



ST. FRANZISKUS
Stiftung Münster

...in guten Händen

Umgang mit Menschen
in der letzten Lebensphase

Position der St. Franziskus-Stiftung Münster

Auszüge aus dem Leitbild der St. Franziskus-Stiftung Münster (1)

- Als Christen glauben wir, dass der Tod ein Teil des Lebens ist.
- Wir betreuen sterbende Patienten und ihre Angehörigen ganzheitlich.
- Wir schaffen einen Rahmen, in dem würdevolles Sterben möglich ist.
- Wir akzeptieren die Wünsche des Patienten und respektieren die Traditionen und Bräuche anderer Kulturen und Religionen im Umgang mit dem Tod.



I. Vorwort	S. 4
II. Das christliche Menschenbild	S. 6
III. Medizinethische Aspekte im Umgang mit kranken Menschen in der letzten Lebensphase	S. 8
1. Zur Differenzierung des Begriffes „letzte Lebensphase“	S. 8
2. Ethische Prinzipien, die auch in der letzten Lebensphase zum Tragen kommen sollten.....	S. 9
IV. Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden und Verstorbenen	S. 12
1. Aktive Sterbehilfe	S. 12
2. Indirekte Sterbehilfe.....	S. 12
3. Passive Sterbehilfe	S. 13
4. Beihilfe zur Selbsttötung	S. 13
5. Position der St. Franziskus-Stiftung Münster.....	S. 13
V. Der einwilligungsfähige und der einwilligungsunfähige Patient	S. 14
1. Der einwilligungsfähige Patient.....	S. 14
2. Der einwilligungsunfähige Patient.....	S. 14
a) <i>Patientenverfügung</i>	S. 15
b) <i>Das Votum des gesetzlichen Vertreters, der Angehörigen oder nahe stehenden Bezugspersonen</i>	S. 15
c) <i>Hirntod und Organspende</i>	S. 16
VI. Die umfassende Betreuung eines Kranken in der letzten Lebensphase (Sterbebegleitung)	S. 17
1. Basisbetreuung	S. 18
2. Ärztliche Betreuung	S. 18
3. Pflegerische Betreuung	S. 19
4. Seelsorgliche Betreuung.....	S. 19
VII. Umgang mit Konfliktsituationen	S. 20
1. Klinisches Ethik-Komitee (KEK).....	S. 20
2. Ethische Fallbesprechung	S. 21
3. Ethikbeirat	S. 21
VIII. Fazit	S. 22
IX. Literatur	S. 23



Die Sorge um kranke Menschen endet nicht an den Grenzen der medizinischen Machbarkeit, sondern sie ist uns insbesondere auch dann aufgegeben, wenn das Fortschreiten einer Krankheit an das Ende des Lebens führt.

Die folgenden Ausführungen haben zum Ziel, die Grundeinstellung der St. Franziskus-Stiftung Münster im Umgang mit Menschen in der letzten Lebensphase darzulegen. Auf der Wertegrundlage des christlichen Glaubens werden die vielfältigen, zum Teil recht unterschiedlichen Begriffe eingeordnet, die auch von außen über verschiedene gesellschaftliche Institutionen (z.B. Nationaler Ethikrat, Ärztekammern, Gesetzgeber) eingebracht werden. Jeder Mitarbeiter der Stiftung ist aufgerufen, sich in die konkreten Situationen des Klinikalltages einzubringen und auf gleicher sprachlicher Basis die auftretenden Konflikte medizinisch/pflegerischer, ethischer und religiöser Art wahrzunehmen und zu bearbeiten.

Es können nicht alle denkbaren Einzelsituationen mit dieser Handreichung abgebildet werden. Dazu ist die Problematik zu komplex. Die Ausführungen sollen einen Orientierungsrahmen bilden für den Umgang mit Patienten, die an ihrem Lebensende stehen. Sie sind als Hilfe für die zu treffenden Entscheidungen gedacht, um eine größere Sicherheit für das konkrete Handeln zu gewinnen. Die hier vorgelegten Orientierungen basieren auf den Aussagen des Leitbildes der St. Franziskus-Stiftung Münster.

Der Umgang mit Kindern in der letzten Lebensphase ist ein vielschichtiges und in Einzelfällen ein sehr komplexes Thema. Aus diesem Grund wird im Rahmen der vorliegenden Arbeitshilfe auf dieses Thema nicht eingegangen. Die Stiftung wird dazu eine gesonderte Stellungnahme erarbeiten.

An der Erstellung dieser Broschüre haben folgende Personen mitgearbeitet: Schwester M. Diethilde Bövingloh (SFS), Dr. Hans-Jürgen Drechsler (SBK), Prof. Dr. Michael Fischer (SFS), Barbara Köster (SBH), Christoph Kortenjann (ERS), Dr. Norbert-Wolfgang Müller (SFA), Prof. Dr. Heinrich Schmidt-Wilcke (SFM), Prof. Dr. Stephan Teyssen (SJB), Maria Weiling (SFA),

Wir danken allen für ihre Mühe und ihr Engagement.

Münster, im August 2007

Der Vorstand

II. Das Christliche Menschenbild



Jeder Mensch ist ein Geschöpf Gottes, von ihm seit Urbeginn bejaht und angenommen. Sein irdisches Leben beginnt mit der Zeugung und vollendet sich über den Tod hinaus in Gott. Er steht von Anfang an in der Sorge Gottes. Ohne solche Anerkennung der Würde und des Lebensrechtes eines jeden Menschen wäre kein Zusammenleben möglich.

Der christliche Glaube stellt Sterben, Tod und Auferstehung Jesu in den Mittelpunkt und nimmt dem Tod seine Schrecklichkeit. Der Tod ist nicht das Ende des Menschen. Im Glauben zu sterben heißt, sich mit seinem Leben ganz und uneingeschränkt an Gott zu übergeben. Es ist nur das Abschied nehmen von der irdischen Geschichte.

Seit dem Mittelalter betont die Kirche den Zusammenhang zwischen der „Kunst des Lebens – Ars vivendi“ und der „Kunst des Sterbens – Ars moriendi“. Wer versöhnt mit dem Leben ist, der wird auch versöhnt sterben können.

Der heilige Franziskus begrüßt den Tod als Bruder, wenn er singt: „Gelobt seist Du mein Herr für unseren Bruder, den leiblichen Tod“. Der Tod ist für ihn eine Neugeburt und Sterben die Geburtswehen der kommenden Herrlichkeit. Nur im Ausblick auf das Leben in der zukünftigen Welt ist zu verstehen, dass Franziskus sein Sterben „gefeiert“ hat und nicht erduldet oder erlitten. Damit spricht er die österliche Wirklichkeit an, die den Tod besiegt hat.



Die ganzheitliche Sorge für die Kranken versteht die Kirche als ihren ureigenen Auftrag. Dabei misst sie der letzten Lebensphase als einer Zeit der besonderen Reifung für das kommende Leben eine besondere Bedeutung bei.

Die Ethik der Christen ist die der „liebvollen Sorge“, des „sorgenden Annehmens“ im Dienste der grenzenlosen Liebe Gottes zu den leidenden Menschen.

III. Medizinethische Aspekte im Umgang mit kranken Menschen in der letzten Lebensphase



1. Zur Differenzierung des Begriffes „letzte Lebensphase“

Die letzte Phase eines menschlichen Lebens wird inzwischen durchgehend als ein eigenständiger Abschnitt mit vielen Besonderheiten und unterschiedlichen Erscheinungen respektiert und wahrgenommen. Betroffen sind Menschen,

- a) die sich erkennbar in der Terminal- bzw. Sterbephase (die letzten Stunden, die letzten Tage) befinden, in der der Sterbeprozess unumkehrbar ist,
- b) die an einer irreversibel zum Tode führenden Krankheit leiden, wobei der Todeszeitpunkt in naher Zukunft liegt (z.B. infauste Prognose bei Tumorleiden),
- c) bei deren Krankheit der Todeszeitpunkt – unter der Bedingung umfassender professioneller Hilfe des Umfeldes – in naher Zukunft nicht abzusehen ist (z.B. fortschreitend irreversible Demenz unterschiedlicher Ätiologie, irreversibles Wachkoma).

2. Ethische Prinzipien, die auch in letzten Lebensphase zum Tragen kommen sollten

Unter Prinzipien werden im Gegensatz zu ethischen Urteilen und Regeln grundlegende übergreifende Handlungsleitlinien verstanden. In der Medizinethik haben sich aus einer langen christlich-abendländischen Kultur heraus folgende Prinzipien entwickelt: die Anerkennung der Patientenautonomie, das Nichtschadenwollen, die Fürsorge und die Anwendung der Gerechtigkeit. Sie werden inzwischen durchgehend anerkannt.⁽⁴⁾ Der Anwendung und Umsetzung dieser Prinzipien bei Patienten gerade in der letzten Lebensphase kommt unseres Erachtens eine besondere Bedeutung zu.

a. Das Prinzip der Autonomie

Bei der Autonomie handelt es sich um ein unverlierbares Grundcharakteristikum, das jedem Menschen in jeder Situation zuerkannt wird. Diese Autonomie ist empirisch als eigenständige Kompetenz (Selbstbestimmung, Willensfreiheit, Entscheidungsfreiheit) erfahrbar. Im Kranksein bleibt die Autonomie im christlichen Sinne als unverlierbares Grundcharakteristikum unverändert erhalten, als eigenständige Kompetenz kann sie dagegen in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung unterschiedlich eingeschränkt sein.⁽⁷⁾

Die Umsetzung des Autonomieprinzips sollte dadurch gewährleistet werden,

- dass medizinische Maßnahmen, von Ausnahmen wie der Notfallversorgung abgesehen, grundsätzlich nur mit Einwilligung des aktuell aufgeklärten und informierten Patienten durchgeführt werden,
- dass bei einem nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten die in einer Verfügung (sog. Patientenverfügung) schriftlich geäußerten Wünsche bezüglich Art und Qualität der medizinischen Behandlung bewusst wahrgenommen, mit der konkreten Situation abgeglichen und umgesetzt werden.
- Wenn beides nicht vorhanden ist, muss die Ermittlung über eine dritte Person (Bezugsperson) erfolgen.

III. Medizinethische Aspekte im Umgang mit kranken Menschen in der letzten Lebensphase

b. Das Prinzip des Nichtschadens

Die Anwendung des Prinzip des Nicht-Schaden-Wollens hat bei Schwerkranken und Sterbenden einen zentralen Stellenwert. Bei der Sterbebegleitung (siehe dort) wird allerdings eine Verkürzung der Lebensdauer durch die ärztlich/pflegerischen Maßnahmen in Kauf genommen, um unter Umständen schweres körperliches Leiden, wie quälende Schmerzphasen, erträglicher zu machen.

Bei der Umsetzung des Nichtschadensprinzips muss in besonderen Situationen ggf. entschieden werden, ob

- Lebensrettende Sofortmaßnahmen (z.B. cardio-pulmonale Reanimation) oder
- Lebensunterstützende Maßnahmen (z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse, Nährsonden, parenterale Infusionen) eingesetzt werden sollen oder nicht.

c. Das Fürsorgeprinzip

Bei der Umsetzung des Fürsorgeprinzips handelt es sich um das Helfen-Wollen zum Wohle des Patienten. Bei Schwerkranken und Sterbenden kommt die Fürsorge zum Ausdruck durch:

- eine menschenwürdige Unterbringung in den Krankenhäusern
- die Gewährleistung einer sog. Basisbetreuung
- die Anwendung spez. palliativmedizinischer Maßnahmen
- das Einbeziehen der Betreuer, Bevollmächtigten und Angehörigen als Überbringer des mutmaßlichen Willens des Patienten. Zur Vermeidung von Missverständnissen und Unklarheiten sollten Gespräche geführt werden, damit das ärztlich/pflegerische Handeln im Sinne des Patienten erfolgen kann. Auch gilt es, die Betreuung der Angehörigen in diesen Gesprächen in den Blick zu nehmen.

d. Das Gerechtigkeitsprinzip

Das Prinzip der Gerechtigkeit im Krankenhaus wird üblicherweise dadurch umgesetzt, dass alle erkrankten Patienten entsprechend der Dringlichkeit und der Schwere ihrer Erkrankung mit gleicher Effizienz diagnostiziert und therapiert werden.

Bei schwerkranken und sterbenden Patienten kann das Gerechtigkeitsprinzip darüber hinaus nur wirksam werden, wenn die letzte Lebensphase als ein Abschnitt mit eigenständigen Vorgaben und Ansprüchen anerkannt wird. Dafür ist im Einzelfall unter Umständen ein hoher

personeller Aufwand und ein aufwändiger Einsatz medizinischer Hilfsmittel notwendig. Die Bereitstellung solcher notwendiger Hilfsmittel gehört in erster Linie in den Verantwortungsbereich des Krankenhausmanagements.



IV. Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden und Verstorbenen



Beim Umgang mit Menschen in der letzten Lebensphase sind eine Reihe gesetzlicher Vorgaben zu berücksichtigen. Dabei sind auch strafrechtliche Normen wie unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB), Tötung auf Verlangen (§216 StGB), Totschlag (§212 StGB) oder Mord (§ 211 StGB) von Bedeutung.

Folgende Begriffe gilt es zu unterscheiden:

1. Aktive Sterbehilfe

Hier geht es um Handlungen, die den Tod eines Menschen mit dessen ausdrücklicher und mutmaßlicher Einwilligung gezielt herbeiführen sollen.

Diese Handlungen sind in Deutschland verboten und strafbar, unabhängig vom Willen des Patienten.

2. Indirekte Sterbehilfe (Therapien am Lebensende)

Dabei geht es nicht um Hilfe beim Sterben, sondern um Behandlungen in der Sterbephase. Der Tod des Patienten ist hier weder direkt noch indirekt das Ziel des ärztlich/pflegerischen Handelns. Es geht (auch) darum, Leiden zu lindern; der durch dieses Vorgehen unter Umständen verbundene frühere Todeseintritt ist unbeabsichtigt, wird aber in Kauf genommen.

Mit Zustimmung des Patienten erlaubt.

3. Passive Sterbehilfe (Sterben lassen)

Damit beschreibt man Fälle, in denen bei einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankung von einer noch möglichen Behandlung abgesehen wird, also potentiell lebensverlängernde Maßnahmen beendet oder nicht mehr eingeleitet werden (3). Motiv des Handelns ist auch hierbei, die Leiden des Patienten nicht unnötig zu verlängern.

Mit Zustimmung des Patienten oder bei Vorliegen einer Patientenverfügung, in der sich eine entsprechende Willensäußerung befindet, erlaubt.

4. Beihilfe zur Selbsttötung

Verschaffen Ärzte oder Pflegende jemanden ein todbringendes Mittel oder unterstützen sie ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung und Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung liegt Beihilfe (assistierter Suizid) vor.

Das Grundgesetz erkennt kein Recht auf Selbsttötung an. Der Suizid und die Teilnahme (Beihilfe oder Anstiftung) sind zwar straflos, können aber berufsrechtlich geahndet werden (6).

5. Position der St. Franziskus Stiftung Münster

Aktive Maßnahmen, die gezielt eine Verkürzung des Lebens im Sinne der oben genannten aktiven Sterbehilfe bewirken sollen, sind auch nach Aufforderung durch den Patienten oder seine Betreuer und Angehörigen gesetzlich nicht zulässig (5) und widersprechen zudem der christlichen Werteordnung. Dazu gehört auch die Mitwirkung bei der Einleitung solcher Maßnahmen, wie die Vermittlung eines Kontaktes zu Organisationen im In- und Ausland, die aktive Sterbehilfe durchführen.

Stattdessen sind alle Möglichkeiten der Palliativmedizin auszuschöpfen, die dem Patienten ein würdiges und möglichst wenig leidvolles Sterben ermöglichen. Dazu zählen zum Beispiel Maßnahmen wie eine adäquate Schmerztherapie, das Lindern von Luftnot oder Angst, seelsorgerische Betreuung und die Schaffung eines dem Patienten angenehmen Umfeldes (2,3).

Dem Leichnam von im Hause verstorbenen Patienten gilt der gleiche Respekt wie den lebenden Menschen. Mit ihnen soll achtungsvoll umgegangen werden. Den Angehörigen ist die Möglichkeit der Verabschiedung zu geben. Dafür ist ein angemessener Raum vorzuhalten.

V. Der einwilligungsfähige und der einwilligungsunfähige Patient



1. Der einwilligungsfähige Patient

Medizinische Maßnahmen dürfen – von Ausnahmen wie der Notfallversorgung abgesehen – grundsätzlich nur mit Einwilligung des aktuell aufgeklärten und informierten Patienten durchgeführt werden. Nach angemessener und umfassender Aufklärung durch den Arzt entscheidet der Betroffene selbst über das weitere Vorgehen in der aktuellen Situation. Es handelt sich dabei um das grundgesetzlich verbrieft Selbstbestimmungsrecht. Die Entscheidung des Patienten ist für alle an der jeweiligen Diagnostik und Therapie beteiligten Mitarbeiter des Krankenhauses bindend, auch wenn sie sich nicht mit ihrer Einschätzung des Krankheitsgeschehens deckt. Ohne den Patienten zu bedrängen, sollten weitere Gespräche geführt werden mit dem Ziel, eine grundlegende Übereinstimmung (informed consent) zu erreichen.

2. Der einwilligungsunfähige Patient

Ist ein Patient nicht mehr in der Lage, selbstständig seinen Willen zu äußern, sind die an der Behandlung Beteiligten aufgerufen, den mutmaßlichen Willen des Patienten in der gegebenen Situation zu eruieren, um in seinem Sinne zu entscheiden. Dazu können folgende Möglichkeiten in Anspruch genommen werden:

a) *Eine Patientenverfügung – soweit sie angefertigt wurde und als Original einsichtig ist – ist bindend, wenn sie sich auf die konkret vorliegende Situation anwenden lässt (6). Sie besteht in der Regel aus drei Komponenten:*

- in der eigentlichen Verfügung weist der Patient den Arzt an, für den Fall, dass er einwilligungsunfähig ist, bestimmte Maßnahmen vorzunehmen oder zu unterlassen,
- in der Vorsorgevollmacht ist zu einem Zeitpunkt einer bestehenden Einwilligungsfähigkeit für den Fall der Äußerungsunfähigkeit ein Bevollmächtigter (vielfach ein Freund oder naher Verwandter) eingesetzt, der bezüglich der medizinischen Behandlung in Sinne des Betroffenen mitentscheidet,
- in der Betreuungsverfügung unterbreitet der Verfügende einem Vormundschaftsgericht zu einem Zeitpunkt der Einwilligungsfähigkeit einen Vorschlag für die Person des Betreuers im Falle seiner Äußerungsunfähigkeit. Diese Person wird dann in der Regel vom Vormundschaftsgericht als Betreuer eingesetzt.

b) *Das Votum des gesetzlichen Vertreters, der Angehörigen oder nahe stehenden Bezugspersonen*

Dieses kann z.B. von Eltern eines Kindes, einem Bevollmächtigten oder Betreuer, sofern dieser vom Patienten benannt und vom Gericht eingesetzt wurde, artikuliert werden. Die Befragung der Personengruppe führt eindeutig nicht dazu, dass diese selbst über die Patienten entscheiden. Sie sind vielmehr in erster Linie dazu da, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu eruieren. Angehörige und nahe stehende Bezugspersonen können religiöse oder ethische Werte und Grundhaltungen des Betroffenen darstellen und somit den mutmaßlichen Willen den behandelnden Ärzten vermitteln. Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht ermitteln oder bestehen zwischen den ihm nahe stehenden Personen stark unterschiedliche Einschätzungen der Situation, sollte sich der behandelnde Arzt für lebenserhaltende Maßnahmen entscheiden. Bei der Einschaltung eines Vormundschaftsgerichtes hat dieses die Aufgabe, die unterschiedlichen Positionen zu werten und entsprechend zu entscheiden.

V. Der einwilligungsfähige und einwilligungsunfähige Patient

c) Hirntod und Organspende

Hirntod ist definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten (10).

Der Eintritt des Hirntodes ist Voraussetzung zur Organspende. Kommt ein Hirntoter oder ein Patient, bei dem der Eintritt des Hirntodes unabwendbar vorauszusehen ist, als Organspender in Frage, können sich vielfache Konfliktsituationen ergeben. Insbesondere müssen bei diesen Patienten intensivmedizinische Maßnahmen aufrechterhalten oder eingeleitet werden, um seine Organe bis zur Organspende zu erhalten.

Unabdingbar ist eine möglichst rasche und sorgfältige Ermittlung des Patientenwillens. Dieser kann entweder in einem Organspendeausweis hinterlegt sein oder muss durch Befragung der nächsten Angehörigen ermittelt werden. Trotz der intensivmedizinischen Maßnahmen ist auf einen würdevollen Umgang mit dem Hirntoten zu achten. Auf eine angemessene seelsorgerische Begleitung der Angehörigen und auf deren sorgfältige Information über die Besonderheiten des Hirntodes ist zu achten.

Zu beachten sind die gesetzlichen Vorgaben zur Organspende, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden.

Stellungnahme der St. Franziskus-Stiftung

Die St. Franziskus-Stiftung schätzt in Übereinstimmung mit der Deutschen Bischofskonferenz und dem Rat der Evangelischen Kirchen in Deutschland die Organspende nach Feststellung des Hirntodes als ethisch geboten ein und unterstützt sie (9).

VI. Die umfassende Betreuung eines Kranken in der letzten Lebensphase (Sterbebegleitung)



Die Betreuung eines Kranken in der Terminal- oder Sterbephase stellt inzwischen an alle Beteiligten spezielle Ansprüche. Neben der generellen Basisbetreuung wird besonders von Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern ein professionelles, einfühlsames und differenziertes Handeln gefordert, das sich an den allgemeinen Grundsätzen der palliativen Betreuung orientiert (2, 3). Eine ganzheitliche, palliative Betreuung erfordert eine symptomorientierte, kreative, individuelle Therapie und Pflege, die der Berücksichtigung und Integration psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse, der Einbindung der Angehörigen und der Vernetzung stationärer und ambulanter Unterstützungsmaßnahmen bedarf. Das Ziel ist, Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, unnötiges Leiden zu verhindern und die Würde des Menschen zu erhalten. Palliativmedizin versteht sich als eine aktive Lebenshilfe, bejaht das Leben und das Sterben als einen normalen Prozess. In der palliativen Versorgung geht es nicht darum, das Leben um jeden Preis zu verlängern, sondern ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Es kommt in der palliativen Versorgung nicht darauf an, den zeitlichen Ablauf des Sterbens zu beeinflussen, sondern die Art und Weise. Dazu zählt auch die Trauer und die Trauerbegleitung der Angehörigen. Wesentliche Voraussetzung dafür ist die funktionierende Zusammenarbeit der verschiedenen betreuenden Berufsgruppen: Ärzte, Pflegende, Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und andere (12).

1. Basisbetreuung

Unter dem Begriff der Basisbetreuung/Basisversorgung wird die Sicherstellung der grundlegenden Bedürfnisse des Sterbenden unabhängig von der Art der Erkrankung verstanden. Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer 1998 gehören dazu u. a. eine angemessene Unterbringung, die dem Ruhebedürfnis des Sterbenden Rechnung trägt (z. B. Einzelzimmer mit der Möglichkeit der Unterbringung von Angehörigen), Zuwendung, Körperpflege, das Stillen von Hunger und Durst sowie das Lindern von Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen (2). Auch wenn jede Berufsgruppe inhaltlich für bestimmte Schwerpunkte steht, bedarf die Umsetzung der Basisbetreuung der Vernetzung des pflegerischen und ärztlichen Handelns und der Erstellung berufsgruppenübergreifender Handlungskonzepte, um eine an die Bedürfnisse des Sterbenden angepasste Vorgehensweise sicherzustellen. Insbesondere die Zuwendung und Unterstützung sollten alle an der Betreuung Beteiligten als eigentliche Basis und Bestandteil ihres Handelns ansehen.

2. Ärztliche Betreuung

Durch den behandelnden Arzt muss in ausweglosen Situationen bewusst der Wandel des Therapieziels von der kurativen (Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen) zur palliativen (Leiden zu lindern, Sterbenden bis zum Tode beizustehen) (2) Betreuung vollzogen werden.

Die Änderung der Zielsetzung darf nicht mit einem Interessenverlust an dem Kranken einhergehen, sondern erfordert im Rahmen einer differenzierten ärztlichen Sterbebegleitung eine besondere Zuwendung und vielfach das Verlassen gewohnter therapeutischer Wege. Dazu gehören z. B. eine problemorientierte Symptomkontrolle, das Vermeiden unnötiger Maßnahmen, die Reduktion oder das Absetzen unnötiger Medikamente (7). Maßnahmen, um Schmerzen zu lindern, stehen im Vordergrund. Auch gilt es zu beurteilen, ob sogenannte lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen vielleicht nur leidens- oder lebensverlängernd wirksam sind.

3. Pflegerische Betreuung

Durch die hohe zeitliche Präsenz am Krankenbett und die Nähe zum Patienten kommt den Pflegenden ein besonderer Anteil in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu. Gerade in dieser Situation verstehen sie sich besonders als Anwalt ihrer Patienten und übernehmen in der Abstimmung der unterschiedlichen Berufsgruppen den Part des Koordinators, um zusätzlichen Belastungen vorzubeugen und das Vorgehen aller Beteiligten an den Bedürfnissen des Patienten auszurichten. Die Zuwendung zum Patienten in Verbindung mit fachlicher Kompetenz und beruflicher Erfahrung lässt sie auch kleine Veränderungen wahrnehmen und die Bedürfnisse und Wünsche des Sterbenden erkennen, oft auch dann, wenn er diese nur noch eingeschränkt vermitteln kann. Pflege in der letzten Lebensphase ist ein Unterstützungsangebot, um den Patienten zu helfen, so aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben und für den Patienten eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen (11).

4. Seelsorgliche Betreuung

Oft stellen sich gerade in der letzten Lebensphase die grundlegenden Fragen nach dem Sinn des Lebens und nach dem Eingebundensein in eine größere Welt mit besonderer Dringlichkeit. Dabei kann die Begleitung durch einen Seelsorger für den Kranken sowie für seine Angehörigen und Freunde von großer Bedeutung sein. Der Seelsorger geht ein auf die Fragen, die sich die Beteiligten stellen und sucht gemeinsam mit ihnen nach Antworten, die sich aus dem jeweiligen Lebenskontext ergeben. Dadurch können Ängste, Zweifel und Unruhe aufgefangen werden. Der Seelsorger betet auf Wunsch mit dem Patienten und für ihn. Es sollen dem Schwerkranken die Sakramente ihrer jeweiligen Kirche angeboten werden. Das sind für katholische Kirchenmitglieder die Spende der Krankensalbung, evtl. verbunden mit der Beichte und der Eucharistie. Evangelischen Kirchengliedern steht die Feier des Abendmahles zur Verfügung. In allen Krankenhäusern der St. Franziskus-Stiftung ist sichergestellt, dass Seelsorger zeitnah zu erreichen sind.



Während der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden kann es immer wieder zu moralischen Konfliktsituationen kommen, die besonders Ärzte und Pflegendende betreffen. In verschiedenen Krankenhäusern der Stiftung wurden inzwischen Gremien wie ein Klinisches Ethik-Komitee oder die Methode der Ethischen Fallbesprechung etabliert, mit deren Hilfe die Lösung derartiger Konfliktsituationen erleichtert werden kann.

1. Klinisches Ethik-Komitee (KEK)

Das KEK ist ein interdisziplinäres, vom Direktorium eingesetztes Beratungsgremium, das sich mit grundsätzlichen und auch konkreten ethischen Fragen des klinischen Alltages besonders im Rahmen der Patientenversorgung auseinandersetzt (8). Dieses sollte bei gravierenden Meinungsverschiedenheiten im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden, insbesondere bei der Festlegung von Therapiezielen, zur rationalen Klärung der Gegebenheiten zur Verfügung stehen.

2. Ethische Fallbesprechung

Die Ethische Fallbesprechung ist der systematische Versuch, im Rahmen eines strukturierten, von einem Moderator geleiteten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu ethisch am besten begründbaren Entscheidungen in einzelnen konkreten Fällen zu gelangen (12). Die Ethische Fallbesprechung dient nicht dazu, über die medizinische Behandlung zu urteilen oder bestehende Verantwortlichkeiten aufzuheben. Die ärztliche Therapie-Verantwortung bleibt jederzeit bestehen. Die Ethische Fallbesprechung erfolgt in der Regel vor Ort, das heißt im näheren Umfeld der Station. Durch den Diskurs gelingt es in der Regel, die eigentlich ethische Problematik zu verdeutlichen und zu präzisieren.

3. Ethikbeirat

Der Ethikbeirat ist eine Einrichtung an der St. Franziskus-Stiftung Münster. Er wurde auf Initiative verschiedener Ethikkomitees von Krankenhäusern innerhalb der Stiftung gegründet. Der Ethikbeirat ist ein interdisziplinär besetztes Beratungsgremium, dessen Mitglieder von den Direktorien der einzelnen Krankenhäusern entsandt werden und das zu ethischen Fragen der Krankenversorgung innerhalb der Stiftung Stellung nimmt und das Kuratorium, den Vorstand und die Direktorien der einzelnen Krankenhäuser der Stiftung berät. Der Ethikbeirat versteht sich als Plattform für die Auseinandersetzung sowohl mit grundsätzlichen als auch konkreten ethischen Fragen innerhalb der Stiftung. Die Methodik der Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen hat diskursiven Charakter.



Im Rahmen des Entwicklungsprozesses, der zu dieser Standortbestimmung führte, ist deutlich geworden, wie sehr die Nomenklatur noch im Fluss ist. Insofern haben diese Ausführungen eine gewisse Vorläufigkeit und bedürfen einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Das Bemühen ging darum, die gesamte Thematik bruchlos in das Leitbild der St. Franziskus-Stiftung Münster einzubetten und den christlichen Hintergrund für unser Handeln zu verdeutlichen.

In einigen Bereichen sind die Handlungsempfehlungen bewusst allgemein gehalten, denn viele Entscheidungen können nur vor Ort und in der konkreten Situation nach der eigenen Gewissensentscheidungen vollzogen werden. Diese kann und soll dem behandelnden Arzt und den Pflegenden nicht abgenommen werden.

1. „In guten Händen“, Leitbild der Hospitalgesellschaften der Franziskanerinnen Münster - St. Mauritz, 1996.
2. Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung, Dtsch. Ärztebl. (2004) 101, B 1076 – 1077.
3. Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006.
4. Beauchamp, T. L., Childress, J. F., Principles of Biomedical Ethics, Oxford 2001
5. Strafgesetzbuch (StGB), Besonderer Teil 1998.
6. Nationaler Ethikrat, Patientenverfügung – ein Instrument der Selbstbestimmung, Berlin 2005.
7. Gahl, K., Gedanken zur Ärztlichen Sterbebegleitung, Medizinische Klinik 1996/2001; 491 – 496.
8. Ethik-Komitee im Krankenhaus, hrsg. v. Katholischer/Evangelischer Krankenhausverband Deutschlands, 1997.
9. Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, hrsg. von Urban Wiesing, Reclam 2004, Deutsche Bischofskonferenz/Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland, Organtransplantationen; Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland.
10. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Kriterien des Hirntodes, Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes. Dritte Fortschreibung 1997 der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates.
11. Plenter, Ch., Darfst du so sterben wie ich das will?, Pflegezeitschrift 2002/3, 2 – 6.
12. Steinkamp, N., Gordijn, B., Ethik zwischen Leitbild und Stationsalltag. Das Zweilagmodell der Ethik in der Klinik, Zeitschrift Medizin Ethik 49. Jg 2003, 65 – 77.



...in guten Händen

St. Franziskus-Stiftung Münster

St. Mauritz-Freiheit 46

48145 Münster

Tel.: 0251/27079-0

Fax: 0251/27079-19

info@st-franziskus-stiftung.de

www.st-franziskus-stiftung.de