

Einleitung

Die Idee zu dem vorliegenden Buch entstand aus der Praxis. Vor etwa zehn Jahren begannen Mitarbeiter des Christophorus Hospiz Vereins e.V. München (CHV), Ideen und Wissen aus der praktischen Hospizarbeit auch für die Pflegeheime in München nutzbar zu machen. Inzwischen verfügen der CHV und seine Kooperationspartner über einen reichen Erfahrungsschatz auf dem noch neuen interdisziplinären Gebiet der Palliativen Geriatrie. Diesen systematisiert zur Verfügung und zur Diskussion zu stellen, ist Ziel dieses Buches. Dabei war von vornherein klar: Es sollte ein Buch aus der Praxis für die Praxis werden.

Im Alltag arbeiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des CHV regelmäßig mit den unterschiedlichsten Kooperationspartnern zusammen. Es lag nahe, auch diese zu bitten, sich an dem geplanten Buch zu beteiligen und ihre jeweiligen Erfahrungen und Perspektiven einzubringen. So finden sich unter den Autorinnen und Autoren dieses Buches Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichsten Berufsgruppen mit ihren spezifischen professionellen Ansätzen und Zugängen zur Thematik.

Wir sind froh über den täglich stattfindenden qualifizierten multiprofessionellen Austausch. Er ist aus unserer Sicht ein entscheidendes Qualitätsmerkmal von Palliative Care und Hospizarbeit. Wenn in den unterschiedlichen Kapiteln die Heterogenität der Ansätze und Herangehensweisen in Sprache und Struktur zum Ausdruck kommt, zeigt dies die angesprochene erfreuliche und bereichernde Vielfalt. Andererseits zeigt es uns vielleicht auch, an welchen Stellen wir noch zu einer gemeinsamen Sprache finden müssen.

Bücher, die sich mit Gerontologie oder Geriatrie beschäftigen, pflegen mit dem Hinweis auf die gegenwärtige demografische Entwicklung zu beginnen. Wir werden nur kurz darauf eingehen, er ist inzwischen ein Gemeinplatz. Unser Fokus liegt eher auf der Wahrnehmung, dass im hohen Alter und insbesondere am Ende eines langen Lebens gesundheitliche, soziale und spirituelle Problemlagen auftreten, die bislang nur wenig Beachtung und systematisches Interesse fanden. Der Blick aus der Perspektive von Palliative Care eröffnet hier neue Spielräume.

Aber: Ist die so neu entstehende Disziplin „Palliative Geriatrie“ wirklich etwas Neues? Was genau ist der substanzielle Unterschied zur klassischen Geriatrie oder zur gerontologischen Pflege? Leisten Professionelle in Geriatrie und Gerontologie (Pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter, Seelsorger) nicht schon immer gute Arbeit? Vollzieht sich hier nicht vielmehr gesundheits- und professionspolitisch eine „Kolonialisierung“ der Geriatrie und Gerontologie durch die Hospiz- und Palliativszene?

Verständlicherweise sind wir nicht dieser Meinung. Aus unserer Sicht wird in der Praxis mehr als deutlich, dass die Perspektive von Palliative Care eine große Chance birgt: Nicht nur für unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre An- und Zugehörigen, sondern

– und das scheint gelegentlich aus dem Blick zu geraten – vor allem auch für alle professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst, welcher Berufsgruppe sie auch angehören mögen.

Viele im Alter auftretenden Krankheiten wie die Demenz in ihren verschiedenen Formen, Morbus Parkinson oder Herz- und Niereninsuffizienz, sind lebensbegrenzend und führen ebenso zum Tode wie Tumorerkrankungen, stehen jedoch in Bezug auf die palliative Behandlung zumeist weniger im Mittelpunkt. Aber auch hier geht es darum, die letzte Lebensphase zum Tod hin zu gestalten. Erkrankte ältere Menschen können dabei von einem Paradigmenwechsel in der medizinischen und pflegerischen Versorgung hin zu einer in erster Linie symptomlindernden und die Lebensqualität beachtenden Therapie in hohem Maße profitieren.

Was macht nun den Unterschied zur gegenwärtigen Praxis der Betreuung und Behandlung älterer Menschen aus? Wir möchten mit aller Vorsicht so formulieren:

- Palliative Care beschreibt weniger eine Technik als eine Haltung. Diese muss gelernt, eingeübt und gepflegt werden. Zentral ist dabei die Wertschätzung des je einzelnen Menschen. Sie schließt aus unserer Sicht wesentlich die Achtung der Selbstbestimmung mit ein.
- Palliative Care ist wie erwähnt ohne multiprofessionelle Zusammenarbeit nicht denkbar, und zwar auf der Grundlage dieser oben genannten Haltung. Dadurch kommen hochqualifizierte Expertisen aus den verschiedensten Fachrichtungen ins Spiel. Nur so kann es gelingen, der Komplexität der Aufgabe gerecht zu werden.
- Oft wird in diesem Zusammenhang der eher unscharfe Begriff „Ganzheitlichkeit“ gebraucht. Er insinuiert, dass man wisse, was den „ganzen“ Menschen ausmacht. Wir bevorzugen im Gegensatz dazu eine induktive Sicht- und Vorgehensweise (Multiperspektivität).
- Der Blickwinkel von Palliative Care ist grundsätzlich nicht nur auf den Patienten bzw. Klienten zentriert („der Mensch steht im Mittelpunkt“), sondern im systemischen Sinn geweitet: auf An- und Zugehörige, Mitarbeiterinnen von Einrichtungen und darüber hinaus auch auf Strukturen von spezifischen Hilfe- und Unterstützungsprozessen insgesamt.
- Damit einher geht immer wieder das Bemühen um einen verstehenden, weniger primär deskriptiv-analytischen bzw. reduktionistischen Zugang zum Menschen. Für uns ist dieser Ansatz von zentraler Bedeutung. Qualifiziertes medizinisches und medizinisch geprägtes pflegerisches Fachwissen ist zweifellos unabdingbar, entfaltet aber aus unserer Sicht seine volle Wirksamkeit erst innerhalb dieses Rahmens.

Diesen Anliegen folgt die Gliederung des Buches. Das *erste Kapitel* beschäftigt sich eher grundsätzlich mit Einblicken in Lebenswelten älterer Menschen. Wir haben uns dabei nicht um enzyklopädische Vollständigkeit bemüht, sondern möchten exemplarisch Aspekte aus verschiedenen und teilweise vielleicht auch ungewohnten Perspektiven beleuchten. Es erscheint uns hilfreich und anregend, sich dem komplexen Thema aus den unterschiedlichsten Richtungen zu nähern.

Im *zweiten Kapitel* („Wohin führt der Weg?“) geht es explizit um palliative Situationen älterer Menschen. Hier steht die Heilkunst vor besonderen Herausforderungen. Der Gesundheitsstatus älterer und hochaltriger Patientinnen und Patienten ist jeweils abhängig von vielen verschiedenen Faktoren. Krankheiten verlaufen oft atypisch bzw. verkom-

pliziert durch weitere, gleichzeitig bestehende Erkrankungen (Multimorbidität). Die Gabe von Medikamenten oder die Einleitung spezifischer medizinischer und pflegerischer Interventionen muss sorgfältig geprüft werden. Entsprechend sind Prognoseeinschätzungen und Therapieüberlegungen anspruchsvolle medizinische und pflegerische Aufgaben. Anspruchsvoll ist ebenfalls die Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen, wenn es um das Ziel geht, zu verantwortungsvollen Entscheidungen zu kommen: etwa eine bestimmte Therapie zu beginnen – oder vielleicht auch bewusst darauf zu verzichten.

Hier angekommen stellt sich die Frage nach unseren konkreten Handlungsspielräumen. Im *dritten Kapitel* („Was tun, wenn der Weg schwerer wird?“) werden eine Reihe von Alternativen skizziert, die es in der Praxis flexibel zu nutzen gilt: Zugänge, Interventionsmöglichkeiten, Kommunikationsräume. Auf welche Optionen können wir zurückgreifen, wenn die körperlichen und seelischen Probleme für Patienten und Angehörige zunehmen? Hier stehen besondere medizinisch-pflegerische Situationen und Problemlagen sowie die verschiedensten Aspekte der Begleitung im Vordergrund. Und nicht zuletzt die Frage: Wie stellen wir uns als Professionelle drängenden und vielleicht auch die Professionellen verunsichernden Situationen? Wem helfen wir, wen schützen wir mit unseren Reaktionen? Falls wir bei genauer Betrachtung vielleicht eher uns selbst im Zentrum unserer Bemühungen entdecken: Könnten wir uns Alternativen überlegen?

Allem Handeln liegt eine mehr oder weniger reflektierte Haltung zugrunde, die sich in der Regel aus unterschiedlichsten Quellen speist. Eine Systematisierung ist aus professioneller Sicht unabdingbar: Welche ethischen Orientierungshilfen stehen zur Verfügung? Wie kommen wir zu verantworteten Entscheidungen in den unterschiedlichen Situationen? Innerhalb welcher rechtlichen Rahmenbedingungen bewegen wir uns? Im *vierten Kapitel* finden sich eine Reihe von Hinweisen („Was weist den Weg?“).

Trotz aller berechtigten Rufe nach notwendigen Verbesserungen ist zu konstatieren, dass in den letzten Jahren im Bereich der palliativen Versorgung insgesamt ein Aufbruch zu beobachten ist. Das *letzte Kapitel* („Gibt es Alternativen?“) beschäftigt sich – wiederum exemplarisch – mit verschiedenen Aspekten aktueller Entwicklungen.

Eine Anmerkung zum Gebrauch des Buches: Insgesamt sind die Beiträge so konzipiert, dass sie jeweils auch für sich allein gelesen werden können. Dabei ließen sich einzelne inhaltliche Überschneidungen nicht ganz vermeiden. Wir bitten den Leser bzw. die Leserin um Nachsicht.

Dabei werden an dieser Stelle ausnahmsweise beide Geschlechter zugleich genannt. Die Autorinnen und Autoren handhaben dieses unterschiedlich. Wir gehen davon aus, dass selbstverständlich mit der Erwähnung des einen jeweils auch immer das andere Geschlecht mit gemeint ist.

Abschließend bleibt noch Dank zu sagen an alle, die an der Entstehung dieses Buches mitgewirkt haben. Wir möchten betonen, dass die Ansichten der beteiligten Autorinnen und Autoren nicht in jedem Fall die Position der Herausgeber widerspiegeln. Es ist jedoch aufgrund der – gewünschten – Vielfalt der Meinungen und Ansätze ein ausgesprochen lebendiger Prozess der inhaltlichen Auseinandersetzung und Diskussion angestoßen worden. Wir sind dafür sehr dankbar und würden uns vor allem darüber freuen, wenn Sie als Leserin oder Leser sich zur aktiven Beteiligung an diesem Diskurs inspiriert fühlen.

Heiner Gabriel
Die Herausgeber

1 Was bedeutet es, alt zu sein? Lebenswelten über 80

1.1 Vershobene Koordinaten: Zeit und Zeiterleben

Constanze Giese

„Nicht die Sterblichkeit allein, die wir mit den Molchen teilen, sondern unser Bewusstsein davon, das macht unser Dasein erst menschlich, macht es zum Abenteuer.“

Max Frisch

Zusammenfassung

Mit dem nahenden Lebensende verbinden sich unterschiedliche Bewertungen der verbleibenden Lebenszeit, je nachdem, ob es sich um hochaltrige Menschen handelt oder um Palliative-Care-Patienten, die durch ihre Krankheit buchstäblich aus dem Leben gerissen werden. Während seit Cicely Saunders in der Hospizbewegung die Devise gilt „den Tagen mehr Leben zu geben und nicht dem Leben Tage“, ist die Altenpflege von den Paradigmen der Aktivierung und Gesunderhaltung oft so sehr geprägt, dass die Auseinandersetzung mit dem Alter als einem „Vorlaufen auf den Tod“ und das Zulassen von Abschied und Rückzug erschwert werden.

Vor dem Hintergrund steigender Lebenserwartung und zunehmenden Gesundheitsbewusstseins treten Fragen nach Sinn und Wert der dennoch begrenzten Lebenszeit über lange Lebensphasen in den Hintergrund. Gerade Menschen, die in der Sterbebegleitung arbeiten, kommen deshalb nicht umhin, ihre eigene Haltung zu einem gelungenen Leben und Sterben auch als Frage nach der Bedeutung der verschiedenen Lebensphasen zu überdenken und andere Auffassungen in ihrer Berechtigung anzuerkennen.

1 „Löffelliste“

Erst das Lebensende vor Augen kommen wir zur Besinnung auf das eigentlich Wichtige. *Schließlich lebt man nur einmal* und das – gerade in unserer als schnell-lebig erlebten Zeit – oft wie getrieben, hektisch und ohne Blick für das, was das Leben wertvoll macht, für das, was wirklich zählt. Die Besinnung darauf erfolgt einer gewissen Erwartungshaltung zufolge erst, wenn das Ende nahe rückt, in hohem Alter oder wenn eine infauste Prognose

se keine andere Wahl mehr lässt. So erstellen beispielsweise im Film Jack Nicholson als jähzorniger Milliardär und Morgan Freeman als gebildeter Automechaniker in einer Krebsstation ihre „Löffelliste“, mit all den Dingen, die sie noch tun wollen, ehe sie „den Löffel abgeben“. Es folgt eine Ansammlung von Unternehmungen, in denen sie eine Lebensfreude und Lebendigkeit entdecken, die so in ihrem Leben lange Zeit keinen Platz hatten. Doch wie der deutschsprachige Filmtitel verrät: „Das Beste kommt zum Schluss“ (engl.: „The Bucket List“, frei übersetzt: die Löffelliste, Reiner 2007), weil sich die Protagonisten im Angesicht des Todes die Zeit für das nehmen, was ihnen wirklich lebenswert erscheint. Es leuchtet unmittelbar ein, dass das Leben oft erst dann als wertvoll wahrgenommen wird, wenn es sich zum Ende neigt, seine immer gewusste Begrenzung und Endlichkeit greifbar wird und *die Zeit knapp*.

Cicely Saunders bekanntes Diktum, es gehe nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben, spiegelt die Auffassung wider, dass die letzte Zeit im Leben eine besondere Qualität haben solle, auch dass Lebenszeitverschwendung (z. B. durch nutzlose oder belastende, jedenfalls *zeitraubende* Behandlungen) gerade in der letzten Lebensphase als besonders schlimm erlebt wird.

Hier soll nun der Frage nachgegangen werden, wie das Phänomen der Kontingenz des Menschen, sein Verfügen über einen immer nur begrenzten zeitlichen Horizont, die Ziel- und Wertvorstellungen im Bereich der Pflege hochaltriger Menschen und in der Begleitung Sterbender unterschiedlich prägt. Dabei wird die These vertreten, dass die Todesnähe des hochaltrigen Menschen anders und weniger bedeutsam wahrgenommen wird, als die des zum Tode Erkrankten, der „noch im Leben steht“ und seinem Alter nach eigentlich noch viele Jahre erwarten dürfte. Insbesondere die Interpretationen des Phänomens Altern divergieren innerhalb der westlichen Gesellschaften (und nicht nur dieser) deutlich. Die begrenzte Lebenszeit Sterbender und der verbliebene Horizont des gealterten Menschen stellen diejenigen, die diese Personen pflegen und begleiten, vor die Aufgabe, *für sich* eine begründete Position zu den divergierenden Deutungsangeboten dieser Lebensphase zu entwickeln und darauf eine tragfähige Beziehung als Basis für die Arbeit mit Menschen in der letzten Lebensphase aufzubauen.

2 Lebenszeit und Lebenszyklus

Die Hospizbewegung hat ihren Ursprung nicht zufällig in der Versorgung von zum Tode erkrankten Krebspatienten, deren nahes und oft als *zu früh* erlebtes Lebensende es verhindert, dass sie im biblischen Sinne „alt und lebenssatt“¹ sterben können. Das Sterben dessen, der *zu früh* gehen muss, beschäftigt Menschen schon seit Jahrtausenden, offensichtlich verbirgt sich dahinter die implizite Vorstellung, es gebe eine bestimmte Lebenszeit und darin enthalten verschiedene, aufeinanderfolgende Lebensphasen, die ein Mensch in seinem begrenzten Leben durchlaufe. So wird auch von gerontologischer Seite die Auffassung vertreten, das Alter und auch das hohe Alter seien sinnvolle und wichtige Lebensphasen, die „nicht bekämpft werden sollten“, denn sie eröffneten „das Verständnis für Vergehen, Wandel und Erneuerung als existenzielle Grunderfahrungen und sei(en)

1 Gen 25,8: „[...] dann verschied er [Abraham, C. G.]. Er starb in hohem Alter, betagt und lebenssatt, und wurde mit seinen Vorfahren vereint.“

als Ablösungsprozess und als Vorbereitung auf den Tod unabdingbar“ (Ehni 2010, S. 156). Die Zeit, die dem Menschen zur Verfügung steht, ist damit in bestimmter Weise qualifiziert; das biblische „alles hat seine Stunde“² findet eine moderne Weiterführung in der Auffassung, das menschliche Leben sei in bestimmte, sinnvoll aufeinander aufbauende Phasen zu unterteilen, die nicht völlig beliebig und unabhängig vom Alter jeweils selbst definiert werden können, sondern über ihren je eigenen Sinngehalt verfügen. Eine ähnliche Auffassung, wenngleich mit anderer Stoßrichtung, vertritt Daniel Callahan. Im Diskurs um die Rechtfertigbarkeit von Altersrationierungen im Gesundheitswesen entwickelte er schon 1987 die vielfach aufgegriffene Denkfigur einer natürlichen Lebensspanne (vgl. Callahan 1987). Diese umfasst ihm zufolge ca. 70 bis 80 Jahre, in denen alle Erfahrungen, die „für ein erfülltes Leben relevant seien [...] gemacht werden können. Es sind zwar auch darüber hinaus positive Erfahrungen möglich, diese fielen jedoch nicht ins Gewicht“ (Ehni 2010, S. 157). Auch wenn dieses Argument vielfach und zu recht als „naturalistisch“ kritisiert wurde (vgl. Marckmann 2006, S. 170), bringt es dennoch eine weitverbreitete Auffassung zum Ausdruck, die sich umgekehrt auch darin findet, dass es vielfach schwerfällt, dem hohen Alter – vor allem wenn es mit Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit oder gar Demenz einhergeht – einen eigenen Wert oder Sinn jenseits des Vorlaufens auf den Tod zuzuschreiben.

3 Der Tod zur rechten Zeit

Eine komplementäre Interpretation erfährt der frühe Tod, auch als Tod zur rechten Zeit, wenn er als ein „Verschontwerden vom Alter“ gesehen wird. Das schon sprichwörtliche „Only the Good Die Young“ ist nicht nur ein beliebter Topos einiger bekannter Pop- und Rocksongs des 20. Jahrhunderts von unter anderem Billy Joel (1977), Iron Maiden (1988) und Queen (1997). Die Interpretation des frühen Todes, der den Menschen mitten aus dem Leben reißt, reicht von der heroisierenden Auffassung, gerade „die Guten“ müssten oft zu jung sterben, bis dahin, es sei ein Glück, rechtzeitig sterben zu *dürfen*. Die Idee, ein gutes Leben müsse nicht lang sein, sondern es komme vielmehr auf die Intensität der Lebens-Erfahrung, auf Lebendigkeit oder intensiven Lebensgenuss an, findet sich schon in der griechischen Antike, beispielsweise bei dem Dichter Menandros (4./3. Jhd. v. Chr.), der das Alter und das Älter-Werden sehr kritisch betrachtet, denn: „wen die Götter lieben, der stirbt jung“ (zitiert nach Benzenhöfer 1999, S. 15). In seiner bruchstückhaft erhaltenen Komödie „Der Wechselbalg oder der Bauer“ legt Menandros eine Deutung des hohen Alters vor, die sich durchaus in zeitgenössischen Konzepten wiederfinden lässt:

„Sobald beizeiten du die Herberge verlässt,
gehst Du hinweg mit bessrem Reisegeld, indem
du niemandem verfeindet bist. Wer aber dort
verweilt und sich in das Getümmel stürzt, der geht
zugrunde: endet als ein jammervoller Greis!
Und unversehens wird ihm nachgestellt: Du siehst –
Der stirbt nicht selig [...], der zu Jahren kam.“
(Menandros, zitiert nach Benzenhöfer 1999, S. 16)

2 Koh 3,1–2: „Alles hat seine Stunde. Für jedes Geschehen unter dem Himmel gibt es eine bestimmte Zeit: es gibt eine Zeit zum Gebären und eine Zeit zum Sterben.“

Das Ende des „jammervollen Greises“ ist auch im 21. Jahrhundert ein Schreckgespenst vieler Zeitgenossen geblieben. Nicht wenige Pflegende, insbesondere aus Einrichtungen der stationären Altenpflege, erklären freimütig, so wie diejenigen, die sie betreuen, selbst keinesfalls ihr Lebensende erwarten zu wollen. Damit ist die Frage gestellt: Welche Bedeutung hat der Faktor der begrenzten Zeit und einer damit verbundenen letzten Lebensphase für das menschliche Leben? Gibt wirklich erst das nahe Ende dem Leben eine wichtige und wertzuschätzende Intensität, gerade auch im Alter, der Phase des Rückblicks auf das eigene Leben? Ist das Alter des Hochbetagten eine Zeit sinnvoller Vorbereitung auf das Sterben oder sinnloser Verfall der Materie, dem dank medizinischen Fortschritts und Anti-Aging inzwischen etwas entgegengesetzt werden kann?

4 Stopping the Clock: Sterben lernen oder Zeit gewinnen

Auch wenn das Bekämpfen des Todes mit allen (medizinischen) Mitteln und um jeden Preis inzwischen kaum mehr offensiv vertreten wird, bleibt die Deutung des Alterns kontrovers. Biogerontologische Definitionen von Alter und Seneszenz zielen vielfach auf die begleitenden Verfallsprozesse, die als pathologisch verstanden und damit einer Medikalisation zugänglich gemacht werden können. Das Hinausschieben des Alterns und seiner einschränkenden Begleiterscheinungen ist erklärtes Ziel der Anti-Aging-Medizin, deren Vertreter, z. B. der Präsident der A4M (American Academy for Anti-Aging Medicine) Goldmann die Auffassung vertritt, mit dem normalen Alterungsprozess auftretende Behinderungen beruhen auf physiologischen *Fehlfunktionen*, „die in vielen Fällen durch eine medizinische Behandlung zu verbessern oder zu beheben seien“ (Goldmann, zitiert nach Heiß 2008, S. 393).

Die Auffassung, altersbedingte Einschränkungen seien nicht einfach zu akzeptieren, sondern möglichst zu behandeln oder noch besser, durch Prävention zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben, ist für sich genommen breit zustimmungsfähig. Das Alter, die sogenannte dritte Lebensphase nach Kindheit und Jugend sowie nach der Phase der Reproduktions- und Erwerbstätigkeit, wird heute aufgrund dieser Entwicklung in *zwei Phasen* unterteilt: in die dritte Lebensphase, die der neuen oder jungen Alten, die wichtige gesellschaftliche Aufgaben in Familie oder Ehrenamt übernehmen können, gerade weil sie nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Sie stehen in einer aktiven Lebensphase und es wäre unsinnig zu erwarten, sie „sollten mit 65 Jahren Leid und Tod ins Auge sehen“ (Rippe 2008, S. 415).

Die Zeit, in welcher der Tod und damit die eigene Endlichkeit noch relativ bedeutungslos sind, verlängert sich, das erst *irgendwann* kommende Sterben spielt zu recht keine Rolle. Den Ablauf der eigenen Lebens-Zeit zu verlangsamen wird zum erklärten Lebens-Ziel. Der entsprechend lautende Titel zweier Publikationen von Vertretern der A4M-Akademie greift dieses Ziel explizit auf: Stopping the Clock (Klatz und Goldmann 1996 sowie Klatz 2000, zitiert nach Heiß 2008, S. 404). Die Individuen sollten unter dieser Perspektive ihre Aufmerksamkeit dem Anhalten der Lebensuhr widmen, um deren Ablaufen zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen. Die Gesunderhaltung und Vermeidung von Alterserscheinungen erhält mehr Aufmerksamkeit als das Streben nach einem sinnerfüllten, weil endlichen Leben. Ja, es kann ein zentraler Sinn der ersten drei Lebensphasen werden, diese so gesund wie möglich zu überstehen, um die vierte möglichst weit

hinauszuschieben, was zu deren weiterer Abwertung in der allgemeinen Wahrnehmung beizutragen vermag.

Mit der steigenden Lebenserwartung und völlig neuen Zielmargen, mit denen die Anti-Aging-Bewegung argumentiert, wird die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit oder gar deren Annahme zur Disposition gestellt. Inzwischen wird folgerichtig auch die kritische These vertreten, mit der Zunahme der Dauer des menschlichen Lebens verliere es an Bedeutung, es drohe sogar ein Identitätsverlust oder zumindest „eine unerträgliche Langeweile“ (Williams, zitiert nach Ehni 2010, S. 157). Diese Befürchtung trifft sich mit der eingangs referierten Intention, erst das vor Augen stehende Ende könne dem Leben wirklichen Sinn und Bedeutung geben. Damit wäre es im Rahmen eines angenommenen Lebenszyklus wiederum vor allem das hohe Alter, das, als nun unleugbar todesnah, die Zeitspanne der von Zukunftsplänen und Zwängen entlasteten Rückschau und Freiheit zum Eigentlichen darstellt. Wenn überhaupt, dann vermag nach Rippe heute

„Altersweisheit daraus erwachsen, dass die Nähe zum Tod und das stärkere Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit den Blick auf das eigene Leben verändern und eine neue Haltung erzeugen. [...] Nur schiebt sich das numerische Alter, in dem die Anzeichen der eigenen Sterblichkeit nicht mehr zu verdrängen sind, nach hinten“ (Rippe 2008, S. 414).

5 Aktivität und Kontinuität oder Abschied und Loslassen

Im Umgang mit Fragen der Vorbereitung auf den Tod, auf Abschied und Sterben, bestehen divergierende Zielvorstellungen im palliativen und hospizlichen Handeln einerseits und in der Alltagslogik der Altenpflege andererseits. Der respektvolle Umgang mit der Lebenszeit und Eigengesetzlichkeit der Menschen, der ein Merkmal hospizlicher Haltung und auch gelebter Entschleunigung auf Palliativstationen ist, hat die Altenpflegeheime vielfach noch nicht erreicht. Ihre Mitarbeiter befinden sich in einem Zielkonflikt, der neben bekannter Ressourcenknappheit (Zeitmangel) auch auf konfligierenden Theorien erfolgreichen Alterns einerseits und guten Sterbens andererseits beruht. Die Idee aktivierender Pflege ist für die Pflegenden Teil ihres theoretisch abgesicherten Fachwissens und ergänzt sich gut mit der Zielvorgabe erfolgreichen Alterns der Kontinuitätstheorie, derzufolge erfolgreiches Altern im kontinuierlichen Weiterverfolgen der Interessen, Präferenzen und Beziehungen besteht, die schon seit der Midlife-Phase Teil der Biografie waren (vgl. Wirsing 2001, S. 237 f.). In der Konsequenz geraten diejenigen, die hochaltrige Menschen, Menschen in der letzten, „vierten“ Lebensphase und mit begrenzter Zukunft pflegen und begleiten, in ein Spannungsfeld unterschiedlicher Zielvorgaben.

Anders als in der Logik palliativer Versorgung oder hospizlicher Begleitung sind Pflegeheime nicht einer in medizinischer Hinsicht *eindeutigen* Zielsetzung verschrieben. Das Erreichen der allerletzten Lebensphase und damit das Stadium der Gebrechlichkeit, Multimorbidität und Angewiesenheit auf andere, das in der Regel den Einzug in ein Pflegeheim auslöst, kann als ein letztendliches Scheitern des Projektes dauerhaften Ringens um Gesundheit und Leistungsfähigkeit (im Sinne des „Stopping the Clock“) interpretiert werden. Während für die nun zum Bewohner gewordenen Menschen nach der Logik der Lebensphasen die Zeit der Rückschau und des Annäherns an den Abschied anbrechen könnte, sind die Mitarbeiter der Einrichtungen widersprüchlichen Handlungslogiken

verpflichtet. So verfolgt die aktivierende Pflege das an sich positive Ziel, Fähigkeiten zu fördern und Teilhabemöglichkeiten und damit Lebensqualität zu erhalten; nicht selten wird sie, da Qualitätsmerkmal, gegen Widerstände der Bewohner durchgeführt. Dieselbe Ambivalenz umgibt das Bemühen um ausreichende Nährstoff- und Flüssigkeitsversorgung pflegebedürftiger Menschen, die im Ringen um jeden Schluck und Milliliter („Einfuhrkontrolle“), eine alltagsprägende und zugleich belastende Dynamik entfalten kann (vgl. Krupp und Hildebrandt-Wiemann 2010, S. 92 f.).

Hier lässt sich ein besonders deutliches Merkmal der unterschiedlichen Kulturen und Bewertungen letzter Lebensphasen erkennen: Die verbliebene Lebenszeit frei von überflüssigen Zwängen zu erleben und zu genießen, ist in der Hospizkultur seit Cicely Saunders selbstverständlich. Palliativstationen heben sich durch einen bewussten und nicht gehetzten Umgang mit der Lebenszeit der Patienten von Stationen anderer medizinischer Disziplinen oft wohltuend ab. Hier ist der Wert der letzten Lebensphase und der knapp gewordenen Lebenszeit unmittelbar evident.

6 Ausblick: Aushalten divergierender Deutungen

Ähnlich wie im Bereich der medizinischen Ethik bereitet die Fragestellung, wann der rechte Zeitpunkt zur Revision von Zielen gekommen ist, auch der Altenpflege ein Problem. Gilt es medizinethisch als relevant, den (einen) rechten Zeitpunkt einer eher punktuellen Entscheidung von kurativen zu palliativen Behandlungszielen zu erkennen, so wird bei der Frage nach Sinn und Zielen der Lebenszeit hochbetagter Menschen in Pflegeeinrichtungen diese scheinbare Punktualität aufgebrochen und zur Frage nach der Interpretation einer eigenen – begrenzten – letzten Lebensphase.

Die Konfrontation mit dem Sterben anderer fordert heraus, sei es im scheinbar geklärten Setting der Palliative Care oder des hospizlichen Handelns, sei es in dem schleichenden, prozesshaften Abschiednehmen im hohen Alter. Das ist einerseits belastend, andererseits berichten gerade Mitarbeiterinnen von Palliativpflegediensten oder von Hospizen durchaus auch über die Erfahrung von Tiefe, davon, die eigene begrenzte Lebenszeit neu schätzen gelernt zu haben in der Begegnung mit den Sterbenden (vgl. Haucke 2010, S. 338 f.). Hier bewahrheitet sich einmal mehr die lapidare Feststellung, Sterbebegleitung verlange von den Begleiterinnen eine dezidierte und selbstkritische Auseinandersetzung mit dem, was im Leben Sinn ergibt, was einem „etwas wert ist“ und wie die eigene Endlichkeit gedeutet wird.

Ob die eigene Deutung von Sinn und Zeitlichkeit auch für den jeweils anderen gelten kann, muss eine wirklich für jeden offene Sterbebegleitung allerdings offen lassen.

Literatur

- Benzenhöfer U (1999) Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. München: C. H. Beck.
- Callahan D (1987) Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society. New York: Georgetown University Press.
- Ehni H-J (2010) Lebensverlängerung – philosophisch. In: Wittwer H, Schäfer D, Frewer A (Hrsg.) Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler. S. 154–158.

- Frisch M (1958) Tagebuch 1946–1949. Frankfurt/Main: Suhrkamp. S. 349.
- Haucke K (2010) Zwischen Todesverdrängung und Integration, Ambivalenz moderner Medizin. *Ethik in der Medizin* 22(4):331–340.
- Heiß W (2008) Anti-Aging Medizin: Der Wunsch nach einem langen Leben ohne Altern? In: Maio G, Clausen J, Müller O (Hrsg.) *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*. Freiburg i. Br., München: Karl Alber. S. 309–404.
- Iron Maiden (1988) *Only the Good Die Young*, Autoren: Dickinson B, Harris S. Auf: *Seventh Son of a Seventh Son*, Album.
- Joel Billy (1977) *Only the Good Die Young*, auf: *The Stranger*, Album.
- Klatz R (2002) *Stopping the Clock: Longevity for a new millennium*. Laguna Beach: Health Publications.
- Klatz R, Goldmann R (1996) *Stopping the clock: Dramatic breakthroughs in antiaging and age reversal techniques*. New York: Bantam.
- Krupp U, Hildebrandt-Wiemann H (2010) Gesegnete Mahlzeit – Spirituelle Aspekte von Mahlhalten und Fasten. In: Agbii S, Gerling A, Giese C, Heubel F, Hildebrandt-Wiemann H, Hofmann I, Koch C (Hrsg.) *Essen und Trinken im Alter – mehr als Ernährung und Flüssigkeitsversorgung*. Berlin: Cornelsen. S. 85–94.
- Marckmann G (2006) Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung. In: Schöne-Seifert B, Buyx AM, Ach JS (Hrsg.) *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn: Mentis. S. 163–181.
- Queen (1997) *No one but you (Only the Good Die Young)*, Autor: May B. Auf: *Queen rocks*, Album.
- Reiner R (2007) *Das Beste kommt zum Schluss* (engl. Originaltitel: *The Bucket List*). Hamburg: Warner Brothers.
- Rippe KP (2008) Die Abschaffung des Alters. Anti-Aging-Medizin und die moralischen Grenzen medizinischen Fortschritts. In: Maio G, Clausen J, Müller O (Hrsg.) *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*. Freiburg i. Br., München: Karl Alber. S. 405–433.
- Williams B (1973) The Makropulos Case. Reflections on the Tedium of Immortality. In: Ders.: *Problems of the Self*. Cambridge: University Press. S. 82–100.
- Wirsing R (2001) Programme gegen Altern und Tod. In: Möller P-A (Hrsg.) *Die Kunst des Alterns*. Frankfurt/Main: Peter Lang. S. 229–239.