

Münchener Reihe Palliative Care

Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit



Interdisziplinäres Zentrum
für Palliativmedizin

Fuchs, Gabriel, Raischl,
Steil, Wohlleben (Hrsg.)

Palliative Geriatric

Ein Handbuch für die
interprofessionelle Praxis

Kohlhammer

Kohlhammer

Münchner Reihe Palliative Care

Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit

Band 9

Schriftleitung

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio (federführend)

Prof. Dr. med. Monika Führer (federführend)

Beate Augustyn, Palliativpflegekraft

Dr. med. Antje Beyer

PD Dipl.-Psych. Dr. rer. biol. hum. Martin Fegg

Bernadette Fittkau-Tönnemann MPH

Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox

Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl

Dipl. Soz.-Päd. Dipl. Theol. Josef Raischl

Prof. Dr. theol. Traugott Roser

Prof. Dr. rer. biol. hum. Maria Wasner

Die Publikationen in der *Münchner Reihe Palliative Care* verfolgen das Ziel einer verbesserten Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Dem Palliative Care-Prinzip der Multiprofessionalität entsprechend widmen sich die Einzelbände unterschiedlichen Themenkomplexen und Handlungsfeldern aus den Bereichen Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit. Dazu dienen Beiträge aus medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und seelsorglicher sowie aus rechts- und gesellschaftswissenschaftlicher Perspektive. Die Reihe richtet sich an alle an diesen Fragestellungen Interessierten, insbesondere im Gesundheitswesen oder in der ehrenamtlichen Arbeit Tätigen.

Das Interdisziplinäre Zentrum für Palliativmedizin (IZP) des Klinikums der Universität München hat als Aufgaben die Verbesserung der Lebensqualität von Schwerstkranken und Sterbenden und die Förderung interdisziplinärer Forschung und Lehre. Das IZP möchte mit dieser Schriftenreihe einen Beitrag zur Etablierung von Palliative Care in allen Bereichen des Gesundheitswesens und der Gesellschaft leisten.

Christoph Fuchs, Heiner Gabriel, Josef Raischl,
Hans Steil, Ulla Wohlleben (Hrsg.)

Palliative Geriatrie

Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis

Verlag W. Kohlhammer

Wichtiger Hinweis:

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr.

Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Verantwortung des Benutzers.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

1. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© 2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

Druckerei W. Kohlhammer GmbH + Co. Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-021734-8

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026634-6

Geleitwort

Es gibt nur wenige Bücher die uns, wie das vorliegende Buch, alle angehen – die Jüngeren, weil sie sich irgendwann einmal mit der Situation ihrer älter werdenden Eltern und möglicherweise deren weiterer Betreuung und Versorgung auseinandersetzen müssen; die mittlere Generation, die in Berufsfeldern tätig ist, die diese Aufgaben ausführen oder die Entscheidungen für die Versorgung von älteren und/oder kranken Menschen zu verantworten haben, und nicht zuletzt die älteren Menschen selbst, die ihre Vorstellungen über das, was ihr Leben ausmacht, selbstbestimmt einfordern.

Als Gerontologin und langjähriges Vorstandsmitglied im Deutschen Hospiz- und Palliativverband bin ich sehr dankbar, dass mit diesem Fachbuch die palliativgeriatrische Versorgungspraxis mit dem dafür dringend notwendigen Wissen ausgestattet wird.

Trotz einer grundsätzlich raschen bundesweiten Entwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit in den letzten 25 Jahren hat sich, im Gegensatz zur Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, der Blick auf die palliative Versorgung älterer Menschen mit einem notwendigen zusätzlichen Wissen aus Geriatrie und Gerontologie erst in den letzten Jahren geschärft.

Ich freue mich, dass die aus einer langjährigen Praxis gewonnenen Einsichten und Aussagen meiner Kolleginnen und Kollegen aus dem ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativbereich und insbesondere aus unserem seit 2002 arbeitenden Palliativgeriatrischen Dienst des Christophorus Hospiz Vereins in München (CHV) in vielen Kapiteln dieses Buches Eingang fanden. Es sind nicht in erster Linie theoretische Überlegungen oder Lehrmeinungen, sondern wichtige, im Dialog mit kranken Menschen und ihren Angehörigen gewonnene Erkenntnisse über Dinge, die „not“-wendig sind. So ist ein Buch entstanden, das aus der Praxis und für die Praxis geschrieben wurde.

Mein herzlicher und großer Dank geht an die Herausgeber und alle Verfasser der einzelnen Kapitel, die bereit waren, ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus der palliativgeriatrischen Praxis in diesem Buch niederzuschreiben – trotz eines fordernden beruflichen Alltags. Er gilt ebenso herzlich den verantwortlichen Mitarbeitern der Katholischen Stiftungsfachhochschule München und der Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation des Klinikums München-Neuperlach. Die zusammengeführten Erfahrungen sind es, die dieses Buch zu einem besonderen und wertvollen machen.

Ich wünsche diesem Buch zahlreiche Leser, die es als Kompendium für viele Fragen in Bezug auf hospizliche und palliative Haltung und Versorgung im geriatrischen Kontext benutzen und in der Umsetzung die Bestätigung finden, einem kranken und alten Menschen sein Leben bis zuletzt zu ermöglichen.

Angelika Westrich

Dipl.-Sozial-Gerontologin

Geschäftsführerin des Christophorus Hospiz Vereins und der Christophorus Hospiz Verwaltungs GmbH (bis Ende 2011)

Inhalt

Geleitwort	5
Verzeichnis der Herausgeber und Autoren	11
Danksagung	20
Einleitung	21
1 Was bedeutet es, alt zu sein? Lebenswelten über 80	25
1.1 Verschobene Koordinaten: Zeit und Zeiterleben	25
<i>Constanze Giese</i>	
1.2 Wohnen und Entwohnen – zur Räumlichkeit des Sterbens. Eine phänomenologische Perspektive	32
<i>Charlotte Uzarewicz</i>	
1.3 Was nährt im Alter? Wen nährt das Alter?	39
<i>Christoph Fuchs</i>	
1.4 Hochbetagt: Was ist jetzt wichtig? Er-Lebensqualität im hohen Alter	44
<i>Britta Wiegele und Sophia Poulaki</i>	
1.5 Alt werden in der Fremde: Alter und Migration	50
<i>Philip Anderson</i>	
1.6 Strukturelle Bedingungen der Versorgung alter Menschen	56
<i>Kornelie Rahnama</i>	
2 Wohin führt der Weg? Entscheidungsräume am Lebensende	61
2.1 Wann darf man sterben?	61
<i>Thomas Hagen</i>	
2.2 Sterbewunsch und gelebtes Leben	67
<i>Traugott Roser</i>	
2.3 Prognoseeinschätzung und Therapiezielentscheidung in der Geriatrie ..	75
<i>Wilfried Wüst</i>	

2.4	Die letzte Lebensphase – Zulassen des natürlichen Sterbens	80
	<i>Hans Dworzak</i>	
2.5	Sterben wahrnehmen aus pflegerischer Perspektive	84
	<i>Katrin Theissing und Cathrin Pfeiffer</i>	
3	Was tun, wenn der Weg schwerer wird? Angebote der Palliativen Geriatrie	91
3.1	Das Konzept der Palliativen Geriatrie	91
3.1.1	Was ist geriatrische Palliativmedizin?	91
	<i>Mathias Pfisterer</i>	
3.1.2	Palliativpflege – was ist das? Vom Verhältnis rehabilitativer, aktivierender und palliativer Pflege	97
	<i>Ulrich Heller und Gregor Sattelberger</i>	
3.1.3	Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Netzwerk	107
	<i>Katja Goudinoudis</i>	
3.2	Wie einen Zugang finden? Begegnungsebenen	114
3.2.1	Ärztliche Kommunikation im Angesicht des Todes	114
	<i>Claudia Levin</i>	
3.2.2	Biografiearbeit in der Beziehungspflege	118
	<i>Gabi Schüder</i>	
3.2.3	Basale Stimulation® in Palliative Care	123
	<i>Heike Walper</i>	
3.2.4	Validation	130
	<i>Britta Wiegele</i>	
3.3	Besondere medizinisch-pflegerische Situationen und Problemlagen . . .	136
3.3.1	Schmerztherapie in der Palliativen Geriatrie	136
	<i>Christoph Fuchs</i>	
3.3.2	Schluckstörungen bei Demenz	140
	<i>Gabriele Stobbe</i>	
3.3.3	Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende	147
	<i>Christoph Fuchs und Hans Steil</i>	
3.3.4	Schmerzerkennung bei kognitiv eingeschränkten Menschen . . .	151
	<i>Stephanie Maragudakis und Heike Walper</i>	
3.3.5	Depression im Alter, Ängste und Delir	157
	<i>Eva Weishappel-Ketisch</i>	
3.3.6	Symptomlinderung bei Schwerstkranken und in Sterbesituationen	163
	<i>Günter Kauff und Brigitte Schwab</i>	
3.3.7	Krisenplanung	174
	<i>Ulrich Heller und Hans Steil</i>	
3.3.8	Freiheitsentziehende Maßnahmen	181
	<i>Ursula Ruck-Köthe</i>	

3.4	Begleitung	189
3.4.1	Zur Situation pflegender Angehöriger bei langjähriger Pflegebedürftigkeit <i>Kornelie Rahnema und Renate Salzmann-Zöbele</i>	189
3.4.2	Psychosoziale Begleitung hochbetagter sterbender Menschen und ihrer Angehörigen <i>Elfriede Fröhlich und Brigitta Kofler</i>	196
3.4.3	Begleitung demenziell erkrankter Menschen <i>Christoph Fuchs</i>	202
3.4.4	Spirituelle Begleitung hochbetagter Menschen <i>Marianne Habersetzer und Gertrud Schwenk</i>	206
3.4.5	„Dass meine Mutter nicht mehr isst, halte ich einfach nicht aus“ – Aspekte der Trauer von Menschen vor und nach dem Tod ihrer Angehörigen <i>Jürgen Wälde</i>	212
3.4.6	Sterbebegleitung schwer traumatisierter Menschen am Beispiel Überlebender der Schoah <i>Dinah Zenker</i>	218
3.4.7	Ehrenamtliche Hospizbegleitung <i>Ulla Wohlleben</i>	224
3.4.8	Rituale in der Begleitung entwickeln und gestalten <i>Martin Alsheimer</i>	230
4	Was weist den Weg? Ethisch-rechtliche Orientierungshilfen	239
4.1	Ethik in der Palliativen Geriatrie – eine Einführung <i>Stefan Dinges und Frank Kittelberger</i>	239
4.2	Behandlungsentscheidungen aus juristischer Sicht <i>Beate Steldinger</i>	247
4.3	Selbstbestimmung am Lebensende <i>Josef Raischl, Cornelia Rommé und Ulrike Wagner</i>	255
4.4	Zum Umgang mit Patientenverfügungen <i>Karlo Heßdörfer</i>	261
4.5	Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit im Kontext geriatrischer Krankheitsbilder <i>Christoph Fuchs und Britta Wiegele</i>	266
4.6	Stellvertreterentscheidungen <i>Josef Raischl</i>	270
4.7	Psychosoziale Unterstützung von Angehörigen, die Stellvertreterentscheidungen zu treffen haben <i>Josef Raischl und Ulla Wohlleben</i>	276
4.8	Ethikberatung aus ärztlicher Sicht <i>Susanne Vogel und Dietmar Wittek</i>	282

4.9	Entscheidungsprozess und Dokumentation der Entscheidung im Pflegeheim	290
	<i>Hans Steil und Ulla Wohlleben</i>	
4.10	Ethikberatung in Pflegeeinrichtungen	297
	<i>Benjamin Straßer und Frank Kittelberger</i>	
5	Gibt es Alternativen? Entwicklungspotenziale	305
5.1	Hospizkultur in Einrichtungen entwickeln	305
	<i>Martin Alsheimer</i>	
5.2	Palliativ-Geriatischer Dienst – ein Beratungs- und Unterstützungskonzept für Münchener Pflegeheime	315
	<i>Josef Raischl, Hans Steil und Ulla Wohlleben</i>	
5.3	SAPV: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung für Bewohner von Pflegeheimen	321
	<i>Christoph Fuchs, Hans Steil und Ulla Wohlleben</i>	
5.4	Konzeptionelle Überlegungen zum Einsatz ehrenamtlicher Hospizhelferinnen und Hospizhelfer in Pflegeheimen	326
	<i>Ulla Wohlleben</i>	
5.5	Begleitung daheim („DAHOAM“)	333
	<i>Florian Hähnel und Markus Schlosser</i>	
5.6	Arbeit und Alltag im St. Josefs-Heim	337
	<i>Mira Muhl</i>	
5.7	Palliative Care für Menschen mit Behinderung	343
	<i>Jörg Augustin</i>	
5.8	Die Pflegedokumentation im Rahmen von Palliative Care	350
	<i>Lieselotte Gnasmüller</i>	
5.9	Der „Liverpool Care Pathway for the Dying (LCP)“ – ein Leitfaden zur Begleitung Sterbender	357
	<i>Elke Müller</i>	
5.10	Qualifizierung und Befähigung für Palliative Care in der Altenhilfe	363
	<i>Bernadette Fittkau-Tönnemann, Anne Gruber und Hermann Reigber</i>	
5.11	Was kann Supervision für die Palliative Geriatrie leisten?	373
	<i>Petra Rechenberg-Winter</i>	
	Abkürzungen	381
	Stichwortverzeichnis	383

Verzeichnis der Herausgeber und Autoren

Herausgeber

Christoph Fuchs, Dr. phil., Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmediziner
Städtisches Klinikum München GmbH
Klinikum Neuperlach, Zentrum für Akutgeriatrie
Oskar-Maria-Graf-Ring 51
81737 München
E-Mail: christoph.fuchs@klinikum-muenchen.de

Heiner Gabriel, Prof. Dr. med., Dipl. Theologe, Facharzt für Innere Medizin
Professor für Gesundheitswissenschaften/Medizin
Kath. Stiftungsfachhochschule München
Preysingstraße 8
81677 München
E-Mail: heiner.gabriel@ksfh.de

Hans Steil, Gesundheits- und Krankenpfleger, verantwortlich leitende Pflegefachkraft,
Palliativfachkraft, Kursleiter für Palliative Care-Kurse für Pflegekräfte, ehem. Pflege-
dienstleiter in der stationären Altenhilfe
Christophorus-Haus
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: steil@chv.org

Josef Raischl, Dipl. Theologe, Dipl. Sozialpädagoge (FH), Palliativfachkraft
Fachliche Leitung Christophorus-Haus
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: raischl@chv.org

Ulla Wohlleben, Dipl. Sozialpädagogin (FH), Palliativfachkraft
Leitung Soziale Arbeit Christophorus-Haus
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: wohlleben@chv.org

Autoren

Martin Alsheimer, Dipl. Pädagoge
Hospiz Akademie Ingolstadt
Große Rosengasse 1
86049 Ingolstadt
E-Mail: Martin.Alsheimer@gmx.de

Philip Anderson, Prof. Dr. phil., Professor für Soziale Arbeit
Hochschule Regensburg
Seybothstraße 2
93053 Regensburg
E-Mail: philip.anderson@hs-regensburg.de

Jörg Augustin, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmediziner
Münchnerstraße 1
85609 Aschheim
E-Mail: augustin@augustin-praxis.de

Stefan Dinges, Dr. theol.
Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM)
Universität Wien
Spitalsgasse 2-4, Hof 2.8
1090 Wien
E-Mail: stefan.dinges@organisationsethik.at

Hans Dworzak, Dr. med., Facharzt für Anästhesie, Palliativmediziner
Palliativteam der Anna Hospiz GmbH
Krankenhausstraße 1a
84453 Mühldorf
E-Mail: hans.dworzak@gmx.de

Bernadette Fittkau-Tönnemann M.P.H., Anästhesie, Palliativmedizin, Gesundheitswissenschaften und Medical Education
Klinikum der Universität München
Christophorus Akademie
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Marchioninistraße 15
81377 München
E-Mail: bernadette.fittkau-toennesmann@med.uni-muenchen.de

Elfriede Fröhlich, Dipl. Sozialpädagogin (FH), Palliativfachkraft
Christophorus-Haus
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: froehlich@chv.org

Constanze Giese, Prof. Dr. theol., Gesundheits- und Krankenschwester
Katholische Stiftungsfachhochschule München
Fachbereich Pflege
Preysingstraße 83
81677 München
E-Mail: constanze.giese@ksfh.de

Katja Goudinoudis, Gesundheits- und Krankenschwester, Palliativfachkraft
Leitung Zentrum für Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung
Caritas-Zentrum Taufkirchen
Innerer Stockweg 6
82041 Oberhaching
E-Mail: Katja.Goudinoudis@caritasmuenchen.de

Lieselotte Gnasmüller, Lehrerin für Pflegeberufe, unabhängige Pflegesachverständige,
Palliativfachkraft
Institut für Bildung und Entwicklung im Caritasverband der Erzdiözese München und
Freising e.V.
Hirtenstraße 4
80335 München
E-Mail: lgnasmueller@caritasmuenchen.de

Anne Gruber, Dipl. Berufspädagogin, Gesundheits- und Krankenschwester,
Palliativfachkraft
Klinikum der Universität München
Christophorus Akademie
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Marchioninistraße 15
81377 München
E-Mail: anne.gruber@med.uni-muenchen.de

Marianne Habersetzer, Dr. theol.
Erzbischöfliches Ordinariat, Fachbereich Seniorenpastoral
Rumfordstraße 21a
80469 München
E-Mail: mhabersetzer@eomuc.de

Thomas Hagen, Dr. theol.
Erzbischöfliches Ordinariat München, Ressort „Seelsorge und kirchliches Leben“
Hauptabteilung „Seelsorge in Lebensumständen und Lebenswelten“
Pacellistraße 8
80333 München
E-Mail: thagen@eomuc.de

Florian Hähnel, Altenpfleger, stellvertr. leitende Pflegefachkraft
DAHOAM e. V.
Auenstraße 60
80469 München
E-Mail: pflge@dahoam-muenchen.de

Ulrich Heller, Gesundheits- und Krankenpfleger, Palliativfachkraft, verantwortlich leitende Pflegekraft
Christophorus-Haus, stationäres Hospiz
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: heller@chv.org

Karlo Heßdörfer, Jurist, Berater zur Patientenverfügung
Rotbuchenstraße 40
81547 München
E-Mail: khessdoerfer@muenchen-mail.de

Günter Kauff, Gesundheits- und Krankenpfleger, Palliativfachkraft
Christophorus-Haus, stationäres Hospiz
Effnerstraße 93
81925 München

Frank Kittelberger, Pfarrer, Pastoralpsychologe, Lehrsupervisor
Stabstelle „SPES“ (Spiritualität, Palliative Care, Ethik, Seelsorge)
Hilfe im Alter gGmbH der Inneren Mission München
Landshuter Allee 40
80637 München
E-Mail: fkittelberger@t-online.de

Brigitta Kofler, Gesundheits- und Krankenschwester, Palliativfachkraft
Christophorus-Haus
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: kofler@chv.org

Claudia Levin, Dr. med., Fachärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin,
Palliativmedizinerin
Institut für Allgemeinmedizin der TU München
Wolfgangstraße 8
81667 München
E-Mail: claudia.levin@tum.de

Stephanie Maragudakis, staatlich anerkannte Altenpflegerin, Palliativfachkraft
Christophorus-Haus
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: maragudakis@chv.org

Mira Muhl, Gesundheits- und Krankenschwester, verantwortlich leitende Pflegefachkraft Alten- und Pflegeheim St. Josefs-Heim
Preysingstraße 21–25
81667 München
E-Mail: mira.muhl@stjosefsheim.de

Elke Müller, Dr. phil., Lehrbeauftragte im Studiengang „Höheres Lehramt an beruflichen Schulen mit der Fachrichtung Gerontologie/Pflegwissenschaft“
Am Mantelbach 6
69221 Dossenheim
E-Mail: elkemueller.pflewiss@t-online.de

Cathrin Pfeiffer, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Palliativfachkraft
Christophorus-Haus, Palliative Care-Team
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: pfeiffer@chv.org

Mathias H. D. Pfisterer, Dr. med. Priv.-Doz.
Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin, Physikalische Therapie und Balneologie, Notfallmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement
Chefarzt Zentrum für Geriatrische Medizin, Agaplesion Elisabethenstift gGmbH
Landgraf-Georg-Str. 100
64287 Darmstadt
E-Mail: pfisterer.mathias@eke-da.de

Sophia Poulaki, Dr. rer. biol. hum.
Dipl. Psychogerontologin, psychologische Psychotherapeutin
Augustenstraße 79 Rgb.
80333 München
E-Mail: Poulaki-gpm@t-online.de

Kornelie Rabnema, Dipl.-Psychologin
Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege der Landeshauptstadt München
Burgstraße 4
80331 München
E-Mail: beschwerdestelle-altenpflege@muenchen.de

Petra Rechenberg-Winter, Dipl. Pädagogin und Psychologin, approb. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Systemische Supervisorin (DGSF), Systemische Therapeutin/Familientherapeutin (DGSF), Supervisorin (DGSv)
Friedrich-Hölderlin-Straße 9–11
82223 Eichenau
E-Mail: rechenberg-winter@gmx.de

Hermann Reigber, Dipl. Theologe, Dipl. Pflegewirt, Palliativfachkraft
Klinikum der Universität München
Christophorus Akademie
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Marchioninistraße 15
81377 München
E-Mail: hermann.reigber@med.uni-muenchen.de

Cornelia Rommé, Dipl. Theologin, Palliativfachkraft
Christophorus-Haus
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: romme@chv.org

Traugott Roser, Prof. theol.
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Klinikum der LMU München, Campus Großhadern
Marchioninistraße 15
81377 München
E-Mail: Traugott.Roser@med.uni-muenchen.de

Ursula Ruck-Köthe, Dipl. Sozialpädagogin (FH)
Betreuungsstelle der Landeshauptstadt München
Orleansplatz 11
81667 München
E-Mail: ukr.ruck-koethe@muenchen.de

Renate Salzmann-Zöbeley, Dipl. Psychologin
Heiterwanger Straße 30
81373 München
E-Mail: renae.salzmann-zoebeley@gmx.de

Gregor Sattelberger, Dipl. Pflegewirt (FH), Gesundheits- und Krankenpfleger,
Palliativfachkraft
Christophorus-Haus, Leitung ambulante Pflege
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: sattelberger@chv.org

Markus Schlosser, Altenpfleger, verantwortlich leitende Pflegefachkraft
DAHOAM e. V.
Auenstraße 60
80469 München
E-Mail: pflge@dahoam-muenchen.de

Gabi Schüder, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Palliativfachkraft, verantwortliche leitende Pflegefachkraft Seniorenstift Kaufering
Theodor-Heuss-Straße 11
86916 Kaufering
E-Mail: gabi.schueder@freenet.de

Brigitte Schwab, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Palliativfachkraft, Kursleiterin für Palliative Care-Kurse
Bis 2011 Christophorus-Haus, stationäres Hospiz und Palliative Care-Team
E-Mail: Brigitte_Schwab@web.de

Gertrud Schwenk, Dipl. Sozialpädagogin (FH)
Caritasverband München und Freising e.V.
Hirtenstraße 4
80333 München
E-Mail: gertrud.schwenk@caritasmuenchen.de

Beate Steldinger, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht
Kanzlei Putz & Steldinger
Quagliostraße 7
81543 München
E-Mail: kanzlei@putz-medizinrecht.de

Gabriele Stobbe, Psycholinguistin M.A.
Städtisches Klinikum München GmbH – Klinikum Neuperlach
Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation
Oskar-Maria-Graf-Ring 51
81737 München
E-Mail: gabriele.stobbe@klinikum-muenchen.de

Benjamin Straßer, Dipl. Sozialpädagoge (FH)
Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V.
Hirtenstraße 4
80335 München
E-Mail: benjamin.strasser@caritasmuenchen.de

Katrin Theissing, staatlich anerkannte Altenpflegerin, Palliativfachkraft
Christophorus-Haus, stationäres Hospiz
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: katarina.theissing@web.de

Charlotte Uzarewicz, Prof. Dr. disc. pol., Gesundheits- und Krankenschwester,
Ethnologin M.A., Soziologin
Kath. Stiftungsfachhochschule München
Professorin für Pflegewissenschaft, Honorarprofessorin für Kultur und Ästhetik in der
Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar
Preysingstraße 83
81667 München
E-Mail: charlotte.uzarewicz@ksfh.de

Susanne Vogel, Dr. med., Fachärztin für Innere Medizin, Palliativmedizinerin
Klinikum Neumarkt OPf., Palliativstation
Nürnberger Straße 12
92318 Neumarkt i.d. OPf.
E-Mail: susanne.vogel@klinikum.neumarkt.de

Ulrike Wagner, Dipl. Sozialpädagogin (FH), Palliativfachkraft
Christophorus-Haus
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: wagner@chv.org

Jürgen Wälde, Dipl. Theologe, Dipl. Sozialpädagoge (FH), Palliativfachkraft,
Kursleiter für Palliative Care-Kurse
Christophorus-Haus, Bildung und Trauerbegleitung
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: waelde@chv.org

Heike Walper, Gesundheits- und Krankenschwester, Palliativfachkraft,
Kursleiterin für Palliative Care-Kurse
Christophorus-Haus, stationäres Hospiz
Effnerstraße 93
81925 München
E-Mail: heikewalper@mnet-online.de

Eva Weishappel-Ketisch, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Isar-Amper-Klinik, Klinikum München Ost
Fachambulanz der Gerontopsychiatrie I
Vockestraße 72
85540 Haar
E-Mail: Eva.Ketisch@IAK-kmo.de

Britta Wiegele, Dr. phil. Dipl. Psychogerontologin, psychologische Psychotherapeutin
Augustenstrasse 79 RG
80333 München
E-Mail: britta.wiegele@klinikum-muenchen.de

Dietmar Wittek, Dr. med., Facharzt für Anästhesie
Ethikforum am Klinikum Neumarkt
Nürnberger Straße 12
92318 Neumarkt
E-Mail: ethik@klinikum.neumarkt.de

Wilfried Wüest, Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Diabetologie,
Chefarzt
Städtisches Klinikum München GmbH – Klinikum Neuperlach
Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation
Oskar-Maria-Graf-Ring 51 d
81737 München
E-Mail: wilfried-wuest@klinikum-muenchen.de

Dinah Zenker, Gesundheits- und Krankenpflegerin,
staatlich anerkannte Altenpflegerin, verantwortlich leitende Pflegefachkraft
Saul-Eisenberg Seniorenheim
Kaulbachstraße 65
80539 München
E-Mail: Dinah.Zenker@t-online.de

Danksagung

Wir möchten uns bei all denen bedanken, die zur Entstehung dieses Buches beigetragen haben.

- Dank an die Autorinnen und Autoren, die die ihnen zugedachten Artikel neben ihrer täglichen Arbeit verfasst und unsere regelmäßigen Terminerinnerungen ertragen haben.
- Dank an den Kohlhammer-Verlag, der dieses Buch ermöglicht hat, sowie an die Schriftleitung der „Münchener Reihe Palliative Care“ für die Aufnahme des Bandes in diese Buchreihe.
- Dank an alle Kooperationspartner in München und Umgebung für die immer wieder selbstverständliche Unterstützung: Palliativdienste, Senioren- und Pflegeheime, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Hochschulen, Akademie und Krankenhäuser.
- Dank an den Christophorus Hospiz Verein für die Bereitstellung von Ressourcen, ohne die dieses Buch nicht zustande gekommen wäre.
- Dank an Vorstand und Geschäftsführung des Vereins, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, ihre Arbeit mit Achtsamkeit und hoher fachlicher Kompetenz zu tun.
- Dank aber vor allem an unsere Klientinnen und Klienten sowie Patientinnen und Patienten: für all die Erfahrungen, die wir gemeinsam machen durften und von denen das Buch lebt.

München, im Frühjahr 2012

Die Herausgeber

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 Progno-

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, wengleich 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