

Verena Wetzstein

**Leben in Beziehungen.
Neue Zugänge zum Umgang mit Alter und Sterben**

Vortrag am 30. November 2007, Bozen, Landesethikkomitee
Tagung: Verletzlich und überfordert. Patientenwille und ärztlich-pflegerisches Handeln

Kontaktadresse:

Dr. Verena Wetzstein
Katholische Akademie Freiburg
Wintererstr. 1
D-79104 Freiburg i. Br.
E-Mail: verena.wetzstein@katholische-akademie-freiburg.de

1. Einleitung

Wenn das Thema Sterben auf die Tagesordnung kommt, dann wird seit einiger Zeit oft ein kleines Buch zitiert: »Oskar und die Dame in Rosa«.¹ Sicherlich ist es dem einen oder der anderen von Ihnen bereits bekannt. Oskar ist zehn Jahre alt, er liegt im Krankenhaus und muss sterben. Täglich bekommt er Besuch von Oma Rosa, einer grünen Dame. Sie empfiehlt ihm, jeden Tag einen Brief an den lieben Gott zu schreiben. In einem lesen wir:

»Peggy Blue und ich haben viel im Medizinische Wörterbuch gelesen, Peggys Lieblingsbuch. Krankheiten sind ihre Leidenschaft, und sie fragt sich, welche sie später mal kriegen wird. Ich habe nach den Wörtern gesucht, die mich interessieren: Leben, Tod, Glaube, Gott. Ob Du's glaubst oder nicht: die standen nicht drin!
Nun gut, das beweist wenigstens, dass es keine Krankheiten sind, weder das Leben noch der Tod, noch der Glaube noch Du. Was eigentlich eine gute Nachricht ist. Aber trotzdem, in einem so ernsthaften Buch sollte es doch auf die allerernsthaftesten Fragen Antworten geben, oder?«²

Ein erstaunliches Beobachtungsvermögen legt der kleine Oskar da an den Tag. Wer seine Briefe verfolgt, wird mit einem neuen Blick auf das Altern und Sterben des Menschen schauen. Unverstellt, so könnte man diesen Blick vielleicht nennen. Mit den wachen Augen eines Kindes, das als selbstverständlich gedachte Dinge und Zusammenhänge neu zu sehen lehrt. »in einem ernsthaften Buch sollte es ernsthafte Antworten geben« – diese Erkenntnis drückt Oskar in der eben zitierten Passage aus. Oma Rosa rät Oskar, für die von ihm gesuchten Begriffe nicht in einem medizinischen, sondern in einem philosophischen Wörterbuch nachzuschauen – sie fügt aber gleich hinzu, dass er möglicherweise auch dort nicht alle finden wird.

Lassen Sie uns in den kommenden 30 Minuten dennoch genau das versuchen: Mit den Mitteln unseres Verstandes die als selbstverständlich gedachten Zusammenhänge neu zu sehen lernen. Um das Leben in Beziehungen und den Umgang mit Alter und Sterben soll es gehen. Ich werde dazu zunächst von dem als allgemein gültig angesehenen Prinzip der Selbstbestimmung des Menschen ausgehen, und im zweiten Schritt Grenzen und Paradoxien der Selbstbestimmung im Umfeld des Sterbens aufzeigen. Daran anschließend werde ich meine Grundlegung der Relationalität des

¹ Eric-Emmanuel Schmitt, Oskar und die Dame in Rosa, Frankfurt a. M. ²⁴2003; vgl. Stefanie Schardien, Konflikte am Lebensende – Theologisch-ethische Perspektive, Vortrag am 14.10.2006 in der Evangelischen Akademie Hofgeismar auf der Tagung: „In Würde sterben. Zur Begleitung von Menschen am Lebensende“ [http://www.ekkw.de/akademie.hofgeismar/publ/Vortraege/06250_Schardien_Konflikte_am_Lebensende_Vortrag.pdf – 7.1.2008].

² Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 93.

Menschen erörtern, bevor ich auf Konkretionen im Bereich Alter und im Bereich Sterben eingehe. Ich werde dazu bei Oskar Anleihen nehmen und Passagen aus seinen Briefen an Gott einem jeweiligen Abschnitt meines Gedankenganges voranstellen.

2. Selbstbestimmung

»Wie Granit. Ein Felsen. Eine Betonplatte. Nichts zu machen. Ich hörte nicht einmal hin, was sie zu mir sagten.«³

Altern und Sterben gehören zu den Grundverfasstheiten des Lebens. Nicht nur die sich verändernden Lebensumstände im Alter, auch das unweigerlich nahende Sterben haben Menschen seit jeher über den Lebensabschnitt des Alters nachdenken lassen.⁴

Neu ist heute der Kontext von Altern und Sterben: Zum einen: Noch nie wurden so viele Menschen so alt wie seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Die individuelle Lebenserwartung ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Die Sicherung der äußeren Lebensumstände auf der einen sowie der medizinische Fortschritt auf der anderen Seite ermöglichen es vielen Menschen heute, ein »gesegnetes« Alter zu erreichen.⁵ Dieser auf die letzte Phase des Lebens zugehende Lebensabschnitt stellt besondere Herausforderungen an den einzelnen wie an die Gesellschaft: Kreative Ideen sind gefragt, wie Menschen die Phase des dritten oder vierten Lebensabschnitts gestalten wollen (oder sollen). Eines scheint klar: Eigeninitiative ist gefragt. Selbstbestimmung ist ein Leitmotiv der Kultur, in der wir leben. Und sie gilt genau so für die Phase des Alters: Die Form des eigenen Alterns selbst zu bestimmen, wird heute als Mittel der Wahl propagiert, um geglückt zu altern.

Alternde Menschen gehen unweigerlich auf die letzte Phase ihres Lebens, auf das Sterben zu. Auch hier zeigen sich (zum anderen) neue Kontexte des Sterbens heute, die als Herausforderung zu begreifen sind: Noch nie haben so viele Menschen wie heute wert darauf gelegt, über ihr eigenes Sterben nachzudenken und Rahmendaten so weit es

³ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 93.

⁴ Vgl. hier und im Folgenden: Verena Wetzstein, Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz, Frankfurt a. M. 2005 (Kultur der Medizin; Bd. 16); Verena Wetzstein, Alzheimer-Demenz. Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 51 (2005) 27-40; Eberhard Schockenhoff/Verena Wetzstein, Relationale Anthropologie. Ethische Herausforderungen bei der Betreuung von dementen Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (2005) 262-267.

⁵ Die Problematik des Altersbegriffs selbst muss an dieser Stelle nicht weiter verfolgt werden. Weithin hat es sich durchgesetzt, eine sozialwissenschaftliche Bestimmung zugrunde zu legen, nach welcher der Beginn des Alters mit dem Beginn der Verrentung gleichgesetzt wird; vgl. K. U. Mayer/P. B. Baltes(Hg.), Die Berliner Altersstudie (1999).

geht selbst bestimmen zu wollen.⁶ Sterben wird vielfach als etwas angesehen, das dem Menschen nicht widerfährt. Das Sterben wird weithin als eine Phase des Lebens begriffen, über die der Mensch freie Verfügung haben sollte.

Lassen Sie uns beim Themenkomplex Sterben noch ein wenig verweilen: Versteht man Sterben als die äußerste Zuspitzung menschlichen Daseins, so werden sich in der Gesellschaft allgemein geltende Prinzipien verschärft spiegeln sowohl im persönlichen wie auch im gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben. Lassen Sie mich daher zunächst das Themenfeld Sterben herausgreifen und an ihm paradigmatisch die Hochschätzung des Selbstbestimmungsprinzips heute veranschaulichen.

Wie steht es also um das Sterben heute? Dem Begriff des »eigenen Todes« (im Sinne eines selbstbestimmten Sterbens) kommt heute eine zentrale Bedeutung zu. Dieses Wort weckt bei allen Menschen positive Assoziationen. Obwohl ihnen der eigene Tod von allen Ereignissen ihres Lebens am wenigsten vertraut ist, möchte niemand einen »fremden« Tod sterben. Während man seit Rainer Maria Rilkes Protest gegen den anonymen Krankenhaustod unter dem »eigenen« Tod das persönlich und bewusst angenommene Sterben verstand, soll dieser Begriff nun das Recht postulieren, Art, Zeitpunkt und Umstände des eigenen Todes selbst zu bestimmen und sich dazu der Mithilfe des ärztlichen Berufsstandes oder des medizinischen Pflegepersonals unserer Krankenhäuser zu bedienen.⁷

Dabei ist der Wunsch nach einem eigenen Sterben nur die äußerste Zuspitzung unseres Selbstverständnisses vom Menschen heute: Unter den »vielen Gesichtern der Autonomie«⁸, wird heute vor allem eines betont: die Individualität des autonomen Selbst. Der Mensch wird gesehen als einer, der selbständig, rational und ohne den Einfluss anderer über sich – und am Ende des Lebens auch – über sein Sterben entscheidet.

⁶ Irmhild Saake, *Moderne Todessemantiken. Die Biographisierung des Sterbenden*, in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zu Problemen der organisierten Medizin*, München 2007; Irmhild Saake, *Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung*, München 2006 (Hagener Studententexte zur Soziologie); Armin Nassehi/Irmhild Saake, *Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie*, in: Hubert Knoblauch/Arnold Zingerle (Hg.) *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin 2005, 32-54.

⁷ Vgl. Eberhard Schockenhoff, *Recht auf Leben – Recht zu sterben. Grenzen menschlicher Selbstbestimmung am Lebensende*, in: *Imago Hominis* 8 (2001) 23-30; Eberhard Schockenhoff, *Der vergessene Körper. Über die Einheit von Person und menschlicher Natur*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 48 (2002) 271–281.

⁸ Vgl. H. T. Engelhardt Jr.; vgl. auch L. S. Geisler, *Patientenautonomie. Eine kritische Begriffsbestimmung*, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 129 (2004) 453-456.

3. Grenzen der Selbstbestimmung

»Bis dahin war mir nicht klargewesen, wie sehr ich Hilfe brauchte.«⁹

Ist aber eine völlige Selbstbestimmung nicht Illusion, auch wenn Rationalität und Selbstbestimmung als Kernpunkte eines weithin vorherrschenden Menschenbildes gelten? Bleiben wir noch eine Weile bei unserem Experiment, und denken anhand des Themas »Eigener Tod«, anhand dieser äußersten Zuspitzung menschlichen Lebens, über grundsätzliche Grenzen und Paradoxien der Selbstbestimmung nach.

Freilich: Im Rahmen einer medizinethischen Grundlagenreflexion wäre die Tragweite und Bedeutung des Autonomieprinzips nun näher zu erörtern. An dieser Stelle mag es uns genügen, auf einige grundsätzliche Bemerkungen zu Tragweite und Grenzen der Selbstbestimmung des Menschen angesichts des Sterbens einzugehen.¹⁰

3.1 Druck der Umwelt

Die in den philosophischen Rechtfertigungsversuchen für die Euthanasieforderung unterstellte Autonomie der Person, die sich in der Fähigkeit äußern soll, über den Wert des eigenen Lebens frei von Fremdeinflüssen, allein aus der Binnenperspektive der eigenen Existenz zu urteilen, beruht auf einer abstrakten Konstruktion, die der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins nicht gerecht wird. Die Beurteilung des eigenen Lebenswertes stellt immer eine Reaktion auf die Wertschätzung dar, die sterbende Menschen in ihrer Umgebung noch erfahren. Deshalb lässt sich auch die klare gedankliche Unterscheidungslinie, die gesellschaftliche Nützlichkeitsabwägungen und die Rücksicht auf Fremdinteressen aus der autonomen Beurteilung des verbleibenden Lebensinteresses ausschließen soll, in der realen Welt nicht durchhalten.

Eine Argumentation, die ihren Ausgangspunkt allein beim Gedanken der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen nimmt, ist zudem nur scheinbar frei von anthropologischen Voraussetzungen. Sie enthält in Wahrheit eine dezidierte anthropologische Prämisse – Autonomie im Sinne der Autarkie und Selbstgenügsamkeit –, die am gesunden, leistungsbewussten und keiner Hilfe bedürftigen Individuum abgelesen ist und auf die Situation des Sterbens übertragen wird.

⁹ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 36.

¹⁰ Vgl. hier und im Folgenden besonders: Eberhard Schockenhoff, Recht auf Leben – Recht zu sterben. Grenzen menschlicher Selbstbestimmung am Lebensende, in: *Imago Hominis* 8 (2001) 23-30.

3.2 Das Ethos des Arztes und die Situation des Patienten

Es ist für die zukünftige Entwicklung des Arztbildes in unserer Gesellschaft von folgenreicher Bedeutung, ob die Bindung ärztlichen Handelns an die Willensbestimmung des Patienten als eine notwendige und unerlässliche, aber allein noch nicht hinreichende Bedingung angesehen wird, oder ob das Autonomieprinzip als einziger Legitimationsmaßstab ärztlichen Handelns gelten soll. Im einen Fall tritt der Respekt vor der Willensbestimmung des kranken Menschen in einer spannungsreichen, oftmals auch konflikthaften Gleichrangigkeit den klassischen ärztlichen Handlungsprinzipien zur Seite, im anderen Fall werden diese von der Selbstbestimmung des Patienten verdrängt, so dass die Arzt-Patient-Beziehung zu einer Art Geschäftsbeziehung wird, in welcher der Arzt auf Wunsch seines Vertragspartners medizinische Dienstleistungen erbringt.¹¹

Die Frage, ob die Zuordnung der einzelnen Grundprinzipien in einem hierarchischen Modell, in dem das Autonomieprinzip zum höchsten Maßstab wird, oder in Koordinationsmodellen erfolgen soll, die dem Arzt im Fall von Urteilsängeln oder offenkundig unbegründeten Willensentscheidungen des Patienten einen eigenständigen Spielraum ärztlicher Verantwortung belassen, kann in diesem Zusammenhang nicht weiter verfolgt werden. Für den Komplex Behandlungsverzicht – Sterbebegleitung – Euthanasie genügt jedoch der Hinweis, dass selbst ein als Höchstprinzip fungierender Autonomiegedanke den Arzt nicht einseitig zu beliebigem Handeln verpflichten könnte, das mit seiner ärztlichen Grundhaltung unvereinbar wäre.¹²

4. Relationalität

»Es ist toll, das Leben zu zweit.«¹³

Aus verschiedenen Gründen halte ich diese eben beschriebene Verabsolutierung von Autonomie für einseitig. Die Grenzen habe ich versucht aufzuzeigen. Im Unterschied dazu gehe ich davon aus, dass es sich bei den Themen Sterben und Alter im Kern um ein Beziehungsgeschehen handelt. Damit ist gleichzeitig gesagt, dass von Alter und

¹¹ W. Wieland, Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik, Heidelberg 1986, 40-47.

¹² Sonderfall: Patientenverfügung, vgl.: Leben in Beziehungen. Grenzen von Patientenverfügungen bei Demenz, in: Lebendige Seelsorge 56 (2005) 284-288 und Peter Dabrock, Formen der Selbstbestimmung. Theologisch-ethische Perspektiven zu Patientenverfügungen bei Demenzerkrankungen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 53 (2007), 127-144.

¹³ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 80.

Sterben in erster Linie in anthropologischen Kategorien zu sprechen ist. Folglich sind Aspekte hervorzuheben, die im gegenwärtig dominierenden Menschenbild kaum vorkommen.

Lassen Sie uns im Folgenden einen Blick werfen auf ein theologisches, im Grunde biblisches, Menschenbild und untersuchen, wie weit es im Bereich Alter und Sterben trägt.

In einer ebenso geheimnisvollen wie folgenreichen Kurzformel, die unter Bezugnahme auf den ersten Schöpfungsbericht der Genesis¹⁴ von der Gottebenbildlichkeit des Menschen spricht, sind die Grundlinien des biblischen Menschenbildes vorgezeichnet. Die Gottebenbildlichkeit des Menschen lässt sich nun in verschiedene Argumente aufgliedern, von denen ich hier unserem Thema entsprechend nur auf zwei eingehen möchte:

Zum einen: Indem der Mensch nach dem Bilde Gottes geschaffen ist, kommt ihm eine unverwechselbare und unveräußerbare Würde zu, die sein ganzes Leben lang ihn begleitet. Bild Gottes ist damit jeder Mensch, um seiner selbst willen, weil er in seinem geschöpflichen Sein etwas von Gott widerspiegelt. Achtung und Liebe gilt dem Menschen auch dann noch, wenn er seine natürliche Anziehungskraft verloren hat. Bezogen auf Alter und Sterben bedeutet dies: Es ist ein und derselbe Mensch, der sein Leben lang über das gleiche Lebensrecht verfügt wie als Sterbender, Alternder, Erwachsener, Neugeborener oder Ungeborener. Die Person geht auch dann nicht verloren, wenn körperliche Anziehungskraft oder kognitive Leistungsfähigkeit schwinden.¹⁵

Zum anderen: Entgegen einer Verabsolutierung der Autonomie steht die Relationalität des Menschen: Der Mensch kann sein Leben nur im Verhältnis zu anderen leben. Es gehört wesentlich zum Menschsein, dass man nur in Relation, d. h. in Bezug auf andere und mit anderen zusammen lebt.¹⁶

¹⁴ Genesis 1,26 f: »Lasst uns Menschen machen als unser Abbild, uns ähnlich [...]. Gott schuf also den Menschen als sein Abbild; als Abbild Gottes schuf er ihn. Als Mann und Frau schuf er sie.«

¹⁵ Vgl.: Verena Wetzstein, Alzheimer-Demenz - Entstehung eines Krankheitsbegriffs, in: Nationaler Ethikrat (Hg.), Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Medizinische, ethische und gesellschaftliche Herausforderungen. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2005, Berlin 2006, 37-48; 105-107; 109-112; Ludger Honnefelder, Der Streit um die Person in der Ethik, in: Philosophisches Jahrbuch 100 (1993)246-265. Thomas Fuchs, Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie, Stuttgart 2000; Manfred Fuhrmann u. a., Person, in: Ritter, J./Gründer, K.: Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 7, Basel 1989, 269-338; Armin G. Wildfeuer, Art.: Person, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 3, Gütersloh 1998, 5-9.

¹⁶ Eberhard Schockenhoff/Verena Wetzstein, Relationale Anthropologie. Ethische Herausforderungen bei der Betreuung von dementen Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (2005) 262-267, hier: 265.

Gegen die Darstellung des Menschen als monadisches Einzelwesen stellt der biblische Befund die Relationalität des Menschen, das Leben in Beziehungen. Als Abbild des trinitarischen Gottes, der in sich selbst Relation zwischen Vater, Sohn und Heiligem Geist ist, kann der Mensch sein Leben nur im Verhältnis zu anderen leben: zu Gott, zu seinen Mitmenschen (Nächsten) wie auch zu sich selbst. Menschliche Liebe und menschliches Leben hat damit immer ein Gegenüber. Es gehört wesentlich zum Menschsein, dass man es nur in Relation, d. h. in Bezug auf andere und mit anderen zusammen ist. So konstituiert sich das Selbst eines Menschen auch nur im Spiegel des anderen, im Spiegel seines Gegenübers. Alternde oder sterbende Menschen werden nicht zu Einzelwesen – auch wenn sie möglicherweise im Verlauf des Sterbeprozesses den Kontakt mit ihrer Umwelt nach und nach verlieren mögen. Selbst in der extremen Hilflosigkeit des Sterbens kann die Würde des Menschen von anderen wahrgenommen werden. Die Sichtbarmachung von Würde ist ein interaktionelles Geschehen. Sie wird dem Sterbenden von demjenigen entgegengebracht, der ihn in seinem veränderten Sosein versteht und annimmt. Begegnung mit alternden und sterbenden Menschen bedeutet damit immer auch den Vollzug eines Anerkennungsaktes, indem der Angehörige, der Arzt oder Pflegende seine persönliche Beziehungsfähigkeit zum Ausdruck bringt.

5. Relationalität konkret: Alter

»Ich schreibe Dir nicht, weil ich zu traurig bin. Wir haben ein gemeinsames Leben gehabt, Peggy und ich. Und jetzt liege ich allein in meinem Bett. Kahl, klapprig und müde. Es ist nicht schön, alt zu werden.«¹⁷

Was bedeutet eine Betonung der Relationalität im Menschenbild des alternden Menschen? Lassen Sie uns eine Konkretion betrachten, die entsprechend unseres Tagungsthemas nicht das junge Altern der gesunden Alten in den Blick nehmen, sondern eine zugespitzte Form des Alterns: den vulnerablen Menschen mit Demenz.

Über was sprechen wir aber, wenn wir vom Beziehungsgeschehen Demenz sprechen? Was ist eine Demenz? Unter Alzheimer-Demenz, der zahlenmäßig größten Gruppe der Altersdemenzen, versteht man heute eine Krankheit, die sich vorwiegend im höheren Lebensalter manifestiert, zunächst mit Gedächtniseinbußen, Verwirrtheitszuständen und kognitiven Störungen einhergeht, in einem chronisch progredienten, sich im Mittel über

¹⁷ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 98.

acht Jahre hinziehenden Verlauf zu immer weiteren Einschränkungen auch im körperlichen Bereich führt, und schließlich in Bettlägerigkeit und verbaler Äußerungsunfähigkeit mündet. Am Ende sterben die meisten Betroffenen an Begleiterkrankungen wie z. B. Pneumonien. Eine zugrunde liegende Ursache ist genau so wenig bekannt wie eine kausale Therapiemöglichkeit.¹⁸

Was bedeutet Relationalität angesichts von Demenz? Im christlichen Menschenbild und seinem Kernpunkt der Relationalität des Menschen kommen wesentlich Angehörige und Pflegende in den Blick. Nimmt man die Demenz als ein Beziehungsgeschehen ernst, so kommt nicht nur der Betroffene selbst, sondern auch der Angehörige als Betroffener in den Blick.¹⁹

Lassen Sie uns unseren Blick weiter schärfen: Dabei besteht zwischen den Beziehungen, die professionell Pflegende und Angehörige zum alten und sterbenden dementen Menschen haben können, ein fundamentaler Unterschied, der für die weitere Reflexion nicht außer Acht gelassen werden darf.

Während Angehörigen zunächst keine vordefinierte Rolle zukommt, ist das Pflegepersonal immer in einer professionellen Rolle in die Verantwortung gestellt. Sie haben es in der Ausbildung gelernt, wie mit Kranken und der Pflege bedürftigen Menschen umzugehen ist. Sie kennen praktische Handgriffe, haben ein professionelles Instrumentarium zur Hand, wenn es darum geht, einen emotionalen Zugang zu dementen Menschen zu finden. Im Unterschied dazu haben sich Angehörige meist nicht mit der Situation eines Demenz-Prozesses auseinander setzen können. Sie haben es sich nicht ausgesucht, und doch werden sie direkt von dem dementiellen Prozess betroffen. Sie sind in einem guten Sinne Laien, die in einem familiären, die Beziehung in den Vordergrund stellenden Verhältnis demente Menschen begleiten. Doch haben Angehörige im Unterschied zu professionell Pflegenden niemals Feierabend. Es sind die Angehörigen, die von der besonderen Situation des Demenz-Prozesses neben den Betroffenen am meisten berührt sind: In der Regel erkennen sie die Veränderungen der Patienten als erste, sie initiieren Arztbesuche und leisten oftmals einen Großteil der Pflege.

¹⁸ Vgl. Hans Förstl, *Demenzen in Theorie und Praxis*, Berlin 2001; .Hans Förstl (Hg.), *Demenzen. Perspektiven in Praxis und Forschung*, München 2005.

¹⁹ Vgl. Birgit Stappen (Hg.), *Begleitung pflegebedürftiger und an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen*, Mainz 2005; Albert Wettstein, *Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Eine Interventionsstudie*, Zürich 2005.

Es liegt in der Eigenheit des Demenzprozesses, dass den Angehörigen eine unersetzliche Rolle zukommt, die nicht von professioneller Pflege ausgefüllt werden kann. Wo das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, Erinnerungen an längst Vergangenes aber lange erhalten bleiben, braucht es gerade die Angehörigen, die um einer empathischen Betreuung willen die Vorlieben des Betroffenen kennen. Wer sonst sollte Auskunft geben über den Musikgeschmack, Gewohnheiten und Neigungen der dementen Person, die nur aus der Biographie der Betroffenen erkennbar sind?²⁰

Es bedeutet Eulen nach Athen tragen, wenn ich an dieser Stelle noch einen zweiten Aspekt nenne, aufgrund dessen Angehörige heute als Pflegende bedeutsam werden: Aufgrund der zu erwartenden numerischen Überforderung des Pflegesystems wird uns kaum etwas anderes übrig bleiben, als Angehörige vermehrt in die Betreuung und Pflege dementer Menschen einzubinden. Pflegeheime und Hospize, wie sie das Christentum seit vielen Jahrhunderten betreibt, sind ein wichtiger Bestandteil einer humanen Gesellschaft. Aber spätestens mit den heutigen Fragen um die gerechte Verteilung von knappen Ressourcen im Gesundheitssystem stoßen wir an die Grenzen der Institutionalisierung von Nächstenliebe, von Caritas. Unsere einzige Möglichkeit, hinter die Errungenschaften von Menschlichkeit in der Pflege nicht zurückzufallen besteht darin, zu einem hohen Maß an nichtprofessioneller Pflege zurückzukehren.

Durch das hautnahe Miterleben des dementiellen Prozesses stehen Angehörige aber auch unter großen Belastungen, die sie in ihrem eigenen Leben bisweilen deutlich einschränken. Die Anforderungen übersteigen oft die psychischen und physischen Möglichkeiten der nahe stehenden Pflegenden. So wird nicht nur das gewohnte Gefüge einer Ehe oder lebenslangen Partnerschaft durch die Symptome der Demenz unter Umständen zerstört. Die Lebensperspektive pflegender Angehöriger scheint bisweilen aussichtslos zu sein, da der lange Demenz-Prozess unabsehbar wirkt. Angehörige werden selbst zu der Begleitung Bedürftigen. Nimmt man die Demenz als ein Beziehungsgeschehen ernst, so betrifft sie nicht nur den dementen Menschen, sondern auch den Angehörigen. (und wir müssen uns auch um diese kümmern)

Im praktischen Bereich sind bereits Modelle und Ansätze erkennbar, wie die Entlastung und Begleitung von Angehörigen aussehen könnten. Auf einer ersten Ebene werden von verschiedenen Seiten Informationen bereitgestellt, die über die Alzheimer-Demenz, deren Verlauf und mögliche unterstützende Maßnahmen unterrichten. Neben

²⁰ Vgl. Verena Wetzstein (Hg.), *Ertrunken im Meer des Vergessens? Alzheimer-Demenz im Spiegel von Ethik, Medizin und Pflege*, Freiburg i. Br. 2005.

einer wachsenden Zahl von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Angehörige sind hierzu auch die große Zahl an Ratgeberliteratur und Erfahrungsberichten von Angehörigen zu rechnen. Als eine weitere Form der Betreuung Angehöriger wird zunehmend Angehörigenberatung und Angehörigenpsychotherapie angeboten. Kreative Ideen wie Alzheimer-Cafes etc. Auf jeden Fall: Breites gesellschaftliches Engagement ist erforderlich, wenn man Demenz als Beziehungsgeschehen ernst nehmen will und alte Menschen nicht sich selbst überlassen will.

6. Relationalität konkret: Sterben

»[...] hundertzehn Jahre alt. Das ist 'ne Menge. Ich glaub, ich fang zu sterben an.«²¹

Angesichts der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins, die am Lebensende und in der terminalen Sterbephase in besonderer Intensität hervortritt, erfordert ein menschenwürdiges Sterben mehr als bloßen Respekt vor einer angeblich unbeeinflussten Selbstbestimmung des Sterbenden. Menschenwürdiges Sterben ist, wenn der Begriff nicht nur als eine rhetorische Legitimationsformel dienen soll, hinter der sich die Verweigerung wirklicher Hilfe verbirgt, überhaupt nur unter der Bedingung möglich, dass personale Beziehungen und das Angebot menschlicher Nähe aufrechterhalten werden. Unsere moralischen Pflichten gegenüber Sterbenden, so zeigt sich in dieser umfassenderen Perspektive, lassen sich nicht auf den formalen Respekt vor ihrer Autonomie und Selbstbestimmung reduzieren. Wirkliche Anerkennung, die der Herausforderung des Sterbens nicht ausweicht, erfordert in Situationen extremer Belastung immer auch die Bereitschaft zum Dabeibleiben, zum geduldigen Ausharren und zuletzt: zum gemeinsamen Warten auf den Tod.²²

An die Stelle einer Überbetonung des Selbstbestimmungsprinzips, wie es aus einer Abwehrhaltung gegenüber dem als negativ konnotierten Paternalismus heraus heute gefordert wird, wird das Element der Fürsorge treten müssen. Fürsorge, verstanden als das Grundprinzip des ärztlichen und des pflegerischen Ethos.²³

²¹ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 103.

²² Vgl. Gian Domenico Borasio/Matthias Volkenandt, Palliativmedizin – weit mehr als nur Schmerztherapie, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 52 (2006) 215-223.

²³ Christa Schnabl, Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge, Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br. 2005 (Studien zur theologischen Ethik; Bd.109); Hans-Martin Brüll (Hg.), Leben zwischen Autonomie und Fürsorge. Beiträge zu einer anwaltschaftlichen Ethik, Freiburg i. Br. 2008; Nikola Biller-Andorno, Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit

Ein Ethos der Fürsorge entspringt der Grundeinsicht in die Relationalität und das menschliche Angewiesensein auf andere. Indem es das Wohlergehen der hilfsbedürftigen Personen in den Vordergrund stellt, sollte Fürsorge als das Grundprinzip des pflegerischen, ärztlichen und gesellschaftlichen Ethos stärker betont werden.

7. Ausblick

Ich bin mir nicht sicher, ob Oskar aus dem Buch mit meinen Ausführungen zufrieden gewesen wäre. Wenn es mir auch nur annähernd gelungen sein sollte, mit einem ihm ähnlichen, unverstellten Blick auf das Leben in Beziehungen zu schauen und neue Perspektiven zu Alter und Sterben zu formulieren, so sollte mir das genügen. Überlassen wir am Ende Oskar das letzte Wort. Oskar baut Beziehungen über seinen ganzen Krankenhausaufenthalt auf. Zu seinem behandelnden Arzt hat er eine besondere Beziehung – und hält ihm einen Spiegel vor:

»Machen Sie doch nicht so ein Gesicht, Doktor Düsseldorf. Hören Sie, ich will ganz offen mit Ihnen reden; ich war immer sehr gewissenhaft beim Schlucken meiner Pillen, und Sie waren immer sehr korrekt beim Behandeln meiner Krankheit. Hören Sie also auf, so schuldbewusst zu gucken. Es ist nicht Ihre Schuld, wenn Sie den Leuten schlechte Nachrichten überbringen müssen, Krankheiten mit lateinischen Namen, die nicht zu heilen sind. Sie müssen sich entspannen. Zur Ruhe kommen. Sie sind nicht Gottvater. Sie können nicht über die Natur bestimmen. Sie sind nur eine Art Mechaniker. Sie müssen mal loslassen, Doktor Düsseldorf, locker werden und sich selbst nicht so wichtig nehmen, sonst werden Sie diesen Beruf nicht lange ausüben können. Na, schauen Sie doch mal Ihr Gesicht an.«²⁴

einer integrativen Medizinethik, Frankfurt a. M. 2001; Monika Bobbert, *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*, Frankfurt a. M. 2002.

²⁴ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 95 f.