

Ausgabe 2014

Info

Thema: Menschenwürde



Forum Seelsorge
in Bayern

Liebe Mitglieder des Forum Seelsorge in Bayern, liebe Freundinnen und Freunde der Seelsorge,

mit diesem INFO-Heft setzen wir das Thema unseres letztjährigen Seelsorgetages fort: „Die Würde des Menschen ist unantastbar!“.

Neben dem Hauptvortrag von Prof. Dr. Traugott Roser, blicken wir vor allem auf den würdevollen Umgang mit Menschen am Ende ihres Lebens. Die Artikel gewähren uns sehr persönliche Einblicke und Erfahrungen zu einem Thema, das uns alle berührt.

Herzlichen Dank all denen, die für dieses INFO-Heft einen Artikel verfasst haben!

Seit dem letzten Seelsorgetag sind wir mit einer großen ökumenischen Mannschaft im Sprecherrat unterwegs. Es ist schön zu spüren, dass das Forum Seelsorge immer noch und immer wieder Menschen zusammenbringt, denen die Seelsorge am Herzen liegt.

In diesem Sinne freuen wir uns auch auf ein Wiedersehen oder vielleicht ein erstes Kennenlernen auf unserem Seelsorgetag zum Thema „Ärger“ Anfang November. Herzliche Einladung!

Ihnen wünschen wir Freude und gute Einsichten beim Lesen!

Es grüßt Sie im Namen des Sprecherrates,

Ihre Kerstin Woudstra, Pfrin.

Wir danken Pfr. Norbert Heinritz für die Erstellung und Pflege unserer Website, sowie allen, die uns finanziell oder mit Rat und Tat unterstützen.

Das Forum Seelsorge in Bayern

Das Forum Seelsorge in Bayern ist eine ökumenische Initiative von Seelsorgerinnen und Seelsorgern, gegründet auf dem Seelsorgetag 1997 in Nürnberg. Was uns zusammenführt, ist das Anliegen der Seelsorge, das wir an sehr verschiedenen Orten als Aufgabe wahrnehmen.

Unsere Vision ist es, Seelsorgearbeit zu vernetzen und voneinander zu lernen.

Ziele sind: Förderung des Gespräches zwischen haupt- und ehrenamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorgern; Förderung der Ökumene in der Seelsorge; Vertretung und Darstellung der Anliegen der Seelsorge in der Öffentlichkeit, Erfahrungsaustausch in Regionalgruppen vor Ort.

Der Sprecherrat führt die laufenden Geschäfte und steht für Informationen zur Verfügung. Wir veranstalten einmal im Jahr einen Seelsorgetag zur Fortbildung und Kontaktpflege.

Vernetzung und Information geschieht auch über das Internet: www.forum-seelsorge.de

Mitglied kann jeder werden, der in der Seelsorge tätig ist.

Zum Inhalt:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ - Vortrag beim Seelsorgetag, am 1. Oktober 2013

Von Prof. Dr. Traugott Roser - Seite 2

In Würde alt werden

Von Cornelia und Thilo Auers- Seite 8

Rezension für das FSIB-Info 2014:

Irre! Wir behandeln die Falschen

Von Steffen Lübke - Seite 9

„Selbstbestimmt bis zuletzt?“

Wie Ethikberatung Selbstbestimmung zur Geltung bringen kann

Von Elisabeth Fischer - Seite 10

Meine Freundin ist tot - ich habe sie begleitet.

Von Sigrid Linek-Stahl - Seite 12

Würde am Lebensende

Von Dr. Marianne Luther - Seite 15

Glosse: Antastbar

Von Rainer Gollwitzer - Seite 15

Impressum

Info - des Forum Seelsorge in Bayern (FSiB) - Ausgabe 2014 - Auflage 600.

Redaktion (V.i.S.d.P.):

Im Auftrag des Sprecherrates des Forum Seelsorge in Bayern

Forum Seelsorge in Bayern:

Pfrin. Kerstin Woudstra

Rottweg 9a, 63872 Heimbuchenthal

Tel.: 06092-824673

Fax.: 06092-824674

Kerstin.Woudstra@forum-seelsorge.de

www.forum-seelsorge.de

Bankverbindung des FSiB:

Forum Seelsorge in Bayern

Ev. Kreditgenossenschaft eG in Kassel.

IBAN: DE15520604100003509583

BIC: GENODEF1EK1



„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ - Vortrag beim Seelsorgetag, Forum Seelsorge, Nürnberg, 1. Oktober 2013

Von Prof. Dr. Traugott Roser

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen in der Seelsorge.

Ein Blick auf das Programm des heutigen Tages zeigt, dass es offenbar Situationen gibt, bei denen die Richtigkeit des Titels meines Vortrags zumindest angezweifelt wird. Ist die Würde des Menschen wirklich unantastbar, oder wird sie nicht doch ständig und immer wieder angetastet? Es geht um menschenwürdiges in die Welt Kommen – also die Würde des Menschen im Kontext von Werden und Geburt. Es geht um menschenwürdiges Altern und schließlich um menschenwürdiges Sterben.

zu nehmen. Lebensschutz folgt dem Schutz der Würde. Verlust der Würde zieht Verlust des Lebens nach sich.

Die Diskussion um die Antastbarkeit und den Schutz der Würde des Menschen in unserem Land ist bis heute verknüpft mit der Erfahrung des 3. Reichs. Die massenhafte Beseitigung lebensunwürdigen Lebens und der Ausschluss ganzer Bevölkerungsgruppen aus der Volksgemeinschaft ist etwas, was sich nicht erledigt. Es prägt als Grunderfahrung auch die nächste und die übernächste Generation. Es begegnet uns nicht nur in aller Komplexität bei den Menschen in hohem Alter, die von ihren Kindheits- und Jugenderfahrungen eingeholt werden. Es begegnet uns auch in der nächsten Generation, vor der so vieles verschwiegen und der zugleich so vieles aufgebürdet wurde. Es ist ein Bestandteil unserer gemeinsamen Geschichte, in den Familien, aber auch als politische, gesellschaftliche Gemeinschaft. Wenn der Titel eines Seelsorge-Tages lautet „Die Würde des Menschen ist unantastbar“, dann ist das nicht zu lösen von der Vergangenheit, die auch nach 60, 70 Jahren gegenwärtig ist.

In meinem Vortrag möchte ich mich vor allem an Sie als Seelsorgerinnen und Seelsorger wenden. Ich will danach fragen, wie Würde in den drei genannten Kontexten zum Thema wird – und das sind dann jeweils Fragen der medizi-

nischen, genauer: der klinischen Ethik. In einem zweiten Schritt geht es mir darum, dass es nicht nur um die Würde von Patienten geht, sondern auch die Würde von Mitarbeitenden und von Seelsorgern selbst. Ich werde danach fragen, welchen Beitrag christliche, kirchliche Seelsorge in diesen Kontexten leistet. Und ich will ein paar Perspektiven aufzeigen, wie wir in der Begleitung und auch auf kirchlicher und politischer Ebene selbst zum Ausdruck bringen können, dass die Würde des Menschen unantastbar ist.



Würde als ästhetische Kategorie
Vorvergangene Woche fand in Rostock der Palliativtag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin statt. Bei einer Podiumsdiskussion zum Thema ärztlich assistierter Suizid und Euthanasie berichtete ein Arzt und Medizinethiker aus Belgien, wo Euthanasie möglich ist, von den Erfahrungen in der Praxis.

Er konnte zeigen, dass es in seinem Land nicht weniger Palliativmedizin gab, dass sich belgische Ärzte und Pflegekräfte zudem mehr auf Treffen der europäischen Palliativgesellschaft zeigen und dass die Zufriedenheit in der Bevölkerung mit der belgischen Sterbehilfepraxis sehr hoch sei. Er stellte die Zahlen vor, mit denen er auch zeigen konnte, dass die Häufigkeit von Sterbehilfe bei nicht einwilligungsfähigen Patienten sinke (aber immer noch vorhanden ist). Dann zitierte er Begleiter, die bis zuletzt bei sterbewilligen Patienten blieben und die ihre Erfahrung gar als eine spirituelle Erfahrung bezeichneten, die ihnen tiefe Befriedigung gäben. Schließlich schilderte er, dass inzwischen sogar Seelsorger durch ein Ritual



Der Satz „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ entstammt dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland als oberste Norm aller weiteren Gesetzgebung. Dass er so formuliert und an so prominente Stelle gesetzt ist, erklärt sich aus der Erfahrung, dass die Würde von Menschen in den Jahren und Jahrzehnten vor Entstehung des Grundgesetzes sehr wohl angetastet wurde. Menschen wurden schlichtweg entmenslicht, ihnen wurde ihre Würde als Person genommen. Und dann ist auch der Schritt nicht mehr weit, nach der Würde auch das Leben





den Abschied und das Einschlafen begleiten würden. Seelsorger werden also auch ein Teil des Systems Sterbehilfe.

Eine Journalistin aus Rostock, deren geliebter Vater wenige Monate zuvor gestorben war, wünschte sich auf dem Podium ausdrücklich, dass der belgische Weg auch hierzulande möglich wäre. Ihr Vater wurde die letzten Wochen seines Lebens durch ein Palliativteam vorbildlich begleitet und versorgt, da gab es keine Klage. Er habe zwar noch vier Wochen vor seinem Tod gesagt, dass er nicht sterben wolle. Für ihn sei Sterbehilfe kein Thema gewesen. Aber für sie als Angehörige sei es ganz fürchterlich, nicht auszuhalten gewesen, ihn zu sehen, abgemagert, hilfebedürftig und von der Krankheit entstellt. Wenn sie selbst einmal in diesem Zustand sein sollte, dann würde sie wollen, dass man ihr diesen würdelosen Zustand erspart und ihr die Möglichkeit gibt, mit Würde und durch eigene Entscheidung aus dem Leben zu gehen.

Mir sind diese Positionen wichtig. Denn sie argumentieren beide mit dem Begriff Würde. Um die Würde eines Menschen zu erhalten, möchten sie die Sterbehilfe erleichtern und zugänglich machen. Warum sollte ein Mensch schwerstes Leid zwangsweise durchstehen müssen, wenn es auch anders ginge? Die Antastbarkeit von Würde erfolgt in dieser Argumentation nicht durch die Anwendung von Sterbehilfe, sondern durch Krankheit oder auch durch die Prozesse des Alterns. Würde ist in dieser Argumentation verbunden mit bestimmten Aspekten von Lebensqualität, vor allem einem Zustand von Gesundheit, Selbständigkeit und selbstbestimmtem Leben, das orientiert ist an der Erfahrung von Normalität. Die Normalität wird zum Normbegriff des als würdevoll empfundenen Lebens. Gemessen an dieser Normalität wol-

len wir würdevoll alt werden und möglichst auch würdevoll sterben, gesund, selbstbestimmt und selbständig. Und gemessen an dieser Normalität soll es auch am Anfang des Lebens sein: Hauptsache gesund.



Bild: Gerd Altmann / pixelio.de

Wenn wir die Artikel in Zeitungen und Magazinen, Fernseh- und Filmbeiträge zu Sterbehilfe und assistiertem Suizid analysieren, dann fällt immer wieder auf, dass der Zustand des kranken und beeinträchtigten Menschen kontrastiert wird mit dem Zustand vor der Erkrankung.

Es sind Bilder, die einander entgegen gesetzt werden, und die uns mit oder ohne Worte nahe bringen wollen: das ist doch kein würdevoller Zustand mehr, sondern ein Dahinvegetieren. Und diese Bilder sind es natürlich auch, die Angehörige mit sich bringen, die den vormals gesunden Zustand mit dem aktuellen Zustand von Krankheit, Abhängigkeit etc. vergleichen und nicht mehr aushalten können. Die Logik, dies als einen Verlust an Würde zu beschreiben, führt dazu, dann auch das Leben als optional zu sehen. Der Schutz der Würde gilt dann nicht mehr dem aktuellen, sondern dem früheren Leben. Etwas pointiert zugespitzt: Um das frühere, gesunde Leben zu schützen vor der Entstellung durch das behinderte Leben, lässt man eher den Modus „zum

Sterben helfen“ zu.

In dieser Richtung verstehe ich auch Aussagen von Angehörigen Sterbender, wenn sie Kinder oder Enkel vom Krankenbett fernhalten wollen unter dem Hinweis: Sie sollen sie besser so in Erinnerung behalten, wie sie einmal war. Also gesund, stark, und nicht entstellt.

Würde ist unabhängig von jeglicher Art von Parametern

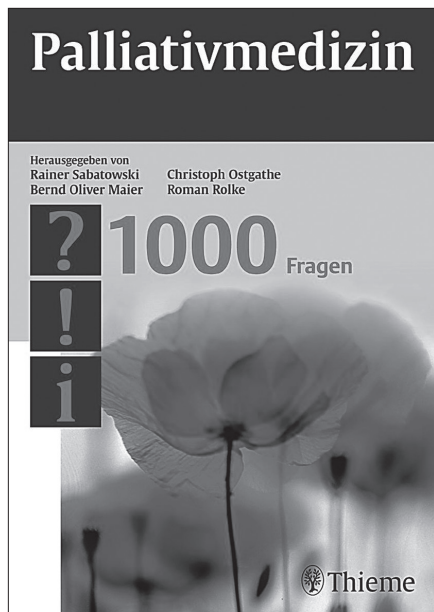
Es geht mir dabei nicht um eine Polemik. Es geht mir auch nicht darum, Behinderung, Demenz oder Krankheit romantisierend zu verklären und im subjektiven Empfinden der betroffenen Person noch irgendeinen Rest von erlebter Würde auszumachen und Krankheit schönzureden. Die Würde des Menschen ist unantastbar, heißt aber eigentlich: die Würde des Menschen ist nicht von irgendwelchen Parametern abhängig. Es ist keine ästhetische Kategorie! Und es gibt auch kein mehr oder weniger an Würde im Laufe eines Menschenlebens. Das Grundgesetz ist da ganz eindeutig.

Worauf uns aber die Bemerkungen aufmerksam machen, ist die subjektive Seite des Erlebens von Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung. Die Würde des Menschen mag unantastbar sein, aber ein Zustand kann durchaus als unwürdig erlebt werden. Das begreife ich als Leid.





In einem neuen Fachbuch „Palliativmedizin – 1000 Fragen“ wird



besprochen, welche Bedeutung hat das Thema Würde beim Erleben von Krankheit hat. Die Antwort lautet: *„Krankheit ist für viele Patienten verbunden mit einem Verlust an Unabhängigkeit durch kognitive Einschränkungen und Funktionsverlust. Die physische und psychische Symptomlast, die Unsicherheit bezüglich Diagnose und Prognose, sowie Angst vor Sterben und Tod beeinträchtigen die Erfahrung von Selbstwert. Das Ausmaß der Erfahrung von Unabhängigkeit hängt von den Faktoren kognitive Wachheit und funktionelle Kapazität des Patienten ab.“*

Und da sind wir ganz bei der Aufgabe von Seelsorge, die Sie sicher schon vermisst haben. Denn egal, was die Politik, der Gesetzgeber, die Kirchen oder wer auch immer zum Thema Lebensschutz sagen, wir sind als Seelsorgerinnen und Seelsorger konfrontiert mit der subjektiven Empfindung von Patienten und Angehörigen. Die genannten Aspekte, belastende physische Symptome, Schwäche, Übelkeit, Schmerzen machen Menschen das Leben zur Hölle. Das Warten auf eine Diagnose, die Angst vor der Prognose und all dem, was damit verbunden ist: zunehmende Abhängigkeit von

anderen, fremden oder auch nahestehenden Menschen, der Verlust an Mobilität, Denkfähigkeit und Kontrolle, all das ist wie eine Vorhölle. Es mindert entscheidende Faktoren von Lebensqualität. Es mindert vor allem das Selbstwertgefühl, das immer auch mit einem Selbstbild zu tun hat. Der Selbstwert ist angetastet.

Würde als Kategorie subjektiven Empfindens des Betroffenen

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Dieser apodiktische Satz, diese bedingungslose, unhintergehbare und normative Feststellung macht in dieser Situation in einer besonderen Weise Sinn. Denn sie verlangt von den Betreuenden und dem gesamten Gesundheitswesen, dass sie ihren Umgang mit dem Kranken nicht abhängig machen vom Funktionsstatus oder von der Krankheits-situation des Kranken, sondern dass die Zuwendung und Aufmerksamkeit ohne Ansehen der Person gleichermaßen und uneingeschränkt gilt. Aber es ist nicht die gleiche Behandlung gefragt, sondern eine andere.

Wenn das Leid nicht durch Heilung oder Behebung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu beseitigen ist, sondern vor allem aus der subjektiven Empfindung des Selbstwertverlust und Würdelosigkeit besteht, bedarf es anderer Betreuungsmaßnahmen des Gesundheitswesens. Der Anspruch und das Recht auf Betreuung ist ungebrochen, aber die Art der Betreuung ist eine andere.

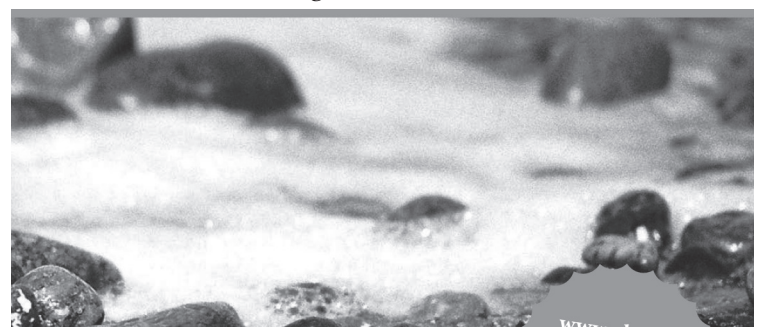
Würde als politische Aufgabe

Das ist das Anliegen der Palliativmedizin. Die beiden bayerischen Staatsministerien für Gesundheit und für Familie und Soziales haben am 17. 11. 2011 bundesweit erstmals ein Rah-

menkonzept zur hospizlichen und palliativen Versorgung in Bayern vorgelegt, in dem es heißt: Schwerstkranken und Sterbenden ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen, ist seit langem zentrales Anliegen der Bayerischen Staatsregierung.

Im ersten Leitgedanken wird formuliert: *„Sterben gehört zum Leben. Es ist Teil unserer menschlichen Existenz. Dem Wunsch von Menschen, in einer vertrauten oder gewählten Umgebung zu sterben, soll entsprochen werden können.“* Und der siebte und letzte Leitgedanke lautet: *„Würdevolles Leben bis zuletzt benötigt einen geeigneten Rechts- und Versorgungsrahmen.“*

Über Bayern hinaus ist der Charta-Prozess in vollem Gange. Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, die 2010 aus der Hospiz- und Palliativbewegung heraus entstand und mittlerweile von über 680 Organisationen in Deutschland unterschrieben wurde, befindet sich seit 11. September 2013 auf dem Weg zu einer nationalen Strategie. Auch die Charta beschreibt, dass ein *„Sterben in Würde ... wesentlich von den Rahmenbedingungen ab(hängt), unter denen Menschen miteinander leben. Einen entscheidenden Einfluss haben gesellschaftliche Wertvorstellungen und soziale Gegebenheiten, die sich auch in juristischen Regelungen widerspiegeln. Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten*



www.charta-zur-betreuung-sterbender.de



respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Familiäre und professionelle Hilfe sowie die ehrenamtliche Tätigkeit unterstützen dieses Anliegen.“

Aus der Unantastbarkeit der Würde ist damit nicht nur ein Recht auf Leben, sondern auch ein Recht auf eine der Würde des Menschen entsprechende Begleitung abgeleitet. Ein Recht auf palliative und hospizliche Versorgung. Und damit auch ein Recht auf spirituelle Begleitung. Seelsorge ist damit nicht mehr nur eine Sache, die aus der löblichen, aber subjektiven Haltung des Begleiters allein entspringt, sondern ein Anspruch, ja, ein Rechtsanspruch geworden. Satz 2 der Charta sagt: „Jeder schwerstkranken und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem ... Versorgungsbedarf Rechnung trägt.“ Aus dem Satz „Die Menschenwürde ist unantastbar“ folgt nach dieser Strategie auch der Anspruch auf Seelsorge. Und das ist leider noch nicht politische Realität in Deutschland. Denn dann müssten die Kostenträger im Gesundheitswesen auch die spirituelle Begleitung finanzieren. In Bayern ist es vor wenigen Wochen immerhin gelungen, dass der MDK eine Einigung mit den Versorgern gefunden hat, dass zumindest Stundenanteile von Seelsorge finanziert werden.

Folgen für eine der Würde entsprechende seelsorgliche Begleitung

Es lohnt sich, den Worten von Dame Cicely Saunders immer wieder Aufmerksamkeit zu schenken, die in einem lesenswerten kleinen Band unter dem Titel „Wachet mit mir“ veröffentlicht sind. 1984 sagt sie in einem Vortrag: „Schmerz hat nicht nur eine körperliche



Dame Cicely Saunders

oder soziale Dimension, sondern auch eine tief emotionale. Mentaler Schmerz ist wohl der schwierigste von allen. [...] Trauer aber ist angemessen, sie sollte zugelassen und geteilt werden. Deshalb braucht es mehr als Medikamente jemanden, der zuhören kann. Sicherlich ist eine Kombination von beidem hilfreich, um Erleichterung zu schaffen und es Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, Probleme anzugehen, die ihnen vorher unlösbar schienen. Eine Behandlung muss sorgfältig evaluiert und kontrolliert werden, und es darf dabei nicht darum gehen, den Geist zu manipulieren, sondern einzig darum, dem Geist mehr Freiheit und Kraft zu geben, damit er die Realität anerkennen kann. Sakramente, die Gottes Vergebung zusprechen, können Frieden bringen. Und die Akzeptanz jener, welche die Patientinnen und Patienten umgeben, bestätigt dies ohne Worte.“ Dies beruht auf einem Verständnis von Personsein, welches davon ausgeht, dass der Mensch eine unteilbare Einheit ist: Er ist sowohl ein körperliches als auch ein geistiges Wesen: „Die einzig angemessene Haltung gegenüber einer Person ist der Respekt; das heißt auch, jede einzelne Person im Kontext ihrer Kultur und ihrer Beziehungen wahrzunehmen und so jeder Person ihren individuellen Wert zuzubilligen. [...] Diejenigen, die in Palliative Care tätig sind, sollten begreifen, dass

auch sie selbst aufgefordert sind, alle diese Dimensionen des Lebens und Fragens wahrzunehmen.“

Ausharren als Erweis von Respekt

Ebenfalls aus England stammt Steve Nolan, ein Seelsorger und Publizist in England.



Steve Nolan

Aus seinem 2012 veröffentlichten Buch „Spiritual Care at the End of Life. The Chaplain as a 'Hopeful Presence'“ entnehme ich wichtige Hinweise, wie wir als Seelsorgende dafür sorgen können, dass wir die Würde des Kranken auch in einem Zustand zur Geltung bringen können, indem er sie selbst angestastet fühlt. Nolan beginnt dabei sehr konkret: Eine Seelsorgerin ist – wie jede andere in der Betreuung tätige Person – zunächst einmal eine körperliche Präsenz: Ein Körper im Kranken- oder Sterbezimmer. Aber es ist nicht irgendein Körper, sondern in dem Moment, indem wir unsere Rolle zu erkennen geben und uns als Seelsorgende vorstellen, sind wir eine ganz bestimmte körperliche Präsenz im Raum – und das ganz unabhängig von unseren persönlichen Merkmalen, unserem freundlichen Aussehen, unserem kantigen Wesen oder unserer sanften Stimme. Das Gegenüber identifiziert uns als Archetyp Priester, jemand, dessen Interesse Gott, Religion und Kirchengang gilt. Entsprechend seinen Vorerfahrungen und Einstellungen kann er den Besuch dann als Würdigung seiner Kirch-



enzugehörigkeit oder auch als einen Angriff und Übergriff auf seine Person erleben. Wir haben also damit zu rechnen, dass der andere sich in seiner Würde verletzt fühlt, noch bevor wir einen Satz gesagt haben. Unsere Präsenz als Seelsorger ruft starke emotionale Reaktionen hervor. Und manchmal gehen wir auf die Reaktionen emotional ein, fühlen uns in unserer eigenen Würde verletzt.



Es gehört zur Wahrung der Würde eines Menschen, dass wir seine Distanznahme und Abweisung respektieren. Sie gilt nicht uns als Person. Aber wenn aus der emotionalen Reaktion nicht gleich ein Rauswurf folgt, sondern die vorsichtig skeptische Erwartung, wie das Gespräch nun weiter geht – und der Patient uns provokante Sätze entgegenwirft, die wir für eine verfehlte Theologie oder Spiritualität halten, ist es wichtig, das weitere Vorgehen im Gespräch gut zu bedenken. Wenn wir uns gewahr sind, dass es nicht um theologische Auseinandersetzungen geht, sondern um die Würde einer Person, die sich in ihrem Selbstwert verletzt und existenziell bedroht fühlt, dann meiden wir die Rechtfertigung Gottes. Von unserem Gottesbild haben wir nicht den anderen zu überzeugen, sondern uns selbst. Wenn gilt, dass Gottes Liebe jedem Menschen gilt ohne Ansehen der Person, dann heißt das für unse-

re Praxis, dass wir auch negative Übertragung aushalten, ohne sie uns anzuziehen. Es geht um ein In-Kontakt-Bleiben mit dem anderen „no-matter-what.“

Das Ausharren mit dem anderen bedeutet, sich dem Leiden des Anderen wirklich auszusetzen, Zeuge zu werden dafür.

Nicht wegzusehen, auch wenn unansehnlich ist, was wir sehen. Eingangs hatte ich ja beschreiben, dass die subjektive Empfindung eines würdelosen Vegetierens vor allem eine sinnliche, ästhetische ist. Man kann es nicht mehr mit ansehen.

Seelsorge, die von der Würde des Menschen ausgeht erkennt im anderen auch im entstelltesten Zustand immer noch das Ebenbild Gottes. Deshalb kann und darf sie ihren Blick nicht abwenden. Im Gegenteil: durch das im-Kontakt bleiben, durch das Ansehen und Erkennen ermöglicht sie dem Begleiteten, sich selbst wieder in den Blick zu nehmen. Nolan beschreibt das so: durch die bleibende, ausharrende Präsenz wird es Seelsorgern möglich, etwas von der Erfahrung des anderen zu erfahren und genau dadurch dem Patienten oder Angehörigen zu ermöglichen, die eigenen Erfahrungen zu erfahren. Oftmals erlaubt das Gesundheitswesen dem Kranken gar nicht, seine Krankheit wirklich zu erleben, weil er immer wieder sagen muss, dass es ihm schon besser geht, dass er sich nach den Gegebenheiten des Krankenhauses oder Altenheims richten soll. Dann wird er auch mal zurecht gewiesen, wenn er weint. Oder er wird zur Hoffnung genötigt: Lassen Sie sich nicht so gehen! Das Ausharren des Seelsorgers ermöglicht, sich der Tiefe der eigenen Erfahrungen auszusetzen und damit überhaupt erst zu erfahren, was da passiert.

Dass darin eine Zumutung für Seelsorgerinnen und Seelsorger besteht, ist klar. Manchmal geht das über die Belastungsgrenze.



Deshalb brauchen wir Supervision. Es ist eine Frage der Haltung: Wer andere aushalten will, andere halten will, muss auch zulassen, dass er von anderen gehalten wird. All das basiert auf einem Verständnis von Person, das Martin Buber in seiner Darstellung der dialogischen Struktur, der Ich-Du-Beziehung deutlich gemacht hat. Die Würde des Menschen ist unantastbar, weil sie nicht am Ich allein hängt, sondern weil sie in der Ich-Du-Beziehung gesetzt ist. Und darin gelebt sein möchte.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Die Würde des Menschen ist unantastbar: Das versuchen wir in unserer Begleitung von Angesicht zu Angesicht zu leben und zum Ausdruck zu bringen.

Das hat aber – und damit will ich schließen – noch eine andere, nicht minder wichtige Komponente. Und diese führt zurück zum politischen Ansatz.

Seelsorger in unserem Gesundheitswesen sind längst nicht mehr nur Begleiter einzelner Patienten. Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die sagen, dass sie über die Hälfte ihrer Zeit mit Angehörigen sprechen und sie trösten. Es gibt auch Kollegen, die einen Großteil ihrer Zeit dafür verwenden, um mit dem Personal in Altenpflegeheimen, der Psychiatrie oder Krankenhäusern im Gespräch zu bleiben. Das zahlt die Krankenkasse nicht. Aber es ist ein wichtiger Bestandteil des kirchlichen Ange-



bots. Denn nicht nur die subjektive Würde der Schwerstkranken und Behinderten ist durch lange und leidvolle Pflegebedürftigkeit betroffen, sondern oft auch die Würde und der Selbstwert der Betreuenden. Auch Angehörige haben eine Würde. Und auch Mitarbeiter haben Würde.

Würde vs Fallpauschalen

Leider leben wir in einem Gesundheitssystem, das – so muss man das sagen – nicht an der Würde des Menschen orientiert ist, sondern ökonomisch ausgerichtet ist. Die Einführung der Fallpauschalen in der Palliativmedizin entspricht nicht der Würde des Menschen. Denn darin ist nicht eingerechnet, was es an personaler Zuwendung braucht. Was es vor allem an Kommunikation, auch nonverbaler Kommunikation von Ärzten und Pflegekräften braucht und was nicht als therapeutische Maßnahme dokumentiert und abgerechnet werden kann. Thomas Binsack, Vorsitzender der Bayerischen Stiftung Hospiz, und Susanne Roller, Oberärztin auf der Palliativstation der Barmherzigen Brüder in München, haben dies unlängst in einer Radiosendung ganz klar gesagt. (*Download als Podcast unter Bayern 2: Evangelische Perspektiven: Langes Sterben ist nicht vorgesehen, Fallpauschalen...* 20.05.2013)



Bayerische Stiftung Hospiz

10 Jahre [Bay. Stiftung Hospiz]

Wir als Seelsorger, gerade auch ehrenamtliche Seelsorger, haben die Aufgabe, in diesem System für

die Unantastbarkeit der Würde zu kämpfen. Am Krankenbett. Aber auch in den Teams. Indem sie immer wieder auf die spirituellen und sozialen und psychischen Bedürfnisse aufmerksam machen. Gerade und besonders bei den Menschen, die kirchliche Seelsorge nicht in Anspruch nehmen.

Was wir auch tun können und müssen, ist es, zu dokumentieren, was wir machen. Ganz besonders in die Patientenkurve, damit wir den Kostenträgern deutlich machen können, was eine Betreuung umfasst, die der Charta entspricht und die den Rahmenrichtlinien in Bayern entspricht. Spirituelle Begleitung durch Seelsorge gewährleistet, so würde ich das zuspitzen, die Wahrung der Würde des Menschen, weil sie ihn nicht zum Fall macht, sondern als Subjekt, als Person in den Mittelpunkt setzt.

Aufgabe von SeelsorgerInnen in Ethikveratung

Und ein allerletztes: Viele von uns sind in Ethikberatung und Ethikkomitees in Altenpflege und Gesundheitseinrichtungen tätig. Dazu gibt es inzwischen gute Untersuchungen, auf die ich nicht eingehen kann. Unser Beitrag zu diesen Runden ist nicht der Beitrag einer philosophischen Ethik, die andere besser können als wir. Unser Beitrag ist der einer narrativen Ethik. Darauf macht besonders Hille Haker aufmerksam, jüngst auch Birgit Heller aus Wien. Unser Geschäft als Seelsorger sind die Geschichten, die Menschen, Patienten, Angehörige, Mitarbeiter uns erzählen. Diesen Erzählungen hören wir konstruktiv zu. Aus diesen Erzählungen sprechen die Erfahrungen der Menschen, die sie machen und gemacht haben. Diese Erfahrungen in Ethikrunden zu Gehör zu bringen heißt: die Person in ihrer ureigenen Würde zur Geltung zu bringen. Auch wenn es für Ärz-

te, Pflegedienstleitungen, MDKs oder Angehörige manchmal kaum aushaltbar ist, einfach dazubleiben und nichts zu machen: wir müssen als Seelsorger einen Beitrag leisten, der im Ausharren mit dem Anderen, ohne etwas an ihm zu verrichten, besteht.

Das Problem des Einsatzes von Seelsorgern in der Euthanasie in Belgien ist, dass sie durch ein schönes Ritual an einer Machbarkeits-Strategie beteiligt werden. Das Leben und das Sterben sind machbar. Und die Seelsorge gießt fromme Soße darüber, damit alle das Gefühl haben, sie haben es gut gemacht. Spirituelle Begleitung erfordert aber eine Haltung des Nichtmachens. Des Ausharens. Die Würde des Menschen ist auch vorhanden, wenn der Patient, ob Kind, Alt, oder Sterbend kaum ansehbar sind. Dann heißt Ausharren: Hinsehen. Hinhören, Hinfühlen. Und wahrnehmen, was an Behandlung noch möglich ist, um das subjektive Gefühl des Würde-losen zu bekämpfen.

Als die Angehörige bei der Podiumsdiskussion davon erfuhr, dass ihr Vater bei zu großer Symptomlast auch sediert hätte werden können, sagte sie: dann braucht es vielleicht gar keine Sterbehilfe?

Genau.



Prof. Dr. Traugott Roser
WWU Münster

Traugott.Roser@uni-muenster.de





In Würde alt werden

Von Cornelia und Thilo Auers

„Ich möchte ohne Groll weniger werden. Ich möchte, dass mit mir respektvoll umgegangen wird. Ich möchte mich nicht alleingelassen fühlen. Ich möchte meinen Kindern nicht zur Last fallen.“

Das sagten Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Kleingruppe am Seelsorgetag 2013 in Nürnberg. Die Frage war: Was sind die vier wichtigsten Dinge, die Sie sich wünschen, wenn Sie einmal alt sind?

Das passt gut zu den Grundbedürfnissen des Menschen, wie sie z.B. Barbara Messer aufführt: *Sich sicher, geschützt und geliebt fühlen. Gebraucht werden und nützlich sein. Spontane Gefühle ausdrücken und gehört werden.*

Im Umgang mit alten und demenziell erkrankten Menschen haben sich zwei Haltungen als besonders hilfreich erwiesen: Die Validation und die Basale Stimulation.

Validieren heißt: für gültig erklären. Dem Menschen in seine Gefühlswelt folgen. Die Gefühle, die er zeigt, benennen und bestätigen. Eine warme, ruhige Stimme tut gut. Durch Berührung an der Schulter, durch nonverbale Kommunikation, durch Singen ist Begegnung möglich, auch jenseits eines Gesprächs.



Basale Stimulation heißt: die Sinne grundlegend anregen. Sehen, Hören, Tasten, Riechen, Schme-

cken. Dadurch kann auch ein Mensch, der in Bewegung und Kommunikation stark beeinträchtigt ist, sich in seinen Grenzen spüren, und zu einer individuellen nonverbalen Kommunikation gelangen. Spiel und Neugier können aufleben.

Dass dies in den allermeisten Altenheimen nur schwer möglich ist, erfahren Altenpflegerinnen täglich. Sie beklagen: *„Gerade die Bettlägerigen kommen oft zu kurz, da sie sich nicht so oft melden.“* Viele Schwestern und Pfleger arbeiten in Zeitnot und Hetze, oft am Rand ihrer Kräfte. Sie leiden selbst darunter, dass sie zu wenig Zeit haben für die einzelne Bewohnerin und den einzelnen Bewohner. Es gibt viele krankheitsbedingte Ausfälle, die andere noch mit auffangen müssen. Um dem Druck zu entkommen, lassen sich manche zurückstufen als Helfer. Dann müssen sie auch die aufwändige Dokumentation nicht mehr machen. Eine Schwester sagt: *„Die Doku wird gepflegt, die Bewohner werden verwaltet.“* Andere machen eine Fachausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft oder zur Demenzbetreuerin. Da haben sie mehr Zeit, auf den Einzelnen einzugehen.

Beim Nachdenken darüber, was es bedeutet, in Würde alt zu werden, werden Schwestern und Pfleger ganz konkret: *„Ich möchte in Ruhe essen können, ohne Zwang, ohne Stopfen, ohne Zeitdruck. Ich möchte, dass mit mir ehrlich umgegangen wird, kein Tuscheln, kein Flüstern. Ich möchte nachts nicht alle 2 Stunden gewendet werden.“*

Was Würde im Alter bedeutet, das entscheidet sich im Alltag. Zum Einen in ganz grundlegenden Dingen: In einer guten körperlichen Pflege, in Essen, das schmeckt, und einer Nachtruhe, die es ermöglicht, Kräfte für den neuen Tag zu sammeln. Vor allem aber darin, als Person wahrgenommen zu werden, mit ihrer Geschich-



te und ihren Vorlieben, mit dem, was sie noch kann und für andere einsetzen will.

Ein Rat an die Angehörigen lautet: *„Hängen Sie ein Bild von dem Bewohner an die Wand, als er jung war und mitten im Leben stand.“* So kann er sich selber sehen, mit seiner Geschichte. So können Schwestern und Ärzte wahrnehmen: Dieser Mensch war auch einmal jung und voller Tatkraft. Das ist ein Teil seines Lebens – bis heute.

Ein Mann ist nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmt und sitzt seitdem im Rollstuhl. Bisher war er freundlich, umgänglich, saß regelmäßig im Gottesdienst. Dann ist er innerhalb weniger Wochen erblindet. Eines Tages sitzt er am Tisch im großen Aufenthalts- und Durchgangsraum: Ständiges Geklapper, Gerede, Rufen der Schwestern hin und her, neben ihm andere Bewohner, die vor sich hin brabbeln.

Er schreit: *„Ich seh' nichts!“* Andere am Tisch sagen: *„Halt deinen Mund!“* Er: *„Ich seh' nichts! Helft's mir doch!“* Die Seelsorgerin kommt dazu, setzt sich neben ihn, stellt sich vor. Die Situation im Raum



scheint für ihn unerträglich. Sie machen sich auf in sein Zimmer. Dort ist nur sein ruhiger Mitbewohner. Am Tisch sitzend kann er endlich erzählen. Er weint über das verlorene Augenlicht. Nur Einzelheiten kann er noch als Schatten wahrnehmen. Erst scheint alles verloren. Doch im Lauf der Unterhaltung kann er wieder wahrnehmen, was er noch hat: Seine Tochter, die täglich kommt, seine Erinnerungen, die Musik,... Er kann hören und reden. So kann er von früher erzählen. Sein Gesicht entspannt sich. Als die Seelsorgerin sich verabschiedet, will er im Zimmer bleiben. Einen Teil seiner Würde hat er wiedergefunden.

Cornelia und Thilo Auers



Forum Seelsorge
in Bayern

Das Forum Seelsorge in Bayern ist auf Ihre Unterstützung angewiesen, da es keine Zuschüsse erhält und unabhängig bleiben möchte. Das Engagement ist idealistisch und die Mitarbeit ehrenamtlich. Wir bitten daher alle, die das Forum lesen, gerne den jährlichen Seelsorgetag besuchen und die Arbeit der Seelsorge schätzen, das Forum Seelsorge zu unterstützen. Am besten geschieht dies mit Ihrem Beitritt, sofern Sie noch nicht Mitglied sind. Auch einmalige Zuwendungen helfen unserer Arbeit weiter.

Rezension für das FSiB-Info 2014:

Irre! Wir behandeln die Falschen

Manfred Lütz, München 2011, € 9,99.

Von Steffen Lübke



Bestseller sind ja meistens nicht so ganz meine Sache. Aber irgendwie bin ich – wohl durch eine Rezension – auf dieses Buch gestoßen mit dem populistischen Titel „Irre! Wir behandeln die Falschen, unser

Problem sind die Normalen – Eine heitere Seelenkunde“. Na, da ist ja schon mal für jeden etwas dabei, nicht wahr? Bereits beim Hinein-

lesen bin ich erneut abgeschreckt worden durch den manchmal gewollt witzigen Stil des Verfassers, der an die zahlreichen 0815-Comediens erinnert, die massenhaft die Fernsehsender fluten. Ein Beispiel aus dem Vorwort: „Das Buch ist übrigens sogar für Chirurgen, die natürlichen Feinde der Psychiater, geeignet. Chirurgen befassen sich zwar in der Regel nicht mit Büchern, weil die nicht bluten...“.

Wer sich nun hiervon nicht abschrecken lässt, hält ein Buch in Händen, in dem der Verfasser, ein studierter Theologe und Psychiater Baujahr 1954, auf über

weite Strecken doch unterhaltsame und gut verständliche Weise sachkundig und aus seiner umfangreichen Berufserfahrung und Menschenkenntnis heraus kompetent in Mut machender Weise über psychiatrische Krankheiten, deren Therapiemöglichkeiten und auch über die Grenzen der Psychiatrie informiert. Wer sich also gerade als ehrenamtliche/r oder vielbeschäftigte/r hauptberufliche/r Seelsorger/-in nicht durch ein Psychiatrielehrbuch kämpfen und sich dennoch in Grundzügen mit dem Feld der Psychopathologie und den verschiedenen Therapieangeboten vertraut machen will, kann hier fündig werden.

Pfarrer Steffen Lübke

Aus dem Klappentext:

Dieses Buch ist eine scharfzüngige Gesellschaftsanalyse und zugleich eine heitere Einführung in die Seelenkunde. Was ist Depression, Angststörung, Panik, Schizophrenie, Sucht, Demenz und all das, und was kann man dagegen tun? Der Bestsellerautor Manfred Lütz, einer der bekanntesten deutschen Psychiater und zudem noch Kabarettist, verspricht: Alle Diagnosen, alle Therapien und das noch unterhaltsam: Irre!“





„Selbstbestimmt bis zuletzt?“ Wie Ethikberatung Selbstbestimmung zur Geltung bringen kann

Von Elisabeth Fischer

„Meine Mutter hat so gerne gegessen, da kann man sie doch jetzt nicht verhungern lassen!“

Mit diesen Worten begründet Frau S. als rechtlich bestellte Betreuerin ihrer Mutter anlässlich einer Ethikberatung, weshalb sie einer Ernährungs-Sonde zustimmen, ja diese geradezu wünschen würde.

„Mein Mann hat immer so gerne gegessen; da kann man ihn doch jetzt nicht an einen Ernährungsschlauch hängen“, sagt Frau W., und begründet damit die Ablehnung einer PEG-Sonde für ihren Mann.

Und wer kriegt Recht, werden Sie jetzt vielleicht gespannt fragen?

Wir sind mitten im komplexen Feld klinischer Ethikberatung, wie sie mittlerweile in vielen Kliniken etabliert ist. Eine Vielfalt von Beratungsmodellen gibt es da.

Konflikt einer „ethischen Durchleuchtung“ zu unterziehen. Als Betroffene gelten dabei z.B. der/die behandelnde Arzt/Ärztin, Pflegende, Angehörige weiterer Professionen aus der Patientenversorgung sowie die Bezugspersonen des Patienten/der Patientin (Betreuer/gesetzliche Vertreter, Angehörige, sonstige Zugehörige ...). Die EthikberaterInnen leiten das Gespräch, bringen die ethisch relevanten Fragestellungen ein, streben die einvernehmliche Klärung der weiteren Behandlungsmaßnahmen an und erstellen eine schriftliche Dokumentation der Beratung, die Bestandteil der Patientenakte wird.

In der konkreten Beratungssituation geht es dabei vor allem um Begründungen.

ne (und verbreitete!) Aussage ist jedoch kein hinreichend konkreter Behandlungswunsch in der gegenwärtigen Situation, und eine schriftliche Patientenverfügung hat Frau H. niemals erstellt. Frau S. erzählt nun, dass ihre Mutter sehr von Hunger-Erfahrungen der Kriegs- und Nachkriegszeit geprägt sei. Die Vorstellung nichts zu essen zu haben, sei für sie von je her ganz unerträglich gewesen. Früher habe sie oft zu ihr als Tochter gesagt: *„Iss, damit was auf deine Rippen kommt.“* Essen zu haben und Nahrung aufzunehmen sei in den Augen der Mutter immer eine wichtige Bedingung für Gesundheit gewesen. Deshalb glaube sie als Tochter, dass die Mutter der künstlichen Ernährung zustimmen würde. Außerdem habe sie ja trotz ihrer zunehmenden Demenz und der Darmerkrankung immer noch einen Lebenswillen und in gewissen Grenzen auch Lebensfreude gezeigt. So hoffe man doch gemeinsam noch auf ein Stück Leben.

Zusätzlich bringen nun Pflegende und Mitarbeitende anderer Professionen ihre Wahrnehmungen ein, mit denen sie den mutmaßlichen Willen der Patientin untermauern oder in Frage stellen können. Selbstverständlich werden auch die behandelnden Ärzte gebeten, ihren Behandlungsvorschlag noch einmal genau zu begründen im Blick auf das bisher verfolgte Behandlungsziel oder ein ggf. neu zu bestimmendes Behandlungsziel. Von ärztlicher Seite stehen also in der Ethikberatung immer auch Indikation und Therapieziel auf dem Prüfstand.

Herr W. ist ebenfalls demenziell erkrankt und hat eine chronische Darmerkrankung, die zuletzt in ein akutes Stadium getreten war, weshalb er operiert werden musste. Auch er ist, wie Frau H., nicht unmittelbar in der Sterbephase. Frau W. erzählt, ihr Mann sei immer ein Genuss-Esser gewesen.



In „meiner“ Klinik, dem Klinikum Nürnberg, vollzieht sich die Beratung organisatorisch so, dass auf Anforderung der Ratsuchenden i.d.R. zwei medizinethisch ausgebildete BeraterInnen auf Station kommen, um gemeinsam mit den Betroffenen eine schwierige Entscheidungssituation oder einen

Frau S., die Tochter von Frau H., wird also gebeten zu erläutern, wie sie zu der Auffassung kommt, dass ihre Mutter der Anlage einer PEG-Sonde zustimmen würde, obwohl sie auch eine Äußerung der Mutter übermittelt hat, dass diese *„mal nicht an Schläuchen hängen“* möchte. Diese sehr allgemei-





Er habe ihre Kochkünste sehr geschätzt, aber auch Essen gehen sei immer eine Freude für ihn gewesen. „Hauptsache, es schmeckt!“, habe er immer gesagt, und wenn es geschmeckt hat, war die Welt für ihn in Ordnung. Ihm nur Kalorien zuzuführen, das sei für ihn keine „Ernährung“. Wenn sie sich in seine Lage versetze, dann würde er wohl zwei Dinge als sehr wichtig bezeichnen: zu Hause leben können und richtig essen können. Beides sei – so die ärztliche Prognose – beim jetzigen Erkrankungsstand nicht mehr zu erwarten. Sie glaube deshalb, dass ihr Mann eine PEG-Sonde nicht wünschen würde, sondern eher sterben wolle und sie selbst stelle sich schweren Herzens auch dieser Tatsache.

Um die Würde des Patienten zu wahren und seinem Recht auf Selbstbestimmung zu entsprechen, müssen Angehörige und/oder gesetzliche Vertreter sehr genau ergründen und begründen, was der Betreffende gewünscht hätte, könnte er selbst für sich sprechen. Sie müssen dabei auf Wertvorstellungen, Lebens- und oft auch Glaubenshaltungen zurückgreifen, die den Patienten bisher geprägt haben. Hat ein Patient eine detaillierte, und womöglich auf eine chronische Krankheitssituation bezogene Patientenverfügung verfasst, ist dies besonders hilfreich. Häufig liegt aber keine spezifische Willensbekundung vor, so dass der mutmaßliche Wille zu ermitteln ist, aus dem wiederum Zustimmung oder Ab-

lehnung gegenüber einer Behandlungsmaßnahme erschlossen werden muss.

Das medizinische Team wiederum muss sehr genau begründen, weshalb es genau diese und jene Maßnahme als geboten betrachtet und welchem Ziel die Maßnahme im konkreten Fall dienen kann. Dabei sind die Überlegungen zur Schaden-Nutzen-Abwägung ebenso darzulegen wie die genaue Darstellung der Belastungen, die für den Patienten durch die Behandlung entstehen. Nun sind dies alles gar keine „Neuheiten“, denn jede/r verantwortungsvolle Arzt/Ärztin vollzieht all diese Überlegungen im Stillen oder ggf. im fachlich kollegialen Austausch. Ethikberatung bringt die Überlegungen jedoch in den interdisziplinären, quasi „öffentlichen“ Austausch und schließt die Angehörigen bzw. Bezugspersonen der Patienten mit ein. Viele Konflikte, die auf Kommunikationsmängel zurückgehen, können auf diese Weise sehr gut gelöst werden, und die eigentlichen ethischen Entscheidungsfragen rücken wieder in den Mittelpunkt.

Zentral ist in jeder Ethikberatung die Verständigung auf ein jetzt (noch) erreichbares Behandlungsziel, das durchaus auch einmal lauten kann: Begleitung des Sterbens mit Mitteln der Palliativmedizin. Es kann aber – je nach Begründungslage – auch zum vollen Einsatz aller intensivmedizinischen Maßnahmen führen, vielleicht mit der Festlegung eines bestimmten Zeitrahmens zur Überprüfung des Verlaufs.

Den Rahmen für alle Entscheidungen bildet die in Deutschland gültige Rechtslage, wie sie im BGB z.B. im Betreuungsgesetz und im Patientenrechtegesetz abgesteckt ist, aber auch in den Richtlinien der Bundesärztekammer ihren Niederschlag findet. Innerhalb dieses Rahmens ist jede Entscheidung einzigartig und immer nur

auf einen bestimmten Menschen zugeschnitten. Bei sehr ähnlicher Ausgangslage können deshalb, wie im Falle von Frau H und Herrn W., ganz konträre Ergebnisse am Ende des jeweiligen Beratungsprozesses stehen.

Zum Schluss eine persönliche Anmerkung:

Im Januar 2006 habe ich meine Ausbildung zur Ethikberaterin im Gesundheitswesen abgeschlossen. Damals war ich noch als Klinikseelsorgerin tätig. Von Anfang an habe ich mich dafür entschieden, die beiden Rollen klar voneinander zu trennen. Zwar sind in meiner Person mein christliches Menschenbild, mein eigener Glaube und meine christlich geprägte Lebenseinstellung immer präsent, ich mache davon aber in der Beratungssituation keinen expliziten Gebrauch.

Organisatorisch bin ich von Anfang an eingebunden ist das Team der Zentralen Mobilen Ethikberatung am Klinikum Nürnberg, dem ich auch jetzt im Ruhestand noch anhöre als derzeit einzige Externe.



Elisabeth Fischer
Klinikseelsorgerin i.R.
Ethikberaterin im Gesundheitswesen



Meine Freundin ist tot - ich habe sie begleitet.

„Unter Qualen und Tränen hat dein Tod mich neu geboren“.

Von Sigrid Linek-Stahl

Wir haben uns als Kolleginnen vor 42 Jahren in Bremen kennengelernt, und aus der Arbeitsbeziehung im sozialpädagogischen Bereich ist eine Freundschaft entstanden.

Der Altersunterschied von 16 Jahren war für uns von Anfang an eine spannungsreiche und zuträgliche Komponente; sie war Psychologin, ich bin Sozialpädagogin, sie war verheiratet, ich geschieden, sie hatte drei Töchter, ich einen Sohn, sie war katholisch, ich evangelisch.

Allerdings hat sie mir immer wieder, trotz ihrer Stärke, die sie nach außen gezeigt hat, von ihrer inneren Müdigkeit erzählt; sie hat nach der zweiten Kur geschrieben, dass sie sich wie jemand fühle, der am Ziel angekommen sei und am Ende des Weges von den Mühen ausruhen muss. Sie zitierte ein Gedicht „Was bleibt, das ist die Stille, die Du Dir selber schenkst, die aus des Tages Fülle sich tief in Deine Seele senkt“.

Vor knapp drei Jahren ist ein neuer Tumor am Muttermund

Ich habe sie, nachdem ich nach Nürnberg gezogen war, immer wieder besucht. Sie kam noch vor einem Jahr, nachdem ein neuer Tumor an der Wirbelsäule festgestellt worden war, und bevor sie eine Therapie mit Bestrahlung machen lassen wollte nach Nürnberg. Bei diesem Besuch haben wir sehr intensiv über das Sterben und den Tod gesprochen; obwohl wir beide sehr genau wussten, was der andere empfindet und denkt, haben wir uns beide sehr bedeckt gehalten, wobei ich meine Gefühle nicht kontrollieren konnte und beim Weinen gleichfalls lachen musste. Sie kannte meine „Heulerei“ sehr genau und konnte sehr großzügig damit umgehen. Wir waren schließlich „Profis“ im Umgang mit Gefühlen und kannten unsere Schwächen und Stärken sehr genau. Sie hat in ihrer Sozialisation gelernt, dass man sich durch das Zeigen von Gefühlen dem Gegenüber ausliefert, und dadurch sich selber schadet. Sie hat mich im Laufe der Jahre ernst genommen, wenn ich weinte und hat mir nicht gezeigt, dass ich dadurch schwach war. Auf diesem Hintergrund haben wir auch in vielen Lebensbereichen im Laufe der Jahre Probleme bewältigt.

Und nun stand das Sterben an, das Sterben meiner Freundin! Ich habe meine Mutter, meinen Vater und meinen Ehemann in sehr unterschiedlicher Intensität begleitet. Ich hatte mich mit meinem Schmerz, meiner Trauer, meinem Gewissen, meinem Glauben, meiner Wut, meiner Dankbarkeit und sicherlich noch einigen Gefühlen mehr in den letzten zehn Jahren auseinandergesetzt. Immer wieder habe ich gespürt, gerade am Krankenbett auch von mir fremden Personen, wie dicht manche Erfahrungen mich noch bedrängten.

Als ich sie Ende letzten Jahres besuchte, lag sie mit Schmerzen im Bett. Ich hatte plötzlich das Gefühl, dass sie bald sterben wür-



Sie bekam mit 60 Jahren Darmkrebs, und schon damals habe ich sie und ihre Familie unterstützt. Obwohl eine Welt für mich zusammenbrach, und ich nicht glauben wollte, dass sie als auf Gott vertrauende und überzeugte Katholikin von diesem Gott so früh „geholt“ werden sollte, habe ich gespürt und erlebt, dass sie sich nicht verlassen fühlte.

Sie hat mit ihrem Gottvertrauen, einer guten medizinischen Therapie, ihrem sozialen Umfeld und ihrer eigenen positiven Einstellung zum Leben den Krebs besiegt.

festgestellt worden; eine erneute Operation wurde ausgeschlossen worden. Die Therapievorschlüsse des Arztes nahm sie sehr ernst und stellte ihren Lebensstil darauf ein. Sie wollte noch leben, ihre Enkelsöhne in ihren schulischen Abschlüssen mitbekommen und für sie „Dasein“. Sich noch einbringen und „ihr Haus bestellen“. Dieses war auch wörtlich zu nehmen, denn sie liebte ihren Garten und ihr Zuhause, welches sie nach dem Tod ihres Ehemannes vor vier Jahren mit viel Kraft, Energie und einer Portion Geradlinigkeit gepflegt und gestaltet hat.



de. Ich war völlig verwirrt, weil ich nicht wusste, ob ich es mir wünschte oder es ihrem Zustand zuschrieb! Diesen Zustand der Gefühlsverwirrtheit hatte ich in den nächsten Monaten bis zu ihrem Tod noch häufiger; er hat mich in große emotionale Nöte versetzt, in denen ich am liebsten wegge laufen wäre und mir gewünscht habe, dass sie ganz schnell sterben möge. Es ging soweit, dass ich im Gebet Gott um Vergebung für diese Gedanken angefleht habe. Dieses waren Zustände, in denen ich mich früher immer mit meiner Freundin austauschen konnte, nun ging das plötzlich nicht mehr! Ich schämte mich ihr gegenüber meiner Gedanken und Gefühle.

Sie hatte nun nicht mehr das ihr vertraute Kolostoma sondern ein Ileostoma bekommen! Sie lag in ihrem Krankenbett und schmiedete Pläne wie es weitergehen wird. Für mich stand sofort fest, dass ich sie unterstütze, denn sie wollte mit ihrem neuen „Beutel“ alleine zurechtkommen und natürlich in ihrem Haus!

Als sie mit dem ihr eigenen Optimismus nach Hause kam, war ich wieder von meinen zwiespältigen Gefühlen gefangen: schön, dass sie hier ist, hoffentlich habe ich genügend Kraft und Geduld und mache alles richtig, wie lange kann ich durchhalten, wer hilft mir in meiner Not!? Es blieb nicht viel Zeit zum Grübeln: die Stoma-Therapeutin stand vor der Tür und für meine Freundin war klar, dass ich beim ersten Wechsel des Beutels dabei war! Ihr Vertrauen in mich war so stark, dass ich gar keine Zweifel hatte, ob ich das wollte, konnte oder nicht. Den Umgang und die Handhabung mit dieser, auch für sie neuen Technik, haben wir zusammen gelernt. „Ich muss das doch selber können, warum klappt das denn nicht...“ Sie wollte ihre Unabhängigkeit unbedingt beweisen, Erklärungen meinerseits konnte sie nicht wirklich akzeptieren. Ich

war verzweifelt, wenn sie sich über Stunden abmühte, und ich es in kurzer Zeit hätte machen können. Wenn sie vor Erschöpfung schlief, wurde mir bewusst, dass sie unbedingt diese Selbstständigkeit brauchte, denn sie hatte vor Augen, demnächst wieder allein in ihrem Haus wohnen zu wollen und zu können.

Kochen, Waschen) einzubeziehen, obwohl es ihr und mir sehr schwerfiel. Am Wochenende kamen abwechselnd die Töchter und ich konnte mich dann auch räumlich distanzieren. Ich stellte fest, dass meine seelische Belastung an Grenzen stößt. Die Nähe und der Schmerz des kommenden Verlustes auf meiner Seite und der



Die hier vorgestellten Bilder sind entstanden in der künstlerischen Arbeit der Palliativstation „Johanneshospiz“ am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in München und des dort angebundenen ambulanten Hospizes der Caritas.

Ihre Töchter und ich sprachen über ihren nahen Tod, und sie bemühte sich um Autonomie für das weitere Leben! Wie verrückt war die Welt! Ich weinte heimlich, damit sie in ihrem Lebensoptimismus nicht behindert wurde. Wenn wir zusammen schwiegen, aßen, Fernsehen guckten hatte ich immer das Gefühl, dass sie mich belauerte, ob ich wohl die Wahrheit lebe! Ihr Gesundheitszustand wurde von Tag zu Tag schlechter, die Schmerzen nahmen zu, die Medikamente mussten immer wieder umgestellt werden, am schwierigsten war ihre innere Unruhe. Sie bewegte sich im Haus mit ihrem Rollator, nachdem sie ihn endlich akzeptiert hatte! Sie konnte nur noch in kurzen Phasen schlafen, die Versorgung des Stomas und des Katheters kosteten sie viel Zeit. Ich versuchte, sie in die täglichen Dinge (Einkaufen,

Kampf um Autonomie, das Loslassen vom Leben und das Vorbereiten auf „die Heimkehr zum Vater“ auf ihrer Seite bestimmten zunehmend unser Miteinander.

Die Anwesenheit und Gespräche mit den Töchtern waren teilweise entlastend, haben auch noch Klärungen zugelassen, aber auch die harte Wirklichkeit des Lebens vor Augen geführt. Was bedeutet Aussöhnung, wenn sie am Ende des Lebens passiert, wie fühlen sich die Beteiligten? Nach ihrer „Lebensbeichte“ war sie nicht wirklich erleichtert, und das hat mich wütend gemacht, weil ich an dieser Stelle den Druck der katholischen Sozialisation bei ihr wieder besonders gespürt habe.

Das Fröhliche und Unbeschwer te kam nur noch selten durch, sie strahlte das Sterben aus, hat sich aber vom Kopf her dagegen



gewehrt, sogar noch, nachdem der behandelnde Arzt sie als verständnisvolle und reflektierte Persönlichkeit auf den Sterbeprozess hin angesprochen hatte. Als dann ihre täglichen Beiträge und Aussagen aggressiver wurden, Vorwürfe, Unterstellungen und Beleidigungen folgten, wurde es für mich immer schwieriger, meine Gefühle zu beherrschen, und es kam schon mal der Wunsch durch, dass sie doch bitte sterben dürfe, damit auch ich erlöst würde. Vielleicht als ein Zeichen Gottes habe ich mir bei einer Hilfestellung, eine Verletzung am Rücken zugezogen, die eine weitere körperliche Unterstützung nicht mehr zuließ. Bei dieser „Aktion“ waren wir uns beide noch einmal sehr nahe, so dass sie nach geglückter „Rettung“ fragte, warum ich sie nicht hätte sterben lassen. Ich war sprachlos und heulte: vor Wut, Verblüffung, Erleichterung und weil wir als Menschen es nicht beeinflussen können. Danach konnten wir zusammen lachen!

Die Betreuung in ihrem Haus konnte nicht weiter gewährleistet werden. Die Töchter haben

mit ihrem Einverständnis einen letzten Wohnort in einem Hospiz gefunden. Hier hat sie sich wohlgefühlt, behütet und betreut von gut ausgebildetem Personal, richtiger medikamentöser Behandlung, liebevollem Besuch der Töchter, einem Blick in ein Stück Natur und begleitet durch Gottes Fürsorge ohne drohende Gebärde.

Ich habe sie hier zwei Tage vor ihrem Tod wiedergesehen, nachdem sie mich beim Abschied keines Blickes gewürdigt hatte. Wir haben vor meinem Besuch einmal sehr ausführlich telefoniert, sie klang fröhlich und freute sich auf mein Kommen. Ich wünschte mir ein Wiedersehen, um für immer Abschied zu nehmen. Als ich sie dann sah, wusste ich, dass ich gerade noch rechtzeitig gekommen bin. Sie war so froh, mich zu sehen, um endlich gehen zu können. Sie konnte nur noch leise und undeutlich sprechen, aber für mich war das ein

unglaublich schöner Augenblick. Wir hatten noch viele Stunden miteinander. Sie ist nun ein Teil in mir, und ihre Seele ist das Licht meines Lebens.



„Freund,
so Du etwas bist,
so bleib doch ja nicht stehn,
man muß aus einem LICHT
fort in das andere gehn“

Angelus Silesius

Sigrid Linek-Stahl
Fotos: privat



Beitrittserklärung

☐ Ja, ich trete dem Forum Seelsorge in Bayern bei

Name, Vorname

Adresse

Telefon

E-Mail

Tätigkeitsfeld in der Seelsorge

haupt-/ehrenamtlich

Konfession

Ich unterstütze das Forum Seelsorge in Bayern mit einem Jahresbeitrag von z.Zt. 15,-- €/Jahr per Lastschriftinzug von meinem Konto.

Kontonummer

Bankleitzahl

Bezeichnung der Bank

Ort, Datum

Unterschrift



Würde am Lebensende

Von Dr. Marianne Luther

Ich bin Ärztin. In unserer Klinik gibt es auch immer mal wieder Patienten, die sterben, die sterben dürfen. Diese Menschen haben in der Regel eine Schädigung des Gehirns, ein flüssiges Gespräch ist nicht mehr möglich, manchmal lediglich ein Antworten mit Ja oder Nein, oft auch gar keine Kommunikation.

Dass Visiten an den Zimmern Sterbender vorbei gehen, hört man immer wieder. Das ist bei uns glücklicherweise nicht der Fall. Aber ich merke manchmal selber, wie schwer es mir fällt, in diese Zimmer zu gehen. Nicht, weil ich das Sterben nicht aushalten kann. Sondern weil die eigenen Worte ungleich besser gewählt werden müssen, weil die üblichen Floskeln einer ärztlichen Visite nicht passen. Weder „Dann wünsche ich noch einen schönen Tag“ noch „Auf Wiedersehen“ möchten so

recht passen. Ein Reflex ist dann, sich auf das Gespräch über den Patienten zu beschränken. Still die Infusion mit Schmerzmitteln auszutauschen, nach einem Blick auf Atmung und Puls die Bettdecke wieder gerade hin zu legen und dann das Zimmer zu verlassen. Manchmal sehe ich auch Angehörige, denen es ähnlich geht. Die sprachlos, mit dem Rücken zur Wand im Patientenzimmer stehen. Stumm und bewegungslos. Was redet man auch jeden Tag wieder mit einem Menschen, der nicht antwortet. Bei dem man nicht einmal weiß, ob er einen hört?

Und doch wünsche ich mir genau das für mein eigenes Lebensende. Dass die Menschen, die mich versorgen, mit mir reden. Mich nicht wie eine Sache, sondern wie einen Menschen behandeln. Denn noch bin ich ja nicht tot. Sicher muss man nicht die ganze Zeit reden.

Es darf und muss auch Phasen der Ruhe geben. Aber eine würdevolle Behandlung eines Mitmenschen am Lebensende beinhaltet für mich auch die Kommunikation mit diesem Menschen. Auch wenn sie schwierig sein mag und uns manchmal die Worte fehlen.



Dr. Marianne Luther

Glosse: Antastbar

Von Rainer Gollwitzer

Drei Dialoge

„Stellen Sie sich nicht so an !“ Durch die offenstehende Tür zum Krankenzimmer fällt der Blick auf ein Gerippe von Mann, nackt, 70 plus. Ein Pfleger wäscht ihn. Er muss ihn drehen. Er muss ihn aufrichten. Er muss ihn hinlegen. Ein schwieriges Geschäft. Für beide. Am schwierigsten für das Gerippe von Mann. „Stellen sie sich nicht so an !“ sagt der Pfleger. Der Mann jammert. „Stellen sie sich nicht so an!!“ sagt der Pfleger. Der Mann schreit. „Stellen sie sich nicht so an !!! Es gibt Schlimmeres !“

„Sie heißen ?!“ Stille. „Sie heißen ??!“ Schweigen. „Sie-heis-sen ???!“ Die alte Frau, 85, beginnt zu verstehen. Sie soll ihren Namen sagen. Ein namenloser Mann im weißen Kittel fragt mit dem Rücken zu ihr. „Geboren wann ?!“ Sie überlegt. „Geboren wann ?? !“ Sie sagt ein paar Zahlen. Sie korrigiert die Zahlen. „Geboren wo ?!“ Sie überlegt. Sie nennt einen Ort. „Buchstabieren !“ sagt der Mann im weißen Kittel mit dem Rücken zu ihr. „Versichert bei ?!“ Sie muss überlegen. „Ziehen Sie sich aus !“ Sie versteht nicht. „Ziehen Sie sich aus !“ Was sie ausziehen soll ? „Alles. Den Schlüpfer können Sie anbehalten.“ „Setzen Sie sich!“ Wie bitte ? „Setzen Sie sich !!!“

„Sie sind ein Notfall ! Wir müssen Sie sofort operieren ! Zuvor grad noch ein paar Fragen !“ Netter junger Arzt, plusminus 30, hochdeutsch, trifft auf nette alte Bäuerin, plusminus 80, fränkisch, schwerhörig. „Haben Sie Hepatitis A ?“ Achselzucken. „Haben Sie Hepatitis B ?“ Achselzucken und Kopfschütteln. „Haben Sie Hepatitis C ?“ Kopfschütteln und Stirnrunzeln. „Sind Sie HIV positiv ?“ Stirnrunzeln und Augenverdrehen.

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Hier irrt das Grundgesetz.

Einladung zum Seelsorgetag 2014

**Haus Eckstein
Nürnberg**

„Mensch ärgere dich“



12. November 2014

Seelsorgetag Mittwoch, 12. November 2014 9.30 bis 17.00 Uhr

- 9.30 Begrüßung und Orgelimprovisation
zum Thema Ärger in der Frauenkirche Nürnberg
Frank Dillmann, kath. Regionalkantor
- 9.45 Ankommen und Anmelden im Haus
Eckstein
- 10.15 Referat von Pfarrer i.R. Peter Frör
- 11.15 Aussprache
- 12.00 Mittagspause
- 13.45 Workshops
- 15.30 Abschluss, Feedback und Reisesegen
- 16.00 Mitgliederversammlung
des Forums Seelsorge in Bayern
- 17.00 Ende des Seelsorgetages

Teilnahmebeitrag

- 8 € für Mitglieder des Forums Seelsorge
- 13 € für Ehepaare
- 10 € für Nichtmitglieder

Für das Mittagessen sorgen Sie bitte selbst. Anhand der zentralen Lage in der Innenstadt dürfte das kein Problem darstellen. Vor den Workshops wird im Tagungshaus Kaffee angeboten.

Anmeldung zum Seelsorgetag 2014

Ich melde mich verbindlich zum Seelsorgetag am 12. November 2014 in Nürnberg an. Gleichzeitig überweise ich den Teilnahmebetrag auf das Konto des Forums Seelsorge in Bayern der Ev. Kreditgenossenschaft eG Kassel. BIC: GENODEF1EK1 IBAN: DE15520604100003509583.

Stichwort: Seelsorgetag 2014.

Name

Adresse

Telefon

e-mail

Die Anmeldung bitte senden an:

Forum Seelsorge in Bayern
z.Hd. Elfriede Brodersen,
Pellwormer Straße 13, 90425 Nürnberg,
Telefon: 0911/ 344933 Fax: 0911/ 398-3393
E-Mail: elfriede.brodersen@forum-seelsorge.de
Internet: www.forum-seelsorge.de

