



Das Ziel der Palliativversorgung (Palliative Care) spiegelt sich im Namen wider: Sich um einen Menschen sorgen, als würde man einen schützenden Mantel (lat. pallium = Mantel) um ihn legen, ist die Grundhaltung allen palliativen Handelns. Im Mittelpunkt stehen der unheilbar erkrankte Mensch und seine Bedürfnisse. Auch wenn es keine kurative Behandlung mehr für ihn gibt, soll er nicht allein gelassen werden. Die Lebensqualität soll erhalten oder verbessert werden, indem mitunter schwere körperliche Schmerzen gelindert, aber ebenso seelische, soziale und spirituelle Leiden wahrgenommen werden.

Prof. Dr. Kerstin Schlögl-Flierl und Dr. Stefan Buchs

Leben in Beziehung

Wie das christliche Menschenbild
Palliative Care inspiriert



Der Mensch wird in seiner Ganzheitlichkeit anerkannt. Darin liegt die größte Stärke der Palliative Care und darin entspricht sie auch dem christlichen Menschenbild: Der Mensch ist mit Leib, Geist und Seele (vgl. 1 Thess 5,23) von Gott geschaffen, bejaht und angerufen. Die Bejahung, die jeder und jede Einzelne durch Gott schon erfahren hat und die durch alle Phasen seines Lebens hindurch gilt, wird in der ganzheitlichen Betreuung bis zuletzt ausgedrückt.

Es ist bekannt, dass sich die Ideengeberin für diesen noch relativ jungen Fachbereich, *Dame Cicely Saunders*, von christlichen Grundgedanken leiten ließ. Sie wusste um die menschliche Suche nach Sinn, Bedeutung und Transzendenz und um das Bedürfnis des Menschen nach Angenommensein. Das christliche Menschenbild sieht den Menschen als Person, in deren Innerstes die Ausrichtung auf Gott eingeschrieben ist und die selbst ein Abbild jenes liebenden Gottes ist, der sie geschaffen hat. Folglich ist der Mensch ein Wesen, das in Beziehungen lebt, das diese sozialen Beziehungen sogar dringend braucht, damit sein Leben gelingen kann. Einsamkeit und Verlassenheit können deshalb zum größten Leiden des Menschen werden, das ihn verkümmern lässt. So verlangt eine Betreuung, die der personalen Würde des Menschen angemessen ist, auch die Integration seiner vielfältigen Bedürfnisse nach Beziehung. In Situationen, in denen wir verletzlich sind, beispielsweise in der letzten Lebensphase (bei jüngeren wie älteren Menschen), werden diese Erfahrungen umso wichtiger: Zuwendung und Kommunikation, Gespräche und Beziehungsgestaltung und eine möglichst große Teilhabe am therapeutischen Geschehen zeichnen Palliative Care deshalb aus. Auch eine menschenwürdige Räumlichkeit und Atmosphäre, in der scheinbar Kleinigkeiten wie z. B. Blumenschmuck Achtung und Wertschätzung gegenüber dem Patienten ausdrücken, gehören dazu. Sie helfen, die eigene Situation und sich selbst anzunehmen. Im besten Fall entstehen »*Caring Communities*«: Gemeinschaften, in denen Menschen sich gegenseitig umeinander kümmern.

Ganzheitliche Sorge

Der Begriff der Sorge ist somit sehr weit zu verstehen: als Für-, Vor- und Um-Sorgen sowie als Besorgnis. Er berücksichtigt darüber hinaus die Bedürfnisse der Angehörigen und Zugehörigen (z. B. Freunde) vor und nach dem Tod des oder der Kranken. In der neueren Definition der *International Association for Hospice and Palliative Care* von 2018 wird »*Palliative Care*« als aktive ganzheitliche Sorgearbeit verstanden. Ethische Orientierungen sind für diese Sorgepraxis maßgeblich und laufen auf verschiedenen Ebenen ab, wie beispielsweise den folgenden:¹ Beim *Caring about*, dem Erkennen der Bedürfnisse des/der Anderen, bedarf es der Aufmerksamkeit aller im Pflegeprozess Beteiligten. Davon kann das *Care Taking* unterschieden werden, die Verantwortungsübernahme für diese Bedürfnisse. Dafür ist eine entsprechende Verantwortungsbereitschaft notwendig. Beim *Care Giving*, also Handlungen, um diesen Bedürfnissen situationsorientiert zu begegnen, braucht es die entsprechenden Kompetenzen. Beim *Care Receiving*, dem Erkennen und Anerkennen der körperlichen, geistigen, sozialen usw. Veränderungen bei der bedürftigen Person, ist eine gewisse Empfänglichkeit aller für die gesamte Situation maßgeblich und auch das Annehmen der Pflegehandlungen aufseiten der zu Pflegenden. Alle vier Ebenen werden umso dringlicher, je pflegebedürftiger der Mensch wird. Nicht nur ihm oder ihr alles recht zu machen, sondern ihn oder sie in seiner und ihrer Abhängigkeit wahrzunehmen, ist dabei die große Kunst bzw. das jeweilige Kunststück. Im

¹ Die Politikwissenschaftlerin Joan C. Tronto – um nur eine der Vertreterinnen eines care-ethischen Ansatzes zu nennen – beschreibt unterschiedliche »*Care Practices*« (»Sorgepraktiken«). Ihr Ansatz wird hier auf Palliative Care hin interpretiert.



besten Sinne ermöglicht *Palliative Care* das gemeinsame Entscheiden aller Betroffenen. Gespräche mit Vertrauenspersonen spielen dabei eine tragende Rolle.

Eine gemeinsame Entscheidungsfindung angesichts der vielen Behandlungsmöglichkeiten, die auch schwierige ethische Fragen aufwerfen, achtet die Selbstbestimmung des Patienten und der Patientin. Doch wie weit reicht diese Selbstbestimmung im Hinblick auf das eigene Sterben? Hier gehen die Auffassungen in unserer Gesellschaft auseinander. Die einen sehen ihre Selbstbestimmung als nahezu allumfassend an. Sie zeigen einerseits einen Willen zum Leben um jeden Preis, der auch dann noch therapeutische Maßnahmen fordert, wenn diese medizinisch nicht mehr sinnvoll sind. Sie leiten aus ihrem Selbstbestimmungsrecht aber ebenso das Recht ab, sich das Leben zu nehmen, wenn sie es nicht mehr aushalten.

Die anderen entscheiden zwar über bestimmte Behandlungsmethoden, sehen aber das menschliche Leben als solches als unverfügbar an. Sie wollen den Eintritt des Todes weder beschleunigen noch verhindern. Sie verweisen u. a. auf *Palliative Care* als diejenige Zuwendung, die hilft, unerträgliche Schmerzen zu lindern und Sterbewünsche aufzufangen. Hier wird die geforderte Selbstbestimmung deutlich relationaler, also im Hinblick auf den Menschen als Beziehungswesen, beschrieben: Der Mensch ist in soziale Beziehungen eingebettet. Erst im Interesse füreinander und im Dialog sowie in der Beziehung zu Gott kann er im eigentlichen Sinne ethisch autonom entscheiden. Die Mitbetroffenen haben die Pflicht, den Kranken soweit wie möglich in seiner so verstandenen Selbstbestimmung zu unterstützen. Dies ist grundsätzlich auch die christliche Sichtweise.²

Raum und Zeit für Ängste und Fragen nach dem Sinn des Lebens

Palliative Care zeichnet die Haltung aus, den Eigenwert jedes Lebens und die jeweilige persönliche Wahrnehmung der Situation anzuerkennen und demgemäß zu handeln. Der besonderen Verletzlichkeit der Kranken gilt es insofern gerecht zu werden, als ihnen der Raum und vor allem die Zeit gegeben werden, ihre bestehenden Ängste oder ihre Fragen nach dem Sinn des Lebens zu adressieren. Sie erfahren Entschleunigung in einer beschleunigten Gesellschaft, den Wechsel der Perspektive auf »das Wesentliche«, den Sinn und den Ursprung des Lebens.

Der Ruf nach begleitetem Suizid oder Tötung auf Verlangen – der zurzeit die höchsten Gerichte in Deutschland umtreibt – ist u. a. eine Kehrseite der medizinisch möglichen Lebensverlängerung sowie der zunehmenden Vereinzelung der Menschen. Die moderne Medizin hat deshalb die Aufgabe, sich rechtzeitig selbst zu beschränken und zu palliativem Handeln überzugehen. Um das tiefgründige Leiden an sozialer Vereinsamung anzugehen, das sich im Krankheitsfall weiter zuspitzt, ist die umfassende Betreuung im Krankenhaus oder Hospiz von großem Wert. Aber sie reicht oft nicht aus bzw. erfolgt zu spät. Es ist wichtig, schon im »gesunden« Alltag das Leben miteinander zu teilen und auf das ganzheitliche Wohlergehen des Anderen zu achten. Gerade Christinnen und Christen sind gerufen, Anonymität zu überwinden, alleinstehende Menschen in ihre Gemeinschaft zu integrieren, Beziehungen zu fördern, Freundschaften bewusst zu gestalten. Dies kann

² Vgl. die Grundlagenschrift der katholischen und der evangelischen Kirche: Gott ist ein Freund des Lebens: Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens; Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz/hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Trier 1989. Sonderausgabe Bonn 2000).



nur gelingen, wenn es im konkreten Lebensraum geschieht und wenn Menschen sich auch in schwierigen Situationen beistehen.

Der christliche Auferstehungsglaube lebt von der Hoffnung auf »Leben in Fülle« (vgl. Joh 10,10). Auch *Palliative Care* orientiert sich vorrangig am Leben. Sie will den verbleibenden Tagen mehr Leben, nicht dem Leben mehr Tage geben. Sie hat die Kranken und darüber hinaus ebenso alle anderen Beteiligten im Blick. Um sich Tag für Tag dem Sterben widmen zu können, bedarf auch das multiprofessionelle Team selbst der Sorge. *Palliative Care* umfasst neben der Sorge um den/die Anderen ausdrücklich die Selbstsorge. Seelsorgliche Angebote und fachliche Instrumente wie palliative Fallbesprechungen sind Wege des gemeinsamen Kommunizierens und Tragens von nicht einfachen (ethischen) Entscheidungen.

Kultur des Lebens in Gemeinschaft



Angesichts der derzeitigen Debatte um die Sterbehilfe dürfen diese großen Chancen der Palliativversorgung nicht in den Hintergrund geraten. Sie sind der eigentlich lohnende Gegenstand einer Medizinethik und Gesundheitspolitik, welche die Zukunft einer alternden Gesellschaft verantwortlich gestalten wollen. Sie fördern eine Kultur des Lebens, die Menschen unterschiedlicher kultureller, ethnischer und religiöser Hintergründe miteinander vereint. Theologisch lässt dies an die Vision einer partizipativen Kirche denken, wie sie sich z. B. in »kleinen christlichen Gemeinschaften« abbildet. *Palliative Care* und christliche Gemeinschaften schaffen einen Raum, der, unter Einbezug aller Professionalität, einen Weg der Nächstenliebe eröffnet. Dieser Raum strebt danach, gesamtgesellschaftlich ausgebaut zu werden, weil Solidarität dazu drängt, die eigene Selbstgenügsamkeit zu verlassen, um den »Mantel« mit dem Nächsten zu teilen, Geborgenheit zu schenken und damit auf ein Leben zu verweisen, das jenseits unserer Endlichkeit wahre Fülle bedeutet und bereits hier und jetzt angebrochen ist.

Prof. Dr. Kerstin Schlögl-Flierl

Professorin für Moralthologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Augsburg.

Dr. Stefan Buchs

Dozent für theologische Ethik am Institut de Théologie des Dombes, Le Plantay

