

Pflegende unterstützen

Dorothee Bürgi

Der folgende Artikel thematisiert ausgewählte Aspekte aus dem Pflegealltag. Anhand der vier existentiellen Grundmotivationen werden Voraussetzungen und Bedingungen beleuchtet, die zur Ausübung des Pflegeberufs bedeutsam sind. Mit Beispielen und exemplarisch vorgestellten Ansätzen werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie Pflegende in ihrer Aufgabe unterstützt werden können. Diese beziehen sich zum einen auf die Gestaltung der Kultur in Pflege-Institutionen und zum anderen auf die Entwicklung von ethischer Entscheidungsfindungs-Kompetenz.

Ereignis in einem Pflegezentrum

Im Februar dieses Jahres wurde bekannt, dass Mitarbeitende eines Pflegezentrums in Zürich heimlich entwürdigende Handy-Aufnahmen gemacht haben. Die Aufnahmen zeigen nackte, ungeschützte und in ihrer Pflegebedürftigkeit zynisch zur Schau gestellte Menschen. Zentrumsleitung, Fachleute und Standesorganisationen sind bestürzt und entsetzt. Auch die Öffentlichkeit hat stark darauf reagiert; die Betroffenheit war gross. Einige haben diese Misshandlungen heftig diskutiert, andere waren sprachlos und hielten es mit Viktor Frankl „Wo alle Worte zu wenig wären – dort ist jedes Wort zu viel“ (1985,12). Neben der laufenden Strafuntersuchung wurde ein Administrativ-Verfahren eingeleitet, um die Vorkommnisse im Pflegezentrum abzuklären. Man geht davon aus, dass es sich hierbei um einen krassen Einzelfall handelt. Aber auch das macht die Sache weder nachvollziehbar noch entschuldigbar.

Über die Hintergründe, die Geschichte, über das, was im Vorfeld passiert sein mag, und über die Menschen, die das getan haben, wissen wir wenig. Wir mutmassen, verurteilen, rechtfertigen und werden hoffentlich auch trauern: Trauern über einen Wert, der nicht verwirklicht wurde. Der Wert, um den es geht und der verwirkt wurde, ist die Humanität; Pflege bedürftiger Menschen stellt den Kern der Humanität dar. Auf individuelle ethischer Ebene kann den Betroffenen die Verantwortung und ihr Zuschuldekommen nicht abgenommen werden. Die Wertverletzung kann nicht rückgängig gemacht werden.

Der folgende Artikel will die Diskussion nicht auf der moralischen Ebene

fortsetzen. Er will vielmehr die Frage aufnehmen, wie Pflegende angesichts ihrer anspruchsvollen Tätigkeit unterstützt werden sollen, damit sie ihrer Aufgabe und den ihnen anvertrauten Menschen gerecht werden können. Was muss geschehen, damit in einem Gesundheitswesen mit begrenzten Ressourcen der Mensch nicht zur Sache und Pflege nicht zu einem Versorgungsakt wird. Denn von da aus wäre der Weg zu einem weiteren Vorfall wie oben beschrieben ein kurzer.

1. Der Wunsch vieler Sterbender

„Einfach nur da sein“ ist der Wunsch vieler Sterbender an ihr Umfeld. Im Folgenden will der Frage nachgegangen werden, was „einfach nur da sein“ bedeutet, und was wir dazu beitragen können, um Menschen in der Aufgabe des „einfach nur Daseins“ zu befähigen, zu unterstützen und zu begleiten.

1.1 Einfach nur da sein

Mit dem Satz „einfach nur da sein“ bitten uns Sterbende um zwei Dinge: um Einfachheit und um Dasein. Einfachheit bedeutet in diesem Zusammenhang das Wesentliche, das, worauf es jetzt ankommt, was die Situation konkret verlangt, was die Gegebenheiten ermöglichen oder zulassen, das Wertvolle, das im Kern Bedeutsame, das Wenige, aber Entscheidende für gelingendes Sterben – Sinnhaftes bezogen auf die Tatsache, dass Menschen Leid erfahren und sterben.

Die Voraussetzung, um Situationen Sinnhaftes zu entnehmen, ist das Annehmen dessen, was tatsächlich ist. Das heisst der Tatsache ins Auge blicken, dass Leben endlich ist. Das zwingt uns

dazu Verantwortung zu übernehmen für das, was getan werden muss, was nicht mehr verschoben werden kann (Smith 2000). Um Sterbende herum können wir uns keine Kompromisse erlauben. Der Boden für diese Kraft und diese Entschlossenheit ist Authentizität und Liebe: Die Offenheit, sich anderen Menschen mit dem eigenen Wesen zu zeigen und in einer liebenden Begegnung das Du und seine Bedürfnisse zu erfassen. Statt „einfach nur“ da sein lautet der Wunsch im Satz vielmehr: „authentisch und liebevoll“ da sein.

Wie eine Frau ihren Wunsch nach authentischem und liebevollem Dasein zum Ausdruck brachte, möchte ich an dieser Stelle wiedergeben. Das Gespräch fand im Rahmen eines Projektes zum Thema Abschieds- und Sterbekultur statt, in dem hochbetagte Pflegebedürftige und dem Lebensende nahe Menschen rund um das Thema Sterben befragt wurden. Am Ende des Gesprächs bat mich die Frau, zum Abschluss ein Gebet mit ihr zu sprechen. Nach dem Gebet weinte sie. Ich fragte sie: „Warum weinen Sie, was macht Sie traurig?“ Ruhig und ein wenig überrascht antwortet sie: „Gar nichts, mir kommen halt rasch die Tränen.“ Ihre Einladung zum einfach nur da sein hat mich tief bewegt.

1.2 Annehmen und aushalten

Betrachten wir den zweiten Teil des Satzes „einfach nur da sein“. Dasein ist die erste existentielle Grundmotivation, die sich auf die Tatsache bezieht, dass der Mensch in eine Welt mit Bedingungen und Möglichkeiten hineingeboren ist (Längle 2008). Mit ihnen muss er sich dialogisch auseinandersetzen, das heisst, die gegebenen Möglichkeiten wahrnehmen und erkennen, um darin sein zu können. Können heisst in erster Linie annehmen und aushalten: Da bleiben, nicht ausweichen.

„Einfach nur da sein“ heisst also schlussfolgernd aus dem bisher Gesagten: *authentisches und liebevolles annehmen können*. Und entspricht das

nicht gleichsam der Aufgabe, die ein Sterbender vor sich hat? Ist der Wunsch nicht Ausdruck des Kerns des Geschehens am Ende des Lebens? Die Aufgabe, die ansteht? Das Schmerzhaftes, das Nähe, Begegnung und Liebe verlangt – im Interesse des Aufgehobenseins aller Beteiligten? „Einfach nur da sein“ ist mehr als ein Wunsch, den man zu erfüllen versucht. Es ist ein Anspruch von Sterbenden, dem nach bestem Vermögen nachzukommen ist.

In Bezug auf die Pflege und Begleitung von Sterbenden gibt es eine Menge anzunehmen und auszuhalten. Der Anblick von körperlichem Zerfall, das Ringen von Sterbenden auf der Suche nach dem Weg, der Schmerz der Angehörigen, die eigenen Ängste, das Erleben der Grenzen beim Helfen wollen und vielleicht auch die Schuldgefühle, verursacht durch das Bedürfnis, sich abgrenzen zu wollen und sich dem Leben zuzuwenden. Eugen Drewermann (2008) beschreibt in seiner Analyse des Grimm'schen Märchens „Der Fundevogel“, wie es dem Menschen gelingen kann, an der Seite des Todes zu leben. Die Antwort auf diese Lebensfrage gibt er aus der Perspektive unterschiedlicher Lebensabschnitte. Interessant für unsere Frage ist die Perspektive des Jugendlichen, denn in Pflegeinstitutionen arbeiten viele junge Menschen. Pflegeinstitutionen sind häufig auch Ausbildungsstätten. Drewermanns Antwort der Jugend lautet: Es ist die unmittelbarste, fröhlichste und heiterste Reaktion auf die Nähe des Todes, sich seinen Augen zu entziehen in dem Blühen und Reifen jugendlicher Schönheit (...) Leben! So üppig und innig, wie es nur geht. (2008, 112-113) Das ist kein Weglaufen angesichts des Todes. Es ist vielmehr ein gesunder Versuch, die Frage nach der Sterblichkeit zu beantworten, so wie sie ein junger Mensch beantworten könnte – Leben in voller Blüte.

Daran schliesst sich die Frage an, was in Pflegeinstitutionen unternommen werden kann, um junge Menschen gut zu begleiten zwischen den Polen

„Sterben und Tod“ und „Leben in voller Blüte“. Pflegende dürfen nicht nur als Fachkräfte wahrgenommen werden, sondern müssen verstanden werden als ganzheitliche Menschen vor dem Hintergrund ihrer Biografie, ihrer Individualität und ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit dem Tod bzw. mit dem Leben. Es gibt im Pflegealltag noch viel zuwenig Räume und Gefässe, wo Pflegende diesbezüglich im Mittelpunkt stehen. Gelegentliche Supervisionen und Interventionen in der Krise sind Ansätze, machen dieses strukturelle Defizit aber nicht wett.

Sich mit dem Tod auseinandersetzen heisst, sich mit dem Leben zu beschäftigen. Das ist ein Grundanliegen bei der Begleitung von jungen Menschen im Pflegeberuf. Wie kann es gelingen, sie im Alltag an die Ecken und Kanten des Lebens heranzuführen und sie darin in ihrer Entwicklung zu begleiten? Allein schon das Ausbildungssystem stellt uns hier vor Herausforderungen: Im Zeitalter von zentralisierten Pflegefachschulen findet die theoretische Ausbildung in der einen, die praktische in der anderen Institution statt. Die Curricula sind fragmentiert, Ausbildungen „an einem Haus“ und „aus einem Guss“ – menschlich und kulturell – gehören mehrheitlich der Vergangenheit an. Auszubildende haben heute verschiedene Bildungspartner. Aber haben sie in diesem System auch genügend Bezugspersonen – emotional und zwischenmenschlich –, die ihnen im Pflegealltag über das Fachliche hinausgehend Orientierung bieten?

In der Ausbildung und später im Beruf stehen meistens die fachlichen Qualifikationen, die Leistung und das Funktionieren im Vordergrund. Der Mensch dahinter bleibt leider oft im Hintergrund. Das macht Dasein-Können anspruchsvoll. Und ist es nicht verständlich, wenn es unter diesen Bedingungen manchmal nicht gelingen mag? Ein Bewohner eines Pflegeheims erzählte, dass es im Hause eine christlich-seelsorgerische Begleitung gäbe, aber

keine weltliche, wie er sie nannte. „Die Leute hier machen ihren Job gut“ fährt er fort, „aber sie sind nicht bewandert, um über Sterben und Tod zu sprechen – deshalb spreche ich auch nicht darüber“ fügt er leise hinzu.

1.3 Gehaltensein

Um Dasein zu können braucht es Schutz, Raum und Halt: Angenommen sein, Platz zur Entfaltung haben, verbindliche Beziehungen erleben und Vertrauen entwickeln können. Das Team am Arbeitsplatz – als Plattform und Rahmen für diese Qualitäten – kann hier entscheidend beitragen. Das setzt voraus, dass Institutionen investieren in Teamentwicklung, in die Persönlichkeitsentwicklung der Mitarbeitenden und in die Ausbildung der Führungskräfte. Persönlichkeits- und Teamentwicklung heisst Arbeit an den Beziehungen untereinander, Fokus auf die individuellen Stärken und Schwächen, Entwicklung von Visionen für die gemeinsame Teamarbeit, Wertediskussionen und Coaching in der Praxis. Leider finden solche Massnahmen noch viel zu wenig statt. Hauptargument: der Kostendruck. Kurzfristig gesehen mag diese Argumentation zutreffen; langfristig gesehen aber nicht, denn die Kosten – materielle und immaterielle – nehmen eher zu, wenn es Pflegenden an Boden und Grund fehlt für ihre Arbeit. Müssen wir nicht alles tun, um für eine Pflege einzustehen, die im Kern keine Kompromisse eingeht? *Einfach nur da sein* ist mehr als Ausdruck von menschlicher Nähe; es ist eine professionelle Kompetenz, eine Schlüsselqualifikation in der Palliativ Care.

2. Entscheidungen am Ende des Lebens

2.1 Entscheidungsfindung am Lebensende

Im Folgenden soll auf ausgewählte Aspekte im Zusammenhang mit Sterbehilfe eingegangen werden (dabei geht es ausdrücklich um „Hilfe beim Sterben“¹ und nicht um „Hilfe zum Sterben“).

¹ Im Sinne der passiven Sterbehilfe; dazu zählen (Baumann et al. 2005): Sterbebegleitung (die physische und psycho-soziale Begleitung eines sterbenden Menschen); Behandlungsverzicht (das Unterlassen einer möglicherweise lebenserhaltenden Massnahme); Behandlungsabbruch (das Einstellen einer laufenden lebenserhaltenden Massnahme); Handlung mit doppelter Wirkung (es werden Schmerzmittel eingesetzt, auch auf die Gefahr hin, dass Nebenwirkungen den Sterbeprozess beschleunigen). In der Schweiz ist die passive Sterbehilfe rechtlich nicht geregelt, aber allgemein akzeptiert.

ben⁴²). Ziel ist es, die Frage, was Pflegende in der Ausübung ihrer Aufgabe unterstützt, von einer weiteren Seite her zu beleuchten.

Beim Treffen von Entscheidungen am Lebensende gibt es zahlreiche Spannungsfelder, Konflikte und Fragen, deren Beantwortung nur interdisziplinär gelingen kann. Es besteht zwar ein arbeitsfähiger Konsens über die rechtlichen Grundlagen, aber in der Praxis spielen bei der Umsetzung viele Faktoren hinein, allen voran die individuelle Situation des Betroffenen. Hier besteht immer wieder Unsicherheit.

Behandlungs- und Pflegeteams sind mit Situationen konfrontiert wie zum Beispiel: Soll die schwere Lungenentzündung bei einem hochbetagten und umfanglich pflegebedürftigen Patienten weiterhin mit Antibiotika behandelt werden? Oder: Ein Patient soll über eine Magensonde mit Flüssigkeit versorgt werden; die Bezugspersonen sind damit nicht einverstanden, der Patient selbst ist nicht mehr ansprechbar, eine Patientenverfügung liegt nicht vor.

Solchen Fragen kommen auf Pflegende tagtäglich zu. Was unterstützt sie in der Auseinandersetzung mit diesen Fragen? Welche Ansätze können helfen, um sich in diesen Spannungsfeldern zu bewegen, ohne sich dabei abhanden zu kommen – emotional, beziehungs-mässig, in Bezug auf die Gewissensfreiheit?

2.2 Ethische Entscheidungsfindungsverfahren

Obwohl die Problematik der Entscheidungen am Lebensende seit vielen Jahren von Fachleuten der Medizin, Pflege, Ethik und des Rechts ausgiebig diskutiert wird, bleiben Unsicherheiten beim Einzelfall. Um ihnen zu begegnen, reichen medizinische Kriterien nicht aus, es braucht ein Nachdenken über die ethischen Aspekte bzw. ethisches Hintergrundwissen, um in der Situation zu einer angemessenen Entscheidung zu gelangen – meistens gibt es keine Möglichkeit der Nicht-Entscheidung.

Klare Formen der Entscheidungsfindung bieten einen Rahmen für den Umgang mit diesen Unsicherheiten. Hierfür gibt es viele Zugänge, von der Anwendung ausgewählter Modelle bis hin zum Aufbau komplexer Unterstützungssysteme in Institutionen.

Ethische Entscheidungsfindungsverfahren haben das Ziel, Beteiligte dabei anzuleiten, ein ethisch fundiertes Urteil zu bilden. Das heißt:

- die jeweilige Problemstellung sorgfältig zu erfassen,
- sie strukturiert, lösungsorientiert und effizient zu bearbeiten,
- zielorientiert nach „bestem Wissen und Gewissen“ zu entscheiden.

„Bestes Wissen“ heißt, dass sich die Entscheidung am fundierten Fachwissen, der beruflichen Erfahrung sowie dem Miteinbezug verschiedener Wahrnehmungsperspektiven orientiert. Die Orientierung am „Gewissen“ meint, dass die Entscheidung so beschaffen sein muss, dass alle Beteiligten damit einverstanden sein können und gemeinsam die Verantwortung übernehmen.

2.3 Ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung

Ethische Entscheidungsfindungsverfahren gehen vom Nichtwissen aller am Entscheidungsfindungsprozess Beteiligten im Hinblick auf die zu treffende Entscheidung aus. Entscheidungsfindungsverfahren stellen Transparenz, Verbindlichkeit, Einbezug aller relevanten Fakten (medizinische, pflegerische und soziale Faktoren) und verschiedenen Verhaltensoptionen sicher, ohne die jeweilige Entscheidung inhaltlich vorwegzunehmen.

Um beispielhaft aufzuzeigen, was mit ethischen Entscheidungsfindungsverfahren gemeint ist, wird im Folgenden das Modell 7 Schritte Dialog – ein Modell ethischer Entscheidungsfindung (Dialog Ethik 2008) – kurz vorgestellt. Es ist ein Beispiel dafür, wie die ethische Entscheidungsfindung für den Einzelfall anhand eines strukturierten Leitfadens entwickelt und hergeleitet werden kann.

den kann.

1. Schritt: Ethische Problembeschreibung: Worum geht es, wie lautet der medizinische Sachverhalt? Welches ist unser ethisches Problem?
2. Schritt: Kontextanalyse: Wie hat sich das Problem entwickelt und wie war sein Verlauf? Wo findet das Problem statt, wer ist beteiligt?
3. Schritt: Formulierung des ethischen Dilemmas (Werteanalyse): Was für Werthaltungen des Betroffenen stehen auf dem Spiel? Welche Prinzipien geraten miteinander in Konflikt?
4. Schritt: Verhaltensoptionen (mind. 3): Welche Handlungsoptionen gibt es?
5. Schritt: Rechtliche und ethische Analyse der Handlungsoptionen: Welche Gesetzgebungen bestehen bezüglich der Verhaltensmöglichkeiten? Welche Ethikentwürfe stehen hinter den genannten Verhaltensmöglichkeiten?
6. Schritt: Konsensfindungsprozess und Handlungsentscheid/Klimadiskussion, Güterabwägung und Entscheidung: Was für ein moralisches Klima wollen wir? Welche Handlungsoptionen lassen sich verallgemeinern? Wie ist die Reihenfolge der Handlungsoptionen in Bezug auf ihre Eingriffstiefe (niederschwellig, hochschwellig)? Welche Entscheidung wird nun getroffen?
7. Schritt: Evaluation / Kommunikation und Überprüfung des Handlungsentscheides.

Rückbezüglichkeit auf die Ausgangslage: stimmt die getroffene Entscheidung noch für den Patienten?

In späteren Evaluationsphasen: Wie sind die getroffenen Entscheidungen aus zeitlicher Distanz zu beurteilen? Was hat sich bewährt, was sollte verbessert werden?

2.4 Zuwendung erhalten und geben

Entscheidungen im Zusammenhang mit Sterbehilfe sind eine Konfrontation mit dem Leben. Wir stossen auf die Auseinandersetzung mit subjektiv empfundenem Wert und Unwert, Leid und Erlösung, Freude und Schmerz. Mag ich

² Im Sinne der aktiven Sterbehilfe, dazu zählen (Baumann et al. 2005): Selbsttötung (wo sich der Mensch selbst zum Tod verhilft); Beihilfe zum Suizid (die Suizid-Beihilfe im Falle einer unheilbaren Leidenssituation); Tötung auf Verlangen (ausdrücklicher Tötungswunsch des Sterbenden); die Tötung ohne explizites Verlangen (der Entscheid beruht auf dem Fremdurteil desjenigen, der die Tötung ausführt z. B. Lebensqualität, Lebenswert des Sterbenden). Die Selbsttötung und die Beihilfe zum Suizid sind in der Schweiz rechtlich zulässig. Auf dieser Grundlage rechtfertigen Sterbehilfeorganisationen ihre Aktivitäten. Tötung auf Verlangen ist verboten.

mich dem zuwenden, bin ich bereit, mich zu beteiligen und mich berühren zu lassen? Mag ich das und wie ist es für mich? Diese Fragen beziehen sich auf Leben-Mögen, die zweite existentielle Grundmotivation (Längle 2008). Habe ich die Kraft, mich dem zuzuwenden und Entscheidungen am Lebensende mit zu gestalten und mitzutragen? Beziehung, Zeit und Nähe sind dafür notwendige Voraussetzungen. Beziehung, Zeit und Nähe sind – mit Blick auf Institutionen – auch kulturelle Qualitäten. Es ist daher wichtig, dass Institutionen und Führungskräfte bewusst am Klima, innerhalb dessen die Entscheidungsfindung stattfindet, arbeiten und dafür investieren. Gelingt diese Kultur- und Klimagestaltung, werden immens wertvolle Voraussetzungen geschaffen, um angesichts der belastenden Entscheidungsaufgabe «leben zu mögen». Das heisst konkret: Beziehungen innerhalb des Teams sind entwickelt, man schenkt einander Vertrauen. Es dürfen verschiedene, auch unfertige Standpunkte oder intuitive Ahnungen ausgesprochen werden. Nicht nur fachlich durchdachte und rationale Argumente zählen, es gelten auch Sichtweisen, die in der Du-Erfahrung mit dem Betroffenen begründet sind. Abweichende Meinungen haben Platz und werden nicht sanktioniert. Die Beziehungen untereinander sind tragfähig, und es ist möglich, sich gegenseitig mit seinen Ängsten, der Wut und dem Zweifel zu zeigen und darin angenommen zu sein. Im Team besteht ein Konsens über die Bedeutsamkeit der gemeinsamen Aufgabe, und organisatorisch stehen Raum und Zeit zur Verfügung. Zusammenfassend: Es herrscht ein Kultur, in der man sich Menschlichem und Sachlich-Fachlichem gleichermassen zuwendet, es aufnimmt und integriert.

2.5 Die eigene Position finden

Für die Güte eines Entscheidungsfindungsprozesses spielt die Qualität des geführten Dialoges eine bedeutsame Rolle. In einem echten Dialog verstehen sich die Partner – sich selbst und gegenseitig – als einzigartige Individuen mit einer eigenen Identität. Sie dürfen so sein, sich selbst sein, können zu

dem stehen, was sie tun und identifizieren sich mit dem Eigenen. Hinter diesen Beschreibungen steht die dritte existentielle Grundmotivation, das Selbst-Sein-Dürfen (Längle 2008). Hier geht es darum, in dialogischer Auseinandersetzung eine Position zu finden und Stellung zu beziehen. Das heisst spüren, das Wahrgenommene einschätzen und damit in Kontakt zum eigenen Inneren zu bleiben. Das gibt die Kraft, Eigenes dem von aussen Kommenden entgegen zu halten, spüren und Stellung beziehen, eine eigene Position finden, sich auf das beziehen, was man innerlich spürt.

Beachtung (ich werde als Individuum gesehen), Gerechtigkeit (das Eigene wird mir zugestanden) und Wertschätzung (ich erfahre mich selbst als Wert) sind die Voraussetzungen, um das Selbst-sein entwickeln zu können. Auch das sind Kultur- und Klimagrössen, die in Pflege-Institutionen und in der Zusammenarbeit bewusst geschaffen, gepflegt und gefördert werden sollen.

In Pflege- oder Sterbesituationen müssen oft Entscheidungen stellvertretend getroffen werden. Häufig fehlt es an konkreten Informationen, oder es liegen widersprüchliche Aussagen vor. Ob wir wohl im Interesse des Sterbenden handeln? Entspricht die Entscheidung seinem Lebensentwurf? Ist sie stimmig, und ist sie ein Beitrag an das gelungene Sterben des Betroffenen?

Bei solchen Entscheidungsfindungsprozessen geht es um Verstehen, um Güterabwägung, um kritisches Prüfen von Handlungsoptionen und um das gemeinsame Ringen um eine von allen Beteiligten getragene Entscheidung. Hierfür braucht es Menschen, die kritisch und eigenständig hinterfragen, und die in Kontakt mit den eigenen Wahrnehmungen bleiben. Es braucht Pflegenden, die spüren und die Kraft haben, bei Widersprüchen zwischen dem Gespürten und dem, was der Verstand oder die Mehrheit meint, ihrem Gewissen zu folgen und sich dafür einzusetzen. Und es braucht Institutionen und Führungskräfte, die Pflegenden genau dazu auffordern, ermutigen und unterstützend einwirken, indem sie einen sicheren Rahmen schaffen, wo Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung verläss-

liche Kultur-Grössen sind.

2.6 Sinnvolles wollen

Institutionalisierte Gefässe für ethische Entscheidungsfindungen (wie z.B. das Modell 7 Schritte Dialog) sind in vielerlei Hinsicht wertvoll. Sie erhöhen die Entscheidungssicherheit, stellen die Orientierung an der Patientenautonomie sicher und sind Ausdruck der Qualitätssicherung von Pflege und Behandlung.

Aber selbst fundierte ethische Entscheidungen können nicht nach den Kriterien „richtig“ oder „falsch“ bewertet werden. Es stehen immer mehrere Werte auf dem Spiel, die es durch ein Güterabwägen zu priorisieren gilt. Ethische Entscheidungen sind „die wertvollste Möglichkeit der jeweiligen Situation“ (Längle 2002, 38).

Im Ergebnis beziehen sie sich konkret auf den vorliegenden Fall, von der Herleitung her stehen sie aber immer in grösseren Bezügen: Worum geht es? Was will die Situation von uns, wozu tun wir es? Gibt es Gründe, weshalb wir etwas trotzdem tun? Und wenn die Entscheidung schwer fällt: Um welchen Wert ringen wir jetzt, und sind wir auch bereit, die Verantwortung dafür zu übernehmen? Diese Fragen entsprechen dem Wesen der vierten existentiellen Grundmotivation (Längle 2008). Um sinnvoll Handeln zu können braucht es Voraussetzungen: Ein Tätigkeitsfeld, ein Strukturzusammenhang und ein Wert in der Zukunft.

Ethische Entscheidungsfindungsverfahren sind die konkrete Umsetzung dieser benötigten Voraussetzungen. Sie stellen Räume dar, wo sich die Beteiligten einbringen können und aufgrund ihres Betroffenseins von der Situation einen Platz und eine Aufgabe haben: Sie sind gefragt, benötigt und gefordert. Die Inhalte stehen in einem Zusammenhang, in einem konkreten und in einem übergeordneten: Auf der konkreten Ebene geht es um das Entwickeln und das Herbeiführen einer Entscheidung für die betroffene Person, und auf der übergeordneten Ebene geht es um das Gestalten eines moralischen Klimas im Gesundheitswesen – der Wert in der Zukunft. Hierbei zu partizipieren und einen substantiellen Beitrag leisten zu können, wird – so die Rückmeldungen

vieler Beteiligter – als sehr sinnvoll erlebt.

Zum Abschluss

Aus vielen Gesprächen mit Pflegenden, die Menschen am Ende des Lebens begleiten, kommt der Anspruch zum Ausdruck, durch eine gute Pflege einen Rahmen schaffen zu wollen, der es ermöglicht, Leben liebevoll, professionell und human zu verabschieden. Sterbenden soll mit allen Mitteln Respekt, Schutz und Solidarität zugestanden werden. Gleichzeitig leben wir in einer Zeit, die menschliches Leben und Sterben technisiert. In vielen Diskussionen über eine Sterbekultur stehen nicht die Sterbe- und Trauerumstände im Mittelpunkt, sondern die technischen Fragen der Sterbehilfe; wann und unter welchen Umständen soll die Tötung erlaubt

sein (Baumann et al. 2005).

Menschen, die in diesem Kontext eine Pflegeaufgabe übernehmen, gebührt nicht nur unser tiefster Dank, sondern auch unser Wille und unsere Entschlossenheit, sie nach besten Kräften zu unterstützen und ihnen Bedingungen zu schaffen, die verhindern, dass der Mensch zur Sache, die Pflege zum Versorgungsakt und die Pflegenden zu Vollzugsgehilfen werden.

Literatur

- Baumann-Hölzle R et al. (2005) Positionspapier zum Thema Sterbehilfe. Zürich: Dialog Ethik
- Dialog Ethik (Hg.) (2008) Praxisordner. Ethik im Gesundheitswesen. Basel: Schwabe Verlag und EMH Schweizerischer Ärzteverlag
- Drewermann E (2008) An den Grenzen der Medizin. Düsseldorf: Patmos

- Frankl V E (1985) Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. München: Piper
- Längle A (2002) Sinnvoll leben. Freiburg im Breisgau: Herder
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A & Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas
- Smith R (2000) Die innere Kunst des Lebens und des Sterbens. Freiamt: Arbor

*Anschrift der Verfasserin:
Dorothee Bürgi, dipl. Psych. FH
Wollzeile 31/11
A – 1010 Wien
dbuergi@dialog-ethik.ch*