eine „vorausschauende Versorgungsplanung“, die sich mit palliativen Bereichen der Versorgung befasst. (CCIV 2018 unveröffentlicht) Dies reflektiert den oftmals (auch) palliativen Versorgungsbedarf der Zielgruppe im konzipierten Versorgungsmodell. Analog zum Konzept „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“ im Rahmen der „modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung“ wird damit auch die u. a. der niedergelassenen (Fach)-Ärzteschaft zugedachte Rolle in der Grundversorgung von zu Hause lebenden Personen in einfachen Situationen berücksichtigt. (ÖBIG & BMG 2014)

Dabei ist zu betonen, dass unter „Palliative Care“ eine Versorgung gemäß Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verstanden wird, die das Ziel verfolgt, die „Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind“ zu verbessern. (WHO 2002) In diesem Sinne soll eine aktive, ganzheitliche Versorgung der Patientinnen/Patienten, deren Krankheit auf eine kurative Behandlung nicht (mehr) anspricht, erfolgen, bei der Schmerz- und Symptommanagement sowie die Begleitung von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen im Vordergrund steht.

Das Ziel ist die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität; und diese steht vor Lebensquantität. Das bedeutet, dass es um den Erhalt von Autonomie und Würde des Einzelnen, um die Bejahung des Lebens, die Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens und in diesem Zusammenhang um die Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse von Patientin/Patient, Angehörigen und des Versorgungsteams geht. Im Vordergrund steht das medizinisch-ethisch Vertretbare, nicht das medizinisch-technisch Machbare (nach dem Prinzip „high person; low technology“).

Palliativversorgung im Alter beginnt nicht erst am Lebensende. Symptomkontrolle, psychosoziale, spirituelle Begleitung, Unterstützung der Angehörigen und vorausschauende Versorgungsplanung braucht es von Anfang an bei multimorbidem, geriatrischen Patientinnen/Patienten. Um diese Aspekte in der Versorgung auch adäquat berücksichtigen zu können, braucht es auf Seiten der Gesundheitsberufe – und hier v. a. auf Seiten der Hausärztin/des Hausarztes – die/der als primäre/primärer Ansprechpartnerin/partner fungiert und im konzipierten Versorgungsmodell auch die Verantwortung für die Betreuung hat (CCIV 2016) – palliatives Grundverständnis und das Eingehen auf die diversen Phasen der Versorgung mit den unterschiedlichen kurativen, rehabilitativen oder palliativen Therapiezielen, siehe Abbildung 2.

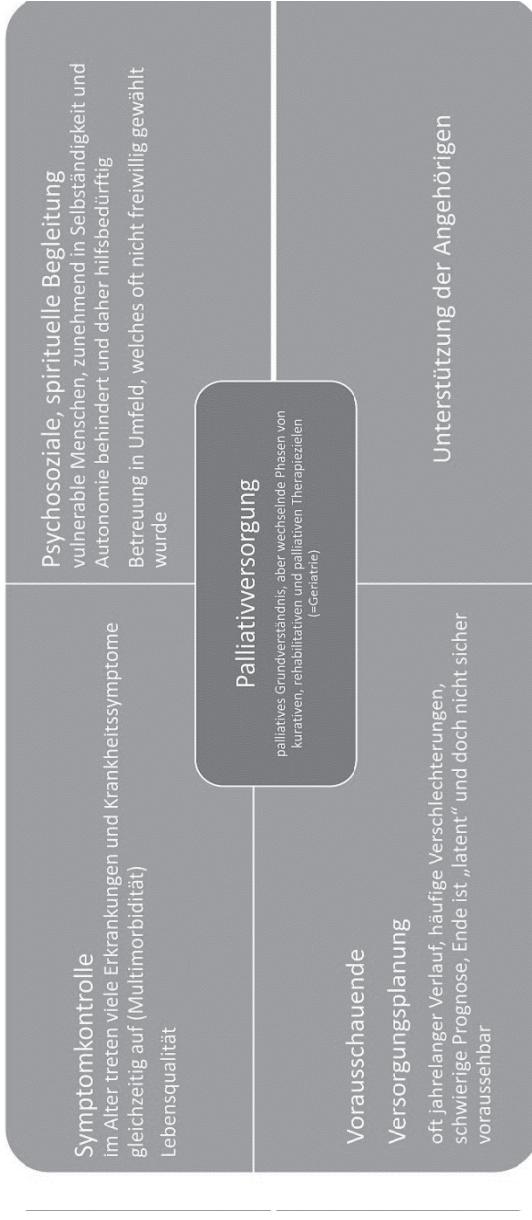


Abb. 2: Palliativversorgung (Reitter-Pfoertner 2018)

5. Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Versorgung geriatrischer Patientinnen/Patienten, die von Multimorbidität betroffen sind, mit all ihren spezifischen Bedürfnissen, inkl. palliativmedizinischer Aspekte in den Aufgabenbereich der Hausärztinnen/-ärzte fällt und sogar eine ihrer Kernkompetenzen darstellt. Um eine entsprechende Qualität der Versorgung dieser Personengruppe sicherzustellen, braucht es auch auf dieser Versorgungsebene entsprechende Kompetenzen hinsichtlich umfassender Geriatrie (inkl. Demenzversorgung) sowie palliativer Grundversorgung. Der Fokus sollte dabei auf einem ganzheitlichen (geriatrischen) Assessment, auf einer multidisziplinären Betreuung im Team, auf Ziel- und Bedürfnisorientierung (d. h. gemeinsamer Entscheidungsfindung mit Patientin/Patient und ihren/seinen Angehörigen) liegen und v. a. auf ein gutes Symptommanagement (im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität; inkl. gute End-of-Life Care) fokussieren.

Literatur

Beyer, M./Otterbach, I./Erler, A./Muth, C./Gensichen, J./Gerlach, F.: Multimorbidität in der Allgemeinpraxis Teil I. Pragmatische Definition, Epidemiologie und Versorgungsprämissen, in: ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83/8 (2007) 310–315.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit: Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich, Wien 2014, in: <https://www.bmwf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> [12.3.2018].

CCIV, Competence Center Integrierte Versorgung (o.D.): Integrierte Versorgung, Definition, in: <https://www.cciv.at/cdscontent/?contentid=10007.754471&viewmode=content> [27.11.2018].

CCIV, Competence Center Integrierte Versorgung (2016): „Rundum versorgt – Multimorbidität im Alter.“ Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten – Analyse der Versorgungssituation und Ausarbeitung eines umsetzungstauglichen Versorgungsmodells für Österreich, in: <https://www.cciv.at/cdscontent/load?contentid=10008.639561&version=1490792591> [22.11.2018].

CCIV, Competence Center Integrierte Versorgung (2018 unveröffentlicht), Multimorbidität – Bericht über die Arbeiten 2018, Wien.

Reitter-Pfoertner, S. E. (2018). Integrierte Palliativversorgung von multimorbidem geriatrischen PatientInnen – eine Kernkompetenz der Primärversorgung? 2. Interdisziplinäres Dialogforum Mensch und Endlichkeit, Goldegg.

- Dodel, R.: Multimorbidität. Konzept, Epidemiologie, Versorgung, in: Der Nervenarzt 85/4 (2014) 401–408.
- GÖG, Gesundheit Österreich GmbH (2017): ÖSG, Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017, in: https://www.bmhf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1_071/CMS1136983382893/oestg_2017_-_https://www [21.7.2018].
- Kaufmann, S.: Rahmenbedingungen für ein aktives Versorgungsmanagement in der Schweiz, in: Rebscher, H./Kaufmann, S. (Eds.): Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg: Medhochzwei-Verl. 2013, 29–44.
- Luijks, H.D./Loeffen, M.J.W./Lagro-Janssen, A.L./van Weel, C./Lucassen, P.L./Schermer, T.R.: GPs' considerations in multimorbidity management. A qualitative study, in: The British journal of general practice 62/600 (2012) e503–10.
- ÖBIG & BMG, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen & Bundesministerium für Gesundheit (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014 (2. aktualisierte Auflage) (Gesundheit Österreich GmbH, Hrsg.). Wien, in: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/05/broschuer_hospiz_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf [23.4.2018].
- Püllen, R./Amadori, K.: Assessment, in: Pantel, J./Schröder, J./Bollheimer, C./Sieber, C./Kruse, A./Tesky, V. (Eds.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Gerontologie, Stuttgart: W. Kohlhammer ¹2014, 616–625.
- RIS, Rechtsinformationssystem des Bundes: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, Fassung vom 23.11.2018.
- StatA, Statistik Austria: Bevölkerungsprognose 2017. Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2016-2100 laut Hauptzenario.
- SVR, Sachverständigenrat: Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung, Baden-Baden: Nomos 2009.
- Valderas, J.M./Starfield, B./Sibbald, B./Salisbury, C./Roland, M.: Defining comorbidity. Implications for understanding health and health services, in: Annals of family medicine 7/4 (2009) 357–363.
- WHO, World Health Organization (2002). *WHO Definition of Palliative Care 2002* (World Health Organization, Hrsg.), in: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [27.11.2018].

Vermeidbare Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen. Problembeschreibung und Lösungsansätze

Olivia Kada

Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich mit der Problematik vermeidbarer Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen. Dabei wird zunächst ein Überblick über Befunde zu Transportraten und Transportursachen gegeben um dann die Definition von Vermeidbarkeit und rezente diesbezügliche Befunde zu erörtern. Danach werden die komplexen Rahmenbedingungen, die vermeidbare Krankenhaustransporte begünstigen, beleuchtet um in der Folge die negativen Folgen für BewohnerInnen und Pflegekräfte zu diskutieren. Abschließend wird die aktuelle Evidenzlage zu Interventionen skizziert und Empfehlungen werden formuliert.

1. Ausgangslage

Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen sind ein häufiges Phänomen, belastend für BewohnerInnen und Pflegende und teilweise vermeidbar, wobei zum Anteil vermeidbarer Transporte sehr unterschiedliche Angaben vorliegen (Lemoyne et al. 2019). Eine Reduktion unnötiger Transporte durch eine optimierte Versorgung im Pflegeheim orientiert an den Wünschen der BewohnerInnen ist notwendig. Der Vergleich von Daten zu Krankenhaustransportraten ist insgesamt schwierig, da diese auf unterschiedlichen Zeiträumen und Populationen basieren (Hoffmann & Allers 2016). Daten für Österreich liegen erst seit Kurzem vor. Sekundärdatenanalysen des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017) über 85.182 BewohnerInnen aus 890 Pflegeheimen (SelbstzahlerInnen und BewohnerInnen ohne Pflegegeldeinstufung ausgeschlossen) ergaben insgesamt 735.022 Krankenhaustransporte in zwei Jahren; im Median sind das fünf Transporte pro Person und Jahr. Für Kärnten liegen neben Sekundärdatenanalysen (Kada et al. 2011) auch prospektiv erfasste Daten aus 17 Pflegeheimen unterschiedlicher Träger vor, das entspricht rund einem Viertel der Heime in Kärnten (Kada et al. 2017a). Über einen Zeit-

raum von sechs Monaten wurden 1.520 Transporte von 1.238 Personen gezählt, davon 831 geplante und 689 akute Transporte. Die Transporte gehen auf 45,4 Prozent der BewohnerInnen zurück mit im Mittel 2,61 Transporten ($SD = 4,69$). Die drei häufigsten Gründe für akute Transporte waren Sturzgeschehen, Veränderungen des Allgemeinzustands und Schmerz. Geplante Transporte erfolgten zumeist zur Dialyse, aufgrund sonstiger Kontrollen und zur Wundbehandlung/-kontrolle (für Details siehe Kada et al. 2017a). Woran sich die Vermeidbarkeit eines Krankenhaustransportes festmachen lässt, wird nachfolgend erörtert.

2. Vermeidbare Transporte

Zur Bezeichnung vermeidbarer Krankenhaustransporte sind in der Literatur unterschiedliche Begrifflichkeiten gebräuchlich wie z. B. „appropriate/inappropriate“, „avoidable“, „preventable“ oder „potentially burdensome“ (Renom-Guiteras et al. 2014). Auch hinsichtlich der Definition herrscht Dissens. Hierbei sind insbesondere folgende Definitionen verbreitet (Trahan et al. 2016):

- Transport wäre durch rechtzeitiges Erkennen und Behandeln vermeidbar gewesen
- Kein Notfall – direkte Entlassung aus der Notfallaufnahme
- Transport entgegen Patientenverfügung
- Transport aufgrund von Ambulatory Care Sensitive Conditions
- Post-hoc Bewertung verantwortlicher Faktoren

Die Berücksichtigung der Perspektive des Pflegeheimpersonals ist wesentlich um Ursachen für vermeidbare Transporte zu identifizieren und Lösungsansätze zu entwickeln. Eine Mixed Methods Studie zeigte, dass je nach Blickwinkel durchaus unterschiedliche Transporte als vermeidbar eingeschätzt werden (Kada et al. 2014, Kada & Janig 2016). Aussagen über das tatsächliche Ausmaß vermeidbarer Transporte zu treffen ist angesichts der uneinheitlichen Definitionen und der methodischen Limitationen nicht möglich. In einer rezenten systematischen Literaturübersicht (Lemoyne et al. 2019) über 77 Studien rangierte der Anteil der als vermeidbar klassifizierten Transporte in die Notfallaufnahme zwischen vier und 55 Prozent. Unroe et al. (2018) konnten zeigen, dass es zum Zeitpunkt der Transportentscheidung schwierig ist Vermeidbarkeit zu bestimmen, zumal sich die beobachteten Symptome nur als schwache Prädiktoren der Krankenhausdiagnose erwiesen. Die Ursachen für die hohe Anzahl an (vermeidbaren) Krankenhaustransporten wird nachfolgend skizziert.

3. Ursachen für vermeidbare Krankenhaustransporte

Die Ursachen für vermeidbare Transporte sind komplex und bedürfen einer umfassenden Betrachtung auf Systemebene, wie andernorts ausführlich beschrieben wird (Kada & Janig 2016, Kada et al. 2017a, Robinson et al. 2011, Trahan et al., 2016). Aktuell sind Pflegeheime nicht für die Versorgung der zunehmend multimorbidien und demenzkranken BewohnerInnen ausgerichtet, etwa hinsichtlich der personellen Ausstattung oder der geriatrischen Qualifikation von Pflegepersonal und Ärzteschaft, die aufgrund der komplexen medizinischen Bedürfnisse der BewohnerInnen aber unerlässlich ist (Balzer et al. 2013, Riedel 2017, Robinson et al. 2012). In Österreich verfügen 6,3 Prozent der Pflegeheime über eine ärztliche Betreuung rund um die Uhr, während die Betreuung durch den Hausarzt im Sinne der freien Arztkwahl mit 69,6 Prozent die häufigste Form der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen darstellt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017). Die lückenhafte Verfügbarkeit von Hausärzten und -ärztinnen erschwert die interdisziplinäre Kooperation und Transportentscheidungen müssen immer wieder vom Pflegepersonal getroffen werden (z. B. Kada et al. 2011), was mit moralischem Stress assoziiert ist und die Personalsituation weiter verschärfen kann (Kada im Druck). Den Bewohner bzw. die Bewohnerin als Person mit seinen bzw. ihren individuellen Werten und Präferenzen zu kennen und über seine bzw. ihre gesundheitliche Verfassung im Bilde zu sein, ist wesentlich um die oftmals subtilen Veränderungen zu erkennen und eine fundierte Transportentscheidung treffen zu können (Robinson et al. 2012). Bereitschafts- oder Notärzte verfügen oftmals nicht über die notwendigen Informationen um Entscheidungen im Sinne des Bewohners treffen zu können (Hoffmann & Allers 2018, Janig et al. 2015). Kommunikationsprobleme mit Krankenhäusern und ungünstige Entlassungszeitpunkte begünstigen ebenfalls (Wieder-)Einweisungen. Es gilt also vor allem auch an den Rahmenbedingungen anzusetzen um vermeidbare Krankenhaustransporte zu reduzieren zum Wohle der Bewohner, ihrer Angehörigen und der in die Versorgung involvierten Pflegepersonen und Ärzte bzw. Ärztinnen (Kada et al. 2012, 2017a). Nachfolgend soll nun skizziert werden, welche negativen Folgen vermeidbare Krankenhaustransporte für die Gesundheit der BewohnerInnen und ihrer Pflegekräfte haben.

4. Konsequenzen für die BewohnerInnen

Akuttransporte bergen das Risiko negativer gesundheitlicher Folgen, die als „hazards of hospitalization“ bezeichnet werden und insbesondere Stürze, nosokomiale Infektionen, Druckgeschwüre und eine hohe Mortalitätsrate (bis zu 34 Prozent) umfassen (Dwyer et al. 2014). In einer qualitativen Interviewstudie beschrieben Pflegedienstleitungen und Hausärzte und -ärztinnen Krankenhaustransporte als große Belastung, insbesondere für BewohnerInnen mit Demenz, wie folgendes Zitat eines Hausarztes verdeutlicht:

„[...] es sind auch die Schwestern nicht so interessiert daran, die Patienten ins Krankenhaus einweisen zu lassen, denn das Problem bei allen Demenzpatienten ist, die kommen so viel schlechter zurück als sie hineingekommen sind und dann braucht das Pflegepersonal meistens zwei Monate bis sie den Bewohner wieder geistig auf dasselbe Niveau zurückbringen, weil durch diese Umstellung sind sie vollkommen verwirrt. [...] Neue Umgebung, neue Leute, neue Gesichter und dann kommen sie vollkommen verwirrt wieder heraus.“ (Kada et al. 2011, S. 719).

Entscheidungen für bzw. gegen einen Krankenhaustransport müssen folglich mit Bedacht erfolgen und Nutzen und Risiken sorgfältig gegeneinander abgewogen werden rekurrend auf geriatrisches Fachwissen sowie bewohnerspezifisches Wissen (Kada et al. 2012, Kada & Janig 2016, Robinson et al. 2012).

4.1 Das Krankenhaus als Sterbeort

PflegeheimbewohnerInnen versterben sehr häufig nicht im gewohnten Umfeld des Pflegeheims, sondern im Krankenhaus. Über einen Zeitraum von sechs Monaten ereigneten sich 30,1 Prozent der 143 Todesfälle aus 17 Pflegeheimen in Kärnten im Krankenhaus, oftmals nach einem akuten Transport (Kada et al. 2017a). Eine Studie aus Deutschland (Allers & Hoffmann 2018) zeigt, dass 37 Prozent von insgesamt 67.328 BewohnerInnen in der Woche vor dem Tode ins Krankenhaus transportiert wurden. Dies wirft die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit solcher Transporte auf und deutet auf die Notwendigkeit der Fokussierung von Palliative Care in Pflegeheimen hin (Temkin-Greener et al. 2017).

5. Konsequenzen für das Pflegepersonal

Literaturübersichten zeigen, dass Pflegepersonen oftmals Transportentscheidung in Abwesenheit des Hausarztes bzw. der Hausärztin treffen müssen (z. B. Laging et al. 2015). Dabei wägen sie die Wünsche des Bewohners bzw. der Bewohnerin ab gegenüber Risiken der Einweisung und möglichen rechtlichen Folgen, was die Entstehung von Moral Distress begünstigt (Kada 2017, Kada im Druck). In einer qualitativen Interviewstudie mit diplomierten Pflegekräften aus unterschiedlichen Pflegeheimen in Kärnten zeigte sich, dass 5 von 21 Pflegepersonen durch moralischen Stress stark belastet sind und 11 immerhin von einer mäßigen Belastung berichteten (Kada & Lesnik 2019). Krankenhaustransporte (am Lebensende) wurden dabei häufig als Auslöser von moralischem Stress beschrieben. Eine gelungene Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft wurde als wichtige Ressource zur Vermeidung oder Linderung von moralischem Stress beschrieben. Die fragmentarische ärztliche Präsenz in den Heimen erwies sich zugleich aber auch als Quelle von moralischem Stress.

Es wurden mittlerweile verschiedene Interventionen entwickelt und überprüft, die helfen sollen durch eine optimierte Versorgung unnötige Krankenhaustransporte zu verhindern. Nachfolgend wird die aktuelle Evidenzlage skizziert.

6. Aktuelle Evidenz zu Interventionen

Es gibt wenig Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion vermeidbarer Krankenhaustransporte, jedoch erscheinen Maßnahmen zur Strukturierung und Standardisierung der Versorgung im Heim sowie die Installierung von geriatrischen Konsiliardiensten vielversprechend (Graverholt et al. 2014). In einer rezenten cluster-randomisierten Studie mit 33 Pflegeheimen in der Interventionsgruppe zeigten sich keine signifikanten Effekte von INTERACT („Interventions to Reduce Acute Care Transfers“) auf Krankenhauseinweisungen insgesamt oder auf Notfalleinweisungen; es wurde jedoch ein Rückgang von vermeidbaren Transporten um 15 Prozent beobachtet (Kane et al. 2017). Die Autoren weisen darauf hin, dass die Interventionsheime die Maßnahme nicht in vollem Umfang umsetzten. Ähnliche Schwierigkeiten zeigten sich auch in einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) zu den Effekten von Palliativteams auf die Reduktion von Transporten am Lebensende (Temkin-Greener et al. 2017). In eigenen Studien fanden sich wiederholt deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit eines Maßnahmenpaketes zur Reduktion vermeidbarer

Transporte. Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden in zwei Kärntner Pflegeheimen Vorträge zu geriatrischen Themen für Pflegekräfte und Hausärzte angeboten sowie Patientenfallkonferenzen nach Siebolds et al. (1994), Workshops zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Polymedikationskonsile durchgeführt (Kada et al. 2012). Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurden signifikant weniger Krankenaustransporte registriert, signifikant weniger vermeidbare Transporte verzeichnet (vgl. auch Kada & Janig 2016) und die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus Sicht von Pflegekräften und Hausärzten positiver eingeschätzt, während sich kein Effekt in der Lebensqualität der BewohnerInnen (fremdbeurteilt durch die Pflege mittels standardisiertem Instrument) zeigte. In einer über 12 Monate in 17 Pflegeheimen laufenden Intervention, die zusätzlich einen geriatrischen Konsiliardienst (GEKO) umfasste, zeigte sich ein signifikanter Transportrückgang gegenüber der 6-monatigen Baselinephase, ein Rückgang vermeidbarer Transporte sowie eine signifikante Senkung der Polymedikationsrate (Kada et al., 2017b). Es sei angemerkt, dass durch den GEKO auch Krankenaustransporte veranlasst wurden, wenn diese indiziert waren. Wenngleich also die Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion vermeidbarer Krankenaustransporte schwach ist, da es pro Intervention zumeist wenige Studien gibt, die teilweise methodische Limitationen aufweisen, mehren sich Hinweise darauf, dass verstärkte geriatrische Präsenz in Heimen gepaart mit der Förderung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit wesentliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung und somit zur Reduktion vermeidbarer Transporte sind (vgl. auch Riedel et al. 2017). All diese Maßnahmen können ihre Wirkung aber nur dann in vollem Umfang entfalten, wenn die erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

7. Schlussfolgerungen

Krankenaustransporte aus Pflegeheimen sind ein häufiges Phänomen, was durchaus mit den komplexen Versorgungsbedürfnissen der BewohnerInnen erklärt werden kann, die bisweilen eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich machen. Immer wieder erfolgen aber auch Transporte aufgrund von Erkrankungen oder Symptomen, die auch auf niedrigerer Versorgungsstufe sicher und somit weniger belastend für den Bewohner bzw. die Bewohnerin behandelt werden könnten. Die Ursachen für diese vermeidbaren Transporte sind komplex und bedürfen daher entsprechend komplexer Maßnahmen. Die Steigerung der geriatrischen Präsenz in Form eines GEKO – wie an der Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation

am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee seit 2018 eingerichtet (https://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzung/iImplId_65.htm) – hat sich dabei als eine besonders vielversprechende Maßnahme herauskristallisiert. Weitere wesentliche Ansatzpunkte sind insbesondere Advance Care Planning, die Strukturierung und Standardisierung der Versorgung, Palliative Care und Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hausärzten bzw. -ärztinnen. Es ist wenig verwunderlich, dass die Umsetzung komplexer Interventionen in Pflegeheimen vor dem Hintergrund der oben genannten Rahmenbedingungen nur bedingt möglich ist. Das Spannungsfeld ökonomischer Rationalitäten und ethisch-existentieller Realitäten zeigt sich hier besonders deutlich.

Literatur

- Allers, K./Hoffmann, F.: Mortality and hospitalization at the end of life in newly admitted nursing home residents with and without dementia, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 53/8 (2018) 833–839, Online first: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1523-0> [1.3.2018].
- Dwyer, R./Gabbe, B./Stoelwinder, J. U./Lowthian, J.: A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities, in: Age and Ageing 43/6 (2014) 759–66.
- Graverholt, B./Forsetlund, L./Jamtvedt, G.: Reducing hospital admissions from nursing homes. A systematic review, in: BMC Health Services Research 14/36 (2014) doi:10.1186/1472-6963-14-36.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen in Österreich. Endversion 20.12.2017, Wien (2017), in: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.647827&version=1513857256> [1.3.2018].
- Hoffmann, F./Allers, K.: Age and sex differences in hospitalization of nursing home residents. A systematic review, in: BMJ Open, 6:e011912 (2016), doi:10.1136/bmjopen-2016-011912.
- Kada, O.: Hospital transfers of nursing home residents. A vignette experiment on nurses' decision making, in: Journal of Applied Gerontology (2017) Online first, doi: 10.1177/0733464816687219.
- Kada, O.: Moralischer Stress in der Arbeit mit geriatrischen Patientinnen und Patienten, in: R. Likar/O. Kada/G. Pinter/H. Janig/W. Schipplinger/K. Cernic/C. Sieber (Hrsg.): Ethische Herausforderungen des Alters. Ein interdisziplinäres, fallorientiertes Praxisbuch für Medizin, Pflege und Gesundheitsberufe, Stuttgart: Kohlhammer (im Druck).

- Kada, O./Janig, H.: Mixed Methods in Action: The Dilemma of Nursing Home Residents Relocated to Hospital, in: SAGE Research Methods Cases. London, United Kingdom: SAGE Publications, Ltd. (2016) doi: 10.4135/978144627305015595375.
- Kada, O./Janig, H./Hollerer, A./Isak, A.-M.: Das Phänomen „vermeidbare Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen“. Die Notwendigkeit multiperspektivischer Forschung, in J. Lüthi/H.P. Steinbacher (Hrsg.): Tagungsband. 8. Forschungsfestival der österreichischen Fachhochschulen, Kufstein, Austria: FH Kufstein 2014, 129–133.
- Kada, O./Janig, H./Likar, R./Cernic, K./Pinter, G.: Reducing avoidable hospital transfers from nursing homes in Austria. Project outline and baseline results. Gerontology and Geriatric Medicine 3 (2017a) doi: 10.1177/2333721417696671.
- Kada, O./Janig, H./Pinter, G./Cernic, K./Likar, R. (Hrsg.): Gut versorgt im Pflegeheim? Ein Forschungsbericht über die Wirksamkeit eines Maßnahmenpakets zur Reduktion vermeidbarer Krankenhaustransporte, Innsbruck: Studia Verlag 2012.
- Kada, O./Janig, H./Pinter, G./Cernic, K./Likar, R.: Projekt Trans Pro. Verbesserung der Betreuung von PflegeheimbewohnerInnen, Projekt Übersicht und aktuelle Resultate. (2017b), Vortrag präsentiert am 12. Gemeinsamen Österreichisch-Deutschen Geriatriekongress, 57. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. Geriatrie – Wissen und Forschung für ein gelungenes Alter(n). 20. – 22. April 2017, Universität Wien.
- Kada, O./Lesnik, T.: Moral Distress im Pflegeheim. Erfahrungen und Ressourcen bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, (2019) Vortrag präsentiert am 14. Gemeinsamen Österreichisch-Deutschen Geriatriekongress, 59. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. 25.-27. April 2019, Universität Wien.
- Kane, R.L./Huckfeldt, P./Tappen, R./Endstrom, G.: Effects of an Intervention to Reduce Hospitalizations From Nursing Homes: A Randomized Implementation Trial of the INTERACT Program, in: JAMA Internal Medicine, 177/9 (2017) 1257–1264.
- Laging, B./Ford, R./Bauer, M./Nay, R.: A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital, in: Journal of Advanced Nursing, 71/10 (2015) 2224–2236, doi: 10.1111/jan.12652.
- Lemoigne, S.E./Herbots, H.H./De Blick, D./Remmen, R./Monsieurs, K.G./Van Boogaert, P.: Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments. A systematic review, in: BMC Geriatrics 19/17 (2019) doi: 10.1186/s12877-019-1028-z.
- Renom-Guiteras, A./Uhrenfeldt, L./Meyer, G./Mann, E.: Assessment tools for determining appropriateness of admission to acute care of persons transferred from long-term care facilities. A systematic review, in: BMC Geriatrics 14/80 (2014) doi:10.1186/1471-2318-14-80.
- Riedel, M.: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen, in: Health System Watch 3 (2017) 417–432.

- Robinson, C.A./Bottorff, L.J./Lilly, M.B./Reid, C./Abel, S./Lo, M./Cummings, G.G.: Stakeholder perspectives on transitions of nursing home residents to hospital emergency departments and back in two Canadian provinces, in: *Journal of Aging Studies*, 26 (2012) 419–427.
- Siebolds, M./Jacobs, G./Horaczek, U.: Patientenfallkonferenz am Beispiel Diabetes, in: *Qualimed* 4 (1994) 102–111.
- Temkin-Greener, H./Mukamel, D.B./Ladd, H./Ladwig, S./Caprio, T.V./Norton, S.A./Quill, T.E./Olsan, T.H./Cai, X.: Impact of nursing home palliative care teams on end-of-life outcomes: A randomized controlled trial, in: *Medical Care* 56/1 (2018) 11–18.
- Trahan, L.M./Spiers, J.A./Cummings, G.G.: Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments. A scoping review of contributing factors and staff perspectives, in: *Journal of the American Medical Directors Association* 17/11 (2016) 994–1005.
- Unroe, K.T./Carnahan, J.L./Hickman, S.E./Sachs, G.A./Hass, Z./Arling, G.: The complexity of determining whether a nursing home transfer is avoidable at time of transfer, in: *Journal of the American Medical Directors Association* 66/5 (2018) 895–901.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Kristin Attems (Mag.^a rer.nat.) ist Biologin / biologische Anthropologin und seit 2019 für die elisabethinen graz gmbh im Wirkfeld „lernen und leben“ tätig. | Inhaltliche Schwerpunkte: Public Health und Sozialmedizin, Humanethologie und Verhaltensbiologie. | Publikationen (Auswahl): Attems, K/Stronegger, WJ: Institutionelles Wissensmanagement in der Versorgung am Lebensende. Potentiale aus Sicht der ExpertInnen, in: Likar/Kada/Pinter/Janig/Schippinger/Cernic/Sieber (Hrsg.): Ethische Fragen am Lebensende. Ein interdisziplinäres Praxisbuch für Medizin, Pflege und benachbarte Gesundheitsberufe, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, In Press (2019). Stronegger, WJ/Attems, K (Hrsg.): Mensch und Endlichkeit. Die Institutionalisierung des Lebensendes zwischen Wissenschaft und Lebenswelt. Baden-Baden: Nomos 2018.

Stefan Dinges (Dr. theol.), Medizin- und Gesundheitsethiker, systemischer Organisationsberater und Mediator, praktischer Theologe; arbeitet als Univ.Ass. am Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität/Medizinische Universität Wien, in der klinischen Ethikberatung im St. Josef-Krankenhaus, Wien sowie als freiberuflicher Trainer und Berater insbesondere in Gesundheitseinrichtungen im dt.-sprachigen Raum | Forschungsschwerpunkte / Inhaltliche Schwerpunkte: Organisations- und Führungsethik, wertebasierte Organisationsentwicklung und Management, Implementierung von (Ethik-)Beratungsstrukturen, Palliative Care im interprof. Kontext. | Publikationen (Auswahl): Dinges Stefan (2018) Entscheidungssicherheit durch klinische Ethikberatung, in: Körtner/Kopetzki/Kletecka-Pulker/Müller (Hrsg.) Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen am Lebensanfang, Wien: Verlag Österreich, 137–160; Dinges Stefan (2018) Pflegeethik organisieren und implementieren, in: Riedel/Linde (Hrsg.) Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene, Berlin: Springer, 199–203; Dinges Stefan (2016), Spiritualität und Spiritual Care – Modebegriffe oder Paradigmen ganzheitlicher Gesundheitsversorgung? in: Bonacker, Marco/Geiger, Gunter (Hrsg.) (2016), Menschenrechte und Medizin. Grundfragen medizinischer Ethik, Opladen; Berlin: Verlag Barbara Budrich, 77–102.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Angelika Feichtner (MSc), Pflegefachfrau mit langjähriger Praxis im Bereich von Palliative Care und Hospizarbeit, freiberufliche Referentin und Autorin. | Inhaltliche Schwerpunkte: Palliative Care, Palliativpflege und Ethik am Lebensende. | Publikationen (Auswahl): Palliativpflege: ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe (2018); Palliativpflege in der Praxis (2016); Palliative Care: Unterstützung der Angehörigen (2017); Mitautorin bei Handbuch Sterben und Menschenwürde (2012) (Hrsg. Anderheiden, M. / Eckart, W.)

Gerald Gredinger (Dr. Mag., MA) arbeitet im Competence Center Integrierte Versorgung, wo er für quantitative Methoden zuständig ist. | Inhaltliche Schwerpunkte: Multimorbidität, chronische Herzinsuffizienz, Demografie, Gesundheitssoziologie.

Olivia Kada (FH-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ rer.nat.) ist Senior Researcher und Lecturer am Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement der FH Kärnten und externe Lehrende am Institut für Psychogerontologie der FAU Erlangen-Nürnberg. | Forschungsschwerpunkte: Versorgungsfragen im Bereich Langzeitpflege, Altersbilder im Bereich AAL, Moral Distress, Mixed Methods Designs dar. Zuletzt mit dem Ignatius Nascher Förderpreis für Geriatrie der Stadt Wien 2017 ausgezeichnet. | Publikationen (Auswahl): Publikation von mehr als 20 Papers in Fachzeitschriften mit Peer-Review. Mitherausgeberin mehrerer der (Lehr-)bücher.

Franz Kübel (Dr. h. c.) war Direktor der Caritas Steiermark und Präsident der Caritas Österreich. | Arbeitsschwerpunkte: Soziale Gerechtigkeit, Gesellschaftliche Solidarität, Katholische Soziallehre. | Publikationen (Auswahl): Sprachen des Helfens (2017), Mein armes Österreich. Und wie es reicher sein könnte (mit Barbara Toth, 2010), Warum haben wir alle zu wenig? (Hg von Stefan Winkler, Wolfgang Sotill, 2005).

Christian Lagger (Dr. MBA) Geboren 1967 in Paternion/Kärnten; Studien der Theologie, Philosophie, Business Administration MMag. Dr., MBA, in Salzburg, Innsbruck, Graz, Wien; 2001–2009 Bischoflicher Sekretär (Diözesanbischof von Graz-Seckau DDr. Egon Kapellari); seit 2010 Geschäftsführer bei den Elisabethinen (die elisabethinen graz gmbh; die Krankenhaus der Elisabethinen GmbH, die Elisabethinen Graz Verwaltungs GmbH; die Elisabethinen Graz-Linz-Wien Service und Management GmbH); seit 2016 Sprecher der Elisabethinen Österreich; Mitglied mehre-

rer Vereine und Gremien: u. a. seit 2017 Kulturbirat der Stadt Graz und Aufsichtsratsmitglied des Universalmuseums Joanneum; Lehrender an der FH Joanneum und an der Karl Franzens Universität Graz (Managementtheorie und Leadership/strategisches Denken); Unternehmens- und Führungskräfteberater. | Publikationen (Auswahl): Christliche Steiermark u. a. in: Die Steiermark eine Landvermessung, Hg. Herwig Hösele und Manfred Prisching 2018, 128–151; Der Kurz-Faktor, in: Österreich 22 Überlegungen zur Zukunft unserer Republik, Hg. Land Steiermark 10/2018, 22; Katholisch und leistungsorientiert? in: Gesellschaft und Politik Leistung und Soziallehre – ein Widerspruch?, Das Verhältnis von Leistung und Solidarität in Katholischer Soziallehre und demokratischer Gesellschaft, Hg. Christian Lagger/Peter Rosegger 53. Jahrgang März 2018, 91–93; Krankenversorgung und -fürsorge als soziale Grunddimension von Kirche und der Beitrag österreichischer Ordensspitäler, in: Gesellschaft & Politik. Zeitschrift für soziales und wirtschaftliches Engagement, Leopold Neuhold/ Klaus Poier (Hrsg), 125 Jahre „Rerum novarum“ Nr. 3–4/2016, Jg. 52, 95–101; Komplexitätsmanagement im Dialog bei *Papst Franziskus*: die Enzyklika Laudato si, in: Lagger, Christian/Rosegger, Peter (Hg.), Gesellschaft & Politik. Zeitschrift für soziales und wirtschaftliches Engagement, Nr. 4 2015/Nr. 1 2016, Jg. 51/52, Netze der Gemeinschaft. Der Beitrag Papst Franziskus zur Katholischen Soziallehre, Wien-Graz 2016; 71–80; Interdisziplinarität. Ohne sie bewegt sich gar nichts. Erste Reflexionen eines Theologen und Philosophen als Krankenhausmanager, in: Steiner, Michael (Hg.), WAS, Nr. 107, Graz: Leykam 2014, 143–150; Außer Streit. Gesundheitsreform aus der Sicht eines Ordensspitals, in: Karl, Beatrix/Mantl, Wolfgang u. a. (Hg.), Jahrbuch für Politik 2012, Graz 2013, 251–257.

Claudia Lohr (Mag.^a) arbeitet im Competence Center Integrierte Versorgung, wo sie als studierte Soziologin v. a. in den Projekten Multimorbidität und chronische Herzinsuffizienz tätig ist. | Inhaltliche Schwerpunkte: Multimorbidität, chronische Herzinsuffizienz, Versorgungsplanung.

Sylvia Reitter-Pfoertner (Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ) arbeitet im Competence Center Integrierte Versorgung, wo sie (als ausgebildete Internistin, habilitiert an der Medizinischen Universität Wien) für Evidenz-basierte Medizin verantwortlich ist. | Inhaltliche Schwerpunkte: Multimorbidität, chronische Herzinsuffizienz, Disease Management, Brustkrebs-Früherkennung.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Corinna Schmohl (Dr.ⁱⁿ theol.), Pfarrerin der Evangelischen Landeskirche in Württemberg (Deutschland), Logotherapeutin und Paarberaterin nach Viktor Frankl (DGLE®) | Forschungsschwerpunkte / Inhaltliche Schwerpunkte: Praktische Theologie, Spirituelle Gesundheit, Religion und Psychologie, Seelsorge und Spiritual Care. | Publikationen (Auswahl): Onkologische Palliativpatienten im Krankenhaus. Seelsorgliche und psychotherapeutische Begleitung (2015), Seelsorge in der Onkologie: Das Leben neu sehen in: Roser, Traugott (Hg.) Handbuch der Krankenhausseelsorge, 5. Aufl. (im Druck).

Patrick Schuchter (Dr., MPH) ist Philosoph, Krankenpfleger und Gesundheitswissenschaftler, er lehrt und forscht an der Universität Graz, er ist Mitbegründer des Instituts für Philosophische Praxis und Sorgekultur (www.ipps.at) sowie Mitglied im Verein Sorgenetz (<http://sorgenetz.at/>) | Forschungsschwerpunkte: Ethik und Philosophische Praxis, Palliative Care, Public Health | Publikationen (Auswahl): Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen. Eine Praktische Philosophie der Sorge, Bielefeld: transcript Verlag 2016; Sorgekunst. Mutbüchlein für das Lebensende, Esslingen: der hospiz Verlag (edition caro & caro) 2017 (gemeinsam mit Andreas Heller).

Willibald Julius Stronegger (Univ.-Prof. Mag. Dr.rer.nat.) lehrt Sozialmedizin und Epidemiologie an der Medizinischen Universität Graz. | Forschungsschwerpunkte: Medikalisierung (soziale Genese und Institutionalisierung medizinisch-anthropologischen Wissens), Biopolitik, Wertestudien und deskriptive Ethik. | Publikationen (Auswahl): Faire vivre. Die Institutionalisierung des Lebens in der Moderne und der Tod, in: Stronegger, WJ; Attems, K (Hrsg.): Mensch und Endlichkeit. Die Institutionalisierung des Lebensendes zwischen Wissenschaft und Lebenswelt. Baden-Baden: Nomos 2018, S. 23–53. Die Legitimität von Tötungshandlungen im modernen Staat – Eine biopolitische Perspektive, in: Imago Hominis 23, 2016. Factors associated with the rejection of active euthanasia – a survey among the general public in Austria, in: BMC Med Ethics 14, 2013. Changing attitudes towards euthanasia among medical students in Austria, in: J Med Ethics 37, 2011.

Christine Trischak (BA) arbeitet im Competence Center Integrierte Versorgung. Sie ist ausgebildete E.D.E. Heimleiterin, studierte „Gesundheitsmanagement und -förderung“ und absolviert dzt. das Masterstudium „Inte-

griertes Versorgungsmanagement“ an der FH Burgenland. | Inhaltliche Schwerpunkte: Gesundheitsförderung, Case and Care Management, Multi-morbidität, integrierte geriatrische Versorgung im niedergelassenen Bereich.

